

**ANNALES
ACADEMIAE MEDICAE
GEDANENSIS
TOM XXXVII
2007
SUPPLEMENT 1**

AKADEMIA MEDYCZNA W GDAŃSKU

Adam Szarszewski

**PROCES MEDYKALIZACJI SZPITALI GDAŃSKICH,
ASPEKTY SOCJALNE, PRAWNE
I EKONOMICZNE (1755 – 1874)**

*MEDICALIZATION PROCESS OF THE GDANSK HOSPITALS, SOCIAL,
LEGAL AND ECONOMIC
ASPECTS (1755 – 1874)*

Rozprawa habilitacyjna

Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii
i Onkologii Dziecięcej Akademii Medycznej w Gdańsku
Kierownik: prof. dr hab. Maria Korzon

GDAŃSK 2007

Wydano za zgodą
Senackiej Komisji Wydawnictw Akademii Medycznej w Gdańsku

REDAKTOR NACZELNY
PRESIDENT OF THE EDITORIAL BOARD
prof. dr Marek Grzybiak

KOMITET REDAKCYJNY
EDITORIAL BOARD
Z-ca redaktora naczelnego – prof. dr Marek Latoszek
sekretarz redakcji – dr Włodzimierz Kuta,
prof. dr Andrzej Hellmann, prof. dr Józef Jordan, prof. AMG,
mgr Józefa de Laval, prof. dr Jerzy Łukasiak,
prof. dr Zbigniew Machaliński, prof. dr Stefan Raszeja

ADRES REDAKCJI
ADDRESS OF EDITORIAL OFFICE
Annales Academiae Medicae Gedanensis
Zakład Anatomii Klinicznej
Akademia Medyczna w Gdańsku
ul. Dębinki 1, 80-211 Gdańsk, Poland
e-mail: annales@amg.gda.pl

Artykuły opublikowane w Annales AMG
są zamieszczane w bazie EMBASE
Articles published in Annales AMG are covered
by the Excerpta Medica database (EMBASE)

PL ISSN 0303-4135

Akademia Medyczna w Gdańsku

Marcie, Tosi, Frankowi i Tej Trzeciej
z podziękowaniem za obecność

Podziękowania

Pragnę wyrazić wdzięczność wszystkim, którzy okazali mi pomoc i przyczynili się do powstania niniejszej pracy.

Przede wszystkim dziękuję moim Koleżankom oraz Kolegom z Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii Dziecięcej Akademii Medycznej w Gdańsku, a zwłaszcza Pani Profesor Marii Korzon i Pani Dr Barbarze Kamińskiej, za stworzenie mi warunków do prowadzenia badań i duchowe wsparcie.

W sposób szczególny jestem zobowiązany Panu Dr. Markowi Słoniowi za jakże inspirującą krytykę i za pomoc w poszukiwaniach bibliotecznych oraz za serdeczną gościnność w Getyndze. Prowadzenie niniejszych badań nie byłyby możliwe w tak pełnym zakresie, gdyby nie ogromna, bezinteresowna życzliwość Pana Profesora Jurgena Schlumbohna i pozyskanie dzięki Jego rekomendacji stypendium *Max-Planck-Institut für Geschichte* w Getyndze.

Dziękuję także osobom wspomagającym mnie na każdym etapie powstawania pracy: Pani Aleksandrze Kasprzyk, Pani Mgr Bożenie Bruskiej, Panu Stefanowi Hartmannowi z *Geheime Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz* w Berlinie-Dahlem, Dr. Markowi Bukowskiemu, a przede wszystkim mojej Siostrze Ewie Szarszewskiej za wnikliwą korektę.

Dziękuję również Mamie Mirosławie Szarszewskiej, moim Teściom Ewie Gładkowskiej-Bogotko i Witoldowi Bogotko, a także Paniom Janinie Szostek i Annie Jońcy za otoczenie opieką mego domu podczas wszystkich tak długich dni mej nieobecności.

Lecz nade wszystko dziękuję mojej ukochanej Żonie Marcie oraz Dzieciom, Tosi i Frankowi, bez których obecności dysertacja ta nigdy by nie powstała.

Autor

SPIS TREŚCI

Wykaz używanych skrótów	11
1. Wstęp.....	13
2. Gdańsk A.D. 1755	27
3. Gdańsk A.D. 1874.....	35
4. Wyjście ubogich	41
5. Statystyka szpitalna – w służbie administracji czy medycyny?	57
6. Chorzy Lazaretu	67
7. Nauka ekonomii	101
8. Opiekunki i lekarze	138
9. Sztuka podziału	192
10. Pacjent – prawo i rzeczywistość.....	217
11. Odejście prowizorów.....	233
12. Medykalizacja – konieczność czy przypadek.....	256
13. Tabele.....	282
14. Ryciny	313
15. Streszczenie	338
16. Summary	341
17. Bibliografia.....	344
17.1. Źródła rękopiśmienne	344
17.2. Źródła drukowane.....	345
17.3. Opracowania.....	351
18. Aneks – Dokumenty.....	364

WYKAZ UŻYWANYCH SKRÓTÓW

APG – Archiwum Państwowe w Gdańsku

Bibl. Gd. PAN – Biblioteka Gdańska Polskiej Akademii Nauk

[b.w.] – brak wydawcy

EAB – *Evangelisches Zentralarchiv in Berlin*

GStAPK – *Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz, Berlin-Dahlem*

fl. – gulden

m. – marka

rthlr. – reichstalar

1. WSTĘP

Pojawienie się szpitala w obszarze Europy stanowiło jedno z ważniejszych zjawisk społecznych, ekonomicznych, kulturowych, medycznych, religijnych, jakie wystąpiły po narodzeniu Chrystusa. W określeniu tym nie ma cienia przesady, wystarczy bowiem uświadomić sobie fakt, jak dalece szpital w dzisiejszym ujęciu rzutuje na codzienność społeczeństw, już nie tylko Europy, ale wszystkich kontynentów. W zdaniu powyższym ważne jest owo zastrzeżenie, o „dzisiejszym ujęciu” definicji szpitala. Problem polega bowiem na tym, że w ujęciu historycznym szpitale nigdy, wbrew obecnemu stanowi rzeczy, nie stanowiły jednolitej grupy tak pod względem prawnym, strukturalnym, organizacyjnym jak i ekonomicznym. Zagmatwanie owo wynika z różnorodnego ich przeznaczenia, to zaś z kolei ze zróżnicowanego zapotrzebowania, jakiemu miało służyć wyodrębnienie na określony czas zamkniętej przestrzeni do stacjonarnego zaopatrzenia wymagającej owego zaopatrzenia części populacji. Ta dość niejasna definicja pozwalała jednak uniknąć pułapki jednostronności wynikającej ze zbyt usilnego dążenia do ostrej precyzji ujęcia w kilku słowach zjawiska „szpital”. Pułapka owa polega bowiem na tym, że aby precyzyjna definicja była jednocześnie prawdziwa, należałoby:

1. ustalić czas występowania zjawiska, którego owa definicja ma dotyczyć;
2. ustalić obszar geograficzny występowania zjawiska, którego owa definicja ma dotyczyć;
3. ustalić podmiot sprawczy zjawiska, którego owa definicja ma dotyczyć;
4. ustalić podmiot wykonawczy zjawiska, którego owa definicja ma dotyczyć;
5. ustalić zakres przedmiotowy zjawiska, którego owa definicja ma dotyczyć

czego w kilku słowach uczynić się po prostu nie da.

Początki szpitala europejskiego ściśle związane są z działalnością charytatywną kościoła chrześcijańskiego. Po zaprzestaniu prześladowań i uznaniu wyznania chrześcijańskiego w IV wieku, zaczęły najpierw na Wschodzie, potem zaś na Zachodzie powstawać zorganizowane instytucje, przeznaczone do zaopatrywania różnych grup potrzebujących. Były to: *ksenodochia* – schroniska dla pielgrzymów i podróżnych, *nosokomia* – szpitale służące do leczenia ubogich chorych, *orfanotrofia* i *brefotrofia* – przeznaczone dla sierot i podrzutków, *gerontokomia* – instytucje powołane do opieki nad starcami, *ptochotrofia* – przytulki dla ubogich, *lobotrofia* – przytulki dla kalek oraz *pandocheia* – pełniące funkcje noclegowni¹.

Wczesnośredniowieczne społeczeństwo, zastawszy taki багаż bogactwa form szpitalnych, dostosowało je do swoich potrzeb, co uzależnione było w dużej mierze od warunków lokalnych. Jednakże kształtujące się w X–XII wieku *universum* średniowieczne wpłynęło na ujednoczenie, przynajmniej do pewnego stopnia, struktur prawnych, w jakich działały szpitale, systemów zarządzania czy finansowania. Zwłaszcza stanowisko prawne uległo daleko idącemu usztywnieniu, dzięki czemu wyodrębniono szpitale jako instytucje prawa kanonicznego, a co za tym idzie, wymagające legitymizacji praw-

¹ I. Milewski, *Rozwój chrześcijańskich instytucji dobroczynnych w zachodniej części Cesarstwa Rzymskiego w IV i V wieku*. „Przegląd Religioznawczy”. 1996, 182, s. 3–15; S. Longosz, *Ksenodochium hospicium wczesnochrześcijańskie*. (Nazwa, geneza, rozwój regionalny, struktura i organizacja). „Vox Patrum”, 1996, 16, s. 275–336.

nej Kościoła². Natomiast nadal obszar szpitalny przeznaczony był dla pielgrzymów, rozbitków, starców wkupujących się na dożywocie, dzieci pozbawionych opieki, kalek nie znajdujących oparcia w innych formach opieki społecznej, chorych na ciele, „oszalałych”, czy też „durnowatych” od urodzenia. Wszyscy oni stanowili populację „naszych drogich ubogich”, będących obrazem Chrystusa. Ta wizja rzutowała na społeczne postrzeżenie klientów szpitala, ocierające się o irracjonalną gloryfikację.

Mimo chrystusowego oblicza ubogich, Reformacja zastała wiele szpitali na wpół zrujnowanych, ze skorumpowanymi zarządami, choć obraz taki bywał czasem, z przyczyn propagandowych, nieco przesadzony. Narastające włóczęgostwo i żebractwo dające się wszystkim we znaki, a także nowe teorie dotyczące ubóstwa, propagowane przez Lutera i jego towarzyszy – wszystko to doprowadziło do desakralizacji osoby ubogiego. Pojawiła się wówczas istotna z punktu widzenia rozwoju opieki społecznej koncepcja wprężenia szpitali w scentralizowany system walki z żebractwem i włóczęgostwem. Efektem tego stało się przejęcie przez gminy miejskie wielu szpitali prowadzonych dotąd przez struktury kościelne, a także odseparowanie prawa szpitalnego od prawa kościelnego, zwłaszcza w obszarze niemieckojęzycznym. W efekcie szpitale stały się zarówno elementami dyscyplinowania społecznego, jak i środkami służącymi zaopatrzeniu części społeczeństwa na starość czy też w przypadku długotrwałej choroby w ramach dobroczynności gminy. Tak ukształtowany, wielocłonowy model szpitala zastał wiek XVIII, w którym dokonano dalszej racjonalizacji ubóstwa. Jednym z jej elementów stała się medykalizacja, będąca tematem niniejszej dysertacji.

Medykalizacja w szerokim ujęciu problemu oznacza proces wciągnięcia w obręb działań medycznych różnorodnych obszarów życia. Zjawisko to posiada kontekst niezwykle rozległy, w piśmiennictwie mówi się wręcz o medykalizacji społeczeństwa, które to określenie ma oznaczać uzyskanie znaczącego wpływu na codzienne życie społeczeństwa szeroko rozumianych działań medycznych (w tym profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych), wyciskających swe piętno na świadomości społecznej, a przez to wymuszających zespół określonych zachowań. Znajduje to swe odzwierciedlenie w sferze ekonomicznej, politycznej, socjologicznej i innych. Z uwagi na to, że medykalizacja ogranicza niejednokrotnie jednostkom, a nawet całym grupom społecznym, możliwość samostanowienia, w niektórych sytuacjach jest oceniana w kategoriach pejoratywnych³.

Medykalizacja jako proces historyczny zachodzący w szpitalach, a więc w ujęciu znacznie zawężonym, oznacza podporządkowanie działaniom medycznym stacjonarnych zakładów, przeznaczonych pierwotnie do opieki nad ludźmi starymi, chorymi i

² J. Sydow, *Kanonistische Fragen zur Geschichte des Spitals in Südwestdeutschland*. „Historisches Jahrbuch”, 1964, 83, s. 54–68.

³ Pejoratywne stanowisko względem medykalizacji zajęła między innymi Uta Frevert w głośnej publikacji *Krankheit als politisches Problem 1700–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. „Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft”, Bd. 62. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht, 1984, w której wykładzie bardzo silnie zostały zaakcentowane „wymuszanie” i „nacisk” poprzez działania medyczne stosowane do wytwarzania jednych norm zachowań i jednocześnie do eliminowania innych, co ma na celu podporządkowanie społeczeństw szeroko rozumianym czynnikiem decyzyjnym i osiągnięcie zdyscyplinowania społecznego.

ubogimi⁴. Jednak proces medykalizacji nie jest równoznaczny z pojawianiem się działań medycznych w instytucjach szpitalnych. Subtelna, ale znacząca różnica pomiędzy medykalizacją, a zwyczajnym stosowaniem metod właściwych medycynie polega na tym, że medykalizacja oznacza zdominowanie i podporządkowanie wszelkich poczynań w obrębie szpitala działaniom medycznym, podczas gdy proste przeprowadzanie działań medycznych odbywa się jedynie w takim zakresie, w jakim staje się to jednostkowo niezbędne.

Tu dotykamy pewnego ważnego punktu orientacyjnego w gąszczu wszelakich definicji i opisów zjawisk. Otóż dopóty szpital nie stał się szpitalem w dzisiejszym tego słowa znaczeniu, dopóki nie istniała uświadomiona społecznie potrzeba na wyodrębnienie spośród danego społeczeństwa grupy osób poddawanych działaniom medycznym w warunkach przynajmniej częściowej, jeśli nie całkowitej, izolacji. Innymi słowy: chory, wraz ze swym otoczeniem, musiał czuć potrzebę wyodrębnienia się ze swego naturalnego środowiska, podobnie jak lekarz musiał czuć potrzebę wyodrębnienia z takiego środowiska swego pacjenta. Problem sprowadza się w istocie do tego, co miałyby być w wyodrębnieniu atrakcyjnego dla obu stron. Najprościej można ująć to tak: dopóki wiedza medyczna nie zaoferowała nowej jakości usług, nikomu nie przyszło do głowy, aby na okres leczenia zamieniać miejsce swego zamieszkania na obcy, z gruntu nieprzyjazny obszar szpitalny. Skoro jednak szpital zaczął być postrzegany przez społeczeństwo jako teren skutecznej walki z trapiącymi go chorobami, zaistniało pragnienie samowyodrębnienia, dziś niekiedy niezwykle przemożne.

Obraz taki nie jest jednak w pełni prawdziwy. Problem polega chociażby na tym, że daleko przed epoką atrakcyjności działań medycznych, instytucje szpitalne mogły zaoferować i inne, interesujące usługi. Pierwotna atrakcyjność szpitala, związana z działaniami medycznymi, wynikała choćby z oferowania dachu nad głową na okres choroby tym, którzy byli go pozbawieni. Ten oczywisty fakt spowodował, że od dawna obszar szpitalny, z zasady przeznaczony dla ludzi ubogich lub w drodze, podlegał ustawicznej penetracji przez działania medyczne. Jednak zjawiska tego nie można nazwać medykalizacją, wedle uwagi poczynionej powyżej, gdyż proces leczenia był wdrażany doraźnie, jako reakcja na konkretną, jednostkową sytuację. Patrząc z innej strony: nawet jeśli w danym szpitalu zatrudniony był medyk, cyrulik, obaj, a nawet kilku, nigdy nad drzwiami szpitala nie wisiał szyld, informujący o opiece medycznej, w przeciwieństwie do szyldu wiszącego zawsze nad drzwiami domu, gdzie ów medyk, czy cyrulik praktykował na co dzień.

Inna pierwotna atrakcyjność szpitali jako instytucji medycznych (atrakcyjność raczej nie dla poszczególnych jednostek, lecz dla społeczności), polegała na umożliwieniu izolacji osób chorych, o ile opanowująca ich choroba budziła poczucie zagrożenia (schorzenia zakaźne, budzące odrazę, albo choroby psychiczne). Dodatkowo w wyniku przemian w mentalności europejskiej począwszy od XVI w., także ubóstwo zostało uznane za coś na kształt choroby, z oczywistym efektem dążenia społeczeństw do przymusowe-

⁴ W 1526 r. Jean Luis Vives definiuje szpitale jako *zakłady, w których żywi się i pielęgnuje chorych, daje utrzymanie biednym, wychowuje się chłopców i dziewczęta, a także porzucone dzieci oraz gdzie utrzymywani są umysłowo chorzy i spędzają życie niewidomi*. Cyt. za: J. L. Vives, *O wspomaganii ubogich*. Przekład: R. Węsierski. Kraków, Rzeszów: Caritas, 1993, s. 54.

go wyodrębniania ubogich. Zjawisko to w patologicznej formie prawnej zyskało realizację we Francji pod postacią „wielkiego zamknięcia”.

Wstępem natomiast do prawdziwej medykalizacji okazało się stopniowe uświadamianie sobie atrakcyjności szpitali zarówno przez lekarzy, jak i czynniki polityczne. Proces ów, opisany dla Francji przełomu XVIII i XIX wieku ze stroniczą wnikliwością przez Michela Foucault’a w *Narodzinach Kliniki*⁵, polegał na dostrzeżeniu korzyści, jakie dawał dostęp do materiału ludzkiego spoczywającego w szpitalach. W efekcie niechciane z początku stanowisko lekarza fundacji szpitalnej, pełnione w tle zdecydowanie bardziej opłacalnej praktyki prywatnej, z biegiem czasu stało się coraz bardziej doceniane, a w miarę posuwania się naprzód procesu medykalizacji, wręcz pożądane, odkąd mogło zapewnić zaspokajanie głodu chleba i wiedzy.

Korzyść wynikająca z wyodrębnienia ze społeczności, a co za tym idzie zgromadzenia w jednym miejscu wielu chorych, dawała niepowtarzalną okazję do zetknięcia się lekarza z pacjentem zwielokrotnionym, dodajmy: zwielokrotnionym pacjentem pełnym różnorodnych bądź jednorodnych objawów, przy czym właśnie owa różnorodność i jednorodność była tu najatrakcyjniejsza. Odtąd poszukiwanie po omacku klucza do zjawiska „choroby w człowieku” (poszukiwanie godne szacunku, pomimo dyskretnego sceptycyzmu Foucault’a), stało się łatwiejsze, choć nie eliminujące rozlicznych błędów, czasem tragicznych⁶.

Inną korzyścią czyniącą szpitale atrakcyjnymi dla lekarzy stała się możliwość nauczania adeptów sztuki lekarskiej nie tylko bezpośrednio wobec pacjenta, bo to dokonywało się zawsze, lecz (znów dzięki wyodrębnieniu ze społeczności) wobec owego pacjenta zwielokrotnionego, pacjenta z całą różnorodnością lub jednorodnością objawów, zależnie od potrzeb. Atrakcyjność nauczania wśród całych kolekcji objawów dostrzegł już Herman Boerhaave w XVII wieku⁷, zaś podtrzymały ją w XVIII wieku doświadczenia zarówno klinik angielskich, jak i francuskich, a potem, w wieku XIX i XX, także niemieckich oraz innych państw europejskich.

Jednak największą atrakcją, o czym będzie mowa znacznie szerzej, stała się korzyść społeczna, a przynajmniej wyobrażenie społeczeństw, że takową korzyść szpitale przynoszą. Pobudzenie wyobraźni społecznej nastąpiło na wiele lat przed pobudzeniem zdolności medycznych szpitali. Lecz jednocześnie wyobraźnia społeczna, kształtująca wizerunek szpitala jako obszaru pożądania, zderzyła się z wyobraźnią przeciwną, wyobraźnią medyczną społeczeństw, kształtującą wizerunek szpitala jako obszaru nieszczęścia. Ze zderzenia tego zwycięsko wyszła wyobraźnia przychylna szpitalom, zakończywszy swe zmagania na wiele lat przed wspomnianym pobudzeniem zdolności medycznej.

Odkąd wyodrębnienie ze społeczności na czas leczenia zaczęło odnosić sukcesy, pojawił się także efekt uboczny zjawiska. Jest to zmniejszona zdolność społeczności do pogodzenia się z porażką medycyny, a co za tym idzie, zwiększona skłonność do przypisywania niepowodzenia samemu lekarzowi, nie zaś niekorzystnym zdarzeniom wynikającym z natury choroby. Stworzenie nowoczesnej struktury szpitalnej otworzyło przed

⁵ M. Foucault, *Narodziny Kliniki*. Przekład: P. Pieniążek. Warszawa: Wydawnictwo KR, 1999.

⁶ Typowym przykładem jest casus Ignaza Philippa Semmelweisa. Por. J. Thorwald, *Stulecie chirurgów*. Przekład: K. Bunsch. Kraków: Wydawnictwo Literackie, 1989, s. 148–152.

⁷ T. Brzeziński, *Kształtowanie się zawodu lekarza i koncepcje kształcenia*. [w:] T. Brzeziński [red.], *Historia Medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1988, s. 73.

lekarzami dodatkowo możliwość wzajemnego wspierania się w działaniach, rozpatrywanego oczywiście przede wszystkim w kategoriach czysto intelektualnych i autodydaktycznych, ale także skutkującego zmniejszeniem możliwości pomyłki oraz, do pewnego stopnia, rozmyciem odpowiedzialności, a więc także wspierania się prawnego.

Ostateczną korzyścią, charakterystyczną zwłaszcza dla medycyny XX i XXI wieku stała się kumulacja sprzętu medycznego, stojącego do dyspozycji lekarzy, a więc pośrednio i pacjentów danego ośrodka. Zjawisko to jednak znajduje się daleko poza sferą rozważań będących w zasięgu niniejszych badań.

Prezentowana praca ma na celu ukazanie mechanizmów skomplikowanego procesu zawłaszczania przez medycynę obszaru szpitalnictwa gdańskiego. Wyjaśnienia wymaga przy tym wyznaczenie ram czasowych ograniczających obszar naukowej penetracji. Rok 1755 jest przyjętą symbolicznie datą rozpoczęcia procesu medykalizacji w Gdańsku, gdyż w tym właśnie roku w największym gdańskim szpitalu (oczywiście dawnego jeszcze typu), Lazarecie, ufundowano aptekę, co stało się czytelnym w okresie nowożytnym posunięciem na drodze do zawładnięcia tą wielowiekową instytucją przez działania medyczne. Rok 1874 jest datą już czysto realną, punktem zwieńczenia pewnego procesu, polegającego na przeorientowaniu struktury administracyjnej ze średniowiecznej na rzecz zarządu charakterystycznego dla szpitali nowego typu.

Wyznaczenie wymienionych ram czasowych jest oczywiście wygodne, ale pod warunkiem, iż towarzyszyć mu będzie poczucie umowności, z całym balastem zastrzeżeń, odnośników, wyjątków, jakim obarczone jest to pojęcie. Proces medykalizacji był bowiem procesem ewolucyjnym i pewne jego załączki znaleźć możemy już na progu ery nowożytnej, co przekracza daleko wstecz arbitralnie ustaloną datę 1755. Także rok 1874 r. nie stanowi jednoznacznej cezury, ani w Gdańsku, ani gdziekolwiek indziej. Jeszcze w 1900 r. w jednym z periodyków warszawskich znaleźć można zdanie, iż *szpital dostarcza lekarzy społeczeństwu, kieruje niejako całym leczeniem (...) społeczeństwo musi to pojąć i nie uważać szpitali, jak uważa dotychczas, jedynie za przytulki dla nędzarzy*⁸.

Jednocześnie praca niniejsza, co trzeba mocno podkreślić, nie ma na celu opisu rozwoju poszczególnych gałęzi medycyny, które zawłaszczyły szpitale. Jej zadaniem jest natomiast prześledzenie na gdańskim przykładzie, jak doszło do tego, że ów rozwój na obszarze zawłaszczonym stał się możliwy.

W procesie medykalizacji niezwykle istotne znacznie ma bowiem proces zawłaszczania. Zawłaszczanie dotyczyć może zarówno całych dziedzin życia społecznego, jak i obszarów indywidualnych. Zjawisko to znane jest od dawna i bywało nawet przedmiotem eskapad literackich, jak choćby słynny, siedemnastowieczny opis procesu zawłaszczania sfer intymnych jednostki przez ekspansywne, agresywne, bezwstydne i pozbawione zarówno wiedzy, jak i skrupułów środowisko medyczne (Jean Baptista Molière, *Chory z urojenia*, 1673 r.). To, że opis ten bawi po dziś dzień i przyjmowany jest z nieślabnącym zainteresowaniem, świadczy o tym, że medykalizacja i związane z nią zawłaszczanie są we współczesnym świecie powszechnie dostrzegane i do jakiegoś stopnia kontestowane. Nie sposób jednak nie zauważyć jednocześnie, iż powszechniejsze jest

⁸ Cyt. za: Z. Podgórska-Klawe, *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX wieku*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1981, s. 48.

temuż zawłaszczaniu poddawanie się nie tylko bez oporów, ale z niezmierną satysfakcją. Sukcesy firm produkujących kosmetyki podobno leczące podobno ciężką przypadłość dermatologiczną (*cellulitis*) są najlepszym przykładem zawłaszczenia i najlepszym przykładem radości poddawania się zawłaszczeniu. Zawłaszczeniu podlega rozwój dziecka, poprzez ustawiczny nadzór medyczny nad tymże rozwojem, ale także poprzez wymuszanie akcji szczepień ochronnych, czy agresywne propagowanie wszelkiego rodzaju preparatów mających ponoć poprawić sprawność fizyczną czy intelektualną potomstwa.

Oczywiście zawłaszczenie nie musi być postrzegane jako element negatywny, tak z punktu widzenia populacji, jak i poszczególnych jednostek. Wymuszanie pewnych zachowań prozdrowotnych przez państwo lub pracodawców (badania okresowe, ochrona przed biernym paleniem, przestrzeganie norm pracy), czy propagowanie w środkach masowego przekazu wspólnie z lekarzami tzw. „zdrowego stylu życia” (aktywność fizyczna, walka z otyłością), o ile są zachowaniami zdroworozsądkowymi, przynoszą korzyść wszystkim zainteresowanym. Medykalizacja więc poprzez zawłaszczanie obszarów prawa pracy, środków masowego przekazu, sfery konwencji towarzyskich czy obyczajowej, spotyka się najczęściej z powszechną aprobatą, nawet jeśli staje się dla niektórych jednocześnie źródłem całkiem pokaźnych zysków.

Zawłaszczeniu w procesie medykalizacji szpitali uległ oczywiście obszar szpitalny i to tak dalece, iż dziś każda osoba w zetknięciu ze słowem „szpital” ma tylko jedno skojarzenie: „zakład przeznaczony do diagnostyki i terapii chorych”. I nawet jeśli osoba ta należy do nielicznej grupki wtajemniczonych w skomplikowany proces rozwoju szpitalnictwa, w pierwszym odruchu nie będzie w stanie oderwać się od potocznej, powszechnie dziś obowiązującej definicji. Autor niniejszego opracowania doświadczał po wielokroć nieporozumienia, kiedy omawiając na różnych forach zjawisko szpitala średnio-wiecznego, pytany był przede wszystkim o to „jak tam leczono”.

Niniejsza praca, jak już podkreślono, nie ma za zadanie prześledzenie procesu rozwoju „medycyny w szpitalu”, np. poprzez opis rozwoju chirurgii szpitalnej, interny, czy położnictwa szpitalnego. Natomiast jej celem jest ukazanie warunków, jakie zaistniały, aby ów rozwój mógł nastąpić. Innymi słowy: podjęte badania nie penetrują obszaru nauki, pozwalającej coraz lepiej diagnozować i leczyć, a obszar zjawisk, które uczyły ze szpitali miejsca, pozwalające coraz lepiej diagnozować i leczyć. Tak więc niniejsze opracowanie stanowi podsumowanie etapu rozwoju medycyny, który się skończył. Proces medykalizacji szpitali został już dokonany. Nasycanie się, wypełnianie szpitali tkanką medyczną dobiegło kresu. Nie ma tam już miejsca na inne sfery działań, aniżeli diagnozowanie i leczenie, poszerzone ewentualnie o nauczanie zarówno w diagnozowaniu, jak i w leczeniu. Natomiast problem: „jak diagnozować i jak leczyć” pozostaje ciągle problemem otwartym, procesem w trakcie intensywnego rozwoju i, na razie, procesem bez końca.

Historyczne zjawisko medykalizacji szpitali doczekało się już wielu publikacji, szczególnie w krajach Europy Zachodniej. Jednak dla potrzeb omawianego tu projektu badawczego najszybciej zdaje się być ściśle literatura obszaru niemieckojęzycznego oraz do pewnego stopnia piśmiennictwo polskie. Z przyczyn metodologicznych zrezygnowano z poszukiwań zbyt odległych od Gdańska analogii. Wydaje się bowiem, że bogactwo i różnorodność tematyczna publikacji historyków obszaru niemieckojęzycznego może stanowić wystarczające zaplecze do tworzenia obrazu rozwoju szpitalnictwa gdańskiego, skoro właśnie zjawiska zachodzące na obszarze niemieckojęzycz-

nym były rzeczywistym zapleczem rozwoju szpitalnictwa w Gdańsku. Oprócz tego użyteczne dane można pozyskać z opracowań dotyczących ościennego Królestwa Polskiego i Galicji, z racji wzajemnych wpływów, jakie istniały pomiędzy sprawującymi nad nimi władzę Rosją i Austrią, a Prusami.

Dodać trzeba w tym miejscu, że kwestia medykalizacji w ujęciu ogólnym podnoszona była w literaturze niemieckojęzycznej wielokrotnie, prezentując różnorodne oceny zjawiska. Oceny owe jako takie doczekały się krytycznej analizy historycznej w fundamentalnym dla zagadnienia artykule Franciski Loetz⁹. Natomiast problem medykalizacji samego terenu szpitala w ujęciu nowoczesnym został podjęty w latach sześćdziesiątych XX wieku, a jednym z pierwszych obszarów naukowej penetracji stały się przemiany architektoniczne zachodzące w szpitalnictwie, związane z przeorientowaniem funkcji szpitala. Do najważniejszych prac należą tu przede wszystkim klasyczne publikacje Dietricha Jettera¹⁰ i Alexa Murkena¹¹. Związane z tym było uświadomienie sobie istoty odrębności funkcji szpitala w ujęciu historycznym¹². Towarzyszyła powyższym badaniom dogłębna analiza choroby, jako zjawiska politycznego¹³, czy też zjawiska socjologicznego¹⁴, a także badania nad profesjonalizacją zawodu lekarza i pielęgniarstwa¹⁵.

W ostatnich kilkunastu latach pojawił się znaczący tak liczebnie, jak i merytorycznie szereg publikacji omawiających przebieg przemian w lokalnym szpitalnictwie różnych miejscowości obszaru niemieckojęzycznego. Do najcenniejszych prac, wnikliwie analizujących zachowany, często bardzo bogaty materiał archiwalny, należą opracowania Johannya Bleker, Evy Brinkschulte i Pascala Grosse'go dotyczące *Juliusspital* w Würzburgu¹⁶, Fritza Drossa omawiające przykład Düsseldorfu¹⁷, czy też Christiana Schefflera

⁹ F. Loetz, „Medikalisierung” in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750–1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung, [In:] W.U. Eckart, R. Jütte, *Das europäische Gesundheitssystem. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in historischer Perspektive*. „Medizin Gesellschaft und Geschichte“, H.4. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1994, s. 123–161.

¹⁰ D. Jetter, *Geschichte des Hospitals. Bd. 1: Westdeutschland von Anfängen bis 1850*. „Sudhoffs Archiv”, H.5. Wiesbaden: [b.w.] 1966.

¹¹ A.H. Murken, *Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert*. „Studien zur Medizingeschichte des Neunzehnten Jahrhunderts”. Bd. 9. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1979; A.H. Murken, *Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*. Köln: DuMont Buchverlag, 1988.

¹² N. Tsouyopoulos, *Reformen am Bamberger Krankenhaus – Theorie und Praxis der Medizin um 1800*. „Historia Hospitalium“, 1976, 11, s. 103–122; A.E. Imhof, *Die Funktion des Krankenhauses in der Stadt des 18. Jahrhunderts*. [In:] „Zeitschrift für Stadtgeschichte, Stadtsoziologie und Denkmalpflege”, 1977, 4, s. 215–242.

¹³ Frevert 1984, *passim*.

¹⁴ J. Bleker, *Die Stadt als Krankheitsfaktor*. „Medizin historisches Journal”, 1983, 18, s. 118–136; J. Bleker, *Biedermeiermedizin – Medizin der Biedermeier? Tendenzen, Probleme, Widersprüche 1830–1850*. „Medizin historisches Journal”, 1988, 23, s. 5–22.

¹⁵ C. Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußen*. „Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft”. Bd. 68. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1985; C. Bischoff, *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1997; N. Paul, *Zwischen „christlichem Frauenamt” und professioneller Krankenversorgung. Zur Entstehung der institutionellen Krankenpflege am Beispiel Diakonissenanstalt in Kaiserswerth*. „Medizin historisches Journal”, 1998, 33, s. 143–160.

¹⁶ J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliusspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995; E. Brinkschulte, *Kran-*

prowadzącego badania w stosunku do szpitala powszechnego w Monachium¹⁸, a przede wszystkim czołowe dzieło dotyczące medykalizacji, omawiające to zagadnienie na przykładzie Badenii¹⁹. Także szereg opracowań zbiorowych zawiera cenne artykuły, omawiające poszczególne placówki szpitalne, czasem w ujęciu analitycznym²⁰, czasem syntetycznym²¹, za każdym jednak razem przynosząc prace doniosłej rangi. Wszystkie powyższe publikacje szczegółowo omawiają proces przeorientowania funkcji szpitali, tak z uwagi na zakres świadczonej opieki medycznej, jak i z uwagi na towarzyszący kontekst społeczny. Odrębnym i wnikliwym analizom poddano systemy finansowania szpitalnictwa w XIX wieku²². W badaniach powyższych uzyskano znaczące wsparcie zwłaszcza ze strony historyków opracowujących dzieje ubóstwa i opieki społecznej²³.

Obok zarysowanego w największym skrócie przeglądu znaczącej ilościowo i jakościowo literatury obszaru niemieckojęzycznego można postawić, niestety, skromne w tym względzie piśmiennictwo polskie.

Na wstępie dodać trzeba, że proces medykalizacji postrzegany był jako proces szczególny w pewnym sensie już w XIX wieku, stąd wobec tak drastycznego ubóstwa rodzimej literatury za najstarsze prace polskojęzyczne należy przyjąć powstające dość licznie w drugiej połowie XIX wieku, bądź na początku wieku XX dzieła, kreślące nie-

kenhaus und Krankenkassen. Soziale und ökonomische Faktoren der Entstehung des modernen Krankenhauses in frühen 19. Jahrhundert. Die Beispiele Würzburg und Bamberg. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften” H.80. Husum: Matthiesen Verlag, 1998.

¹⁷ F. Dross, *Krankenhaus und lokale Politik um 1800. Das Beispiel Düsseldorf 1770–1850.* „Düsseldorfer Schriften zur neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordhein-Westfalens”. Bd. 67. Essen: Klartext, 2004; F. Dross, *Vom Geist der reinen Wohlthuns. Zur Krankenhauspolitik des Ausgehenden 18. Jahrhunderts.* „Archivum Historii i Filozofii Medycyny”, 2005, 68, s. 105–116.

¹⁸ Ch. Scheffler, *Das Krankenhaus Links der Isar zu München. Organisation und Finanzierung in den 1860er und 1870er Jahren.* „Studien zur Geschichte des Krankenhauswesens”, Bd.38. Herzogenrath: Murken-Altrogge Verlag, 1997.

¹⁹ F. Loetz, *Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung” und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850.* Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1993.

²⁰ G. Stollberg, I. Tamm, *Die Binnendifferenzierung in deutschen Krankenhäuser bis zum Ersten Weltkrieg.* „Medizin, Gesellschaft und Geschichte”, H.17. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2001; A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten.* Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001.

²¹ A. Labisch, R. Spree [Hg.], *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert.* Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996.

²² W. Langefeld, *Das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Augsburg (1811–1864). Organisation, Patienten, Finanzen.* „Historia Hospitalium”, 1995/1997, 20, s. 109–143; R. Spree, *Die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland während des 19. Jahrhunderts.* [In:] H.J. Gerhard [Hg.], *Neunzehntes und Zwanzigstes Jahrhundert. Struktur und Dimension.* Bd. 2. „Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte”, H.133. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1997, s. 413–446. Związcząca zaś wzmiankowana praca zbiorowa pod redakcją Alfreda Labischa i Reinharda Spree (A. Labisch, R. Spree [Hg.], 2001).

²³ Ch. Sachße, F. Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum Ersten Weltkrieg.* Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer, 1980; F. Tennstedt, *Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1981; P. Weindling, *The modernization of charity in nineteenth-century France and Germany.* [in:] J. Barry and C. Jones [eds.], *Medicine and Charity Before the Welfare State.* London, New York. Routledge, 1991, s. 190–206; R. Münch, *Probleme der städtischen Armenkrankenpflege 1810–1850.* [In:] P. Schneck, H.-U. Lammell [Hg.], *Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810–1850.* „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 67. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s. 228–240.

odległą przeszłość lub terażniejszość szpitali na terenach dawnej Rzeczypospolitej²⁴. Problem polega na odmiennym od współczesnego traktowaniu materiału archiwalnego oraz braku należytego dystansu czasowego do opisywanych zagadnień. Z drugiej strony otrzymujemy dość barwny obraz procesu przeorientowania funkcji szpitala, obraz mający niejednokrotnie wartość dokumentu. Tę ostatnią posiadają zwłaszcza opracowania dotyczące poglądów na rolę nowoczesnego szpitalnictwa, nie tylko na ówczesnym obszarze polskojęzycznym²⁵.

W przypadku prac pochodzących z ostatnich kilkudziesięciu lat należy tu wymienić szereg publikacji podnoszących wprawdzie kwestię medykalizacji szpitalnictwa w XIX wieku, ale których podstawowym mankamentem (co zresztą w oczywisty sposób wynika z zakresu badanego obszaru historycznego) jest wzmiankowanie procesu przemiany funkcji szpitali na marginesie omawianych zagadnień podstawowych. Z drugiej strony prace te są istotne w literaturze przedmiotu, gdyż wnoszą nowe spojrzenie na szereg procesów towarzyszących medykalizacji, jak na przykład kształtowanie się kwestii społecznej²⁶, czy profesjonalizacja opieki nad chorymi²⁷.

W sposób znaczący ujmuje kwestię przeorientowania dobroczynnych zakładów opieki stacjonarnej na pełnienie funkcji wyłącznie diagnostyczno-terapeutycznej jedynie praca Zofii Podgórskiej-Klawe, przedstawiająca problem na przykładzie szpitali warszawskich²⁸. Ta ważna z punktu widzenia historiografii szpitalnictwa w Polsce publikacja trafnie prezentuje wielowarstwowość procesu medykalizacji, obrazując na licznych

²⁴ A. Rothe, *Opis szpitala świętego Jana Bożego w Warszawie, czyli zakładu dla mężczyzn dotkniętych cierpieniem umysłowym*. [w:] *Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim*. T.1. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, 1872, s. 1–23; J. Bartoszewicz, *Opis szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie*. [w:] *Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim*. T.1. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, 1872, s. 24–494; F. Gröer, *Opis szpitala Świątego Ducha w Warszawie*. [w:] *Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim*. T.1. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, 1872, s. 495–576; F. Czajewicz, *Rys historyczny szpitala Świątego Rocha w Warszawie*. Warszawa: Drukarnia Gazety Lekarskiej, 1872; F. Giedroyć, *Rys historyczny szpitala ś. Łazarza w Warszawie*. Warszawa: [b.w.] 1897; E. Beatus, W. Męczkowski, *Historja szpitala starozakonných w Kaliszu*. [w:] W. Męczkowski [red.], *Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskim*. Warszawa: E. Wende i Sp., K. Kowalewski, 1907, s. 5–130; W. Męczkowski, *Szpital w Milanowie*. [w:] W. Męczkowski [red.], *Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskim*. Warszawa: E. Wende i Sp., K. Kowalewski, 1907, s. 131–152; W. Męczkowski, *Historja szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu*. [w:] W. Męczkowski [red.], *Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskim*. Warszawa: E. Wende i Sp., K. Kowalewski, 1907, s. 153–479; L. Wachholz, *Szpitaly krakowskie 1220–1920*. „Biblioteka Krakowska” Nr 59. T. 1. Kraków: W.L. Anczyc i Spółka, 1921; tegoż, *Szpitaly krakowskie 1220–1920*. „Biblioteka Krakowska” Nr 60. T.2. Kraków: W.L. Anczyc i Spółka, 1924.

²⁵ F. Tournelle, *Warunki budowlane szpitali*. [w:] *Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim*. T.1. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, 1872, s. I–XIX; Z. Kramsztyk, *O znaczeniu szpitali*. [w:] Z. Kramsztyk, *Szkice krytyczne z zakresu medycyny*. Warszawa: Księgarnia Wende i Spółki, 1899; W. Męczkowski, *Stan i potrzeby szpitali Królestwa Polskiego*. Warszawa: Drukarnia Aleksandra Ginsa, 1905.

²⁶ J. Fijałek, *Instytucje pomocy materialno-zdrowotnej w Łodzi i okręgu łódzkim. Wiek XIX do roku 1870*. Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich we Wrocławiu, 1962; P. Franaszek, *Zdrowie publiczne w Galicji w dobie autonomii. Wybrane problemy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2002; M. Piotrowska-Marchewa, *Nędzarze i filantropii*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2004.

²⁷ B. Urbanek, *Idea opieki nad chorym na ziemiach polskich w latach 1809–1914*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum, 2003.

²⁸ Z. Podgórska-Klawe, *Szpitaly warszawskie. 1388–1945*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1975.

przykładach trudny problem praktycznej strony realizacji zgłaszanego powszechnie w XIX wieku postulatu zmiany profilu świadczenia usług szpitalnych.

Syntetycznie (choć trudno z tego czynić zarzut, z uwagi na koncepcję dzieła jako całości) przedstawia omawianą kwestię drugie opracowanie autorki, podejmujące problem rozwoju szpitalnictwa na całym obszarze Polski, ale i w nim nie brakuje trafnych opisów czasu przemian²⁹. Również szkic historyczny Zofii Podgórskiej-Klawe, zawarty w opracowaniu dziejów medycyny pod redakcją prof. Tadeusza Brzozowskiego, precyzyjnie ujmuje najważniejsze elementy procesu³⁰.

Z omawianej pracy dotyczącej szpitali Warszawy inspiracje czerpali nieliczni badacze, w których opracowaniach na pierwszy plan wysunięto kwestię procesu medykalizacji³¹.

W przypadku szpitalnictwa gdańskiego nie ma w zasadzie żadnej pracy powstałej po 1945 r. ujmującej choćby skrótowo dzieje placówek leczniczych miasta. Jedynym opracowaniem wypełniającym choć fragmentarycznie tę lukę jest artykuł Eugeniusza Biadały ukazujący stan sanitarny Gdańska w XIX wieku, dotyczący jednak zaledwie pierwszej połowy tego stulecia³². Ważnym, bo opisującym trudny do badań z uwagi na skąpość zachowanego materiału źródłowego przełom XVIII–XIX wieku, jest opracowanie Stefana Hartmanna, omawiające opiekę społeczną w Gdańsku w tym czasie³³. Pewne dane służące analizie porównawczej można ponadto znaleźć w nielicznych artykułach dotyczących wybranych kwestii medycznych na ziemiach polskich pod zaborem pruskim³⁴.

Warto się zastanowić, czemu do chwili obecnej nie powstała znacząca praca dla obszaru Gdańska, analogiczna do opracowania Zofii Podgórskiej-Klawe, czy dzieł całej rzeszy historyków niemieckich.

To specyficzne zagadnienie najlepiej zostało opracowane tam, gdzie szpitale starego typu, w oparciu o zakorzenioną w tradycji dobroczynności miejskiej funkcją opiekuńczą w stosunku do osób starych, ubogich, zniedołężniałych, a także poza nowo przejmowaną funkcją diagnostyczno-terapeutyczną w stosunku do ubogich chorych, stopniowo przypisywały sobie funkcję badawczo-dydaktyczną, a więc tam, gdzie na bazie szpitali o historycznych tradycjach powstawały nowoczesne kliniki. Niewątpliwie jednym z powodów wzmoczonego zainteresowania rozwojem tego obszaru działalności nowożytnego

²⁹ Podgórska-Klawe 1981.

³⁰ Z. Podgórska-Klawe, *Początki i rozwój szpitalnictwa*. [w:] T. Brzozowski [red.], *Historia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1988, s. 80–94.

³¹ R. Jachowicz, *Ewolucja roli szpitala na marginesie dziejów szpitali warszawskich*. „Szpitalnictwo Polskie”, 1975, 19, s. 249–252; E. Mazur, *Zmiana funkcji szpitala w XIX wieku (na przykładzie szpitali warszawskich)*. [w:] M. Dąbrowska, J. Kruppé (red.), *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*. „Studia i Materiały z Historii Kultury Materialnej”, T. 56. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Archeologii i Etnologii PAN, 1998, s. 221–240.

³² E. Biadała, *Stan sanitarno-higieniczny Gdańska oraz jego siły i środki służby zdrowia w I-jej połowie XIX wieku*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1998, 61, s. 169–181.

³³ S. Hartmann, *Danzigs Armenwesen und Sozialfürsorge in den ersten Jahren der preußischen Herrschaft (1793–1806)*. „Westpreußen-Jahrbuch”, 1999, 49, s. 109–130.

³⁴ E. Biadała, *Podział lekarzy oraz zasady podejmowania przez nich pracy w początkach XIX wieku na terenach polskich byłego zaboru pruskiego*. „Zdrowie Publiczne”, 1976, 87, 921–924; J. Sadowska, *Ochrona zdrowia publicznego na ziemiach polskich w zaborze pruskim*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 2000, 63, s. 199–205.

szpitalnictwa, poza zrozumieniem wagi samego problemu i czystą ciekawością wypływającą z atrakcyjności obszaru naukowej penetracji, stała się chęć polemiki bądź współbrzmienia ze wzmiankowaną już głośną pracą Michela Foucault'a *Narodziny Kliniki* z 1963 r.

Jednakże w przypadku Gdańska mamy do czynienia z sytuacją odmienną, a jednocześnie nie budzącą takich badawczych emocji. To ważne miasto basenu Morza Bałtyckiego, kształtujące znacząco przez stulecia wydarzenia polityczno-społeczno-ekonomiczne w regionie, a co najważniejsze miasto posiadające znaczące tradycje naukowo-dydaktyczne, w tym tradycje medyczne, w czasach, gdy na Zachodzie Europy następowało zawłaszczanie obszarów szpitalnych przez posługujących się orężem gwałtownie rozwijającego się „klinicyzmu” lekarzy, splotem niekorzystnych wydarzeń polityczno-społeczno-ekonomicznych już nie regionu, a całej środkowej Europy, zostało pozbawione nie tylko współuczestnictwa w owej ekspansji „klinicyzmu”, ale nawet współuczestnictwa w tworzeniu naukowych jej podstaw. Upadająca w drugiej połowie XVIII wieku gdańska nauka nie była w stanie stworzyć ważnego w tej części Europy ośrodka klinicznego. Podczas gdy we Francji czy w Niemczech kładzione są podwaliny pod nowoczesną anatomię patologiczną, w Gdańsku zaniechane zostaje nawet nauczanie anatomii prawidłowej. Ustabilizowaniu w połowie XVIII wieku obecności w głównym szpitalu miasta (Lazarecie) wykształconego personelu medycznego³⁵, nie towarzyszy powiązanie nauczania medycyny w dogorywającym Gimnazjum Akademickim. Przypadek braku własnego ośrodka kształcącego lekarzy dla Gdańska, doskwierająca miastu przez cały wiek XIX, zostanie usunięta dopiero w pierwszej połowie XX wieku, a więc w czasie, gdy proces medykalizacji szpitali dawno został już dokonany. Tak więc najbardziej atrakcyjny trop rozważań historiograficznych medykalizacji, trop kliniczny, którego podjęcie zaowocowało znaczącymi dokonaniem badawczymi w wielu ośrodkach zachodnioeuropejskich, w śledzeniu rozwoju gdańskiego modelu przemian szpitalnictwa jest całkowicie nieprzydatny.

Lecz nie tylko to jest powodem, że do chwili obecnej nie powstała ani jedna praca, nawet o charakterze przyczynkarskim, ukazująca chociażby pobieżnie ewolucję szpitali gdańskich, którą w języku niemieckim można oddać nieprzekładalnym na język polski określeniem: *vom Hospital zum Krankenhaus*³⁶. Brak bowiem kliniki nie przeszkodził autorom wielu wspomnianych opracowań w kreśleniu obrazu przemian na interesujących ich obszarze. Drugi, i wydaje się że główny, powód wynika nie z natury samego procesu, a z możliwości jego opisu. Są one bowiem bardzo ograniczone, co uwarunkowane zostało brutalną ingerencją w substancję archiwalną w trakcie działań wojennych 1939–1945. Rozproszenie danych, a zwłaszcza dematerializacja wielu podstawowych dokumentów, czynią zadanie analizy wszelkich procesów historycznych rozgrywających się na obszarze Pomorza Gdańskiego w XIX wieku niezwykle trudnym. Zastrzeżenie to dotyczy także kwestii medykalizacji szpitali, tym bardziej, że proces ten, choć

³⁵ Zagadnienie dokładniej omówione w rozdziale: „Gdańsk A.D. 1755”.

³⁶ Por. m.in. R. Jütte: *Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. Jahrhundert*, [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s. 31–50, gdzie autor we wstępie do artykułu szczegółowo rozważa historyczne niuanse stosowania na obszarze niemieckojęzycznym terminów *Hospital* i *Krankenhaus* (s. 31–33).

istotny i rzutujący znacząco na problemy ochrony zdrowia mieszkańców Gdańska, nie był przez współczesnych odnotowywany jako proces szczególny, wymagający swej własnej dokumentacji historycznej.

Najpoważniejszy problem stanowi fakt, że podstawa źródłowa została zredukowana do nielicznych dokumentów rękopiśmiennych ocalałych w Archiwum Państwowym w Gdańsku oraz do mocno przetrzebionych źródeł drukowanych, zachowanych w Bibliotece Polskiej Akademii Nauk w Gdańsku. Część dziewiętnastowiecznych akt dotyczących szpitalnictwa regionu Pomorza Gdańskiego znajduje się także w *Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz* w Berlinie-Dahlem, zwłaszcza pośród dokumentacji Ministerstwa Wyznań i Zdrowia, znacząco wspierając skromne archiwalia gdańskie.

Do najważniejszych archiwaliów rękopiśmiennych ze zbiorów Archiwum Państwowego w Gdańsku³⁷ należą:

1. Akta Naczelnego Prezydium Prowincji Prusy Zachodnie w Gdańsku (APG, 6);
2. Akta szpitalne (APG, 300,61);
3. Akta Lazaretu (APG, 300,87);
4. *Bibliotheca Archivi* (APG, 300,R);
5. Akta Konsystorza Ewangelickiego (APG, 997)

Istotne źródła rękopiśmienne z Biblioteki Gdańskiej Polskiej Akademii Nauk³⁸ to:

1. Ms 428, Prätorius E., *Das Evangelische Dantzig vorstellend den Lebens-Lauff aller Evangelischen Lehrer in Danzig*;
2. Ms 982, *Das Speise-Amt des Lazareths [zu Danzig] mit seinem Einrichtungen und Plichten zum beliebigen Unterrichts für meinem Nachfolger Hr. Benj[amin]. Frid[rich]. Cosack von Joh[ann] Benj[amin] Sieber, abgehender Vorsteher d[es] Sp[ei]se] Amts am Lazareth Ao. 1785 d. 22. Sept[em]b[er]*;
3. Ms Ortm fol, 76, *Ordnungen der Stadt Danzig. Vol. 3.*

Cennym uzupełnieniem są następujące zbiory akt zgromadzone w *Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz* w Berlinie-Dahlem³⁹:

1. I. HA, Rep. 77 *Ministerium des Innern*;
2. I. HA, Rep. 76 *Kultusministerium, VIII A*;
3. II. HA, *Generaldirektorium, Westpreußen und Netzedistrikt, Stadt Danzig*;
4. XIV. HA, *Westpreußen, Rep.180, Regierung zu Danzig.*

Ze źródeł drukowanych, posiadających znaczącą wartość badawczą należy wymienić:

1. statuty poszczególnych szpitali gdańskich⁴⁰;
2. sprawozdania dotyczące sytuacji medycznej Gdańska w XIX wieku⁴¹;

³⁷ Cytowane dalej jako: APG.

³⁸ Cytowana dalej jako: Bibl.Gd.PAN.

³⁹ Cytowane dalej jako: GStAPK.

⁴⁰ *Statuten des St. Marienkrankenhauses und Hospitals in Danzig.* [b.w.] Danzig 1852; *Statut des Diakonissen-Krankenhauses für Kinder und Erwachsene in Danzig.* [b.w.] Danzig 1860.

⁴¹ *An Danzigs wohlthätige Bürger.* [b.w.] Danzig 1800; *Fortgesetzte Nachricht über das hiesige Lazareth.* [b.w.] Danzig 1803; *Fortgesetzte Nachricht über das Lazareth.* [b.w.] Danzig 1805; *Auszug aus den Sanitäts-Berichten der Königl. Regierungen zu Danzig und Marienwerder pro 2tes; Semester 1830.* Danzig: [b.w.] 1830; *Nachrichten über die Armen-, Verpflegungs-Kranken- und Armenschulanstalten zu Danzig im Jahre 1828.* „Preussische Provinzial-Blätter“, 1830, 3, s. 56–62; E.F. Götz, *Statistisch-Medizinischer Bericht über des Stadt-Lazareth in Danzig, in den Jahren 1843 und 1844.* Danzig: [b.w.] 1845.

3. sprawozdania z działalności władz komunalnych Gdańska (zachowane dopiero dla drugiej połowy XIX wieku)⁴²;
4. sprawozdania rejencji gdańskiej i wynikające z nich opracowania statystyczne⁴³;
5. opis Gdańska stworzony w 1809 r. przez von Duisburga⁴⁴, ukazujący obraz szeregu instytucji, w tym medycznych na początku XIX wieku, a więc u progu interesującego nas procesu;
6. szczegółowy opis warunków zdrowotnych panujących w Gdańsku w latach trzydziestych XIX wieku, tym cenniejszy, iż dokonany przez lekarza, Eduarda Otto Danna⁴⁵;
7. wydawane w drugiej połowie lat dwudziestych XIX wieku przez Gottfrieda Löschina kroniki miejskie⁴⁶;
8. broszura polemiczna, ukazująca złożoną problematykę przemian zarządzania Lazaretem w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XIX wieku⁴⁷;
9. syntetyczne omówienie infrastruktury medycznej Gdańska, zawarte w zbiorowym dziele powstałym na progu lat osiemdziesiątych XIX wieku⁴⁸;
10. artykuły w prasie gdańskiej, omawiające zagadnienia medyczne miasta⁴⁹.

Ponadto, z uwagi na zaginięcie wielu dokumentów, jako źródła zastępcze nieocenioną pomocą mogą służyć opracowania bazujące na nieistniejących archiwaliach. Są to przede wszystkim opracowania historyczne szpitala boromeuszek pod wezwaniem Najświętszej Maryi Panny⁵⁰ i szpitala diakonis przy *Neugarten*⁵¹.

⁴² *Danzigs Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1869*. A. Schroth. Danzig 1869 i następne; *Zusammenstellung des finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig im Jahre 1857*. Danzig: A. Schroth, 1857 i następne; *Verwaltungs-Bericht des Magistrats zu Danzig für das Jahr 1862/63*. Danzig: A. Schroth, 1863 i następne.

⁴³ *Statistisch-topographisches Adreß-Handbuch von Regierung-Bezirk Danzig. 1858*. Danzig, Elbing: L. Saunier in Commission, 1858; H. Oelrichs, *Statistische Mitteilungen über den Regierungsbezirk Danzig: Nach amtlichen Quellen bearbeitet Fortsetzung 1–2*. Danzig: A.W. Kafemann, 1863–1869; *Topographisch-statistisches Handbuch für den Regierungsbezirk Danzig*. Danzig: A.W. Kafemann, 1869; K.F. Zeuschner, *Generalbericht über das Medizinal- und Sanitäts-Wesen des Regierungsbezirks Danzig in den Jahren 1886–1888*. Danzig: A.W. Kafemann, 1891.

⁴⁴ F.C.G. von Duisburg, *Versuch einer historisch-topographische Beschreibung der Freien Stadt Danzig*. Danzig: F. Troschel, 1809.

⁴⁵ E.O. Dann, *Topographie von Danzig, besonders in physischer und medizinischer Hinsicht*. Berlin: T.C.F. Enslin, 1835.

⁴⁶ G. Löschin, *Danziger Chronik des Jahres 1824–1828, zur Fortsetzung seiner Geschichte Danzigs*. T.1–4. Danzig: [b.w.] 1825–1829.

⁴⁷ R. Steimmig, *Zur Lazarethfrage 1870*. Danzig: [b.w.] 1870.

⁴⁸ *Danzig in naturwissenschaftlicher und medizinischer Beziehung. Gewidmet den Mitgliedern und Teilnehmern der 53. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte*. Danzig: [b.w.] 1880.

⁴⁹ „Danziger Zeitung”, „Westpreussische Zeitung”, „Katholischen Wochenblatt”.

⁵⁰ C. Lüdtkke, *Das St. Marien-Krankenhaus in Danzig. Zum 50 jährigen Jubiläum dieser Kranken- und Waisenanstalt am 13. November 1902 in dankbarer Erinnerung gewidmet von...* Danzig: H.J. Boenig, 1902; F. Steffen, *Geschichte des St. Marien-Krankenhaus und des mit ihm verbundenen katholischen Mädchenwaisenhauses Danzig*. Danzig: Westpreußischer Verlag A.-G., 1927.

⁵¹ B. von Hülsen, *Ein halbjahrhundert westpreußischer Diakonie. Geschichte des Diakonissen-Krankenhauses für Kinder und Erwachsene (Westpreußisches Diakonissen-Mutterhaus) zu Danzig 1857–1907*. Danzig: Selbstverlag des Diakonissenhauses, 1907; *Nach 75 Jahren – 1857 bis 1932 – Diakonissen Mutter- und Krankenhaus Danzig*. Danzig: [b.w.] 1932.

Przedstawiona baza źródłowa zupełnie nie znajduje wsparcia, jak już wspomniano, choćby w jednym, najskromniejszym opracowaniu procesu medykalizacji obszaru Gdańska, które mogłoby służyć za punkt wyjścia do niniejszych badań. Zresztą nie istnieje żaden choćby projekt badawczy, kreślący już nie tylko tak specyficznie ujęte zagadnienie, ale w ogóle dzieje szpitalnictwa gdańskiego w XIX wieku. Ważny etap rozwoju medycyny w tym mieście został przez badaczy niemieckich pracujących tu do 1945 r. potraktowany jako zbyt mało atrakcyjny, zapewne z racji braku należytego dystansu czasowego. Natomiast dla badaczy polskich, napotykających na swej drodze co krok poważne braki źródłowe, wynikające z zaginięcia w czasie II wojny światowej wielu podstawowych źródeł dotyczących zwłaszcza XIX wieku, opracowanie dziejów medycyny gdańskiej tego okresu stanowi znaczące wyzwanie, którego podejmują się niechętnie. Pisząc te słowa z perspektywy trudnego doświadczenia penetracji archiwów w poszukiwaniu resztek zachowanej substancji źródłowej, autor przedkładanej dysertacji do owej niechęci podchodzi z należyтым szacunkiem i całkowitym zrozumieniem.

Wobec powyższego, celem niniejszego projektu badawczego było znalezienie odpowiedzi na pytanie o wpływ czynników prawnych, ekonomicznych, politycznych na proces zawłaszczania szpitali przez środowisko medyczne na wybranym przykładzie szpitalnictwa gdańskiego, a także na pytanie o sam przebieg tego procesu. Odpowiedzi na tak postawione zagadnienia mogą posłużyć do lepszego zrozumienia zarówno dziejów szpitalnictwa jako takiego, ale również do bardziej wnikliwej analizy stanu obecnej funkcjonujących zakładów leczniczych.

Przedstawiając niniejszym efekty realizacji projektu badawczego dotyczącego medykalizacji szpitalnych placówek Gdańska, autor zdaje sobie zarazem sprawę, że przedkłada tym samym pierwsze syntetycznie zarysowane dzieje szpitali tego miasta w XIX wieku. Stąd też część zagadnień została zaprezentowana nieco szerzej, niż wynikałoby z penetracji naukowej ograniczonej ściśle do tematu projektu. Autor wyszedł jednak z założenia, iż zrozumienie niektórych procesów wymaga naszkicowania dość szerokiego tła, na jakich owe procesy się rozgrywały. Z drugiej strony posiada on pełną świadomość, iż opracowanie to nie wypełnia (bo przy takich założeniach projektu badawczego wypełnić nie może) istotnej luki, jaką jest precyzyjne nakreślenie odrębnych dziejów poszczególnych placówek szpitalnych Gdańska.

2. GDAŃSK A.D. 1755

Gdańsk w 1755 r. liczy około 57 500 mieszkańców¹. Organem zarządzającym jest Rada Miejska złożona z Trzech Ordyneków². W latach 1748–1752 przeszła ona znaczące przeobrażenia, polegające na zwiększeniu znaczenia pospólstwa w zarządzaniu miastem. Stało się tak dzięki poparciu króla Augusta III Sasa, dlatego w 1755 r. wdzięczni przedstawiciele Trzeciego Ordynku w Dworze Artusa ufundowali monumentalny pomnik władcy. Natomiast bogaci przedstawiciele kupiectwa za niepowodzenia w negocjacjach z królem obarczali tzw. „uczonych”, grupę wykształconych mieszczan, pełniących najważniejsze funkcje w Pierwszym i Drugim Ordynku, często (zdaniem opozycji) nie rozumiejących istoty handlu, a przez to żywotnych interesów Gdańska.

Gdańsk w 1755 r. stanowi silnie ufortyfikowane miasto, którego substancja architektoniczna została w tym czasie już dobrze nasycona tak budynkami prywatnymi, jak i budowlami o charakterze publicznym. Owocuje to pewnym zastojem w budownictwie. Nie można jeszcze mówić wprawdzie o kryzysie, lecz wznosi się zdecydowanie mniej nowych gmachów, raczej modernizuje i upiększa stare³. Na taką sytuację ma również wpływ stopniowe, choć jeszcze nie dramatycznie narastające, zubożenie mieszczaństwa. W 1755 r. dożywa swych lat pokolenie pamiętające dżumę roku 1709⁴ i wojnę gdańsko-francusko-rosyjską w 1734 r.⁵, dwa najważniejsze czynniki inicjujące upadek świetności Gdańska. Ślady oblężenia przez Rosjan widoczne będą jeszcze do roku 1765 r. w centrum miasta⁶, natomiast dalszego rozwoju doznają przedmieścia, które to zjawisko, obserwowane od XVII wieku, zostaje tylko czasowo przyhamowane przez wspomniane działania wojenne⁷.

¹ J. Baszanowski, *Przemiany demograficzne w Gdańsku w latach 1601–1846 w świetle tabel ruchu naturalnego*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1995, s. 132.

² Pierwszy Ordynek – tzn. Rada właściwa, rekrutował się spośród zamożnych warstw społecznych, podobnie jak Drugi Ordynek (Ława). Trzeci Ordynek powoływany był spośród warstw pospólstwa (średniozamożnych kupców i rzemieślników).

³ Do ulubionych sposobów modernizacji i zarazem wprowadzania zmian o charakterze estetycznym w kamienicach mieszczańskich tego okresu było rozbudowywanie lub wręcz stawianie *de novo* przedproży. J. Stankiewicz, *Przemiany przestrzenne i demograficzne Gdańska w XVIII wieku*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. III/1. Gdańsk: [b.w.] 1993, s. 327–328. O „wysyceniu” infrastruktury miasta budynkami użyteczności publicznej patrz także: T. Zarębska, *Budowle i urzędzenia komunalne Gdańska w jego złotym wieku*. [w:] *Mieszczaństwo Gdańskie*. Nadbałtyckie Centrum Kultury. Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Naukowe, 1997, s. 344.

⁴ E. Sienkowski, *Dżuma w Gdańsku w 1709 roku. Studium z dziejów epidemiologii*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1970, 43, s. 309–401.

⁵ Chodzi tu o wydarzenia z lat 1733–1735, związane z opowiedzeniem się Gdańska po stronie Stanisława Leszczyńskiego jako króla Polski. Efektem tego było oblężenie miasta przez Rosjan, a następnie wysoka kontrybucja dla Rosji oraz roszczenia finansowe popieranego przez carycę Annę Iwanownę króla Augusta III Sasa. Aby spłacić te wymuszone zobowiązania Gdańsk zaciągnął szereg pożyczek, z których najznaczniejsza (dwieście jeden tysięcy guldenów) spleciona została dopiero w 1756 r. (E. Cieślak, *Druga elekcja Stanisława Leszczyńskiego, oblężenie Gdańska w 1734 r.* [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. III/1. Gdańsk: [b.w.] 1993, s. 540–541).

⁶ Stankiewicz 1993, s. 333.

⁷ Stankiewicz 1993, s. 334–35.

W Gdańsku w tym czasie, podobnie jak w pozostałych krajach Europy Zachodniej i Środkowej, nadal obowiązuje średniowiecznej proveniencji wyraźne rozróżnienie lekarzy (*medicus, Herr Doctor*) i chirurgów (*chirurgus, Wundarzt*). Ci ostatni nadal bywają nazywani cyrulikami (*Barbier*) i zrzeszeni są w Gdańsku w cechu cyrulików (*Barbierer Zunft*). Ich uczniowie, czeladnicy cyrulików (*Barbier Gesell*), wypełniają istotną funkcję w opiece chirurgicznej w mieście. Mistrzów chirurgii mogło równocześnie praktykować w Gdańsku dwudziestu⁸. Obraz środowiska medycznego dopełniają aptekarze (*Apothecker*).

W 1755 r. pielęgnowane są w Gdańsku znakomite tradycje medyczne sięgające odrodzenia⁹. Zaledwie dziesięć lat wstecz zmarł wybitny anatom Johann Adam Kulmus (1689–1745), który w 1722 r. wydał pomnikowe dzieło *Tabulae anatomicae*¹⁰. Fizykiem miejskim jest jego bratanek, Johann Ernst Kulmus (1709–1769). W tym też czasie czynny jest Johann Philip Breyne (1680–1764), wybitny lekarz-praktyk oraz przyrodnik. Pierwsze kroki w zawodzie stawia Johann Ernst Remus (1727–1797). Jego praca doktorska napisana pod kierownictwem Alberta Hallera, głośnego klinicysty z Getyngi, wydana w 1752 r., a omawiająca kwestie „wrażliwości” i „drażliwości” w oparciu o zjawiska zachodzące w układzie krążenia, zaliczana jest do najwybitniejszych tego typu opracowań swej epoki¹¹.

Studia Remusa w Getyndze nie są wyjątkiem, a regułą. W Gdańskim Gimnazjum Akademickim, choć wykładane są podstawy nauk medycznych, nie można uzyskać pełnego wykształcenia. Dlatego też lekarze kształcą się zagranicą, najczęściej w Halle. W pierwszej połowie XVIII wieku aż ośmiu lekarzy z Gdańska doktoryzowało się na tamtejszym uniwersytecie¹². Na uniwersytecie w Erfurcie znany jest w tym okresie jeden doktorant z Gdańska, zaś we Frankfurcie dwóch¹³.

W literaturze przedmiotu jest znanych szesnastu doktorów medycyny w 1755 r., w różnym stopniu czynnych w zawodzie, co zależy od wieku lekarza i jego zaangażowania. Są to: Johann Philipp Breyne (1680–1764), Daniel Fremaut (1681–1758), David Ludwig La Motte (1683–1762), jego syn Heinrich Jacob La Motte (1712–1783), Georg Remus (1688–1756), jego syn George Ernst Remus (1727–1797), Paul Wilhelm Schmidt (ok. 1688–1768), David Kade (1688–1763), Traugott Johann Wilhelm Lohr (ok. 1693–1757), Johann Peter Kind (ok. 1694–1758), Sigismund Heinrich Schmidt (ok. 1695–

⁸ S. Sokół, *Historia gdańskiego cechu chirurgów, 1454–1820*. Wrocław, Warszawa: Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, 1957, s. 74.

⁹ K. Kubik, *Nauki lekarskie*. [w:] K. Kubik, L. Mokrzecki: *Trzy wieki nauki gdańskiej. Szkice z dziejów od XVII do XVIII wieku*. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo, 1976, s. 138–147.

¹⁰ *Wspomnienie o Janie Adamie Kulmusie*. Przekład: M. Kamińska-Axer, „Archiwum Historii Medycyny”, 1975, 38, 195–200; Z. Nowak, *Oświecenie w Gdańsku*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. III/1. Gdańsk: [b.w.] 1993, s. 686–687.

¹¹ M. Lambert, *Udział niemieckich ośrodków naukowych w kształtowaniu polskiej myśli medycznej w czasach saskich (1697–1763)*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1979, 42, s. 224–225.

¹² Maciej Lambert wymienia następujących lekarzy: N. Berendt (1709 r.), D. Bolten (1709 r.), J. Gellentini (1712 r.), M. I. Kubas (1750 r.), D. G. Messerschmied (1713 r.), A. Nitzsch (1731 r.) S. H. Schmidt (1722 r.), B. G. Schroeder (1740 r.). Lambert 1979, s. 224. Por. W. Kaiser, H. Pankiewicz, *Z historii polsko-niemieckich kontaktów naukowych w XVII i XVIII wieku*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1973, 36, s. 155–157.

¹³ Erfurt: J. Lose (1705), Frankfurt: F. J. Kohntzen (1756 r.) i S. E. Steinhardt (1726 r.). Lambert 1979, s. 225.

1765), Johann Ernst Kulmus (1709–1769), Johann Eilhard Reinick (1711–1791), (Beniamin Gottlieb von Schröder 1715–1776), Christian Sendel (1719–1788), Beniamin Schwarz (?–?)¹⁴. Jeśli spis ten jest pełny, to na jednego lekarza przypada w tym czasie około trzy i pół tysiąca mieszkańców miasta¹⁵.

Życie naukowe w 1755 r. skupione jest w powstałym w 1743 r. Towarzystwie Przyrodniczym (*Societas physice experimentalis; Naturforschende Gesellschaft*). Do tego roku w skład Towarzystwa weszło trzydziestu członków, w tym siedmiu doktorów medycyny: David Kade, Johann Eilhard Reinick, Heinrich Jacob La Motte, Beniamin Gottlieb von Schröder, Christian Sendel oraz Beniamin Schwarz¹⁶. La Motte prowadzi prace nad zjawiskami optycznymi, Sendel zajmuje się modnym wówczas magnetyzmem, Schwarz słynie z lekcji anatomii, jakie prowadzi od 1752 r. dla chirurgów, celem podniesienia poziomu ich wiedzy. Jest to kontynuacja wykładów połączonych z sekcjami zwłok prowadzonymi przez Johanna Adama Kulmusa w latach trzydziestych i czterdziestych XVIII wieku¹⁷. Jednak gdy w 1755 r. cech chirurgów prosi Radę Miejską o przydzielenie mu starej łaźni na potrzeb szkoły anatomicznej i nauczania chirurgii, Rada prawdopodobnie tej prośby nie spełnia¹⁸.

Życie medyczne w Gdańsku w XVIII wieku zostało uporządkowane pod względem prawnym ordynacją medyczną z 1703 r., regulującą warunki uzyskiwania prawa wykonywania zawodu, obowiązki lekarzy względem społeczności gdańskiej zwłaszcza w czasach zarazy, zadania głównych lekarzy miasta (fizycy miejscy¹⁹, *phisici*), uposażenie lekarzy, wzajemne zależności lekarze-chirurdzy, lekarze-aptekarze²⁰. Także zależności lekarze-szpitala.

W 1755 r. prawo patronatu nad wszystkimi szpitalami w mieście należy do Rady Miejskiej²¹. Z jej ramienia sprawami fundacji dobroczynnych zajmują się od XVI wieku czterej tzw. panowie szpitali (*Hospitalar-Herren*). Skład komisji jest zmienny, na przykład przed ponad trzydziestu laty, w 1721 r. w jej skład wchodził: najstarszy kamlarz (*Kämmerer*)²², drugi kamlarz i najmłodszy kamlarz oraz najstarszy „pan palowy”²³. W latach sześćdziesiątych XVIII wieku Lengnich wymienia podobny skład komisji, z tym

¹⁴ E. Schumann, *Geschichte der Naturforschenden Gesellschaft in Danzig 1743–1892*. Danzig: Commissions-Verlag von Wilhelm Engelmann in Leipzig, 1893, s. 4–5, 76–82; F. Schwarz, *Danziger Ärzte im 16.–18. Jahrhundert. III. 1651–1699*. „Danziger familiengeschichtliche Beiträge”, 1941, 6, s. 13–22; Lambert 1979, s. 224–225.

¹⁵ W tym czasie ilość lekarzy przypadająca na populację mieszkańców państw europejskich była bardzo zróżnicowana, nawet w obrębie jednego kraju. Dla przykładu: w tym samym kraju (Prusy) istniały obszary, w których na jednego lekarza przypadało około trzy i pół tysiąca osób, jak i obszary, w których przypadało ich niemal siedem tysięcy. Huerkamp 1985, s. 29.

¹⁶ Schumann 1983, s. 4–5, 76–82.

¹⁷ Sokół 1957, s. 45.

¹⁸ Kolejna, także nieudana próba, została podjęta w 1811 r. Sokół 1957, s. 208–209.

¹⁹ Ilość ich była zmienna, zazwyczaj jednak równocześnie tę funkcję pełniło trzech lekarzy, różniących się kompetencjami.

²⁰ E. Sienkowski, *Medycyna w Gdańsku w XVIII wieku*. [w:] „Pamiętnik XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny 23–25 września 1976 r.”, Cz.1, s. 143.

²¹ Od 1454 r. Wyjątek stanowił szpital bonifratrów, leżący w dobrach biskupa włocławskiego.

²² Kamlaria (*Kämmererei*), którą zawiadywali kamlarze (*Kämmerer; Kämmer-Herren*), była jedną z najważniejszych kas miejskich.

²³ Komora palowa stanowiła kasę miejską, do której wpływały podatki z cła (palowego). Zawiadywana była przez tzw. panów palowych (*Pfahlherren*).

że zamiast pana palowego wspomina najstarszego radcę nad kamlarzami (*Rathmann nach dem Kämmereren*)²⁴

W 1755 r. w Gdańsku czynne są następujące zakłady opieki stacjonarnej:

1. szpital św. Ducha, powstały przed 1333 r., od 1546 r. instytucjonalnie związany ze szpitalem św. Elżbiety, leżący w obrębie miasta, przy *Damm*²⁵;
2. szpital św. Gertrudy, wzmiankowany po raz pierwszy w 1342 r., zlokalizowany poza miastem, w 1755 r. leżący w okolicy bastionu św. Gertrudy na południowo-zachodnim krańcu miasta²⁶;
3. szpital Wszystkich Aniołów Bożych, erygowany prawdopodobnie w połowie XIV wieku, znajdujący się poza miastem, przy drodze prowadzącej do Wrzeszcza²⁷;
4. szpital św. Elżbiety, powstały w 1394 r., od 1546 r. instytucjonalnie związany ze szpitalem św. Ducha, leżący w obrębie miasta, przy *St. Elisabeth-Kirchgang*²⁸;
5. szpital św. Jakuba gildii szyprów z 1414 r., znajdujący się w obrębie miasta, przy *Schüßeldamm*²⁹;
6. szpital Bożego Ciała z połowy XV wieku, leżący poza miastem, u stóp Grodziska³⁰;
7. szpital św. Barbary, erygowany prawdopodobnie pomiędzy 1385 a 1387 r., leżący w obrębie miasta, przy *Langgarten*³¹;
8. szpital św. Łazarza, *Lazareth oder Pockenhaus* z końca XV wieku, zlokalizowany poza obrębem obwałowań miejskich, przed bramą św. Jakuba, przy drodze prowadzącej do Wrzeszcza (por. rycina 1)³²;
9. szpital bonifratrów, powstały w 1646 r. poza miastem, na Starych Szkotach (*Alt Schottland*);
10. wykorzystywane od drugiej połowy XVII wieku w czasie nawiedzających Gdańsk epidemii domy dla chorych zakaźnie (*Pestilenzhäuser*), zlokalizowane w rejonie *Hühner-Berg*³³.

Najstarszy z wymienionych zakładów to szpital św. Ducha, zaś najmłodszy to powstały w 1646 r. szpital bonifratrów, jedyny zakład katolicki i jedyna szpitalna fundacja klasztorna miasta.

Ponadto funkcjonuje Dom Dziecka (*Kinderhaus*) z 1541 r., znajdujący się w pobliżu szpitala św. Elżbiety, zaś na Osieku istnieje szczególny zakład – Dom Dobroczynności

²⁴ G. Lengnich, *Ius Publicum Civitatis Gedanensis oder der Stadt Danzig Verfassung und Rechte: nach der Originalhandschrift des Danziger Stadtarchivs hrsg. von Otto Günther*. Danzig: Th. Bertling, 1900, s. 205–206.

²⁵ Obecnie ul. Grobla IV.

²⁶ Obecnie obszar pomiędzy Bastionem św. Gertrudy a Traktem św. Wojciecha.

²⁷ Obecnie okolice pomnika-czołgu, przy Alei Zwycięstwa.

²⁸ Obecnie ul. Elżbietańska.

²⁹ Obecnie ul. Łągiewniki.

³⁰ Obecnie ul. 3 Maja.

³¹ Obecnie ul. Długie Ogrody.

³² Obecnie miejsce to zajmuje Północna Dyrekcja Okręgowa Kolei Państwowych przy ulicy Dyrekcyjnej.

³³ Obecnie ul. Toruńska.

(*Spendhaus*) z 1699 r., łączący funkcję sierocińca i domu pracy (*Arbeitshaus*)³⁴, instytucjonalnie związany z Urzędem Dobroczynności (*Spendamt*), urzędem miejskim odgrywającym od XVI wieku znaczącą rolę w opiece społecznej nad „ubogimi domowymi”, tzn. osobami egzystującymi poniżej minimum socjalnego, lecz nie zamieszkującymi szpitali, a któryś z prywatnych domów w mieście. Przy *Am Olivaerthor*³⁵ istnieje także fundacja Rennerów, założona dla trzydziestu kobiet w podeszłym wieku, a przede wszystkim dla samotnych wdów po kupcach. Powstała na mocy testamentu zmarłej w 1721 r. Barbary Szmidt, z d. Renner w l. 1722–1724 jako ostatnia przed 1793 r. gdańska fundacja dobroczynna erygowana dla celów opieki stacjonarnej³⁶.

Podczas działań wojennych w 1734 r. zniszczone lub uszkodzone zostały: szpital Wszystkich Aniołów Bożych³⁷ oraz szpital bonifratrów. Ponieważ ten ostatni znajdował się na Starych Szkotach, należących do włości biskupa włocławskiego i stanowiących konkurencyjny dla Gdańska ośrodek rzemieślniczy, jego odbudowa trwała dłużej (lata 1741–1742) jak i całych Starych Szkotów³⁸, niż znajdującego się pod opieką Rady Miejskiej szpitala Wszystkich Aniołów Bożych (do 1739 r.).

W 1752 r., w nocy z 4 na 5 lutego, pożar zniszczył główny gmach szpitala św. Elżbiety, wybudowany jeszcze w 1618 r. W latach 1752–1754 w jego miejsce postawiono nowy, rokokowy budynek szpitalny, w którym znajdowała się sala spotkań prowizorów (*Audienzstube*), izba ogólna (*Gemeinstube*) oraz dwadzieścia sześć izb dla pensjonariuszy³⁹.

Tak więc pomimo szeregu nieszczęść trapiących Gdańsk w pierwszej połowie XVIII wieku, w 1755 r. wszystkie wspomniane szpitale były czynne. W tymże roku we wszystkich szpitalach gdańskich⁴⁰ w dniu 17 lipca znajdowało się ośmiuset czterdziestu ośmiu pensjonariuszy⁴¹.

Niemal wszystkie wymienione szpitale, poza trzema wyjątkami, zdominowane są przez prebendarjuszy. Wkupienie się na dożywocie stało się dla wielu mieszkańców ówczesnego Gdańska sposobem zabezpieczenia na czas starości, zniedołężnienia i cho-

³⁴ Wątpliwości dotyczą zaliczenia Domu Dobroczynności do szpitali. Z jednej strony o takiej kwalifikacji przez współczesnych świadczy fragment pracy E. Prätoriusa, w której autor zaznacza, iż Dom został odciążony z pewnych zobowiązań względem miasta, „wraz z innymi szpitalami” (*mit denen anderen Hospitälern*), Bibl.Gd.PAN, Ms 428, k.719r. Także akty prawne dotyczące Domu grupowane były w rozmaitych kompilacjach pod hasłem *Hospitalia*. Z drugiej strony, z prawnego punktu widzenia, Dom nie podlegał jednak komisji Rady ds. szpitali (panom szpitalnym), a prowizorom ds. ubogich (*Herren Provisoribus der Armen*, APG, 300, R/Mm, 20d, s. 157–158). Z uwagi na tę niejednoznaczność zdecydowałem się na odseparowanie dla potrzeb niniejszej pracy fundacji Domu Dobroczynności od fundacji szpitalnych, choć jest to tylko po części słuszne.

³⁵ Obecnie ul Łagiewniki.

³⁶ J. Friedrich, *Gdańskie zabytki architektury do końca XVIII w.* Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1995, s. 203. Fundacja Rennerów, będąc fundacją powstałą dla celów opieki stacjonarnej, jednocześnie nie została nigdy zaliczona do fundacji szpitalnych.

³⁷ Duisburg, von 1809, s. 238.

³⁸ O dwuznacznym stanowisku gdańszczan względem Starych Szkotów i Chełma w czasie i po oblężeniu patrz: E. Cieślak, *W obronie tronu króla Stanisława Leszczyńskiego*. Gdańsk: Wydawnictwo Morskie, 1986, s. 164–165.

³⁹ Duisburg, von 1809, s. 231–232.

⁴⁰ Dane nie obejmują szpitala bonifratrów.

⁴¹ Bibl.Gd.PAN, Ms 1086 IV, s. 95.

roby. Wprawdzie zdarzało się, że Rada Miejska usiłowała narzucić szpitalom pewne kategorie pensjonariuszy, jak to miało miejsce na przykład w 1733 r., gdy szpital św. Jakuba otrzymał polecenie utrzymywania dożywotnio żołnierzy garnizonu gdańskiego, służących miastu trzydzieści – pięćdziesiąt lat⁴², lecz były to sytuacje sporadyczne.

Dla niniejszych badań istotniejsze są owe trzy wyjątki. Pierwszy, najmniej zbadany obszar, to uruchamiane okresowo domy dla chorych zakaźnie, posiadające łącznie sześćnaście mieszkań. W 1709 r. w czasie epidemii dżumy przekazane zostały do dyspozycji Urzędu Dobroczynności. Część z nich przeznaczono do hospitalizacji ubogich dzieci z Domu Dobroczynności, dlatego nazwane zostały Sierocińcem Dolnego Miasta (*das niederstädtische Waisenhaus*)⁴³.

Drugi obszar, również niemal nie spenetrowany, to katolicka fundacja szpitala bonifratrów, której dokumentacja niemal doszczętnie zaginęła. Wiadomo o niej tylko, że nie służyła za przytułek, a za szpital w dzisiejszym tego słowa znaczeniu⁴⁴.

Trzeci obszar, stanowiący dla niniejszych badań punkt wyjścia, to największa fundacja szpitalna miasta, pochodzący z końca XV wieku Lazaret (*Lazareth oder Pockenhaus*).

Ilości pensjonariuszy Lazaretu w 1755 r. nie znamy. Osiem lat później (16 października 1763 r.) będzie ich czterystu dziewięciu, dziesięć lat (30 grudnia 1765 r.) – aż czterystu dziewięćdziesięciu dwóch⁴⁵. Analogicznie: wszystkich pensjonariuszy szpitali w Gdańsku (poza fundacją bonifratrów) będzie ośmiuset siedemdziesięciu trzech (1763 r.) i dziewięćset pięćdziesięciu siedmiu (1765 r.). Populacja ubogich Lazaretu stanowi więc około 50% (46,8% w 1763 r. i 51,4% w 1765 r.) wszystkich pensjonariuszy szpitali Gdańska.

W 1755 r. Urząd Dobroczynności (*Spendamt*) udzielił wsparcia pięciu tysiącom czterystu dwudziestu sześciu ubogim, z czego czterem tysiącom sześciuset trzydziestu „różnorodnym ubogim, a wśród nich pięciuset dziewięćdziesięciu i jednemu wyznania rzymsko-katolickiego, ośmiemdziesięciu dziewięciu niewidomym, niemowom i ułomnym”⁴⁶; W 1762 r. analogicznie: pięciu tysiącom ośmiuset dziewięćdziesięciu dwóm ubogim, z czego czterem tysiącom dziewięćset pięćdziesiąt ośmiu „różnorodnym ubogim”⁴⁷. Na tym poziomie oszacować można ilość wszystkich ubogich, wymagających wsparcia, a więc żyjących poniżej minimum socjalnego. W 1763 r. znajdująca się w dniu 16 listopada w Lazarecie populacja ubogich (czterysta dziewięć osób⁴⁸) stanowi 6,9% wszystkich ubogich w mieście, którzy w ciągu ubiegłego roku otrzymali wsparcie.

Zakład w połowie XVIII wieku funkcjonuje na tyle dobrze, że w latach 1745–1746 może pozwolić na postawienie nowego budynku kościoła, gdyż stary nie mieści wszystkich pensjonariuszy. Ma być wprawdzie skromny w wystroju, ale solidny⁴⁹.

⁴² APG, 300, R/Mm, 7, s. 417; APG, 300, 90/6, s. 129–130..

⁴³ Duisburg, von 1809, s. 246.

⁴⁴ G. Fantuzzi, *Diariusz podróży po Europie (1652)*. Przekład: W. Tygielski. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX, 1990, s. 46–47.

⁴⁵ Bibl.Gd.PAN, Ms 1111 IV, s. 13, 54.

⁴⁶ Bibl.Gd.PAN, Od 12872, 2^o, nie paginowany, druk nr 4.

⁴⁷ Bibl.Gd.PAN, Od 12872, 2^o, nie paginowany, druk nr 8.

⁴⁸ Bibl.Gd.PAN, Ms 1111 IV, s. 54.

⁴⁹ Wytyczne Rady dotyczące przyszłego budynku kościoła Lazaretu – Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm fol, 92a, fasc.III, k.10r.–11r.

Obsada w wyższy personel medyczny szpitali gdańskich jest w 1755 r. skromna. Wyjątkowo do obsługi chorych Lazaretu przeznaczono aż jednego mistrza cyrulika i jednego czeladnika cyrulika. Lekarzem Lazaretu, jak wspomniano, jest młodszy fizyk miejski. Pozostałe szpitale pozostają bez stałej opieki medycznej⁵⁰. Nadzór fizyka nad nimi wydaje się być fikcją. Jak wykazały wypadki 1709 r., ubodzy miasta nie mogą w razie zagrożenia liczyć na pomoc lekarzy⁵¹. Fundacje szpitalne nie zapewniają opieki medycznej instytucjonalnie, lekarz może być wezwany jedynie na indywidualne zapotrzebowanie chorego i za jego pieniądze. W tej sytuacji jedynym zakładem stacjonarnej opieki lekarskiej w Gdańsku w 1755 r.⁵² jest Lazaret, w którym większość obowiązków spoczywa jednak nie na lekarzu, ani nawet nie na cyruliku, a na czeladniku cyrulika. Bezpośrednio chorymi zajmują się opiekunki chorych (*Siegmägde*). Nadzór nad nimi pełni kobieta określana w źródłach jako *Krankenmutter*. Podlega ona szafarce (*Speisemutter*), ta zaś zarządczyni (*Hofmutter*).

Lecz pod względem opieki medycznej rok 1755 r. jest dla Lazaretu przełomowy. Zakład do tej pory wytypowany przez władze miejskie do zaopatrywania chorych internistycznych, chorych chirurgicznych, izolacji chorych psychicznie, przeznaczony do leczenia i opieki socjalnej nad ubogimi dziećmi oraz do dożywotniej opieki stacjonarnej nad osobami starymi, biednymi i chorymi, w tym roku zyskuje jeszcze jedno zadanie: w jego obszarze erygowana zostaje apteka, służąca nie tylko chorym Lazaretu, ale ubogim chorym z całego miasta, do bezpłatnego rozdawania leków.

Powiązanie Lazaretu z ubogimi nie będącymi jego pensjonariuszami nie jest nowością. Już w 1608 r. zarząd fundacji połączono z Urzędem Dobroczynności⁵³. Wprawdzie w 1653 r. obie instytucje rozdzielono⁵⁴, ale od 1703 r. ponownie nastąpiło powiązanie zakładu z ubogimi miejskimi, poprzez osobę fizyka miejskiego, do którego należał nadzór medyczny tak nad Lazaretem jak i nad tzw. *Hausarmen*⁵⁵.

Powstanie w Lazarecie apteki, której zasięg działania przekracza znacznie obszar szpitala, stanowi odpowiedź czynników decyzyjnych miasta na istotny problem ludzi ubogich. Choć mają oni (przynajmniej teoretycznie) swego lekarza (fizyka miejskiego), to jednak realizacja jego zaleceń napotyka na znaczne trudności: biedoty nie stać na wykupienie lekarstw. Tym samym w 1755 r. przeprowadzona zostaje ważna reforma w opiece medycznej nad ubogimi miejskimi. Rada Miejska zezwała na powstanie publicznej apteki Lazaretu, pomimo że w tym czasie w mieście istnieje ścisła reglamentacja usług farmaceutycznych. Od XV do XVII wieku powstało zaledwie siedem aptek (*Raths*

⁵⁰ Wobec niezachowania jakiegokolwiek dokumentacji z epoki, nie jest znany poziom opieki medycznej w szpitalu bonifratrów.

⁵¹ W tym roku w czasie epidemii dżumy wielu lekarzy uciekło z miasta, pomimo grożących im sankcji ze strony Rady Miejskiej. Ciężar opieki nad zarażonymi spadł więc na barki cyrulików. Ta grupa zawodowa przyczyniła to ogromną śmiertelnością (sześciu mistrzów i dziewiętnastu czeladników), podczas gdy od zarazy nie zmarł ani jeden lekarz. Sieńkowski 1970, s. 338–344.

⁵² Wyjątek stanowi szpital bonifratrów, wyłączony ze struktury miejskiej. Jednak szczegółów opieki medycznej szpitala nie znamy.

⁵³ Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm. fol. 76, s. 41.

⁵⁴ APG, 300, R/Rr, 1, s. 203–206; Bibl.Gd.PAN, Ms 428, k.574v.

⁵⁵ Tzw. „ubodzy domowi” (ew. komornicy): grupa ubogich mająca stałe miejsce zamieszkania, natomiast funkcjonująca poniżej minimum socjalnego. Od co najmniej 1525 r. znajdowała się pod opieką Rady Miejskiej. H. Freytag, *Zwei Danziger Armenordnungen des sechzehnten Jahrhunderts*. „Zeitschrift des Westpreussischen Geschichtsvereins”, 1899, 39, s. 99–130.

Apotheke, Altstädtische Apotheke, Fischerthor Apotheke, Apotheke zum Englischen Wappen, Neugarten Apotheke, Apotheke auf Langgarten, Polnische Apotheke) i w XVIII wieku ilość ta nie ulega zmianie⁵⁶. Wspomniana ordynacja medyczna z 1703 r. szczegółowo regulowała zasady funkcjonowania aptek, gwarantując przy tym Radzie Miejskiej prawo wyłączności erygowania nowych zakładów⁵⁷. Powtarzane po wielokroć w dokumentach urzędowych władz miejskich twierdzenie, iż nie powinno być w Gdańsku aptek „ponad potrzebę” i konsekwentne realizowanie tej linii Rady w stosunku do uzurpatorów usiłujących otwierać nowe apteki w mieście⁵⁸, wskazuje niedwuznacznie, iż powstanie nowej apteki w Lazarecie było krokiem bardzo przemyślanym, mającym gwarantować długofalowe zabezpieczenie ubogich w medykamenty.

Ten moment wyznacza cezurę czasową, moment, w którym troska o ubogich mieszkańców miasta uczyniła z Lazaretu główny ośrodek medyczny Gdańska. Zogniskowanie w jednym miejscu opieki lekarskiej, chirurgicznej oraz farmaceutycznej stało się krokiem Rady Miejskiej, którego znaczenia nie sposób przecenić.

⁵⁶ Zgodnie z wydanym przez Radę Miejską zarządzeniem z 1655 r. w Gdańsku powinno być tylko sześć aptek, jednak w 1675 r. władze miejskie zezwoliły na otwarcie siódmej apteki (*Polnische Apotheke*). A. Drygas, *Aptekarstwo gdańskie 1399–1939*. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich Ossolineum, 1983, s. 50, 54, 56, 219–220. W tym samym czasie np. w Królewcu było dziesięć aptek, na dwadzieścia cztery egzystujące w ówczesnych Prusach Książęcych. H. Trunz, *Apotheker und Apotheken in Ost- und Westpreußen 1397–1945. Ein Namen-, Orts- und Literaturverzeichnis*. „Quellen, Materialien und Sammlungen zur altpreußischen Familienforschung (QMS)”. Nr. 5. Hamburg: Verlag des Vereins für Familienforschung in Ost- und Westpreußen, 1992, s. 4.

⁵⁷ A. Drygas, *Gdańskie ustawy aptekarskie z 1597 i 1703 r. i konfrontacja ich z przepisami obowiązującymi dziś w Polsce. Cz. II*. „Farmacja Polska”, 1982, 38, s. 217–219.

⁵⁸ Drygas 1983, s. 25–29, 40–43.

3. GDAŃSK A.D. 1874

Gdańsk około roku 1874 liczy około 98 000 mieszkańców. W 1819 r. ilość mieszkańców miasta szacowano na 49 392 „dusz”, w 1858 r. na 76 795, a w 1861 r. na 82 765. Tak więc w nieco ponad pół wieku ilość Gdańszczan uległa podwojeniu, a już za cztery lata ma przekroczyć 100 000¹. Centrum miasta pozostaje obwarowane, nadal stanowi twierdę, lecz coraz mniej przydatną z militarnego punktu widzenia. Zamknięcie miasta w obrębie umocnień uniemożliwia jego prawidłowy rozwój. Natomiast dynamicznie rozrastają się przedmieścia oraz osady podgdańskie, stopniowo wchłaniane przez organizm miejski. Na tych obszarach szybko dochodzi do zajęcia znacznych obszarów przez struktury architektoniczne, łączących się ze sobą w mniejsze lub większe jednostki urbanistyczne. W 1874 r. do przejętych przez Gdańsk dawnych podmiejskich osad: Chełmu, Wrzeszcza i Nowego Portu, dochodzi obszar zwany *Schellingsfelde*, teren obejmujący południową część Siedlec. Całe terytorium miasta liczy sobie wówczas około 1510 ha. Do końca XIX wieku osiągnie niemal 2000 ha².

Organem zarządzającym jest Rada Miejska, składająca się z rajców (*Stadtverordneten*), wylanianych w drodze lokalnych wyborów, a także powstały w 1809 r. Magistrat, którego członkowie wybierani są wprawdzie przez Radę, ale zatwierdzani przez władze wyższe (Rejencję w Gdańsku, *Regierung zu Danzig*). W toku przemian ustrojowych wiodącą rolę, pomimo protestów Rady Miejskiej, zyskał Magistrat, postrzegany jako rzecznik interesów państwa. Na czele Magistratu stoi nadburmistrz, uznawany za najważniejszą osobę w mieście. W 1874 r. stanowisko to pełni od 1863 r. Leopold Winter (1823–1893), któremu miasto zawdzięcza ważne przeobrażenia, między innymi założenie kanalizacji i wodociągów (lata 1869–1872), wybrukowanie ulic (lata 1870–1879), czy uruchomienie komunikacji miejskiej (lata 1864–1873)³. Organem nadrzędnym w stosunku do Magistratu jest Rejencja w Gdańsku (*Regierung zu Danzig*), podległa Naczelnemu Prezydium Prowincji Pruskiej w Królewcu (*Oberpräsidium in Königsberg für Ost- und Westpreussen*)⁴.

W Gdańsku stary podział na lekarzy i chirurgów powoli zanika. Podobnie jak w innych krajach, chirurgia staje się jedną z dziedzin medycyny. Z lat dwudziestych i czterdziestych XIX wieku pochodzi zastosowany na terenie Prus urzędowy rozdział na lekarzy (ze stopniem doktora), upoważnionych zarówno do leczenia internistycznego, jak i chirurgicznego, na lekarzy (ze stopniem doktora), posiadających tylko prawo do leczenia

¹ *Danzig* 1880, s. 137.

² A. Romanow, *Rozwój przestrzenny Gdańska*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. IV/1. Sopot: Wydawnictwo Lex, 1998, s. 243–244.

³ M. Gliński, *Ludzie dziewiętnastowiecznego Gdańska*. Gdańsk: Muzeum Historii Miasta Gdańska, 1994, s. 102–103.

⁴ *Danzigs Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1869*, Danzig: A. Schroth, 1869; *Danzigs Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1871*, Danzig: A. Schroth, 1871; *Danzigs Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1873*, Danzig: A. Schroth, 1873; T. Cieślak, *Pomorze Wschodnie w XIX w, ze szczególnym uwzględnieniem podziałów administracyjnych*. Olsztyn: Stowarzyszenie Społeczno-Kulturalne „Pojezierze”; Ośrodek Badań Naukowych im. W. Kętrzyńskiego w Olsztynie, 1966, s. 8–13, 20–28; S. Salmonowicz, *Podziały terytorialne i ustrój polityczny ziem pomorskich w latach 1815–1850*. [w:] G. Labuda [red.], *Historia Pomorza*. T.III/1, Poznań: Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, 1993, s. 83–96, 119–126.

internistycznego, na chirurgów I klasy, leczących choroby chirurgiczne, warunkowo jednak posiadających prawo do leczenia chorób internistycznych (np. w przypadku braku lekarzy) oraz na chirurgów II klasy mający prawo do wykonywania tylko prostych zabiegów chirurgicznych⁵. Uniwersyteckie nauczanie tak lekarzy, jak i chirurgów oraz położników obowiązuje na terenie państwa pruskiego od 1849 r. Przekształcenie zawodu rzemieślniczego w uporządkowany naukowo instrument opieki medycznej, kształtowany w toku długotrwałego procesu, ostatecznie zwieńczone zostaje w 1872 r. zezwoleniem na określanie ostatnich chirurgów (zwanym w obszarze niemieckojęzycznym *Wundärzte*) zaszczytniejszym mianem lekarzy (*Ärzte*)⁶.

Instytucją powoływaną od 1817 r. do ochrony zdrowia na poziomie Prowincji jest Kolegium Medyczne (*Medizinalkollegium*), składające się z pięciu do ośmiu osób (lekarze, farmaceuta, chirurg, położnik, weterynarz). Do zadań Kolegium należy między innymi doradztwo nadprezydentowi w kwestiach medycznych, opiniowanie co do rozwoju służby zdrowia, nadzór nad zwalczaniem epidemii, nadzorowanie kształcenia personelu medycznego⁷. Na poziomie Rejencji kwestiami ochrony zdrowia zajmuje się komisja sanitarna, nie podlegająca Kolegium. Wszystkie te instytucje sprawują nadzór zarówno nad fundacjami dobroczynnymi (w tym nad szpitalami, wg dawnej nomenklatury: *Hospitäler*) oraz nad instytucjami medycznymi (w tym nad szpitalami, wg nowej nomenklatury: *Krankenhäuser*).

W 1874 r. w Gdańsku jest zatrudnionych sześćdziesięciu dziewięciu lekarzy (*Ärzte*), co sprawia, że jeden lekarz przypadał na około tysiąc czterystu mieszkańców. W pobliskim Elblągu pracuje ich dwudziestu, zaś w Malborku trzynastu. W całym okręgu (*Bezirk*) czynnych jest ich stu dwudziestu ośmiu, a więc Gdańsk skupia ponad połowę z wszystkich medyków⁸. W okręgu natomiast nie ma już ani jednego chirurga I klasy, jedynie sześciu II klasy (*Wundärzte II Klasse*), z czego w Gdańsku pięciu⁹. Nie ma jeszcze w mieście stowarzyszenia skupiającego lekarzy. Takowe powstanie dopiero za trzy lata (1877 r., *Der Ärztliche Verein*)¹⁰.

⁵ Biadała 1976, s. 921–922.

⁶ M. Sachs, *Chirurgie und Staat: der Chirurg in der Brandenburg-Preussischen Medizinalgesetzgebung 1685–1871*. „Archiwum Historii Medycyny”, 2005, 68, s. 98.

⁷ Salmonowicz 1993, s. 100.

⁸ W 1876 ilość wszystkich lekarzy w okręgu (*Bezirk*) gdańskim wynosiła stu trzydziestu trzech. Tym samym na jednego lekarza przypadało cztery tysiące siedemdziesięciu ośmiu mieszkańców. Dla porównania, w tym samym roku w Berlinie na jednego lekarza przypadało tysiąc dwustu pięćdziesięciu jeden mieszkańców, w okręgu królewieckim cztery tysiące pięćset trzydziestu czterech, w okręgu szczecińskim trzy tysiące sześćset czterdziestu trzech, w poznańskim pięć tysięcy czterysta czterdzieści jeden, w bydgoskim sześć tysięcy pięćset siedemdziesiąt dziewięciu, we wrocławskim zaś trzy tysiące czterdziestu dwóch. Do 1887 r. sytuacja poprawiła się nieco: było w tym roku czynnych w okręgu gdańskim stu pięćdziesięciu siedmiu lekarzy (na jednego lekarza przypadało więc trzy tysiące sześćset czterdzieści jeden mieszkańców). *Statistisches Handbuch für den Preussischen Staat*. Bd. 1. Berlin: Verlag des Königlichen Statistischen Bureaus, 1888, s. 370–371.

⁹ GStAPK, XIV, Rep.180, Nr 2524, s. 760–761. Jeszcze w 1873 r. spis lekarzy wymienia w Gdańsku sześćdziesięciu dwóch lekarzy (*Ärzte*; w całym okręgu stu siedemnastu), pięciu chirurgów I klasy (*Wundärzte I Klasse*; w okręgu dwunastu) i pięciu II klasy (*Wundärzte II Klasse*; w okręgu sześciu); GStAPK, XIV, Rep.180, Nr 2524, s. 690–691. Przesunięcia w latach 1873–1874 w poszczególnych grupach wynikają z podniesienia kwalifikacji chirurgów I klasy i urzędowego uznania ich za lekarzy.

¹⁰ M. Gliński, J. Kukliński, *Kronika Gdańska 997–1945*. T. 1. Gdańsk: Fundacja Rewaloryzacji Zabytków Gdańska, 1998, s. 165.

W 1874 r. w Gdańsku dawne, o średniowiecznej proveniencji szpitale noszą w języku niemieckim tradycyjną nazwę *Hospital*. Są to:

1. szpital św. Ducha (*Heiligen Geist-Hospital*), instytucjonalnie związany ze szpitalem św. Elżbiety, nadal przy *Damm*¹¹;
2. szpital św. Gertrudy (*St. Gertruden Hospital*), nadal w pobliżu bastionu św. Gertrudy¹²;
3. 3.szpital Wszystkich Aniołów Bożych (*Hospital Aller Gottes Engel*), który po zniszczeniach w 1807 r. znalazł nową siedzibę przy *Schüßeldamm*¹³;
4. szpital św. Elżbiety (*St. Elisabeth Hospital*), już uprzednio instytucjonalnie związany ze szpitalem św. Ducha, od 1844 r. znajdujący swą siedzibę w jego budynkach;
5. szpital św. Jakuba gildii szyprów (*St. Jakobs-Hospital*), nadal przy *Schüßeldamm*¹⁴;
6. szpital Bożego Ciała (*Heiligen Leichnam Hospital*), nadal u stóp Grodziska¹⁵;
7. szpital św. Barbary (*St. Barbara Hospital*), nadal przy *Langgarten*¹⁶.

Nie istnieją już: ani rozwiązany po zniszczeniach w czasie działań wojennych w 1807 r. szpital bonifratrów na Starych Szkotach¹⁷, ani domy dla chorych zakaźnie (*Pest-ilenzhäuser*), zlokalizowane w rejonie *Hühner-Berg*¹⁸.

Natomiast istnieją, jako *novum*, szpitale o odmiennym mianie w języku niemieckim (*Krankenhaus*). Powstały albo z przekształcenia dawnych szpitali, albo zostały posadowione na nowym gruncie.

Należą do nich:

1. Szpital Miejski przy Bramie Oliwskiej powstały z dawnego Lazaretu, *Lazareth am Olivaer Thor oder das städtische Krankenhaus* (por. ryciny 2–8);
2. szpital sióstr boromeuszek pod wezwaniem Najświętszej Maryi Panny, *St. Marien Krankenhaus*, erygowany w 1853 r. przy *Weidengasse*¹⁹;
3. szpital diakonis ewangelickich, *Diakonissen Krankenhaus*, erygowany w 1857 początkowo przy *Schwarzen Meer*²⁰, w 1860 r. przeniesiony do nowych budynków przy *Neugarten*²¹.

¹¹ Obecnie ul. Grobla IV.

¹² Obecnie obszar pomiędzy Bastionem św. Gertrudy a Traktem św. Wojciecha.

¹³ Obecnie ul. Łągiewniki.

¹⁴ Obecnie ul. Łągiewniki.

¹⁵ Obecnie ul. 3 Maja.

¹⁶ Obecnie ul. Długie Ogrody.

¹⁷ Zniszczenie szpitala w czasie działań wojennych było jednak tylko pretekstem do jego likwidacji jako instytucji. W tym samym czasie likwidacja klasztorów bonifratrów i związanych z nimi szpitali stała się w Prusach praktyką powszechną. Por. chociażby losy szpitala bonifratrów w Monachium, zamkniętego w 1809 r., nie cierpiącego bynajmniej na brak pacjentów, których musiano ulokować w innych zakładach. K. Steiner, *Grenzen und Potentiale einer frühen Krankenversicherung am Beispiel der Ersten Münchner Krankenhausversicherung 1813–1832*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag 2001, s. 72.

¹⁸ Obecnie ul. Toruńska.

¹⁹ Obecnie ul. Łąkowa.

²⁰ Obecnie Al. Armii Krajowej.

²¹ Obecnie ul. Nowe Ogrody.

Ponadto w dawnych budynkach Domu Dziecka (przy *Elisabeth Kirchengasse*²²) w 1868 r. erygowano Miejski Oddział dla Chorych (*Die städtische Krankenstation*), w 1874 r. jeszcze niezależny od Lazaretu, choć wspomagający jego działania²³.

Niezależnie od struktury szpitali miejskich, w 1874 r. istnieje szpital wojskowy (*Garnison-Lazareth*), od 1844 r. świadczący usługi medyczne dla garnizonu gdańskiego na Starym Mieście na terenie dawnego Domu Poprawy (*Zuchthaus*)²⁴.

Nadal funkcjonują pozostałe instytucje opieki stacjonarnej, przy czym Dom Dziecka (*Kinderhaus*) został w 1867 r. przeniesiony na ul. Polanki. Z Domu Dobroczynności w 1788 r. wydzielono Instytut dla Ubogich (*Armeninstitut*), dzięki czemu zakład jest tylko sierocińcem (*Spend- und Waisenhaus*). Przy *Am Olivaerthor*²⁵ istnieje nadal fundacja Rennerów dla samotnych wdów po kupcach.

W 1874 r. średniowiecznej proveniencji fundacje szpitalne (wg dawnej nomenklatury: *Hospitaler*), przyjmują wylacznie prebendariuszy. Stary, normowany zwyczajowo system opieki nad ludzmi w podeszłym wieku, oparty na wkupywaniu się na okres starości, został usankcjonowany prawnie statutami, wydawanymi sukcesywnie dla poszczególnych szpitali²⁶.

Nowe instytucje medyczne powołane do opieki stacjonarnej (wg nowej nomenklatury: *Krankenhuser*: szpital Najświętszej Maryi Panny, *St. Marien Krankenhaus*, Szpital diakonis ewangelickich, *Diakonissen Krankenhaus*) świadczą wylacznie usługi medyczne²⁷. W 1874 r. szpital Najświętszej Maryi Panny przyjmuje pięciuset osiemdziesięciu sześciu chorych, tak wymagających leczenia internistycznego, jak i chirurgicznego²⁸. Nie wiadomo, ilu chorych w tym samym czasie zaopatruje tworzony dopiero szpital diakonis; trzy lata później będzie ich dwustu sześćdziesięciu dziewięciu²⁹. Aż do 1875 r. nie posiada on oddziału chirurgicznego. Także nie wiadomo, ile osób zaopatruje Miejski Oddział dla Chorych (*die stadtische Krankenstation*).

Głównym szpitalem (wg nowej nomenklatury: *Krankenhaus*) Gdańska jest jednak Lazaret przy Bramie Oliwskiej, nazywany potocznie szpitalem miejskim, *Lazareth am Olivaer Thor oder das stadtische Krankenhaus*. W 1874 r. posiada około dwieście czterdzieści łózek, choć obłożonych zaledwie w 60%. Mimo to szpital przyjmuje na początku lat siedemdziesiątych rocznie około trzech – czterech tysięcy chorych i zaliczany jest do największych szpitali obszaru niemieckojęzycznego³⁰.

Sumarycznie ilość łózek szpitalnych w Gdańsku w tym czasie wynosiła tysiąc osiemnaście, co czyniło siedemnaście łózek na 10 000 mieszkańców. Dla porównania, w

²² Obecnie ul. Elżbietańska. W 1867 r. posesja zakupiona została przez miasto za 84 000 marek, sama fundacja znalazła lokum na ul. Polanki (dawny dwór Schopenhauerów, obecnie Dwór III), patrz niżej.

²³ Dokładniej o stosunku Miejskiego Oddział dla Chorych do Lazaretu w dalszej części opracowania.

²⁴ *Danzig* 1880, s. 275–278.

²⁵ Obecnie ul Łągiewniki.

²⁶ APG, 6/639, s. 489–504; *Statut für das Hospital zum Heiligen Leichnam zu Danzig*, Danzig 1830; *Statut für das Hospital St. Barbara*, Danzig: [b.w.] 1881; A. Szarszewski, *Ordynacje i statuty szpitali gdańskich XV–XIX w.* Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2004, s. 175–190.

²⁷ Część z tych placówek powiązana była instytucjonalnie z zakładami opieki społecznej. Zjawisko to zostanie omówione szerzej w dalszej części opracowania.

²⁸ Steffen 1927, s. 124.

²⁹ Hülsen, von 1907, s. 180.

³⁰ Steimmig 1870, s. 7, 14, 16.

Berlinie na 10 000 mieszkańców przypadało w tym samym roku trzydzieści osiem łóżek, w Królewcu dziesięć, w Szczecinie piętnaście, w Poznaniu dziewięć, w Bydgoszczy pięć, we Wrocławiu zaś dwadzieścia pięć³¹.

W 1874 r. w szpitalach dawnego typu (*Hospitaler*) nadal nie ma zinstytucjonalizowanej opieki lekarskiej – tak pozostanie do 1945 r. Rozbudowano natomiast personel medyczny Lazaretu i pozostałych szpitali nowego typu (*Krankenhauser*).

W Lazarecie na czele personelu medycznego stoi dwóch mieszkających na terenie szpitala ordynatorów (*Oberarzte*)³². Zgodnie z postanowieniem z 1863 r. winni mieć do swej dyspozycji co najmniej czterech asystentów (*Assistenarzte*), z czego przynajmniej dwóch musi być lekarzami praktykującymi³³. W ciągu najbliŹszych kilku lat (do 1880 r.) nadzór nad caośća obejmie lekarz naczelny (*Chefarzt*), wspierany w swoich działaniach przez jednego, dochodzącego z zewnatrz lekarza ordynaryjnego (*ordinierender Arzt*) oraz z trzech mieszkających w Lazarecie asystentów (*Assistenzarzte*)³⁴.

Miejski Oddział dla Chorych (*Die stadtische Krankenstation*) obsadzony jest przez jednego lekarza. W szpitalu Najświętszej Maryi Panny czynnych jest dwóch lekarzy³⁵, zaś w szpitalu diakonis – jeden³⁶. W tym ostatnim po 1875 r. przez wiele lat przy zabiegach operacyjnych pomocą będą słuŹyć lekarze z Lazaretu³⁷.

Średni personel medyczny składa się z opiekunek (*Warterinnen*) i opiekunów (*Warter*). W Lazarecie jest ich około czterdzieścioro, a ponadto niemal tyle samo niŹszego personelu pomocniczego (*Unterbeamten*)³⁸, w szpitalu Najświętszej Maryi Panny pięćoro³⁹, w szpitalu diakonis – jedna⁴⁰. Ponadto niezwykle istotną rolę w opiece nad chorymi odgrywają siostry: boromeuszki w katolickim szpitalu Najświętszej Maryi Panny i diakonisy ewangelickie w swoim szpitalu przy Nowych Ogrodach. W dwa lata później, w 1876 r. ilość opiekunów chorych w Gdańsku wynosiła: dwadzieścia trzy osoby niestowarzyszone, ale posiadające stosowne uprawnienia, dwadzieścia dziewięć kobiet ze stowarzyszeń katolickich Źeńskich i tyle samo ze stowarzyszeń ewangelickich Źeńskich oraz osiem osób bez uprawnie⁴¹.

Stan higieniczny miasta uległ w ostatnich latach znaczącej poprawie, a to dzięki inwestycjom komunalnym prowadzonym dzięki wizjonerskim planom nadburmistrza Leopolda Wintera. Skutkiem tego śmiertelność w latach siedemdziesiątych w Gdańsku jest przeciętna dla duŹych miast niemieckich i wynosi 28%. W innych wielkich miastach Niemiec (powyŹej 100 000 mieszkańców) w tym samym czasie jest podobnie (Berlin – 28,6%), czasem gorzej (Monachium – 34,9%), czasem lepiej (Frankfurt nad

³¹ *Statistisches Handbuch* 1888, s. 376.

³² Georg Friedrich Haser i August Eduard Borgius. Gliński 1994, s. 118.

³³ APG, 6/1236, s. 574.

³⁴ *Danzig* 1880, s. 274.

³⁵ Steffen 1927, s. 154–156.

³⁶ *Nach 75 Jahren* 1932, s. 12–13.

³⁷ Hülsen, von 1907, s. 168.

³⁸ APG, 6/1244, s. 457.

³⁹ Steffen 1932, s. 118.

⁴⁰ Hülsen, von 1907, s. 193.

⁴¹ *Statistisches Handbuch* 1888, s. 374.

Menem – 20,1‰). W Gdańsku zdecydowanie jako przyczyna zgonów wybijają się na czoło choroby zakaźne (39,7‰), co znajduje się w wyraźnej opozycji do wielu wielkich miast niemieckich (Berlin – 31,2‰, Kolonia – 22,9‰, a szczególnie Frankfurt nad Menem – 14,2‰). Śmiertelność noworodków jest, jak na ówczesne czasy, przeciętna – 28,4‰ (Berlin – 29,6‰, Monachium – 37‰, ale Frankfurt nad Menem – tylko 18‰). Dla porównania: w nieodległej Bydgoszczy, zaliczanej do miast posiadających 30 000–50 000 mieszkańców, śmiertelność wynosi 25,4‰, ilość śmiertelnych przypadków infekcyjnych – 47,2‰, zaś śmiertelność noworodków – 25,1‰⁴².

Jednak największy szpital miasta, Lazaret, w tym czasie nie funkcjonuje dobrze. Wprawdzie ma zarówno oddział internistyczny, jak i chirurgiczny, lecz o trudnościach szpitala najdobitniej świadczy nie wykorzystanie w pełni bazy łóżkowej. Miejski Oddział dla Chorych (*die Städtische Krankenstation*) stanowi bardziej konkurencję, aniżeli wsparcie dla Lazaretu. Zarząd, tradycyjnie złożony z prowizorów (*Vorsteher*), zależny od władz miejskich, jest z nimi permanentnie skłócony. Rok 1874 r. jest w zarządzaniu Lazaretem rokiem przełomowym – po wieloletnich perturbacjach następuje rozwiązanie starego zarządu, opartego na wzorcach o średniowiecznej proveniencji i powołanie nowego zarządu, bardziej odpowiadającego współczesnemu systemowi zarządzania szpitalami nowego typu (*Krankenhäuser*). Odtąd będzie podlegał komisji władz miejskich (*Commission für die Verwaltung der städtischen Krankenanstalten*), składającej się z dwóch członków Magistratu i pięciu radnych⁴³. Prowizorat pozostaje natomiast w dawnych szpitalach (*Hospitäler*) aż do 1945 r.

Reorganizacja zarządu Lazaretu stanowi nie tylko symboliczną, ale także faktyczną cezurę w pracy zakładu. Honorowo pełniący swe urzędy prowizorzy zostają zastąpieni przez opłacanych przez miasto urzędników. Oznacza to z jednej strony koniec samostanowienia zakładu, do tej pory postrzeganego jako samodzielna fundacja o charakterze prywatnym, z drugiej zaś otwiera przed szpitalem perspektywę rozwoju i oparciu o fundusze gminy. Do tego roku nazywany miejskim Lazaretem (*städtische Lazareth*) bardziej z uwagi na tradycję, zakład staje się w pełni szpitalem miasta (*städtische Krankenhaus*) z wszelkimi konsekwencjami tego stanu. Również z konsekwencjami wynikającymi z nazwania zakładu niemieckojęzycznym mianem *Krankenhaus*.

Powstaje pytanie: co stało się w Gdańsku pomiędzy rokiem 1755 a rokiem 1874, pomiędzy erygowaniem apteki dla ubogich w Lazarecie, stanowiącym ważny moment w rozwoju opieki zdrowotnej w Gdańsku, a dokonaniem radykalnej przemiany w zarządzaniu największym szpitalem miasta, przemiany będącej, jak się wydaje, zarówno finałem długotrwałego procesu pozyskiwania fundacji dla celów wyłącznie medycznych, jak i początkiem w pełni nowoczesnego traktowania szpitala jako instrumentu polityki zdrowotnej władz miasta i państwa.

Niniejsza praca stanowi próbę odpowiedzi na to ważne pytanie.

⁴² Dane zebrane przez Arthura Geisslera za lata 1877–1881. Cyt. za: Bleker 1983, 18, s. 129.

⁴³ *Danzig* 1880, s. 274.

4. WYJŚCIE UBOGICH

Jedną z najważniejszych cech różniących zjawisko szpitala średniowiecznego, czy też wczesno nowożytnego, od zjawiska szpitala na progu XXI wieku jest odseparowanie go od zjawiska ubóstwa.

To istotne zdarzenie w życiu społecznym cywilizacji zachodnioeuropejskiej utożsamiane jest zazwyczaj z odejściem ze szpitali ubogich. Nie jest to jednak, jak się okaże, prawdą, gdyż ani owo odejście nie było nigdy całkowite, ani też nie ono stanowiło punkt centralny zjawiska.

Na wstępie należy przypomnieć, kim byli klienci szpitala w rozumieniu osiemnastowiecznym. W większości fundacji gdańskich były to osoby ubogie, posiadające jednak pewien majątek, dzięki któremu mogły zabezpieczyć swój byt na okres starości (prebendariusze). Opłatę za dożywnię hospitalizację mogły też wnieść osoby trzecie, fundując prebendę dla kogoś z ubogich. Do wyjątków należał Lazaret, który przeznaczony został dla kilku rodzajów ubogich, a w którego obszarze znaczna część miejsc wydzielona została dla ubogich chorych. Jednak w XVI–XVIII wieku podstawowa różnica pomiędzy Lazaretem a pozostałymi szpitalami Gdańska polegała nie tylko na tym, jak się sądzi potocznie, że klientami jego byli ubodzy chorzy, poddawani w jego murach procesom diagnostyczno-terapeutycznym, ale także na tym, iż klientami szpitala św. Łazarza byli ubodzy prawdziwi. To ostatnie określenie, sugerujące permanentne poświadczanie nieprawdy przez wszystkich zainteresowanych w innych zakładach, począwszy od ich pensjonariuszy, a skończywszy na władzach miejskich jako organie nadzorczym, jest oczywiście tylko formułą, ułatwiającą zrozumienie pewnego zjawiska, nie zaś precyzyjną definicją. Zdefiniowanie klientów Lazaretu jako „prawdziwych ubogich” objawiałoby bowiem istnienie ubogich fałszywych, zasiedlających pozostałe zakłady. Prawdą jest, że rzeczywiście Lazaret, stanowiący oś wokół której od XVI wieku obracała się polityka dobroczynności miejskiej, obarczony został obowiązkiem opieki nad tymi z ubogich, którzy osiągnęli poziom życia znacznie poniżej wyznaczonego wówczas minimum socjalnego. Prawdą jest też, że pozostałe szpitale traktowały pojęcie „ubogi” dość swobodnie, wyznaczając granicę nieprzekraczalnego ubóstwa w miejscu, w którym istniała możliwość kandydata do uiszczenia wkupnego (*Einkaufsgeld*). Poza choćby minimalną zdolnością do opłacenia miejsca w zakładzie rozciągał się obszar niedostępny dla najuboższych, nie posiadających naprawdę niczego. W myśl tak wyznaczonych zasad wszyscy pensjonariusze szpitali gdańskich (poza Lazaretem) stawali się prebendariuszami, nawet jeśli suma, za którą się wkupili (tab. 19), była stosunkowo niewielka, a jednocześnie wszyscy stawali się ubogimi, nawet jeśli suma, za którą się wkupili, stanowiła znaczny kapitał zasilający majątek fundacji. Inaczej jeszcze: osiągnięcie statusu prebendariusza stało się od XVI wieku jedyną możliwością zamieszkania w gdańskim szpitalu (oczywiście znów poza Lazaretem), lecz jednocześnie każdy prebendariusz, niezależnie od statusu majątkowego, zyskiwał status „drogiego ubogiego” (*lieber Arme*)¹ i podlegał rozdawnictwu datków dla biednych, jak nakazywały legaty testamentalne².

¹ Formuła permanentnie pojawiająca się w ordynacjach szpitalnych oraz w przepisach prawa stanowionych przez Radę Miejską. Np. APG, 300, 93/52, s. 7; 300, R/Pp, 4, s. 159, 161; 300, R/Q, 7, s. 105; 300, R/Rr, 1, s. 79; Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm. fol. 76, s. 41.

² Bibl.Gd.PAN, Ms 1085 IV, s. 22–26; Ms 1086 IV, s. 7–161, 164–184; Ms 1111 IV, s. 6–7, 54.

O całkowitym zdominowaniu szpitali przez prebendariuszy już na początku XVII wieku świadczy relacja z 1616 r. węgierskiego podróżnika Martona Csombora, który utyskuje, że w Gdańsku „nigdy już do przytułków nie przyjmują uboższego wędrowca czy innego biedaka, lecz [...] tu nabywa się za sto guldenów mieszkanie w przytułku. Wielu bogaczy każe je sobie zawczasu opłacić, rozumując w ten sposób: człowiek nigdy nie wie, w jakiej kondycji zostanie go dzień śmierci, w przytułku zaś nigdy nie zabraknie jadła i napojów do końca życia”³.

Do Lazaretu wprawdzie też przyjmowani są prebendariusze, ale zjawisko to jest zdecydowanie nie akceptowane przez władze miejskie⁴. Mało tego, już od połowy XVII wieku wszyscy ubodzy, o ile nie byli chorzy, nie mieścili się w koncepcji Rady przeznaczenia Lazaretu⁵. Koncepcji, zaznaczmy, wyidealizowanej: rozporządzenia Rady z lat 1659 i 1660, nakazujące wydalenie z Lazaretu wszelkich zdrowych ubogich oraz prebendariuszy, w 1688 r. nadal są niezrealizowane⁶ i takie pozostaną do 1802 r., co będzie tematem poniższych rozważań. Warto przy tym zaznaczyć, że istniało wyraźne rozdwojenie pomiędzy idealistycznym stanowiskiem Rady Miejskiej, a realistycznym pojmowaniem rzeczy przez prowizorów. W ordynacji dla zarządcy Lazaretu, powstałej zapewne pomiędzy rokiem 1701 a 1755 prawodawcy (prawdopodobnie prowizorzy Lazaretu) jednym tchem wymieniają obowiązek spisywania mienia zarówno osób przyjmowanych na dożywocie, jak i chorych na leczenie⁷.

³ Cyt. za: A. Klonder, *Wyżywienie w szpitalach w Elblągu w pierwszej połowie XVII w.* „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej”, 1988, 26, s. 449.

⁴ Por. rozporządzenia Rady Miejskiej, 1. z 30 maja 1659 r., APG, 300, R/O, 7, s. 219: [...] *Soll in den Lazarethen untersucht werden, was für Personen die Almosen genießen, da dan[n] im Pockenhouse keine passiret werden sollen, welche nicht breßhaft v[nd] mit kranckheiten beladen seyn. Da auch darin von gesunden befunden werden, die sich mit gelde darin gekauft v[nd] nicht verstoßen werden könten, so sollen dieselbe an andere örter die vermöglicher seyn von dannen in Hospitalen transportiret v[nd] accommodiret werden, wie sich solches am besten thun laßen will; także regest dokumentu na marginesie: 5. Aus dem Lazareth sollen die gesunde so sich eingekauft, in andere Hospitalia gebraucht werden; 2. z 23 grudnia 1660 r., Bibl.Gd.PAN, Ms 201, k.144v.: *Es hat E.Raht geschlossen und denen Hospital Herren com[m]ittiret ehestens bemühet zu seyn, damit gesunde und für geld in das Pockenhauß eingekaufte in die andere Hospitalie mögen vertheilet und eingenom[m]en werden.**

⁵ Por. rozporządzenie Rady Miejskiej z 28 lipca 1659 r., Bibl.Gd.PAN, Ms 201, k.144v: [...] *Auf inständiges anhaltung der Vorsteher zum Pockenhouse bewilliget E.Raht daß wegen ihres großen Vorschusses sie von denen geldern so das Hospital bey den Hülfsgeldern oder sonst außstehen hat, zu nohtdürftiger Verpflegung der Armen 8/M [fl.] heben mögen, doch daß solche Gelder nicht auß Legatis herkom[m]en, wesfals die Hospital Herren ihnen einen aufsatz, woher die 8/M [fl.] zunehmen geben laßen werden, sonst aber mit den Vorstehern der andern Hospitalien conferiren werden, wie die Armen, so nicht in dieses Hospital gehören, heraußzunehmen, und in die andere Hospitalien zuvertheilen seyn, anbey auch die Vorsteher zu richtiger Rechnung anzuhalten.* Tekstowi odpowiada znamienne sformułowany regest na marginesie: *Arme gesunde daraus in andern Spitäle zu vertheilen.*

⁶ Rozporządzenie Rady z 12 września 1688 r.: APG, 300, R/O, 7, s. 525: [...] 7. *Alle Advitalitates von nun an einzustellen und alter Einsetzung und Gebrauch nach, die breßhaften so bald sie genesen mit einem zehrpfen[n]ige zu versehen und weiter zusenden. 8. Keine Kinder, außser denen so krank sind einzunehmen, sondern an das Kinderhauß zu verwiesen, die aber so krank hineinkommen, wan[n] sie gesund geworden, wieder abzuschaffen [...].*

⁷ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 160: 8. *Die Sachen von Persohnen auf Lebenslang, hat er mit dem Schulmeister bey ihrer Einkauft so gleich aufzuschreiben und in daß dazu gewidmete Büchlein mit eigener Hand zu notieren und den Schulmeister hat er fleißig zuer[n]ern, die Sachen derer zur Beförderung eingenom[m]en Persohnen, gleichfals bey ihrer Einkunft richtig anzuzeichnen.*

Wydaje się jednak, że znane z innych gdańskich szpitali zjawisko „ubóstwa z wyznaczonym minimum socjalnym” nie dotyczyło Lazaretu⁸. Zyskanie przez ubogiego statusu dożywotniego pensjonariusza Lazaretu odbywało się w odmienny sposób, aniżeli w pozostałych szpitalach. Z wzmianek spotykanych w dokumentach należy wnioskować, że początkowo wielu z nich przyjmowano na leczenie, a wobec przewlekłości schorzenia lub z innych powodów (głębokie ubóstwo i litość?) pozwalano im osiadać w Lazarecie na stałe. Świadczą o tym także nierealizowane w praktyce nakazy natychmiastowego usuwania chorych, gdy tylko poczują się lepiej⁹. Ostatecznego potwierdzenia tej tezy dostarcza wykaz pensjonariuszy Lazaretu z 1776 r., w którym obok grupy prebendaruszy i chorych znajdujących się aktualnie na leczeniu, wyodrębniono te osoby, które *sind [...] zwar nur auf Beßerung angenom[m]en worden, da selbige aber mit unheilbaren Kranckheiten behafftet sind, so werden selbige wohl bis an ihr Gott gebe seeelige Ende, in dem Lazareth verbleiben müßen. Zaznaczono przy tym znamienne, iż so kosten diese, dem Lazareth mehr, als die, so auf Lebenslang angenom[m]en sind*¹⁰.

Tak więc w 1755 r. Lazaret powinien przyjmować wyłącznie ubogich chorych, a przyjmuje:

1. dożywotnio osoby dość dobrze sytuowane oraz ubogich powyżej wyznaczonego minimum socjalnego (prebendarusze);
2. dożywotnio ubogich poniżej wyznaczonego minimum socjalnego (prawdopodobnie najczęściej nieuleczalnie chorych);
3. ubogich chorych na okres leczenia.

Ta ostatnia grupa pensjonariuszy w toku rozwoju Lazaretu w XIX wieku stanowić będzie wyłączną grupę ubogich klientów nowoczesnego szpitala. W tym świetle obecność lub nieobecność w szpitalu pozostałych obu kategorii pensjonariuszy, gdyby oceniać zjawisko jako konieczność dziejową, stanowiłyby dobry przykład wyznacznika postępu. Niestety, taki opis zjawisk jest fałszywy – medykalizacja nie stanowi procesu dziejowo koniecznego. Można sobie bowiem wyobrazić, że ubodzy wcale nie muszą odchodzić z zakładów, czyli chorzy nie muszą stanowić wyłącznej klienteli szpitali. Dokonanie separacji, co unaocznia przykład gdańskiego Lazaretu, nie wynika z propagowania tezy, że odtąd należy oddać zakład w ręce osób leczących, a jedynie z założenia, że w zakładzie mają się znaleźć wyłącznie osoby chore. Inne spojrzenie na problem, inne przesunięcie akcentów byłoby całkowicie błędne. Podstawy separacji funkcji leczniczej szpitala od jego funkcji socjalnej nie leżą bowiem w traktowaniu obszaru szpitala jako obszaru idei (w tym przypadku idei medykalizacji), a jako obszaru pragmatycznego, zwłaszcza ekonomicznego.

Przekonują nas o tym pierwsze kroki zmierzające do separacji, których trop udaje się prześledzić już w momencie erygowania Lazaretu. Jak już powiedziano, zakład po reaktywacji pod koniec XV wieku, staje się z razu szpitalem dla chorych zakaźnie (*Pockenhaus*). Istnienie tego rodzaju fundacji wynikało z obserwacji, że istnieją choroby,

⁸ T.B. Meissner w latach dwudziestych XVIII wieku wspomina, że w szpitalu św. Jakuba przyjmowano niektórych ubogich także z łaski – *auf Gnaden* (APG, 300, R/Pp, 52a, s. 75). Jedyne znany taki przykład pochodzi z początku XIX wieku (APG, 300, 37/37).

⁹ Por. cytowane powyżej rozporządzenie Rady Miejskiej z 28 lipca 1659 r.

¹⁰ APG, 300, 87/3, s. 3.

które przenoszą się z człowieka na człowieka, a więc ich rozprzestrzenianiu mogłaby zapobiegać izolacja chorych. Tak więc linia demarkacyjna między zdrowymi a chorymi leżała w przypadku Lazaretu pierwotnie na granicy: terytorium szpitala – terytorium miasta. Dopiero potem przesunięta została w głąb obszaru fundacji, odkąd zaczęto przyjmować zdrowe osoby, niezależnie od tego, czy jako prebendariuszy, czy jako ubogich znajdujących się poniżej wyznaczonego minimum socjalnego. Kiedy do tego doszło, nie wiadomo. Istnieje zapis (niestety w nie datowanym precyzyjnie, pochodzącym z przełomu XV i XVI wieku dokumencie) głoszący, iż nie wolno za leczenie osób chorych na ospę, dla których przeznaczono pięć izb, pobierać żadnych opłat¹¹. Dopuszczalna jest więc możliwość, po pierwsze, że istniały i odrębne izby dla innych pensjonariuszy, a po drugie, że od tychże innych pensjonariuszy można było pobierać pieniądze za pobyt (jako wkupne? za leczenie?). Znany jest też legat testamentalny z 1537 r. Arndta von Schelingka na rzecz Lazaretu, w którym zapisano *alles zu Nutz derjenigen Armen, die mit derselben Krankheit der Pocken befallen, wie die alsdann befunden werden mögen, und in keinen andern Gebrauch gewandt werden*¹². Dopuszczenie przez testatora myśli, że ktoś mógłby sprzeniewierzyć jego darowiznę, przeznaczając ją na odmienny cel, nie przesądza jednoznacznie obecności w Lazarecie osób innych, niż chorych na choroby zakaźne, gdyż zastrzeżenie to może być tylko figurą retoryczną. Rok później Margaretha, wdowa po Kasprze Schillingu zaznaczyła w swoim testamencie, że *vor de 5 Mk sallen de arme Lüde ut den Doren unde Mysthupen in da Pockenhus befurt unde gedragen werden (wente de Vorstender desselwigen Hußes hebben vorheßen, solke Armen in to nehmen), unde einen Jedermann leggen nae Gelegenheit siner Kranckheit*¹³. Wskazanie w legacie ubogich także nie rozstrzyga problemu. Wymienne używanie terminów *ubogi* i *chory*, w czasach kiedy spisywano dokument, było nagminne, zaś wzmiankowanie, iż chodzi o ubogich leżących w kupach gnoju, raczej sugeruje chorych zakaźnie jako odbiorców legatu¹⁴. Informacja, że w 1542 r. w obrębie Lazaretu wydzielono cele dla chorych umysłowo dozwala tylko rozstrzygnąć kwestię poszerzenia kręgu pacjentów szpitala. Nadal jednak nie wymieniani są zdrowi ubodzy, przyjmowani na dożywocie¹⁵. Ordynacja z 1551 r. jako klientów Lazaretu wymienia: *alle frantzösische schadhafftige armen/ vnnd de mith der schwere kranckheit beladen sindt/ wo ock de vnsynnigen/ oder mith pestilentz beladen sindt*¹⁶. Tak więc mamy chorych zakaźnie (z

¹¹ APG, 300, R/Rr, 1 s. 89: *Pro quibus fundatum: In antiquo libro administratorum hac leguntur verba: So jemand begehret in dat Pockenhuß, und an den Pocken befallen ist, der soll darin genamen werden lutter ome Godes Willen ohn irken ansehen, irkens geldes wente darümme es et geburt und von goeden Lueden darkogegeben vor deienige, de or den Gaßen lüggen, sollen darin genommen werden, he sy Mann oder Frau, junck oder alt, he sey Polß oft etwo Roße, offte Prüße oder Dütsche. Niemand in siner Noth soll verschmadedt werden. Ita sind dazumalen fünff Kammern gebuet worde pro peste correptis.*

¹² Cyt. za: G. Löschin, *Beiträge zur Geschichte Danzigs und seiner Umgebungen. Meistens aus alten Manuscripten und selten gewordenen Druckschriften. Erstes Heft*, Danzig: [b.w.], 1837, s. 22.

¹³ Cyt. za: Löschin 1837, s. 24.

¹⁴ Chodzi tu o rodzaj drastycznej kuracji dla chorych na choroby infekcyjne, polegającej na obłożeniu ciała ludzkiego nawozem bydłęcym. Jej empirycznie wyznaczony cel może być dziś jednak wyjaśniony: chodziło bowiem o znaczące podniesienie ciepłoty ciała, a tym samym ułatwienie organizmowi ludzkiemu eliminacji drobnoustrojów.

¹⁵ R. Curicke, *Der Stadt Dantzig historische Beschreibung*. Amsterdam, Dantzig: Johann und Gillis Janssons von Waesberge, 1687, s. 344.

¹⁶ Cyt. za: Freytag 1899, s. 129.

wyodrębnioną grupą chorych wenerycznie), chorych umysłowo i, bardzo pojemną, a przez to enigmatyczną, grupę poważnie chorych.

Można się domyślać, że po 1551 r. rzeczywiście przestrzegano zasad przyjmowania do Lazaretu tylko osób chorych. Curicke, tworząc opisanie miasta Gdańska pod koniec pierwszej połowy XVII wieku, wymienia w Lazarecie jedynie chorych (prawdopodobnie chorych wewnątrz i zewnątrz), ułomnych, chorych umysłowo, a przede wszystkim chorych zakaźnie. Podobnie (czy nie nazbyt idealistycznie?) kwestia ta widziana jest w 1652 r., kiedy to nieznanemu autorowi, skarżącemu się na ciężkie czasy jakie nastąpiły dla Lazaretu w związku z wojnami, pisze: *Das die albereit von Ziemlich vielen jahren eingeriße, auch bis anhergewehrete Vnordnung wegen Mißbrauches der Hospitalien, ihrem vormahligen angesetzten Zweg fast nicht wenig entwegen, noch im[m]erfort vnterhalten wird. Nemlich da vor altes die Armen dieses Ortes, nach ihren mancherley vnterschiedlichen Arten auch in vnterschiedene gewisse Hospitalien gar weyßlich vnd ordentlich eingetheilet, ins Pockenhaus aber nicht mehr den nur 4erley, als 1 Frantzösischschadhafftige, 2 mit der Schweren krankheit behafftete, 3 Wahwitzige vnd Vnsinnige, 4 mit der Pestilentzseuche beladene (wie solches aus der annoch verhandenen alten, vor 100 jahr gedruckten, Hauß-Armen, Wäysenkinder vnd Bettler-Ordnung klährlich zu ersehen) einzunehmen verordnet gewesen.* Jednocześnie jednak wspomina coś, co dla niniejszych rozważań ma kluczowe znaczenie: *Das hergegen nunmehr vnd zwahr schon eine Ziemlich geraume Zeit her, dieselbe ohn vnterscheidt allerley gattung durch- vnd miteinander, sonderlich aber die, so bey denen vbrigen anderen Hospitalien mit vernüglichen Geldverehrungen sich einzukaufen, geringen halber nicht ankom[m]en können, durchaus an die Armensaale vnd aus Pockenhaus zu verpflegung verwiesen werd[en]*¹⁷. Wymieniani są bowiem w powyższym tekście ubodzy, których nie stać było na wkupienie się do innych szpitali z racji zbyt nikłych zasobów finansowych, a którzy z tego powodu zostali skierowani do Lazaretu. Jest to pierwszy, bezsprzecznie udokumentowany ślad obecności w Lazarecie „ubogich poniżej wyznaczonego minimum socjalnego”. Od tego też momentu (połowa XVII wieku) pojawiają się coraz liczniejsze informacje o przetrzymywaniu poza niezbędny okres leczenia w szpitalu chorych ubogich, a także o penjonariuszach. Pojawiają się równoległe coraz liczniejsze zakazy Rady, aby takich penjonariuszy nie przyjmować¹⁸. Stanowisko Rady było jednak niejednoznaczne: w 1785 r. wymieniane są cztery warunki, dzięki którym jednak można się było wkupić. Zresztą, czasem, jak napisano, nawet niejedna osoba z Rady sama występowała o to, by kogoś przyjęto do Lazaretu¹⁹.

O tym, że wobec tak chwiejnego stanowiska Rady prowizorzy lekceważyli jej nakaazy, aby nie przyjmować nikogo na dożywocie, zaś zakład przeznaczyć wyłącznie do celów leczniczych, najdobitniej świadczy notatka prowizora Johanna Beniamina Siebera z 1785 r.²⁰ Jej autor nie tylko z imienia i nazwiska wymienia wszystkich dożywotnich penjonariuszy Lazaretu którzy się wkupili, lecz odnotowuje, kto wkupił się samotnie, a kto wraz z małżonkiem, kiedy to uczynił, a także, co rzuca nowe światło na całe zagad-

¹⁷ APG, 300, R/Rr, 1, s. 192.

¹⁸ Por. cytowane rozporządzenia Rady Miejskiej: 1. z 30 maja 1659 r., APG, 300, R/O, 7, s. 219; 2. z 23 grudnia 1660 r., Bibl.Gd.PAN, Ms 201, k.144v.; 3. z 28 lipca 1659 r., Bibl.Gd.PAN, Ms 201, k.144v.

¹⁹ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 91.

²⁰ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 91–93.

nienie, jakie funkcje pełnił w zakładzie. Otóż Sieber, tłumacząc się z obecności czterdziestu czterech prebendaruszy, kieruje do czytelnika retoryczne pytanie: jeśli zgodnie z nakazem Rady szpital pozbędzie się prebendaruszy, to kto odtąd będzie odźwiernym, a kto zbierającym jałmużnę?

Pełnienie przez prebendaruszy różnego rodzaju funkcji w szpitalach było zwyczajem powszechnie praktykowanym w średniowieczu²¹. Najczęściej obejmowali oni urząd szpitalnika (*Spitalmeister*), albo zarządcy (*Hofmeister*). Często kontrakt zatrudnienia rozciągał się także na żonę prebendarusza, pełniącą wówczas powszechnie funkcję zarządczyni (*Hofmutter*). Zatrudnianie przez szpital prebendarusza następowało dwojako. Pierwszy sposób polegał na zawarciu w klauzuli przyjęcia do szpitala obowiązku pełnienia danej funkcji, drugi zaś na objęciu urzędu przez prebendarusza przebywającego w szpitalu już od jakiegoś czasu, co wiązało się z odnowieniem kontraktu i zmianą jego postanowień. Pierwszą możliwość obrazuje przykład Simona Borcharda, który wraz z żoną Elisabeth wkuł się do szpitala św. Jakuba w 1548 r., a jednocześnie objął funkcję zarządcy (*Hofmeister*)²². Drugi sposób zawarcia kontraktu przedstawia przypadek Andreeasa Klyntczego (vel Kobuszewskiego), który wkuł się do szpitala św. Jakuba w 1512 r.²³ W 1518 r. ożenił się z jedną z pensjonariuszek szpitalnych i w tymże roku został zarządcą fundacji²⁴.

Omawiany zwyczaj przetrwał do końca XVIII wieku. Z zapisu Siebera wynika, że prebendarusze stanowili cenne źródło, z którego rekrutowali się funkcyjni szpitalni i pomysł Rady, aby pozbawić Lazaret takiej możliwości, autor notatki uznał za chybiony. Jednak pomiędzy rokiem 1518 a 1785 doszło do znaczącej zmiany. Klyntcze został zarządcą, gdyż dawało mu to szereg korzyści, także finansowych. Natomiast Sieber, prowizor pełniący urząd zaopatrzenia, a więc odpowiedzialny za wydatki fundacji, mówi o nałożonym na prebendaruszy obowiązku pełnienia funkcji w zakładzie, celem oszczędności. Opisuje, iż otrzymanie statusu prebendarusza w Lazarecie obwarowane zostało zastrzeżeniami: ukończenia sześćdziesiątego roku życia, rzeczywistej choroby lub ułomności oraz zadeklarowania przestrzegania prawa szpitalnego, a w tym (co autor dobitnie podkreśla) wykonywania wszelkich prac i pełnienia wszelkich urzędów, do jakich prebendaruszy będzie zdalny i jakich będzie wymagał od niego zarząd fundacji²⁵.

Jednak prowizorzy do kwestii utrzymywania w zakładzie prebendaruszy nie podchodzili zupełnie bezkrytycznie, podobnie jak Rada do kwestii zakazu ich przyjmowania zbyt dogmatycznie. Sam Sieber w 1782 r. przeprowadził kontrolę²⁶, która wykazała, że z owych czterdziestu czterech prebendaruszy tylko dwudziestu jeden posiadało wymaganą pisemną zgodę wszystkich prowizorów na pobyt w Lazarecie. Znamienne są jednak losy owych dwudziestu „nie należących do szpitala”. Ponieważ byli starymi, schorowa-

²¹ S. Reicke, *Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter*. „Kirchenrechtliche Abhandlungen”, 113–114. Bd. 2. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1932, s. 97–106.

²² APG, 300, 59/9, s. 323.

²³ APG, 300, 59/8, k.183r.–184r.

²⁴ APG, 61/67, s. 29.

²⁵ Istniał też czwarty warunek: wpłacenie kwoty sześciuset guldenów do kasy fundacji jako wkupne. Bibl.Gd.PAN, Ms. 982, s. 91–93.

²⁶ Jak zaznacza Sieber, prebendarusze podlegali pełniącemu przezeń urzędowi aprowizacji (*Speiseamt*), w przeciwieństwie do chorych, podlegających urzędowi zdrowia (*Heilamt*). Stąd też jego urząd był właściwym organem do przeprowadzenia kontroli w tej grupie pensjonariuszy. Bibl.Gd.PAN, Ms. 982, s. 91.

nymi ludźmi, z litości i oni dostali pisemne zezwolenie sygnowane przez całe kolegium prowizorskie. Sieber utyskiwał przy tym, jak wielu z nich wślizgnęło się do zakładu nie przebierając w środkach (*per fas und nefas*). Notatkę zakończył jednak satysfakcjonującym go, jako odpowiedzialnego za finanse zakładu, stwierdzeniem: pośród prebendariuszy w 1785 r. było ośmiu zbieraczy jałmużny, dwóch odźwiernych, jeden kalikant, jeden dzwonnik, jeden kantor, jeden spowiednik. Lista nie jest pełna, zakończyły ją wielce obiecujące *etc.*

Wprowadzenie prebendariuszy ze szpitala motywowane było zarówno względami ekonomicznymi, jak i moralnymi. Na początku XIX wieku, po głębokim kryzysie, jaki dotknął gdańskie szpitalnictwo, szczegółowo rozważano jego przyczyny. Uznano, że zdarzenia polityczno-ekonomiczne przełomu XVIII i XIX wieku były tylko po części sprawcami faktu, że fundacje dobroczynne Gdańska znalazły się na granicy bankructwa. Jako jeden z powodów współtowarzyszących podawano złe szacowanie wkupnego, a zwłaszcza młodszych prebendariuszy, co powodowało, że wydatkowane na ich utrzymanie pieniądze, wobec długiego czasu życia, nie były rekompensowane ani wysokością zadatkowanej kwoty, ani wartością pozostawionego po śmierci mienia²⁷. Rzeczywiście, pośród prebendariuszy spotkać można było osoby mieszkające w szpitalach dwadzieścia kilka, a nawet trzydzieści lat²⁸. Podnoszone natomiast względy moralne związane były z towarzyszącym prebendzie od średniowiecza przeświadczeniem, że jest ona zjawiskiem nie o końca etycznym, gdyż osoba wkupująca się zajmuje miejsce ubogiemu rzeczywiście go potrzebującemu²⁹.

W przypadku Lazaretu dochodzi jeszcze jedna motywacja Rady, sprzeciwiającej się prebendzie. Szpital ten, podobnie jak Szpital na Zapleczu i Dom dla Chorych Zakaźnie został wprzęgnięty w system miejskiej dobroczynności, zgodnie z ordynacją z 1551 r.³⁰, a przede wszystkim ordynacją z 1610 r. Przeznaczenie wspomnianych szpitali dla chorych ubogich miało rozwiązać jeden z palących problemów Gdańska. Na tle tego wprowadzenie do dwóch pierwszych z wymienionych zakładów prebendariuszy stanowiło wyraz samowoli zarządu, godzącej w interes miasta. Że problem ten dotyczył także Szpitala na Zapleczu dowiadujemy się z rozporządzenia Rady Miejskiej z 04 października 1678 r. Wobec kryzysu finansowego fundacji władze miejskie w pierwszym rządzie nakazały powstrzymanie przyjmowania prebendariuszy, pozwalając jedynie zostać już wkupionym do czasu aż wymrą³¹.

²⁷ C.F. Zaddach, *Die in Danzig unter dem Namen von Hospitälern bestehenden Versorgungs-Anstalten alter familienloser Personen in ihrer wahren Bestimmung, Organisation und Gemeinnützigkeit imgleichen mit den Grundsätzen ihrer Existenz, wie mit den Verhältnissen derselben zu den Hospitalsgenossen und mit den minder beachteten Ursachen ihres Verfalls dargestellt, nebst mehreren Berechnungen und Uebersichten, zur anschaulichern Erläuterung dieser Darstellung in VII Tafeln entworfen zusammengetragen*. Danzig: [b.w.] 1826, s. 114–116.

²⁸ Evangelisches Zentralarchiv in Berlin, 5339, s. 123, 131, 134, 136, 138, 142, 156, 164.

²⁹ A. Szarszewski, *Zjawisko szpitala miejskiego w XIV–XVIII w. na przykładzie fundacji szpitalnych Gdańska*. „*Annales Academiae Medicae Gedanensis*”, 2005, s. 147–148.

³⁰ Freytag 1899, s. 129; Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm, fol 76., s. 41–57.

³¹ APG, 300, R/Mm, 3, s. 375: [...] *deswegen dann E. Raht [s. 376] vor nothwendig angesehen, weil jetziger Zeit sehr viel eingekauften Armen im Hinter Hospital sind, man selbige allgemacht aussterben laßen, bis etwan eine solche Zahl übrig bleibet, die ohne Schaden des Pockenhauses kan unterhalten werden.*

Sprawa prebendariuszy i wszelkich innych osób przyjmowanych na dożywocie została niezwykle ostro postawiona w ordynacji z 1779 r. Już w paragrafie pierwszym dokumentu stwierdzono, że wprawdzie znajdujące się w Lazarecie dożywotnio osoby powinny do swej śmierci tamże pozostać, w przyszłości jednak nikt nie powinien być przyjmowany jako prebendariusz, oprócz wyjątkowych przypadków z nakazu Rady. Także nie powinno się więcej pomagać osobom niewidomym, chrymym lub ułomnym, lecz poza tym całkiem zdrowym, co do których da się przewidzieć, że chcieliby stać się dożywotnio ciężarem Lazaretu. Można więc przyjmować tylko rzeczywiście chorych, obłąkanych, z epilepsją lub z innymi ciężkimi przypadkami i urazami, a i tych po wyzdrowieniu również trzeba usuwać. Można hospitalizować także wyłącznie chore, upośledzone i wynędzniałe dzieci, którym jeszcze można pomóc, zaś po wyleczeniu natchmiast należy je przekazać krewnym lub do domu wychowawczego (*Spendhaus*)³². Jak jednak w notatce z 1785 r. zaznaczył ówczesny prowizor, Johann Benjamin Sieber, postanowienia dokumentu z różnych względów nie zostały zrealizowane³³.

Ostatecznie kwestię prebendy rozwiązało zdecydowane stanowisko pierwszego pruskiego nadburmistrza Gdańska Friedricha Leopolda von Schröttera. Ten przedstawiciel nowego porządku, który objął swe stanowisko w 1793 r., już w połowie 1894 r. zwrócił uwagę na Lazaret, jako jedno z najważniejszych ogniw w opiece społecznej Gdańska³⁴. Doceniając rolę zakładu, chciał wprowadzić pilnie szereg zmian w jego funkcjonowaniu. Do najważniejszych należała likwidacja instytucji prebendy oraz wprowadzenie zakazu przyjmowania chorych nieuleczalnych. Tych ostatnich von Schrötter uznał za wymagających wprawdzie starannej opieki, ale w warunkach domowych. Dla okresu przejściowego przewidział wprawdzie możliwość pozostawienia w Lazarecie dawnych pensjonariuszy, natomiast istniał zakaz przyjmowania nowych chorych, jeśli nie rokowali. Celem przeanalizowania sytuacji szpitala 19 sierpnia 1794 r. król pruski powołał specjalną komisję, której działalność jednak nie przyniosła spodziewanych efektów³⁵. Jedynym jej wymiernym efektem był zwrot zaległych kwot z kasy miejskiej (Kamlarii), tzw. *Brotgelder*, w wysokości 300 talarów³⁶.

Definitywna likwidacja instytucji prebendy nastąpiła wraz z podporządkowaniem wszystkich zakładów dobroczynnych miasta Kolegium ds. Kościelnych i Szkolnych (*Kirchen- und Schulkollegium*). Kolegium, powołane do istnienia 31 grudnia 1799 r., objęło swym zasięgiem gdańskie szkolnictwo, sprawy wyznaniowe oraz opiekę społeczną. W likwidacji prebendy powoływano się na konieczność przestrzegania tych celów, jakie przyświecały fundatorom danej instytucji dobroczynnej³⁷. Oczywiście postanowienie to nie obejmowało innych gdańskich szpitali, a tylko Lazaret, co zresztą było zgodne z tendencjami, jakie panowały w Radzie Miejskiej jeszcze za czasów Pierwszej Rzeczypospolitej. Przepisy dotyczące Kolegium zostały wprowadzone w życie

³² Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 5–6.

³³ Bil.Gd.PAN, MS 982 s. 23.

³⁴ GStAPK, II HA, Nr 78, dokument z dn. 26 czerwca 1794 r.

³⁵ Hartmann 1999, s. 118–119.

³⁶ *Ibidem*, s. 119.

³⁷ APG, 300, R/T, 26, s. 166–191; *Reglement für das Armen-Collegium zu Danzig, de dato Berlin den 18ten May 1805*, Danzig: [b.w] 1805, s. 8.

we wrześniu 1802 r. przez tajnego radcę prawa Grützmachera³⁸ i od tego czasu fakt odseparowania zjawiska prebendy od Lazaretu stał się faktem nieodwracalnym.

Potwierdzenie tego faktu znajdujemy w relacji von Duisburga z 1809 r. Pisze on: „Z Lazaretem związany jest jeszcze szpital (*Hospital*) dla ubogich starych ludzi, którzy się zabezpieczyli dożywotnio poprzez wkupienie się za czterysta do pięciuset guldenów, choć od 1802 r. żadnych nowych pensjonariuszy (*Hospitaliten*) już się nie przyjmuje i kiedy obecnie znajdujące się tam osoby (sześciu mężczyzn i dziewięć kobiet) umrą, pomieszczenia tego szpitala (*Hospital*) przeznaczone zostaną na sale dla chorych (*Kranken-zimmer*)”³⁹.

Drugiego postulatu von Schröttera, zaprzestania przyjmowania chorych nieuleczalnie, nigdy nie zrealizowano⁴⁰.

Odejście z gdańskiego Lazaretu w 1802 r. prebendariaży stanowiło ważny krok na drodze do medykalizacji, poprzez zwolnienie obszaru szpitala z obowiązku opieki pozamedycznej w stosunku do ubogich.

Odejście z gdańskiego Lazaretu w 1802 r. części ubogich nie oddzielało jednak zakładu od miejskiej opieki społecznej, a jedynie zmieniało charakter tego związku. Do najważniejszych elementów nowego wzajemnego stosunku Lazaret – społeczność Gdańska należało wydzielenie szpitala jako miejsca pobytu „ubogich rzeczywiście chorych” (*würcklich Kranke*⁴¹), ale także jako miejsca dla „chorych rzeczywiście ubogich”. Dlatego też jeszcze przez wiele dziesięcioleci XIX wieku podmiotem działań medycznych w jego obszarze będą niemal wyłącznie ubodzy. To dla nich zaistnieje przywołana we wstępie „atrakcyjność” szpitala jako terenu diagnostyczno-terapeutycznego. Dlatego również temat ubóstwa siłą rzeczy nadal stanowić będzie główny motyw niniejszego opracowania.

Powstają przy tym dwa zasadnicze pytania. Dlaczego w 1802 r. udało się przeprowadzić to, czego nie udało się dokonać władzom gdańskim od wielu dziesiątków lat? I dlaczego obszar szpitala został tak bezwzględnie zaatakowany przez władze administracyjne, pragnące amputować utrwaloną wielowiekową część populacji pensjonariuszy szpitalnych, stanowiącą w wielu zakładach wręcz podstawę ich istnienia?

Dla zrozumienia motywacji gdańskich czynników decyzyjnych potrzebne jest w tym miejscu mocne zaakcentowanie faktu, iż pomimo odseparowania instytucji prebendy od zadań medycznych w gdańskim Lazarecie, szpital ten pozostał obszarem wydzielonego ubóstwa.

³⁸ Hartmann 1999, op.cit., s. 120.

³⁹ Duisburg, von 1809, s. 255–257.

⁴⁰ Tendencje do przyjmowania do szpitali tylko chorych uleczalnie pojawiały się w tym czasie powszechnie w całej Europie. Podobne postulaty, lecz z innych pobudek niż von Schrötter, wysuwało między innymi Wileńskie Towarzystwo Dobroczynności, pisząc w 1815 r.: *Opatrywanie chorych ubogich w ich mieszkaniach powinno przedkładać się zawsze, ile być może nad to, które im w szpitalu dać można.* (...) [W szpitalach ubożego traktuje się] *jak rzecz, a nie za główny cel dla siebie.* (...) [Chory ubogi] *traci nie tylko pielęgnowanie małżeńskiej lub synowskiej miłości (...), ale także traci zwyczaj domowości i porządku, na czym częstokroć u takich ludzi cała moralność zależy.* Cyt. za: Piotrowska-Marchewa 2004, s. 252. Ówczesne środowiska filantropijne w ogóle bardzo niechętnie były hospitalizacji ubogich, nawet rokujących, traktując ją jako zło konieczne. *Ibidem*, s. 252–254.

⁴¹ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 5.

Powołane do życia w 1805 r. Kolegium ds. Ubogich (*Armen-Collegium*) objęło swym nadzorem poza Domem Dziecka (*Kinderhaus*), Domem Dobroczyńności (*Spendhaus*), Instytutem ds. Ubogich (*Armen-Institut*), wszystkimi szkołami ubogich i wszystkimi szpitalami (*Höspitaler*), także Lazaret. Kolegium przeznaczyło na jego potrzeby dotację, którą rozchodowano między innymi na pensję lekarza (*Gehalt des Medici ordinarii*), chirurga (*Gehalt des Ober-Chirurghi*) oraz chirurga leczącego miejskich chorych zewnątrznie⁴². Umieszczenie zakładu na pierwszym miejscu listy instytucji podległych kolegium oraz poświęcenie mu, jako jedynemu, osobnych paragrafów, nie pozostawia wątpliwości co do roli, jaką władze przypisały Lazaretowi w obszarze opieki społecznej w Gdańsku. Nadal jednak powraca pytanie: dlaczego?

Odpowiedzi na to pytanie należy szukać przede wszystkim w fakcie, iż decyzje, jakie zapadły w Gdańsku na przełomie XVIII i XIX wieku, wpisują się w powszechną tendencję wydzielenia w europejskich zakładach stacjonarnej opieki społecznej obszarów przeznaczonych wyłącznie dla „ubogich rzeczywiście chorych”, lub, jak kto woli, dla „chorych rzeczywiście ubogich”. Dotyczyło to zarówno zakładów powstałych przed wieloma dziesiątkami, jak nie setkami lat, jak i instytucji erygowanych dopiero w tym okresie. W efekcie są tworzone szpitale nowego typu (proces *vom Hospital zum Krankenhaus*).

Już pod koniec XVIII wieku do istniejącego od XVI wieku wurzburgskiego *Juliussspital* przyjmowano chorych ze statusem „tylko rzeczywiście ubogich” (*wahrhaft wurdige Arme*)⁴³. Stworzenie wiedeńskiego szpitala powszechnego wymagało usunięcia w 1783 r. do zsekularyzowanych klasztorów wszystkich prebendariuszy oraz ubogich mieszkających w przeznaczonym do nowych zadań dawnym wiedeńskim domu ubogich⁴⁴. Także do szpitali których funkcje multipotencjalne zostały ograniczone wyłącznie do zadań leczniczych należały berlińska *Charité*, kopenhaski *Marinespital* oraz szpital w Kongsbergu w Norwegii, przy czym ten ostatni początkowo zupełnie nie pełnił funkcji leczniczej⁴⁵. Szpital w Kasseler, pozbawiony od 1785 r. części dawnych pensjonariuszy, otrzymał taką krótką charakterystykę: *Es kann in mehreren größeren Saalen und Zimmern auf 400 Kranke fassen und diese können aus der Stadt und dem ganzen Land dahin gebracht werden. Doch ist hier zu bemerken: Es werden nur heilbare Kranke aufgenommen, und ein Arzt nebst zwei Wundarzten besorgen solche*⁴⁶.

Do przeznaczonych dla „ubogich chorych” nowo erygowanych placówek należał między innymi szpital powszechny św. Jerzego w Hamburgu (rok założenia 1824). Także i on miał jasno określone zadanie: *Scheint es von größer Wichtigkeit, daß ein Allgemeines Krankenhaus a) Alle Kranken, die dem Staate anheim fallen, versorge, und b) daß eigentlich nur Kranke auf demselben sich befinden müssen*⁴⁷. Podobnie szpital

⁴² *Reglement* 1805, s. 6–7.

⁴³ E. Brinkschulte, P. Grosse, *Die Patienten des Juliussspitals – Aufnahmewege und Aufnahmebedingungen*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliussspital zu Würzburg 1819–1829. Zur fruhlen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s. 47.

⁴⁴ Murken 1988, s. 36–37.

⁴⁵ Imhof 1977, s. 221–222.

⁴⁶ Murken 1979, s. 42.

⁴⁷ Fragment postanowienia senatu Hamburga z 1823 r., cyt. za: W. Langefeld, R. Spree, *Das Allgemeine Krankenhaus St. Georg in Hamburg im 19. Jahrhundert – Organisation, Patienten, Finanzen*. „Historia Hospitalium”, 1998/1999, 21, s. 163.

miejski w Osnabrück został założony w 1803 r. dla *in der Stadt Osnabrück wohnenden Armen, die wirklich krank sind*⁴⁸. W 1818 r. podjęto decyzję o wyprowadzeniu prebendaria z powstałego w 1811 r. augsburskiego szpitala powszechnego, gdzie pensjonariusze ci stanowili 39% wszystkich podopiecznych fundacji⁴⁹.

Problem przeznaczania szpitali nowego typu dla „ubogich chorych” był postrzegany przez współczesnych bardzo wyraźnie. Znajduje to swe odzwierciedlenie w ogromnej ilości dokumentów wydawanych w całej Europie w omawianym okresie. Dość tu przytoczyć przykład jednego z najbardziej postępowych aktów prawnych epoki, „Ustawy dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskim” z 1842 r., w której mocno podkreślono zasadę, iż szpitale nowego typu przeznaczone są wyłącznie dla chorych⁵⁰.

Należy przy tym jednak wyraźnie zaznaczyć, że omawiany tu proces nie wszędzie został sfinalizowany tak wcześnie, jak w Gdańsku. Niezwykle charakterystyczna jest dla pierwszej połowy XIX wieku trudność w całkowitym rozdzieleniu funkcji leczniczej od funkcji socjalnej bardzo wielu zachodnioeuropejskich placówek szpitalnych, zarówno dawnych, jak i erygowanych w tym okresie. We wspomnianym już wüzburgskim *Juliussspital* od 1786 r., poza ponad dwustu chorymi, nadal znajdowało się stu czterdziestu prebendaria i siedemdziesiąt prebendaria. Choć w latach 1803–1806 całkowicie zaniechano przyjmowanie prebendaria, to jednak w latach następnych ta grupa klienteli szpitala została przywrócona i w 1814 r. ilość osób wykupionych do *Juliussspital* na dożycie wynosiła sto siedemdziesiąt pięć⁵¹. Szpital w Hamburgu, opisany u progu XIX wieku zarówno jako *Krankenspital*, *Irrenhaus*, jak i *Versogunshaus*⁵² stanowi typowy zakład okresu transformacji. Zreorganizowany w początkach XIX wieku dawny *Tecklenburger Hof* w Osnabrück mieścił odtąd nowo otwarty szpital (*Krankenhaus*) i dom pracy (*Arbeitshaus*)⁵³. Erygowany w 1845 r. szpital powszechny w Kolonii z założenia posiadał pomieszczenia dla chorych oraz dla prebendaria, podobnie otwarty w latach 1835–1841 szpital w Kempen (dla około dwustu chorych i trzydziestu sześciu prebendaria), czy niewielki szpitalik w Sigmaringen (dla trzydziestu chorych i dziesięciu prebendaria)⁵⁴. Zdarzały się także zakłady z odmiennymi proporcjami poszczególnych grup klientów szpitala. Powstały w latach 1853–1855 szpital w Iserlohn tylko czterdzieści dwa łóżka przeznaczył dla chorych i aż około sto osiemdziesiąt dla pozbawionych dachu nad głową ubogich⁵⁵.

⁴⁸ Cyt. za: E. Berger, *Wer bürgt für die Kosten? Zur Sozialgeschichte des Krankenhauses. 125 Jahre Stadt-Krankenhaus Osnabrück. 180 Jahre städtische Gesundheitspolitik*. „Beiträge zur Kunst- und Kulturgeschichte der Stadt Osnabrück”. Bd. 4. Bramsche: Rasch Verlag, 1991, s. 15.

⁴⁹ Langefeld 1995/1997, s. 112, 117.

⁵⁰ Podgórska-Klawe 1975, s. 187.

⁵¹ E. Brinkschulte, *Das Juliussspital als Allgemeines Krankenhaus und universitäre Einrichtung. Hauptlinien der Entwicklung bis 1830*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliussspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”. H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s. 32.

⁵² Jütte 1996, s. 36.

⁵³ E. Berger, *Frühmodernes Krankenhaus und „Pflegeversicherung” in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Instrumente städtischer Armenfürsorge?*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s. 210.

⁵⁴ Murken 1988, s. 72–73, 269–270.

⁵⁵ Murken 1988, s. 270.

W 1855 r. w wielkim księstwie Baden nadal w stu dwóch szpitalach, posiadających łącznie trzy tysiące czterysta pięćdziesiąt łóżek i hospitalizujących rocznie ponad trzynastę tysięcy chorych, niemal dwa tysiące pensjonariuszy stanowili prebendarusze⁵⁶. Tamże jeszcze w 1873 r. na sto jedenaście szpitali tylko czterdzieści osiem było wyłącznie zakładami leczniczymi. Pozostałe pełniły ciągle po części funkcje zakładów dla prebendaruszy lub sierocińców⁵⁷.

Przyczyny spełniania przez zmedyalizowane szpitale w XIX nadal pewnych, niemedyceńskich, funkcji społecznych, są niewątpliwie złożone. W Gdańsku źródeł takich relikwów średniowiecznej dobroczynności należy szukać zarówno w lokalnej, bardzo silnej tradycji, jak i w panującym wówczas systemie opieki socjalnej. W niektórych szpitalach pozagdańskich taka sytuacja wynikała z prób przestrzegania postanowień zawartych w dokumentach fundacyjnych. W ówczesnym Królestwie Polskim w pierwszej połowie XIX wieku, szpitale powiatowe w Piotrkowie i Łęczycy miały tą drogą przypisaną pewną liczbę starców, kalek i dzieci, którą zmuszone były przyjmować na dożywocie lub do osiągnięcia pełnoletności⁵⁸.

Odkładając na razie na bok problemy, jakie stwarzała w praktyce realizacja postulatu, aby szpital wydzielić jako miejsca pobytu „ubogich chorych”, należy w tym miejscu powrócić do pytania, czemu miał służyć ów ogromny wysiłek organizacyjny i finansowy, jaki stał się efektem wspomnianego bezwzględnie ataku na obszar szpitala, zamachu dokonanego na przełomie XVIII i XIX wieku bynajmniej nie przez lekarzy, choć przy ich współudziale?

Aby to zrozumieć, trzeba cofnąć się do pierwotnych założeń, jakie tkwiły w idei szpitala u zarania jego dziejów. Otóż zakłady opieki stacjonarnej, które ostatecznie objęto wspólną nazwą „szpital” (*Hospital*), w toku ewolucji w średniowieczu, zostały przeznaczone dla ubogich. Jednocześnie wizerunek ubogiego został poddany sakralizacji, poprzez wizję biedaka-obrazu Chrystusa⁵⁹. W okresie reformacji jednak ubóstwo doznało bolesnego pozbawienia atrybutu świętości, w zamian za to sprowadzono je często do problemu winy i kary za sam fakt bycia ubogim. Racjonalizacja ubóstwa, jaka rozpoczęła się w XVII wieku, ostatecznie dokonana została w XVIII wieku wraz z nastaniem Oświecenia. Z jednej więc strony pozbawiono się złudzeń co do natury biedy, z drugiej jednakże zaczęto sięgać do korzeni zjawiska ubóstwa, celem jego likwidacji, a przy najmniej znaczącego ograniczenia. Zauważono wówczas, iż tradycyjny, intuicyjny podział na „ubogich” i „nieubogich” nie do końca odpowiada dokładnemu opisowi rzeczywistości. Nie uwzględnia on bowiem faktu, iż „ubóstwo” i „nieubóstwo” nie są stanami stałymi, a podlegają ustawicznej fluktuacji. Innymi słowy, kto dziś nie narzeka na

⁵⁶ R. Spree, *Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert*. „Ein Bild inner und äußerer Verhältnisse”, [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s. 56.

⁵⁷ R. Spree, *Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts*. „Historische Zeitschrift”, 1995, 260, s. 78–79.

⁵⁸ A. Pomaska, *Model organizacyjny szpitala powiatowego w Królestwie Polskim w I połowie XIX wieku*. „Annales Academiae Medicae Lodzensis”, 1981, 22, supl. 22, s. 437.

⁵⁹ A. Szarszewski, M. Bogotko-Szarszewska, *Imago mundi pauperum. Dom Dobroczynności i Sierot według Johanna Jacoba Feyrabenta i Samuela Donneta*. Toruń: Adam Marszałek, 2006, s. 40–41.

biedę, już jutro może zostać pozbawionym wszelkich środków do życia. To zjawisko dotyczyło zwłaszcza ubogich pracujących (*labouring poor*), a więc zarabiających na siebie, a pomimo to pozostających na granicy ubóstwa. Granicę tę mogły naruszyć rozmaite zdarzenia, zawinione i niezawinione, a zwłaszcza choroba. Praca bowiem była, jak głosił w 1799 r. Christian E. Fischer, *das größte moralische und physische Verbesserungsmittel der Armuth*. A jeśli tak, pozbawienie ubogiego pracującego tejsze pracy niechybnie wiodło go do nędzy. Dlatego, kontynuuje autor, *obgleich [...] medizinische Hilfe eigentlich Armen erst in den Stand setzen soll, arbeiten zu können (den Kranken gesund machen), so muß sie doch sogleich von Anfang an, auf dieses große Präservativ gegen Krankheiten, wenigstens ernsthaft Rücksicht nehmen*⁶⁰.

Stan ekonomiczny jednostki (jednego gospodarstwa domowego) i stan ekonomiczny społeczności jako całości, postrzegane były coraz wyraźniej jako stany od siebie silnie uzależnione. Naruszenie statusu ekonomicznego jednostki poprzez chorobę, czyniło wobec powyższego problem zdrowia pojedynczego człowieka problemem całej społeczności. W 1812 r. w kręgach berlińskich panował pogląd, wyrażony dobitnie w słowach: *Der Arme, der, wenn er krank wird, zu den bedauernswürdigsten, unglücklichsten Menschen gehört, wird, wenn ihm nicht kräftig beigestanden wird, sehr leicht unheilbar, fällt dann der Commune zur beständigen Unterstützung zur Last und wird für den Staat unnütz*⁶¹.

Powyżej opisana tendencja współcześnie opisywana jest jako „medykalizacja ubóstwa” (*Medikalisierung der Armut*)⁶². Pragmatyczne koncepcje lekarzy, prawników, duchownych i kupców zmierzając do ograniczenia zjawiska ubóstwa, napotkały na swej drodze nośną ideę nadzoru medycznego, dotyczące zwłaszcza „ubogich pracujących” (*labouring poor*). Jak już wspomniano, z tej grupy bowiem, jako najbardziej narażonej na wszelkiego rodzaju wpływy negatywnych zjawisk ekonomicznych, rekrutowali się ubodzy wymagający wsparcia, w dramatycznej sytuacji, gdy „ubogi pracujący” nie mógł pracować. W 1784 r. Johann Peter Xaver Fauken, lekarz praktykujący w wiedeńskim szpitalu, tłumaczył swoim kolegom, iż istnieje konieczność opieki państwa nad ubogimi pracującymi w przypadku ich choroby: ponieważ *ein jeder Unheilbarer [schade] dem Staat zweyfach, weil der Staat ihn ernähren muß, und [der Sieche dem Staat] keinen Nutzen verschaffen kann*⁶³.

Medykalizacja ubóstwa stała się jednym z najczęściej dyskutowanych tematów społecznych w publicystyce końca XVIII wieku. Podstawą tej dyskusji była kwestia: czy istnieje znaczący związek pomiędzy chorobą a ubóstwem (a może odwrotnie), czy też nie. Pozytywna odpowiedź na to pytanie stała się powszechna i nie miała zupełnie związku z religią; wyznawały ją zarówno czynniki decyzyjne krajów protestanckich, jak

⁶⁰ Cyt. za: Dross 2005 (a), s. 108.

⁶¹ Cyt. za: B.J. Wagner, „*Um die Leiden der Menschen zu lindern, bedarf es nicht eitler Pracht*“: *Zur Finanzierung der Krankenhauspflege in Preußen*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s. 42.

⁶² Frevert 1984, s. 85.

⁶³ Cyt. za: B.J. Wagner, *Ein Haus für arme Kranke? Zur Herausbildung des modernen Krankenhauswesens im 18. und frühen 19. Jahrhundert*. „81. Jahresbericht des Historisches Vereins für die Grafschaft Ravensberg“, 1994, 81, s. 43.

i katolickich⁶⁴. Obowiązywała przez cały XIX wiek i jeszcze w 1899 r. tak pisano: *Największa część ludzi żyje w ten sposób, że codzienne dochody zaledwie na codzienne starczą wydatki. Skoro skutkiem choroby te dochody się przerwą, następuje nędza, wyczerpanie całego mienia. I nie łatwo dom do swej poprzedniej względnej powróci możliwości. Jeśli chory z domu się usunie, daje możliwość zarobku pozostałym członkom rodziny. Pozbawiony tego wielkiego ciężaru, którego znieść nie może, daleko łatwiej dom cały przebędzie porę krytyczną⁶⁵.*

Wniosek nasuwał się sam: w interesie społeczności leży jak najszybsze przywrócenie zdrowia choremu ubogiemu pracującemu, aby mógł powrócić do zarabkowania na siebie i swą rodzinę. O tym, że taki właśnie cel przyświecał praktykującym na początku XIX wieku lekarzom, świadczy choćby przykład doktorów Nasse'go i Wilmansa z Bielefeld, którzy w swoim sprawozdaniu za działalność zawodową z lat 1807–1810 wspominają, że [*war es*] *besonders für den [Kranken] aus der ärmer Klasse ein Umstand von großer Bedeutung, daß die ärztliche Behandlung, der er sich übergeben, möglichst verkürzt, daß er seinem Erwerbe, so baldes nur seyn kann, geheilt wiedergeben werde⁶⁶.*

Z tego też powodu narodziła się koncepcja społecznego wykorzystania szpitala jako obszaru, w którym najszybciej można przywrócić chorej ubogiej jednostce zdrowie, tym samym przywracając jej zdolność do zarabkowania⁶⁷. Franz Xaver Häberl, inicjator monachijskiego szpitala powszechnego, w swoim piśmie z 1799 r., uznał szpital za niezastąpiony obszar leczenia ubogich, a szczególnie tych, którzy sami się utrzymują, a w przypadku choroby ubożeją i nie mają prawa do wsparcia. Wskazał przy tym dwojaki wskazania: społecznie oraz medyczne. Wskazania społeczne wynikały z ograniczenia zdolności do zarabkowania w czasie choroby i niedostatecznego wsparcia ze strony rodziny czy gminy. Wskazania medyczne wynikały z zastrzeżenia, iż mieszkanie rzadko jest korzystnym obszarem w czasie choroby, jednocześnie zaś sprzyja przenoszeniu się infekcji na innych członków społeczności⁶⁸.

Jeszcze na przełomie XIX i XX wieku Zygmunt Kramsztyk tak pisał o znaczeniu szpitali: *Niektórzy ludzie [...] na rozerwanie rodziny w czasie choroby silny nacisk kładą, uważają to za najszkodliwszą stronę szpitala i, aby tej moralnej szkody uniknąć, gotowi by zupełnie zamknąć wszystkie szpitale. Ah, szczęśliwi to ludzie, a przynajmniej zamożni, tylko krótkim wzrokiem dotknięci i wyjątkowe warunki, w jakich sami żyją, uważają za powszechne. Bo rzeczywiście, szpital mógłby nie istnieć, gdyby społeczeństwo składało się wyłącznie z ludzi bardzo zamożnych⁶⁹.*

Teorię, iż choroba jest jedną z przyczyn ubóstwa, próbowano weryfikować metodami statystycznymi. Na przykład, w 1885 r. podjęto taki trud na podstawie gromadzonych od 1880 r. danych statystycznych dotyczących całych Niemiec (bez Bawarii oraz Alzacji i Lotaryngii)⁷⁰. Otóż do najczęstszych podawanych powodów udzielania wsparcia ubo-

⁶⁴ N. Klinkenberg, *Die Sozialpolitische Isolierung des Krankenhauses im 19. Jahrhundert auf dem Hintergrund der katholisch-bürgerlichen Sozialbestrebungen*. „Historia Hospitalium“, 1983/1984, 15, s. 214–215.

⁶⁵ Kramsztyk 1899, s. 296.

⁶⁶ Frevert 1984, s. 110.

⁶⁷ Brinkschulte 1998, s. 27–28.

⁶⁸ Steiner 2001, s. 71.

⁶⁹ Kramsztyk 1899, s. 295–296, 298.

⁷⁰ N. Zimmermann, *Von der Armenstatistik zur Sozialhilfestatistik*. „Statistik in Sachsen“, 2006, 12, s. 117.

gim należały: choroby (49,1%; w tym urazy osoby ubogiej: 2,1%, urazy jej żywiciela: 0,2%, uraz śmiertelny żywiciela: 0,9%), śmierć żywiciela (12,3%), podeszły wiek (14,9%), znaczna ilość dzieci (7,1%), utrata pracy (5,4%), pijaństwo (2,1%) oraz wymigiwanie się od pracy (1,2%)⁷¹. Zaprezentowane dane są rzeczywiście interesujące, budzą jednak obawy co do poprawności kwestionariusza badawczego, zwłaszcza w kwestii kwalifikacji do poszczególnych grup przyczyn ubóstwa. Najpoważniejszym, moim zdaniem, zastrzeżeniem jest ostre odgraniczanie poszczególnych zdarzeń losowych, kształtujących byt materialny badanego. Doświadczenie uczy bowiem, iż z reguły w tej kwestii nakłada się na siebie wiele czynników. Ponadto nie uwzględniono między innymi takich przyczyn, jak brak kwalifikacji zawodowych, niewątpliwie ograniczających znacząco dostęp osoby badanej do rynku pracy. Innym zastrzeżeniem jest niejasna kwestia źródła informacji (osoba badana? otoczenie?), co ma niebagatelne znaczenie wobec subiektywizmu poczucia „najważniejszego niekorzystnego czynnika sprawczego”. Ponadto na tak pozyskane dane wpływ mogło mieć panujące już wówczas od dziesięcioleci powszechne przeświadczenie, iż choroba jest czynnikiem sprawczym ubóstwa, a więc możemy mieć do czynienia z mniej lub bardziej uświadomioną „powszechną ucieczką w chorobę” badanych podmiotów, coś na kształt samo sprawdzającej się przepowiedni statystycznej⁷².

Niezależnie od rzeczywistego wpływu choroby na kreowanie stanu ubóstwa, ten powszechnie panujący w końcu XVIII wieku w Europie pogląd również w Gdańsku spowodował radykalne zmiany w szpitalnictwie. Wydzielenie Lazaretu jako zakładu wyłącznie leczniczego (*Krankenhaus*), z początkową znaczącą marginalizacją a następnie niemal całkowitą likwidacją funkcji społecznej szpitala (*Hospital*), świadczy o nośności także w tym mieście idei zapobiegania ubóstwu poprzez promowanie zachowań prozdrowotnych. Medykalizacja ubóstwa w Gdańsku została dokonana w sposób najczęściej stosowany w oświeconej Europie, a zwłaszcza w jej obszarze niemieckojęzycznym, poprzez wyodrębnienie jednego (z reguły największego) zakładu opieki stacjonarnej i przypisanie mu funkcji czysto medycznych. Dość wczesne, w porównaniu z bardzo wieloma innymi ośrodkami obszaru niemieckojęzycznego, i skrupulatne wydzielenie z Lazaretu, a w rezultacie wyeliminowanie funkcji charakterystycznych dla zakładów typu *Hospital*, wskazuje na gdański ośrodek jako na dość nowoczesny zakład, wprzęgnięty w obszar dobroczynności miejskiej wedle najszerzej propagowanego w epoce wzorca.

Zakład wprawdzie postrzegany był dotąd także jako ściśle sprecyzowany element polityki społecznej miasta, lecz traktowany raczej jako instrument dozoru policyjnego, stosowanego wobec potencjalnie zagrażających społeczności jednostkom (osoby chore zakaźnie czy psychicznie)⁷³. Ta funkcja wprawdzie została zachowana⁷⁴, ale dokonany

⁷¹ Dane na podstawie *Statistik des Deutschen Reichs*, Bd.19, Berlin 1887, cyt. za: Sachße, Tennstedt 1980, s. 261.

⁷² Powodem gromadzenia powyższych danych było przede wszystkim badanie struktury udzielanego osobom ubogim wsparcia oraz wpływu na nie wprowadzanych w tym czasie *Krankenversicherungsgesetz* oraz *Unfallversicherungsgesetz*. Dodać należy, że analiza omówionych danych kształtowała w istotny sposób we wspomnianym okresie politykę społeczną w Niemczech. Zimmermann 2006, s. 118–120.

⁷³ Bibl.Gd.PAN, Od 13875, 8^o, fragment postanowienia Rady Miejskiej z 1740 r.: *Weder die Empfindungen der Menschlichkeit noch vielweniger die sansten Liebespflichten, der Religion JEsu würden es erlauben,*

w 1776 r. spis pensjonariuszy szpitala, zważywszy na okoliczności jego powstania⁷⁵, unaocznia postrzeganie obszaru szpitala w tym okresie już jako wyalienowanego obszaru miejskiej dobroczynności, gdzie (poza nielicznymi wyjątkami) winno się przyjmować odtąd jedynie ubogich *auf Beßerung*.

W 1794 r. dla Friedricha Leopolda von Schröttera, przybyłego z oświeceniowych Prus, wysokiego urzędnika państwowego, w pełni świadomego celu szpitali nowego typu dla pruskiej racji stanu, nie było wątpliwości: gdański Lazaret został ufundowany wyłącznie w jednym celu – leczenia. Wynikało z tego, że nie należało nigdy więcej przyjmować tam nieuleczalnie chorych, kradnących miejsce tym, którzy mogliby być tam wyleczeni. Na dodatek ciągle przyjmowano prebendariuszy, przez co szpital został związany ze swego rodzaju przytułkiem, co określało go raczej domem dobroczynności, niż Lazaretem⁷⁶.

I temu stanowi rzeczy von Schrötter, urzędnik świadomy i odpowiedzialny, powiedział: nie.

den hilflosen Elenden, die bisher in gedachtem Hause Zuflucht und Verpflegung gefunden haben, künftig ein thätiges Mitleiden zu versagen. Ueberdies ist die seit vielen Jahrhunderten fortgesetzte Einrichtung des Lazareths ein mit der gemeinen Wohlfahrt ganz unzertrennlich verknüpftes Theil des hiesigen Policeywesens, da die in demselben befindliche oder ferner aufzunehmende Schwache, Wahnsinnige und mit ungewöhnlichen auch zum Theil ansteckenden Krankheiten behaftete Personen Schrecken, Unsicherheit und gefährliche Seuchen über die Bürger und Einwohner dieser Stadt gewiß genug ausbreiten müssten, wenn nicht für ihre Absonderung und Nothdurft im Lazareth gesorget würde.

⁷⁴ Duisburg, von 1809, s. 255: *Gegenwärtig befinden sich in dieser Anstalt [...] zwei und dreißig Zimmer, von denen [...] 7 Zimmer nebst einem Entbindungszimmer für weibliche venerische Kranke, die von der Polizei hierher geschickt werden.*

⁷⁵ APG, 300, 87/3, s. 2–6. Chodzi tu o działania administracyjne władz miejskich, mające na celu ustalenie rzeczywistego profilu pensjonariuszy Lazaretu, a będące wstępem do wyeliminowania z obszaru zakładu innych osób, niż uleczalnie chorzy ubodzy. Decyzję taką podjęto w trzy lata później, Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 5–6.

⁷⁶ GStAPK, II. HA Generaldirektorium, Westpreußen und Netzedistrict, Stadt Danzig, Nr 78, pismo von Schröttera z 26 czerwca 1794 r., k.1r.: *Das Institut ist in der Absicht gestiftet: Kranke zu heilen. Hieraus folget schon, daß unheilbare Kranke in dem Hause selbst nicht aufgenommen werden dürfen, ob sie gleich, wenn sie dürftig sind, auf alle nur mögliche Erleichterung in ihren Wohnungen Anspruch machen können. Kommen sie aber in das Haus selbst und bleiben bis an ihren Tod in demselben; so rauben sie mehreren Kranken, die einer noch dem andern in dieser Zeit hätten curiret werden können, den Platz. Ein anderer Fehlschritt ist, daß man auch Personen die nicht eigentlich Krank sind auf ihre Lebenszeit aufgenommen und ein Krankenhaus mit einer Art von Hospital verbunden hat, wozu das Spendhaus mehr als Lazareth bestimmt ist.*

5. STATYSTYKA SZPITALNA – W SŁUŻBIE ADMINISTRACJI CZY MEDYCZYNY?

Jednym z wyznaczników procesu medykalizacji społeczeństwa jest obarczenie aparatu biurokratycznego obowiązkiem coraz to dokładniejszej penetracji sprawozdawczo-statystycznej obszaru działań medycznych¹. Z drugiej strony do podstawowych elementów aparatu naukowego lekarza należy ocena epidemiologiczna zjawisk chorobowych, a co za tym idzie, działalność niemal równoległa do urzędniczej. W przypadku rozwoju szpitalnictwa problem ten ma swoją specyfikę, obejmującą kilka aspektów godnych uwagi.

Otóż w zjawisku medykalizacji szpitali pojawienie się medycznej dokumentacji statystycznej, a szerzej: w ogóle dokumentacji medycznej, stanowi kamień milowy procesu. Jest to zdarzenie oczywiste i jego ranga nie wymaga dokładniejszego uzasadniania. Należy jednak uzmysłowić sobie przy tym fakt, że wszelkiego rodzaju dokumentacja medyczna, taka jaką znamy dziś, ma swoje źródło nie tyle w obszarze działań medycznych, a właśnie w obszarze działań administracyjnych. Uświadomienie sobie tego faktu ułatwi zrozumienie całego procesu ewolucji problemu dokumentacji szpitalnej.

Zachowane najstarsze dane statystyczne dotyczące szpitali z reguły są wrywkowe, a usytuowanie ich w ocalałym po dzień dzisiejszy kontekście – najczęściej przypadkowe. Do wyjątków obszaru Gdańska należy przekaz dotyczący szpitala św. Elżbiety, zawarty w inwentarzach fundacji wykonanych dla potrzeb władz zakonu krzyżackiego w pierwszej połowie XV wieku². Prawdopodobnie pierwotnie dokumenty takie powstawały dość regularnie, jako efekt rozbudowanej sprawozdawczości administracji zakonnej.

Tak więc pierwotnie dane statystyczne dotyczące szpitali, co doskonale ilustruje przykład gdański, z reguły związane były z opisywaniem w najprostszy sposób ruchu pensjonariuszy dla celów wyłącznie administracyjnych. Dla okresu wczesnonowożytnego na omawianym terenie zachowały się one w specyficznych źródłach, jakim są dokumenty fundacji nieszpitalnych, powołanych do życia w oparciu o legaty testamentalne w XVII i XVIII wieku³. Otóż zgodnie z tymi zapisami, w wyznaczonym dniu każdego roku odbywało się rozdawanie wprost do rąk wszystkich pensjonariuszy wybranych zakładów dobroczynnych odsetek od kapitału początkowego fundacji. Dzięki temu zachowały się dane ukazujące nie tylko ilość pensjonariuszy w szpitalach Gdańska, lecz także, w niektórych sytuacjach, strukturę organizacyjną danego zakładu⁴.

¹ Loetz 1994, s. 131–132.

² W. Ziesemer [Hg.], *Das Grosse Ämterbuch des Deutschen Ordens*. Danzig: A.W. Kafemann, 1921, s. 710–717.

³ Dane za lata 1681–1812. Bibl.Gd.PAN, Ms 1085 IV i Ms 1086 IV, passim; Ms 1111 IV, s. 54. Dokładne omówienie źródeł: A. Szarszewski, *Dokumenty fundacji nieszpitalnych jako źródło do badań nad strukturą wewnętrzną szpitali gdańskich w XVII i XVIII*. „Rocznik Gdański”, 2006, w druku.

⁴ Dane takie zachowały się dla Lazaretu i Szpitala na Zapleczu. Autorzy sprawozdań w latach 1681–1706 (bez 1704 r.) szczegółowo zaprezentowali w obu instytucjach ilość pacjentów w poszczególnych izbach szpitalnych, uwzględniając nazwę izby, a także jej przeznaczenie. Bibl.Gd.PAN, Ms 1085 IV, s. 22–26, Ms 1086 IV, 164–184. Por. tab. 1.

Innymi zbiorami regularnie odnotowywanych danych statystycznych były księgi pamiątkowe szpitali, a więc produkty działalności zarządów fundacji. Niestety, w Gdańsku niemal wszystkie jednostki archiwalne uległy dematerializacji. Jedyną zachowaną, i to fragmentarycznie, księgą pamiątkową jest dokumentacja szpitala św. Jakuba za lata 1623–1632⁵. Podaje ona, iż w 1623 r. w szpitalu znajdowały się czterdzieści i jedna osoba.

Powstawały jeszcze inne zbiory danych, o których istnieniu wiemy z aktów wewnętrznych prawa szpitalnego.

Pierwsza informacja na ten temat znajduje się w pochodzącej zapewne z połowy XVIII wieku ordynacji dla zarządcy (*Hofmeister*) Lazaretu. Ponieważ istniały nadużycia w lokowaniu chorych przez opiekunki (*Kranken Mutter*) w poszczególnych izbach szpitala, wydano przepis nakazujący zarządcy cotygodniową weryfikację ilości chorych. Pierwotnie do dokumentowania stanu izb służyły trzy laski, z ilością nacięć stosowną do ilości pacjentów. Za każdego pacjenta w rzeczonych izbach zarządca miał wyliczyć trzy grosze, co powinien zapisać w kwartalnym rachunku dla prowizora pełniącego urząd zdrowia⁶.

Wspomniany przepis mówi więc o dwóch sposobach dokumentowania ilości chorych: najpierw przez zazwyczaj niepiśmienną opiekunkę chorych poprzez zakarbowanie na lasce, a następnie przez odnotowanie na rachunku, służącym do rozliczeń finansowych pomiędzy poszczególnymi podmiotami fundacji. Na podkreślenie zasługuje fakt, że mowa jest o dokumentowaniu tylko ilości chorych Lazaretu, a nie wszystkich jego pensjonariuszy. Jest to związane z wydzieleniem z przeznaczenia fundacji funkcji leczniczej. Niestety, ani rachunki, ani tym bardziej laski nie zachowały się.

W znanych aktach wewnętrznych prawa szpitalnego znajdujemy ponadto inne przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji związanej z obecnością w zakładzie osób przyjmowanych na leczenie. Od cytowanej powyżej nieco późniejsza, choć podobnie niedatowana, ordynacja opiekunek chorych (*Kranken Mutter*) zawiera paragraf głoszący, iż z powodu rozmaitego niezadowolenia i nieporządków nie wszystkim osobom (chorym) przypisano stosowne numery. Dlatego opiekunki chorych winny pilnować, aby przy przyjmowaniu każdej z osób nauczyciel spisał jej numer i nazwisko na kartce, która ma być przyklejona w miejscu spania pensjonariusza. Gdyby ktoś zmarł lub jako zdrowy opuścił Lazaret, opiekunki mają oddać kartkę z numerem i nazwiskiem pacjenta czeladnikowi cyrulika, powiadomiwszy o tym zarządcę. Paragraf uzupełniono o przypis, w którym czytamy, że gdyby w czasie kontroli brakowało jakiegoś numeru, lub nie zostałyby na czas usunięty, to za każdym razem opiekunki chorych będą pozbawione pożywienia na czternaście dni⁷.

Passus ten jest niezwykle istotny. Po raz pierwszy spotykamy bowiem, wynikającą wprawdzie jeszcze z potrzeb administracyjnych a nie medycznych, dokładną rejestrację

⁵ Bibl.Gd.PAN, Ms 716, k.131v.–133r. Fragmenty wydane w: A. Szarszewski, *Szpital i kościół św. Jakuba w Gdańsku. Zarys historyczny*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2000, s. 183–187.

⁶ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 163: 14. *Hat er [Hofmeister] fleißig Acht zu haben, daß die Krancken Müttern in den bey den Krancken Stuben und in der Cur, nicht mehr Patienten anlagen und dafür bezahlt nehmen, als sie würcklich bekom[m]en, dahero derselbe gehalten sich Wöchentlich mit ihnen zuberechnen, [s. 164] und die richtig befundene Anzahl auf die dazu verhandenen 3 Korbe Stöcke anzuschneiden, für jeden Patienten der in gedachter Stube kom[m]t, bezahlt er 3 gr. und bringet solches des Quartals dem Heil Herrn in Rech[enscha]ft.*

⁷ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 247; por. aneks, dok. nr 3, paragraf 27.

chorych, w której konkretnemu, z nazwiska wymienionemu pacjentowi, przypisany zostawał numer, służący do jego identyfikacji. Przywiązywano do tego tak dużą wagę, że prawodawca przewidział za zaniedbanie przepisu dość surową sankcję karną.

Z przepisem tym koresponduje pochodzący z tego samego okresu (druga połowa XVIII wieku) przepis zawarty w jednym z paragrafów instrukcji cyrulika Lazaretu, głoszący, że cyrulik powinien raz w tygodniu, w poniedziałek lub wtorek, weryfikować stan zdrowia pacjentów, a w razie kwalifikacji do odesłania ze szpitala, zobowiązany jest do zapisania numeru danego chorego i jego nazwiska oraz do przekazania wykazu wszystkich takich pacjentów do realizacji prowizorowi pełniącemu urząd zdrowia⁸.

Jeszcze dokładniej przepisy ujmują powinności czeladnika cyrulika, opisane w instrukcji pochodzącej z drugiej połowy XVIII wieku⁹. Obligowały go do weryfikacji stanu zdrowia pacjentów Lazaretu i na podstawie tego do wykonywania spisu nazwisk oraz płci takich osób, celem odnotowania danych pacjentów przed odesłaniem ich do domów. Do jego obowiązków należała ciągła aktualizacja danych, zwłaszcza osób, które musiały z uwagi na pogorszenie powrócić do Lazaretu. Wszelkie dane dotyczące zmarłych, ozdrowieńców czy osób samowolnie opuszczających zakład, zwłaszcza ich nazwiska i numery, powinien zapisywać w specjalnej księdze. Niestety, żadna z takich ksiąg się nie zachowała.

Istnieją ponadto dwa interesujące zapisy dotyczące dokumentacji pacjentów Lazaretu, pochodzącej z drugiej połowy XVIII wieku. Pierwszy z nich znajduje się w cytowanej już ordynacji zarządcy (*Hofmeister*). Otóż w pierwszym jej paragrafie nakazano, aby zarządca odnotował nazwiska, stan oraz choroby każdego chorego przyjmowanego do Lazaretu. Dokumentację tę miał przekazywać czeladnikowi cyrulika¹⁰. Drugi zapis pochodzi z także cytowanej, ordynacji czeladnika cyrulika, zawierającej passus zabraniający czeladnikowi wydawania pacjentom leków dłużej, niż to wynika z dokumentacji. Jeśli ktoś nie wyzdrowiał w wyznaczonym czasie, miał zgłosić się do prowizora pełniącego urząd zdrowia celem nowego określenia zleceń¹¹.

Otóż waga powyższych tekstów polega na tym, że po raz pierwszy wspomina się o odnotowywaniu nie tylko danych personalnych pacjentów, ale także stanu ich zdrowia. W pierwszym z wymienionych dokumentów mamy do czynienia z prymitywną formą zbierania wywiadu lekarskiego. Dokonywała tego osoba zupełnie niezwiązana z procesem diagnostyczno-terapeutycznym, a więc znów podejmowane działania miały podłoże czysto administracyjne. Mimo to ów pierwszy odnotowany fakt rejestracji schorzeń pacjentów unaocznia proces kształtowania się zaczątków nowoczesnej dokumentacji medycznej¹². Drugi zapis dotyczy wprowadzenia pacjentów przyjmowanych w aptecę

⁸ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 212; por. aneks, dok. nr 6, paragraf 13.

⁹ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 226; por. aneks, dok. nr 7, paragrafy 16 i 17.

¹⁰ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 154: *I. [...] Von denen Krancken, welche die Heil-Knechte auf Ordre des Heil Herrn einbringen, hat er [Hofmeister] die Nahmen, Kranckheiten und Umstände durch den Schul-Meister so gleich aufschreiben zu laßen, und solches dem Heil Herrn zu zuschicken, die Anweisung Zettul von denen zur Verbeßerung eingekom[m]ene Persohnen, übergibt er gleich nach empfang an den Barbier Gesellen.*

¹¹ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 228; por. aneks, dok. nr 7, paragraf 21.

¹² Niestety, w żadnej z ordynacji Lazaretu nie znajdujemy zapisu o obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów, np. na wzór zapisu z 1637 r. ze szpitala bonifratrów z Neuburgu: *Alle Krankenwärter mit dem Apotheker und Barbier werden allda bey der Untersuchung erscheinen. Ein jeder von ihnen wird sein Buch haben, worein er alles deutlich aufschreibe, was der Medicus an Speise und Trank, auch wegen der Arzneyen verordnen wird.* Cyt. za: Jütte 1996, s. 39.

Lazaretu ambulatoryjnie, lecz nie sposób go pominąć z dwóch względów. Po pierwsze mowa w nim jest po raz pierwszy o zleceniu lekarskim, obligującym czeladnika cyrulika do podjęcia działań medycznych, ale, co ważniejsze, cytowany fragment ukazuje po raz kolejny dominację aparatu administracyjnego w szpitalu starego typu nad członkami zespołu medycznego zakładu: osobą kształtującą zlecenia (prawdopodobnie jednak po konsultacji z lekarzem) był urzędnik, prowizor pełniący urząd zdrowia. Jak już wspomniano, także decyzję o zwolnieniu pacjenta ze szpitala podejmował urzędnik administracji szpitalnej¹³.

Owemu czysto administracyjnemu podporządkowaniu pacjenta Lazaretu i jego chorób zawdzięczamy pierwszy zachowany imienny wykaz klientów fundacji z 1776 r.¹⁴ Dokonany został w związku z kontrolą zakładu zarządzaną przez Radę Miejską, a powód, dla którego powstał, mocno rzutuje na rodzaj zachowanych danych. Otóż Rada, poszukując oszczędności w zarządzaniu fundacją, nakazała swej deputacji stworzenie wyraźnego wydzielenia klientów w zależności od tego, jak dalece opieka nad nimi zgodna była ze statutową działalnością zakładu.

Jest to zawarta na pięciu stronach *in quarto* tabela, rozdzielona trojako: początkowo dotyczy osób zamieszkujących Lazaret dożywotnio (*auf Lebenslang*), następnie osób przyjętych przez rozmaitych prowizorów (*von verschiedenen Vorstehere*) początkowo tylko na leczenie (*nur auf Beßerung*), lecz ponieważ okazali się być nieuleczalnie chorzy, także zamieszkujących Lazaret dożywotnio (*da selbige aber mit unheilbaren Kranckheiten behafftet sind, so werden selbige wohl bis an ihr Gott gebe seeliges Ende, in dem Lazareth verbleiben müßen*), na koniec zaś osób przyjętych przez dwóch kolejnych prowizorów pełniących urząd zdrowia (*Heil-Ambt*) wyłącznie celem zabiegów leczniczych (*auf Beßerung*).

W pierwszej rubryce odnotowano datę przyjęcia, w drugiej liczbę porządkową, w trzeciej imię i nazwisko klienta, wyznanie, wiek, status, rodzaj schorzenia oraz stałe miejsce zamieszkania, na koniec zaś przyznaną izbę Lazaretu.

Już sama konstrukcja tabeli ujawnia preferencje jej twórców. Miała zawrzeć w sobie w jak największym skrócie jak najwięcej danych, przy czym są to dane niemal wyłącznie administracyjne. Jedyne informacje medyczne, to informacje ujęte w sformułowania zaczerpnięte z pojęć potocznych, co ujawnia zupełny brak wykształcenia medycznego, a jedynie jakie takie obycie z terminologią medyczną i to na bardzo niskim poziomie. Określenia typu: *schlimme Füße*, lub *offene Schade* bez podania nawet lokalizacji zranienia, bardzo rzutują na jakość przekazu, uniemożliwiając dziś zbyt głęboką penetrację obszaru medycznego Lazaretu¹⁵.

Ta po wielokroć już wspomniana charakterystyczna dominacja administracji, także w dawnych szpitalach, której podlegały wszelkie działania, w tym i działania medyczne, w XVIII i na początku XIX wieku znalazła swe szczególne ujście w powstawaniu w obszarze niemieckojęzycznym „policji medycznej” (*medizinische Polizey*). W tym miejscu jednak winno nastąpić ważne rozróżnienie. O ile bowiem omówione zapisy zawarte

¹³ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 212; por. aneks, dok. nr 6, paragraf 7.

¹⁴ APG, 300, 87/3, s. 2–6; tab. 15 i 16.

¹⁵ Szerzej na temat schorzeń odnotowanych w wykazie – patrz rozdział *Chorzy Lazaretu*. Por. tab. 15 i 16.

w aktach gdańskiego prawa szpitalnego i wynikające z nich dane statystyczne (poza wspomnianym spisem z 1776 r. niestety zaginione) nie powstały jako efekt jakiejś głębszej refleksji, a jedynie jako rezultat doraźnych potrzeb wynikających z zarządzania zakładem, to sytuacja, której teraz chcę poświęcić kilka słów, jest zdecydowanie odmienna. Pod wpływem szczególnej filozofii medyczno-administracyjnej doszło do upowszechnienia specyficznego myślenia nozologicznego, rzutującego na sposób prezentacji medycznych danych statystycznych.

Rozwój koncepcji nadzoru nad ubogimi, o których była mowa, zaowocował już w XVII wieku współdziałaniem w klasyfikowaniu chorób zarówno lekarzy, jak i osób niezwiązanych z medycyną (przeświadczonych za to o skuteczności policyjno-medycznego nadzoru nad społecznościami). Stosowany powszechnie od tego czasu system porządkujący schorzenia opierał się bowiem zarówno na doświadczeniu lekarzy, jak i na doświadczeniu osób „zarządzających ubóstwem”¹⁶. Jego cechą charakterystyczną było powiązanie wnioskovania diagnostycznego, pozwalającego przewidzieć dalsze losy pacjenta, z wnioskowaniem administracyjnym, mającym na celu przeznaczenie środków finansowych przede wszystkim dla takich pacjentów, co do których można było przewidzieć dobre rokowanie. Rokowanie to stawiało przy tym znak równości się pomiędzy prognozowaną możliwością powrotu do zdrowia, jak i prognozowaną możliwością powrotu do społeczeństwa. Powrót do zdrowia bowiem, z ówczesnego, medyczno-policyjnego punktu widzenia, oznaczał jednocześnie powrót do wykonywanej uprzednio pracy i ponowne podjęcie zarobkowania. Skoro więc zdrowienie ze swej natury równoważne było z porzuceniem obszaru nędzy i/lub nieobyčajności (choroby weneryczne), przeto dobroczynność winna wspierać przede wszystkim te działania medyczne, które dają szansę na uzyskanie korzystnego efektu społecznego¹⁷. Wynikająca z tej filozofii nozologia postrzegana bywa jako jeden ze sposobów społecznego dyscyplinowania¹⁸.

O wpływie powyższego podziału na proces nadzoru także w środowisku gdańskim świadczy dobitnie zachowany w tutejszym Archiwum Państwowym projekt, pochodzący z połowy XVII wieku, a zatytułowany *Entheilung aller Armen, wie und wehr Sie vnterzubringen vnd von den Gaßen abgeschafft werden können*. Anonimowy autor, zwolennik policyjnego dozoru nad ubogimi, tak dzieli tę warstwę społeczną:

Alle Arme seindt:

1.

*Einheimische
oder
Außheimische*

¹⁶ E. Brinkschulte, *Die Institutionalisierung des modernen Krankenhauses im Rahmen aufgeklärter Sozialpolitik. Die Beispiele Würzburg und Bamberg*. [w:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s. 188–190.

¹⁷ A.F. Markus, *Von den Vortheilen der Krankenhäuser für den Staat*. Bamberg: Würzburg Göbhardt, 1790, nie pagin.; A. Bécu, *Rozprawa o doskonałości szpitalów miana na publicznem posiedzeniu przy rozpoczęciu kursow rocznych w Imperatorskim Wileńskim Uniwersytecie. Dnia 15. 7bra 1807. Roku*. Wilno: Drukarnia Dyecezyalna u XX. Missyonarzów, 1807, s. 18–19.

¹⁸ Loetz 1994, s. 125.

2.
 - Alte*
 - Junge*
 - Kindere*
3.
 - Gesunde*
 - Vngesunde.*

Nas interesuje szczególnie dalszy podział „ubogich chorych” (*Vngesunde*):

1. *curabiles*:
 - a. *Leidliche, so mit keiner infection behafftet*
 - b. *unLeidliche, so mit einen infection behafftet*
2. *Incurabiles*
 - a. *Lahme*
 - b. *Blinde*
 - c. *Taube*
 - d. *Stumme*
 - e. *vnd dergleichen*
3. *Aubigni*:
 - a. *Furiosi*
 - b. *infari*
 - c. *epileptici*
 - d. *peste, morbo gallico vnd dergleichen behafftete*¹⁹.

Jako efekt takiego rozumowania, rozpowszechniającego się stopniowo w całej Europie, powstała w XVIII w. medyczno-administracyjna hybryda klasyfikacyjna chorób, dobrze opisana w 1788 r. przez Maxa Stolla, naczelnego lekarza szpitala ogólnego w Wiedniu²⁰. Do chorych uprzywilejowanych należała pierwsza grupa pacjentów. Byli to chorzy posiadający szansę na szybkie wyzdrowienie, przede wszystkim z dobrze rokującymi infekcjami. Następnie Stoll wydzielił grupę pacjentów z chorobami przewlekłymi, ale nie zakaźnymi (głównym kryterium był brak gorączki, przykładowo należeli tu chorzy z żółtaczką czy wodobrzuszem). Trzecią grupę stanowili pacjenci z chorobami przewlekłymi i zakaźnymi jednocześnie (przede wszystkim wenerycy i chorzy na świerzb). Następną grupą, najbardziej dyskryminowaną, to grupa chorych nieuleczalnie (w tym chorzy psychicznie i epileptycy). Pozostałe grupy przewidziano dla kobiet ciężarnych i dzieci (według Stolla obejmowanie tych grup działaniami medycznymi było także społecznie korzystne)²¹. Reasumując: administracyjnie faworyzowani byli zarówno chorzy

¹⁹ APG, 300, R/Rr, 1, s. 261.

²⁰ Podobny rozdział pacjentów spotykany był już – choć nie powszechnie – w XVI wieku (Jütte 1996, s. 39), jednak w omawianym przypadku zwraca uwagę wprowadzone później wartościowanie poszczególnych grup chorych. Por. N. Paul „*Zum Zwecke der Verpflegung dürftiger Kranker, Erziehung geschickter Ärzte und Beförderung und Erweiterung der Heilwissenschaft*”. *Arztinitiativen bei der Gestaltung des Krankenhauses in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „*Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett*”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s. 103–104.

²¹ M. Stoll, *Über die Einrichtung der öffentlichen Krankenhäuser*. Wien: Wappler, 1788, s. 21–24.

dobrze rokujący, jak i chorzy przewlekłe, ale nie winni swej choroby, oraz kobiety ciężarne i dzieci. Natomiast administracyjnym restrykcjom podlegli tak „chorzy nierokujący”, jak i ci, których choroba postrzegana była jako zawiniony nieobyčajnym życiem proces chorobowy.

Tak dokonany podział, służący administracyjnemu zarządzaniu ubogimi, pokutował w codzienności medycznej jeszcze przez wiele lat²². I choć pierwsze zachowane dane dotyczące statystyki medyczno-policyjnej²³ gdańskich szpitali, a dokładniej Lazaretu, pochodzą dopiero z lat dwudziestych XIX wieku, to zawarta w nich klasyfikacja chorych dokonana została w oparciu o kryteria podobne, jak wzmiankowane powyżej. Dane te zawdzięczamy Gottfriedowi Löschinowi (tab. 7 i 11)²⁴. Co charakterystyczne opracowywano je w Lazarecie w ramach sprawozdań dla Królewskiego Prezydium Policji²⁵. Tak więc zgodnie z medyczno-utilityarną wizją choroby cielesno-społecznej mamy do czynienia z przedziwnym mieszańcem nozologicznym: wydzieloną grupę umysłowo chorych i melancholików płci męskiej, analogiczną grupę chorych płci żeńskiej, chorych wyleczonych (należy się domyślać, że z chorób internistycznych i chirurgicznych), przypadki wycieńczenia i chorób płuc zakończone zgonem, przypadki puchliny brzusznej zakończone zgonem, zgony z osłabienia i starości, infekcje, w tym przypadki nerwowej gorączki zakończone zgonem, dalej – przypadki chorób umysłowych zakończone zgonem, na koniec zaś zgony bez znanej przyczyny (przed upływem doby od chwili hospitalizacji). Nie jest więc nam dane dowiedzieć się, jakie przypadki chorobowe, liczne przecież, zakończyły się pomyślnie, natomiast, jako wyraz społecznego zagrożenia, sprawozdawca dogłębnie spenetrował grupę niepowodzeń, wyodrębniając zwłaszcza z grupy chorych nieuleczalnych – chorych umysłowo.

Można by oczywiście uznać, że analiza przypadków zgonów była dla współczesnych po prostu ciekawsza, stąd tak sformułowany przekaz informacyjny. Wydaje się jednak, że istniał określony nacisk administracyjny na takie, a nie inne prezentowanie danych. Świadczyłyby o tym także tabele medyczne, jakie Eduard Otto Dann, lekarz wykształcony w latach 1818–1821 w Halle²⁶, kilka lat później zawarł w swej książce, opisującej topograficznie Gdańsk „pod względem fizycznym i medycznym”. W rozdziale omawiającym Lazaret przedstawił dane²⁷ dotyczące ilości pacjentów w poszczególnych grupach schorzeń, hospitalizowanych w ostatnim dniu każdego roku oraz ilości personelu posługującego chorym. Uczynił ponadto analogiczne podsumowanie na przestrzeni każdego z lat 1827–1832 (tylko chorzy, tab. 12). Choć w porównaniu z doniesieniem Löschiana linia podziałów przeprowadzona została nieco inaczej, to jeszcze wyraźniejsza jest w nim metoda nozologii medyczno-policyjnej. Wyodrębniła ona, obok chorych internistycznych i chorych chirurgicznych, grupy chorych umysłowo, epileptyków,

²² W.K. Korpalska, J. Szytkowski, *Walka z chorobami zakaźnymi na ziemiach polskich pod pruskim zaborem w XIX wieku*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 2005, 68, s. 8–9.

²³ Określenia tego używa w 1835 r. dr Dann, poświęcając cały rozdział swej monografii (p. niżej.) dziejom gdańskiej medycyny i zarządzeniom medyczno-policyjnym. Dann 1835, s. 268–297.

²⁴ Löschin 1825–1829. Por. także tab. 7 oraz dane za 1831 r. – tab. 8.

²⁵ Por. *Nachrichten* 1830, s. 56, 58–59.

²⁶ Gliński 1994, s. 30.

²⁷ Dann 1835, s. 309, 310. Por. tab. 9, 10, 12.

chorych na świerzb i chorych wenerycznych. Owa „policyjność” staje się wręcz dotykalna już w 1809 r., w relacji von Duisburga, z której niektóre dane czerpał dr Dann. Wspomina on, iż w Lazarecie w tym czasie znajdowało się dziewięćdziesiąt osiem zarażonych kiłą kobiet, z których większość *von der Polizei hierher geschickt werden*²⁸.

Dr Dann podziału chorych Lazaretu dokonał w 1835 r. Był to okres już po doświadczeniu epidemii cholery (1831 r.). Nieznajomość etiologii schorzenia spowodowała, że ówczesne władze pruskie wyodrębniały szereg grup ludności, podatnych, ich zdaniem, chorobie. Pośród tych grup wydzielono zwłaszcza chorych na przewlekłe choroby infekcyjne, w tym na kiłę i na świerzb²⁹. Ponadto chorzy na choroby weneryczne i na świerzb stanowili szczególnie problematyczną grupę pacjentów. Z uwagi na bogatą symptomatologię, zwłaszcza zmian skórnych, uznawani byli za chorych budzących wstręt („pobudzających do wymiotów”). Jednocześnie możliwość wyleczenia ze świerzbu pod wpływem intensywnej kuracji, z równoczesnym przestrzeganiem surowych przepisów higienicznych, powodowała, iż dla tej grupy pacjentów przeznaczano znaczące nakłady finansowe. Sama częsta wymiana pościeli i bielizny oraz środki czystości pochłaniały niemały odsetek budżetu każdego ówczesnego szpitala. Nic więc dziwnego, że tak z powodu nakazów administracyjnych, jak i z przyczyn ekonomicznych, dr Dann wydzielił obie grupy, podobnie jak czyniło to wówczas wiele szpitali w Europie³⁰.

Ciekawie ustosunkował się do problemu prezentacji danych dr Emil Friedrich Götz, studiujący w Heidelbergu i Halle nieco tylko później niż dr Dann (do 1831 r.). W roku 1845, sprawując od 1842 r. stanowisko naczelnego lekarza Lazaretu³¹, wydał obszernie statystyczno-medyczne sprawozdanie dotyczące swej działalności za lata 1843 i 1844, choć niektóre dane dotyczą też lat działalności jego poprzedników (1828–1842)³².

Dr Götz swe dziełko poprzedził obszerną przedmową, w której tłumaczył podjęty trud edytorski. Mianowicie już na wstępie uznał za oczywiste, że w nowoczesnej medycynie ogromne znaczenie ma prowadzenie badań naukowych. Zadanie to, spoczywające przede wszystkim na szpitalach klinicznych, powinno objąć również szpitale niezwiązane z nauczaniem medycznym, aby i one, choć pośrednio, mogły wesprzeć rozwój wolnej nauki.

Autor przy tej okazji zaprezentował pogląd, iż dane uzyskane z ośrodków nieklinicznych wydają się być bardziej naturalne, skoro osadzone są w tych miejscach, w których powstała choroba. Oczywiście nie zanegował celowości istnienia dużych szpitali związanych z uczelniami, doceniając możliwość gromadzenia przez nie ogromnego materiału faktograficznego, celem stworzenia podwalin nowoczesnej nozologii. Götz powołał się przy tym na pojawiające się ostatnio liczne doniesienia zarówno z ośrodków klinicznych, jak i pozauniwersyteckich (Halle, Stoda, Schuh, Hamburg, Stuttgart, Norymberga), gdzie powstały dzieła zarówno ciekawe, jak i naukowo pełnowartościowe.

²⁸ Duisburg von 1809, s. 255; Dann 1835, s. 302. O policyjno-represyjnym charakterze ówczesnego systemu walki z chorobami wenerycznymi, patrz m. in.: Korpalska, Szymtkowski 2005, s. 18–20.

²⁹ Dross 2004, s. 184.

³⁰ F. Dross, *From the patients' point of view: the early 19th century urban hospital as healthy and/or dangerous place*. PhoenixTN conference: Health and the City, Vienna, June 2nd–4th 2005. http://phoenixtn.net/vienna2005/papers_original/FritzDross_Germany_20050515.doc, nie pagin.

³¹ Gliński 1994, s. 39.

³² Götz 1845, s. 5, 6.

Dążąc do tego samego celu – pisze dalej autor – „chcę i ja spróbować na następnych stronach przedstawić tabelaryczny zarys obiektów mych czynności i rezultatów mych działań medycznych z tutejszym Lazarecie w latach 1843 i 1844”. Kontynuowanie w latach następnych tego trudu mogłoby przyczynić się do „powstania większego, samodzielnego dzieła o historii chorób tego miasta”. Jednocześnie publikacja ma na celu udokumentowanie wobec Magistratu „w jaki sposób pełnię powierzony mi urząd”³³.

Jako punkt odniesienia swych osiągnięć dr Götz zaprezentował na początku opracowania w dwóch tabelach dane za lata 1828–1842. W pierwszej z nich wydzielił ilość osób poddanych leczeniu, ilość chorych którzy wyzdrowieli i u których nastąpiła poprawa, ilość chorych zmarłych, także ilość wszystkich zmarłych w danym roku w Gdańsku³⁴. W drugiej zaprezentował dane epidemiologiczne wedle znanego już podziału na chorych wewnątrznie, chorych zewnątrznie, chorych psychicznie, epileptyków, weneryków oraz zarażonych świerzbem (tab. 13).

Najważniejsze, a dla nas najcenniejsze dane, dr Götz zawarł w wielostronicowej tabeli, w której został dokonany *sensu stricte* medyczny podział pacjentów, zupełnie różny od opisanych. Jedynym przyjętym kryterium stała się bowiem dana jednostka chorobowa, zaś wydzielenie z ogólnej grupy osób na nią cierpiących pacjentów wyleczonych, pacjentów z poprawą, pacjentów nieuleczalnych oraz zmarłych służyło w tym przypadku jedynie naukowemu udokumentowaniu stanu medycznego (tab. 17).

Całość autor uzupełnił obszernym omówieniem poszczególnych schorzeń występujących w Gdańsku w latach 1843–1844, ich objawów oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, który to tekst stanowi sam w sobie ważkie źródło mówiące o stanie wiedzy, możliwościach i ambicjach przeciętnego lekarza w prowincjonalnym, niemieckim mieście pod koniec pierwszej połowy XIX wieku.

Na takie stanowisko dr. Götz rzutowało odkrycie w XVIII wieku możliwości sprzęgnięcia medycyny i statystyki. Pionierskie dokonania Johna Howarda (1726–1790) i kontynuatora jego dzieła, Williama Farra (1807–1883), a zwłaszcza ukazanie praktycznego wykorzystania ich odkryć, spowodowały powszechne uznanie metodologii opartej na analizie statystycznej zjawisk biologicznych za obowiązującej w niemal każdym ośrodku naukowym. Konsekwencją stało się powołanie do życia osobnych podmiotów administracyjnych, gromadzących i przetwarzających dane statystyczne. Działalność tych podmiotów znajdowała stosowne umocowanie prawne w wydawanych aktach normatywnych³⁵. W tym samym okresie, na który przypada działalność dr. Götz w Gdańsku, w Londynie Farr podjął się przeprowadzenia najbardziej spektakularnego w historii statystyki medycznej przedsięwzięcia: analizy statystycznej danych dotyczących ogromnej umieralności w szpitalach angielskich. Efektem była dość skuteczna, a na pewno stosownie nagłośniona przez propagandę pozytywistyczną, akcja poprawiająca stan zakładów leczniczych Zjednoczonego Królestwa, przeprowadzona w latach czterdziestych XIX wieku³⁶. Ten i podobne wzorce kształtowały wyobraźnię zawodową wielu ówczesnych lekarzy, w efekcie czego na obszarze niemieckojęzycznym badania staty-

³³ Götz 1845, s. 3–4

³⁴ Dane wykorzystane w tab. 10.

³⁵ J. M. Eyler, *Victorian Social Medicine. The Ideas and Methods of William Farr*. Baltimore, London: John Hopkins University Press, 1979, s. 30–35, 162–164.

³⁶ Eyler 1979, s. 187–189.

styczne prowadziło wiele ośrodków szpitalnych, nawet pozauniwersyteckich. Do analogicznych (choć nieco wcześniejszych) wzorców nawiązywał w swoim opracowaniu dr Götz. Jednak poprzez swe działania autor nie usiłował zrewolucjonizować system, w jakim działał (w przeciwieństwie do Farra), a jedynie opisać zastaną rzeczywistość, co w połączeniu z opisami kolegów z innych ośrodków miało przynieść szereg danych istotnie poszerzających wiedzę o naturze choroby w człowieku³⁷.

Opisany w niniejszym rozdziale proces uświadamiania sobie odrębności statystyki medycznej od statystyki dokonywanej dla celów administracyjnych, stanowi dobitny przykład zmiany systemu wartości działań dokonywanych w obszarze szpitali. Mimo to trzeba podkreślić, iż w żaden sposób nie można jednak mówić o wzajemnym uniezależnieniu medycyny i administracji. Można mówić tylko o fakcie, iż zaistniał na osi czasu punkt uzyskania świadomości, które obszary pozyskiwanych danych są danymi medycznymi, które danymi administracyjnymi i gdzie te obszary się pokrywają. A nade wszystko, punkt uzyskania świadomości, że są to jednak obszary odmienne³⁸. Odpowiedź na pytanie: dla kogo przeznaczona była statystyka szpitalna, nie jest więc prosta. Wydaje się, iż w równej mierze korzystali z niej lekarze, jak i urzędnicy administracyjni. Do nich więc, a poprzez nich do czynników decyzyjnych skierowana była zdecydowana większość danych, gromadzonych w poszczególnych placówkach. Mało tego, dominacja statystyki dla potrzeb administracyjnych nad statystyką dla potrzeb medycznych, jest cechą charakterystyczną wczesnego okresu medykalizacji³⁹.

³⁷ E. F. Götz tak to ujmuje w przedmowie do swego dziełka: *Es ist ohne Frage ein für die Förderung der Heilkunde vortheilhaftes und segensreiches Streben der neuesten Zeit, mit der praktisch-realen Richtung ihrer wissenschaftlichen Forschungen und mit ihren gewaltigen Fortschritten in der Erleichterung jeder Art persönlichen wie geistigen Verkehres, daß auch die Krankenhäuser derjenigen Städte, in welchen sich nicht medicinische Lehranstalten befinden, zur Ausbeutung wissenschaftlich-interessanter Facta herangezogen werden, um auf die Weise nicht mehr wie früher lediglich die allgemeine Förderung der freien Wissenschaft zu werden. Es bedarf wohl kaum der Erwähnung, daß diese Richtung in der Thätigkeit der größeren Krankenhäusern vorge-setzten, Aerzte jene Institute in ihrer ersten Bestimmung und ihrem nächsten Zwecke am schnellsten und mächtigsten fördern wird. [...] So würden [...] große Krankenhäuser die beste Gelegenheit bieten, die an jeden Quellen wissenschaftlichen Treibens eruirten physiologisch-pathologischen Thatsachen und therapeutischen Vorschlägen praktisch und in größeren Massen zu prüfen, dann aber besonders auch durch statistische Zusammenstellung und Uebersichten und durch locale Beiträge für die Geschichte der Krankheiten und Krankheits-Constitutionen Wesentliches zur Begründung einer wahrhaft großartigen Nosographie und medicinische Topographie darzubieten.* Götz 1845, s. 3.

³⁸ Ciekawy incydent przydarzył się Franzowi Steffenowi, który w 1926 r. usiłował uzyskać szczegółowe dane statystyczno-medyczne dotyczące chorób leczonych w szpitalu Najświętszej Maryi Panny w Gdańsku za lata 1852–1926. Okazało się, że danymi takimi nie dysponują ani władze w Gdańsku, ani w Berlinie. W efekcie autor dziejów zakładu musiał ograniczyć się zaledwie do podania ogólnikowych danych administracyjnych, choć uznał, iż *es wäre notwendig, in der Geschichte des Hauses auch einen eingehenden Bericht zu bringen über die Krankheiten der im Hause behandelten Patienten, die einen tieferen Einblick gewähren in die innere Arbeit der Aerzte und Schwestern vor allem, dann aber auch einen interessanten Ueberblick geben über die Art und die Häufigkeit der in den 75 Jahren aufgetretenen Krankheiten* (Steffen 1927, s. 114).

³⁹ Podobny pogląd prezentują w swej pracy Alfons Labisch i Reinhard Spree, zwracając zwłaszcza uwagę na fakt, że dokumentacja szpitali służyła w ogromnej swej większości poszukiwaniom odpowiedzi na pytanie: kto ma za hospitalizację płacić. Labisch, Spree 2001, s. 27–33. O wpływie medycznych danych statystycznych na decyzje podejmowane przez administrację państwową, por. Zimmermann 2006, s. 118–120.

6. CHORZY LAZARETU

Jednym z bardziej efektywnych sposobów zobrazowania przemian zachodzących w gdańskim szpitalnictwie na przełomie XVIII i XIX wieku jest porównanie dwóch jedy-nych zachowanych wykazów chorych Lazaretu czasu przełomu. Jak już wspomniano, pierwszy z nich powstał w 1776 r. na zlecenie Rady Miejskiej dla celów wyłącznie ad-ministracyjnych¹, drugi zaś w 1844 r. dla celów *sensu stricte* naukowych². Pierwszy wykonali prowidzory fundacji, a więc pracownicy administracyjni, drugi – lekarz, ordy-nator Lazaretu, Emil Friedrich Götz.

Wykaz z 1776 r. sporządzony został w sposób daleki od doskonałości, przez osoby bez wykształcenia medycznego, podporządkowujące archiwizowane dane doraźnym celom administracyjnym. Stąd szereg dalece nieprecyzyjnych określeń, utrudniających poruszanie się po tym gąszczu informacji.

Oryginalny podział oparty został o kryterium przynależności do grupy klientów fun-dacji przyjętych na dożywocie lub hospitalizowanych celem leczenia. Z punktu widzenia medycznego podział ów zupełnie jest nieprzydatny, bowiem wielu prebendariuszy było jednocześnie osobami chorymi³. Także fakt, iż przy nazwiskach osób przyjętych celem leczenia spotykamy notatki o różnorodnym stopniu uogólnienia, począwszy od dość precyzyjnego *eine Magd mit offenem Schaden am Gesichte* (dziewka z otwartą raną na twarzy), poprzez nic nie mówiące: *arme Wittwe, hat Glieder Kranckheit* (uboga wdowa, ma chorobę członków), skończywszy zaś na bezwartościowym: *ein armer Meister, im[m]er kräncklich* (ubogi mistrz, chory przewlekle) powoduje, że wartość przekazu jest ograniczona.

Zresztą problem ten nie jest wyłącznie specyfiką gdańską, a nawet, rzecz można, stanowi jedną z najczęstszych trudności napotkanych w czasie analizy akt szpitalnych do początków XIX wieku. Niemal identyczne podziały i wynikające z nich określenia stan-ów patologicznych znajdują się w zachowanych materiałach XVIII-wiecznych pocho-dzących z innych lazaretów obszaru niemieckojęzycznego⁴. Takie rozpoznania, stawiane pod koniec XVIII wieku również w szpitalach warszawskich, zdaniem Zofii Podgórskiej-Klawe przypominają *medycynę ludową swym prymitywizmem*⁵.

Mimo to, dokonując szczegółowej analizy tak zarchiwizowanych danych, można dziś wyrobić sobie ogólny pogląd dotyczący pacjentów podlegających hospitalizacji w 1776 r.⁶

¹ APG, 300, 87/3 s. 2–6. Por. tab. 15 i 16.

² Götz 1845, s. 11–22.

³ Np. *Anna Wittsche [...] hat einen Schaden am Knie; Ephraim Gottlieb Mentzel [...] ist gestöhrt; Anna Elisabeth Sultzern [...] hat einen innerl[ichen] Schaden; Thomas Wendt [...] vom Schläge gerührt.*

⁴ Por. szczegółową analizę przeprowadzoną przez E. Schlenkrich, *Von Leuten auf dem Sterbestroh. Sozialgeschichte obersächsischer Lazarette in der frühen Neuzeit.* „Schriften der Rudolf-Kötzschke-Gesellschaft“, H.8. Beucha: Sax-Verlag, 2002, s. 101–111, 160–167. W przytoczonych przez autorkę licznych przykładach przewijają się, podobnie jak w źródłach gdańskich, określenia typu: *Alt, unvermögend, krank, nicht rechten Verstandes, 7 Jahre im Lazarett, czy mit bösen Schenkeln behaftet, seit 11 Jahren hier (ibidem, s. 110–111).*

⁵ Podgórska-Klawe 1975, s. 122.

⁶ Por. tab. 15 i 16.

Przede wszystkim, opierając się na więcej niż skromnych i nieprofesjonalnych opisach, można pokusić się o dokonanie podziału pacjentów Lazaretu. Otrzymane dane są dość interesujące.

Spośród dwustu trzydziestu siedmiu⁷ wymienionych w spisie stanów patologicznych sto pięć nosi znamiona chorób zewnętrznych (chirurgicznych; 44,3%), czterdzieści osiem chorób wewnętrznych (internistycznych i neurologicznych; 20,3%), pięćdziesiąt jeden chorób psychicznych (21,5%), trzy chorób zakaźnych (1,3%), zaś trzydziestu przypadków (12,6%) nie udało się przypisać do żadnej z powyższych grup.

Pierwsza grupa, chorych zewnętrznie (chirurgicznych), jest najbardziej liczna. Dominują w niej przypadki osób z wszelkiego rodzaju urazami różnych części ciała (pięćdziesiąt siedem osób, 24%). Wyodrębniono ponadto pięć osób ze złamaniami, a także czworo po amputacji stóp. U jednej z kobiet amputowano pierś. Troje osób miało ropnie (*Geschwirren*). Dwadzieścia pięć (10,5%) określono jako osoby posiadające chore (złe, słabe – *schlimm*) nogi (w jednym przypadku rękę). Grupa ta nie jest więc bezsprzecznie pewną grupą pacjentów chirurgicznych. Można jednak założyć, iż dziś byłiby klientami oddziałów ortopedycznych, a więc, stosując ówczesne standardy, przypisać ich należy do klienteli cyrulika lub jego czeladnika⁸. Siedem osób cierpiało na zaburzenia wzroku⁹, jedna na kamicę (układu moczowego? *Stein Schmerzen*). Wiemy więc, że w gdańskim Lazarecie dokonywano amputacji kończyn (także innych części ciała), leczono ropnie, zaopatrywano złamania i usuwano kamienie¹⁰.

Średnia długość trwania hospitalizacji w tej grupie wynosiła około dwudziestu dziewięciu miesięcy¹¹, przy czym zwraca uwagę względnie długi czas przebywania w szpitalu osób z urazami, a zwłaszcza z ranami otwartymi. Były to niewątpliwie trudno gojące się, zakażone rany, niepoddające się ówczesnym procedurom terapeutycznym. Szczególnie liczna była grupa pacjentów ze zmianami na kończynach dolnych, prawdopodobnie z owrzodzeniami spowodowanymi cukrzycą lub chorobą zakrzepowo-zarostową. Spotykamy tam pacjentów cierpiących na swe dolegliwości trzy, cztery, a nawet sześć lat. Krótki okres hospitalizacji dotyczył natomiast chorych z ropniami lub ranami o lokalizacji poza kończynami dolnymi (kilka miesięcy).

Owrzodzenia podudzi były w tym okresie patologią powszechnie występującą. Wśród pacjentów drezdeńskiego lazaretu hospitalizowanych w latach 1746–1788 chorzy

⁷ Liczba chorych stanowi sumę chorych przyjętych wyłącznie celem leczenia (dwieście osiem) oraz tych prebendariuszy, w stosunku do których podano rozpoznanie.

⁸ Do różnicowania są schorzenia uznawane wówczas za „choroby wewnętrzne”, przede wszystkim zaburzenia neurologiczne, jednak jest to mało prawdopodobne, wobec faktu, że osoby z tego rodzaju patologią zostały w wykazie wyodrębnione osobno jako osoby *mit verlähmten Füßen* i stosownie zakwalifikowane dla potrzeb niniejszego opracowania.

⁹ Przypisanie tych pacjentów do grupy chorych zewnętrznie – por. Götz 1845, s. 40.

¹⁰ Dla porównania spektrum zabiegów z berlińskiej *Charité* w drugiej połowie XVIII wieku: usuwanie kamieni, zaopatrywanie przetok, przepuklin oraz amputacje. Murken 1979, s. 35–36.

¹¹ Nie uwzględniono czasu hospitalizacji prebendariuszy. Obliczenia czasu trwania hospitalizacji obarczone są pewnym znaczącym błędem: uwzględniają czas przyjęcia, lecz nie uwzględniają czasu wypisu lub zgonu; dla wszystkich przypadków jednoczasową datą zaprzestania obserwacji przebiegu choroby jest data sporządzenia wykazu. Podane wyniki mogą więc służyć jedynie do porównywania poszczególnych grup chorych przebywających w Lazarecie w 1776 r., jako wyniki pomiarów dokonywanych w tych samych warunkach. Na podobną trudność natrafiła też np. Zofia Podgórska-Klawe, starająca się ustalić długość trwania hospitalizacji pod koniec XVIII wieku w szpitalach warszawskich. Podgórska-Klawe 1975, s. 122.

nią dotknięci stanowili 3,36% populacji¹². Schorzenie to było zresztą nie tylko uciążliwe pod względem medycznym. Jak pisano jeszcze w 1871 r. *wiadomo [...], ile to miejsca zabierali ludzie nim dotknięci, miejsca które było tak szacowne dla innych, nakoniec ilu nadużyć podobne wrzody stawały się powodem, będące dobrym, że tak rzeknę, kapitałem dla próżniaków, od którego procent stanowiło bezpłatne pomieszczenie w szpitalu, w zimowych szczególniej miesiącach*¹³. Na to samo zjawisko uskarżać się będzie później dr Götz, pisząc w 1845 r. o częstych nawrotach choroby: *Es ist dies allerdings ein ziemlich unerfreuliches Resultat und ein um so entmuthigenderes, je mehr wiederholte Erfahrungen die Ueberzeugung aufbringen, daß in den meisten Fällen jener veralteten großen Fußgeschwüre, zu deren Heilung, wenn sie überhaupt geling, eine Reihe von Monaten erforderlich ist, die ersten drei bis vier Wochen, welche die Kranken meist ganz arme, verkommene und arbeitslose Menschen nach ihre Entlassung außerhalb des Lazarethes zubringen, das ganze Uebel von Neuem hervorrufen und oft zu derselbe Höhe entwickeln, auf welcher es sich vor der Aufnahme der Kranken befand*. I dalej, komentując zastosowanie nowoczesnych metod leczniczych: *Es bestätigte sich nun aber leider die Wahrheit dieser Behauptung nur für diese Leute, die ordentlich und thätig ihrer Heilung selbst wünschen*¹⁴.

Chorzy wewnątrznie to najczęściej w dzisiejszym pojęciu pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi (dziewiętnaście osób po wylewach do centralnego układu nerwowego – *vom Schläge gerührt* lub sparalizowane – *verlähmen*, 8%). Dla porównania: osoby po krwawieniu do ośrodkowego układu nerwowego w populacji pacjentów drezdeńskiego lazaretu hospitalizowanych w latach 1746–1788 stanowiły 3,36%¹⁵.

Na drugim miejscu znajdowali się chorzy gorączkujący (dziewięć osób, 3,8%). Inne przypadki są pojedyncze (choroba wysypkowa – *Grind*, wodobrzusze – *Wassersücht*, masywna robaczyca – *starcke Würmer Beschwer*, choroba piersiowa – *Brust Kranckheit*, choroba wewnętrzna – *innerlicher Schade*, wyniszczenie – *Schwindsucht*, a także pacjenci z obrzękami – *geschwollen*). Chorych *sensu stricte* internistycznych, wedle dzisiejszej klasyfikacji, było więc stosunkowo niewielu, można przyjąć, że zaledwie dwudziestu ośmiu (11,8%).

Średni czas hospitalizacji w grupie chorych internistycznych wynosił dwadzieścia sześć miesięcy¹⁶ i był jeszcze bardziej zróżnicowany. Najdłużej hospitalizowano chorych z porażeniami i po wylewach do centralnego układu nerwowego (średnio: trzydzieści pięć miesięcy). Najkrócej chorych gorączkujących (średnio: pięć miesięcy).

Zadziwiająco liczną grupę stanowią pacjenci z niedorozwojem umysłowym lub chorobami psychicznymi (pięćdziesiąt jeden osób). Ponad połowa to pacjenci z pomieszaniem zmysłów (*gestöhren* lub *Blödsinnig*), ośmiro to osoby upośledzone umysłowo (*dammlich*), troje – głuchoniemi (*taub und stumm*), pięcioro – melancholicy (*melancholisch*).

¹² Schlenkrich 2002, s. 160–161.

¹³ Z. Dobieszewski, *Stan szpitali powszechnych w Galicji w 1871 r. Sprawozdanie złożone Wydziałowi Krajowemu Królestwa Galicji i Lodomerji z W. Ks. Krakowskiem*. Lwów: Wydział Krajowy, 1871, s. 98–99.

¹⁴ Götz 1845, s. 41.

¹⁵ Schlenkrich 2002, s. 162.

¹⁶ Nie uwzględniono czasu hospitalizacji prebendariuszy.

Średni czas hospitalizacji wynosił w tej grupie sześćdziesiąt pięć miesięcy. Nie wliczono do jego oszacowania stosunkowo licznej grupy chorych psychicznie czy też upośledzonych umysłowo (osiem osób), którzy zostali wkupieni do szpitala na dożywocie. Okres przebywania w zakładzie w tej ostatniej grupie była szczególnie długi i wynosił od trzech do trzydziestu sześciu lat (średnio: dwieście dziesięć miesięcy).

W grupie osób z chorobami niesklasyfikowanymi wątpliwości budzi powtarzające się kilkakrotnie określenie: *im[m]er kräncklich* (ciągle, przewlekłe? chory). Być może chodzi tu o zniekształcone: *in[n]er kräncklich* (chory wewnętrznie), gdyż raczej takie odczytanie prawidłowo umiejscawia te przypadki wśród innych zawartych w wykazie. Spotykamy w powyższej grupie siedmiokrotnie inne określenie: choroba członków – *Glieder-Kranckheit*. Być może są to przypadki chorób reumatycznych, przypisać więc można by je było także do chorób wewnętrznych.

Podsumowując: wśród dwustu ośmiu chorych Lazaretu w 1766 r. przyjętych wyłącznie celem leczenia znajdowało się sto osiem kobiet i stu mężczyzn. Średnia wieku leczonych kobiet wynosiła czterdzieści jeden lat, mężczyzn trzydzieści siedem lat. Średni czas hospitalizacji, jaki jest możliwy do wyliczenia, wynosił trzydzieści miesięcy. Dla porównania: według Zofii Podgórskiej-Klawe w szpitalach warszawskich w tym czasie okresy leczenia szpitalnego wynosiły od dwóch tygodni do dziewięciu miesięcy, ale w pojedynczych przypadkach (złamania, prawdopodobnie otwarte i nie poddające się leczeniu) czas trwania hospitalizacji wydłużał się do ponad dwóch lat¹⁷.

Zwraca uwagę w spisie zupełny brak chorych na choroby weneryczne i wzmiankowanie zaledwie jednego przypadku świerzbu. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że dokonano oszacowania poszczególnych grup klientów Lazaretu zgrupowanych w głównym budynku szpitalnym. Natomiast chorzy wenerycznie, podobnie jak świerzbowaci mieli swe lokum w osobnych budynkach nieujętych spisem.

Sumarycznie od 31 maja 1771 r. do 05 listopada 1776 r. hospitalizowano dwa tysiące dziewięćset dziewięćdziesiąt jeden pacjentów. Lazaret jednocześnie hospitalizował około czterystu osób¹⁸, lecz nie był przygotowany na tak dużą ilość pensjonariuszy. Po kontroli, która zaowocowała sporządzeniem analizowanego wykazu, zredukowano ilość pensjonariuszy do około trzystu.

Spektrum wieku i chorób pensjonariuszy gdańskiego Lazaretu w XVIII w. wydaje się być typowe dla tego rodzaju instytucji w omawianym okresie. W drezdeńskim Lazarecie w latach 1746–1788 średnia wieku kobiet wynosiła 41 lat, mężczyzn 42 lata¹⁹. Oprócz osób cierpiących na choroby o charakterze epidemicznym (ospa, dżuma), w podobnych gdańskiemu lazaretach obszaru niemieckojęzycznego przebywali chorzy weneryczni, chorzy umysłowo, epileptycy, pacjenci z owrzodzeniami podudzi, ze świerzbem, wodobrzuszem czy też z suchotami²⁰. W berlińskiej *Charité* w latach trzydziestych i czterdziestych XVIII wieku najczęstszym powodem hospitalizacji wśród mężczyzn były urazy (14%), choroby zakaźne (12,9%), „choroby piersiowe” (12,4%) oraz gorączka (10,5%), natomiast wśród kobiet ciąża (15,6%), choroby zakaźne (14%),

¹⁷ Podgórska-Klawe 1975, s. 122. Obliczenia autorki obarczone są takim samym błędem jak obliczenia czasu hospitalizacji dokonane w niniejszym opracowaniu.

¹⁸ Bibl. Gd. PAN, Ms 1111 IV, s. 6–7.

¹⁹ Schlenkrich 2002, s. 105.

²⁰ Schlenkrich 2002, s. 136–167.

urazy (10,8%) oraz gorączka (9%). Wiek pacjentów wahał się najczęściej pomiędzy dwudziestym a czterdziestym rokiem życia (54,3%)²¹. Jak pisała Zofia Podgórska-Klawe w odniesieniu do szpitali warszawskich w XVIII wieku: *wielu chorych cierpi na suchoty, poza tym: „na kaszel, na piersi, na frebrę (febę), na zawrót głowy”*. *U kobiet częstym rozpoznaniem są „rany w nogach” – prawdopodobnie owrzodzenia żyłakowe*²².

Wykaz pacjentów Lazaretu sporządzony w latach 1843 i 1844²³ przez dr. Emila Friedricha Götza oraz dołączone doń rozliczne tabele statystyczne (część z nich sięga wstecz do roku 1828) stanowią nową jakość w prezentacji i archiwizacji danych medycznych zakładu. Z ich analizy wynika, że rocznie leczono w zakładzie od dwóch tysięcy stu trzydziestu siedmiu (rok 1828) do czterech tysięcy trzystu sześćdziesięciu pięciu chorych (rok 1839, okres epidemii „nerwowej gorączki”, *Nervenfieberepidemie*). Średni czas hospitalizacji w 1843 r. wynosił czterdzieści osiem dni, w 1844 r. czterdzieści sześć dni.

Dr Götz podzielił pacjentów na chorych wewnętrznie, chorych zewnętrznie, chorych na świerzby, na syfisy, chorych psychicznie i na epileptyków (tab. 13), podając liczebność poszczególnych grup. Dane te uzupełnił o szczegółowy wykaz wszystkich przypadków chorobowych leczonych w Lazarecie w okresie sprawozdawczym (tab. 17).

Tak dokonany podział znalazł swą kontynuację w analizie epidemiologicznej, przeprowadzonej wedle ówczesnych kanonów przez dr. Götza. Wnioski nie są zbyt odkrywcze. Dr Götz wpieryw przeanalizował najliczniejszą grupę – chorób zewnętrznych (tysiąc trzystu dwudziestu czterech chorych, co stanowiło 42,6% wszystkich pacjentów Lazaretu w 1843 roku oraz tysiąc osiemdziesięciu ośmiu chorych w 1844 r., co stanowiło 35,9% pacjentów), w tym zwłaszcza zapaleń płuc o ciężkim przebiegu. Potwierdził prawidłowość, że śmiertelność z tego powodu była największa wśród pacjentów obciążonych chorobami przewlekłymi lub alkoholizmem. Do czynników pogarszających rokowanie należała współistniejące zapalenie opłucnej. Znaczna śmiertelność w tej grupie (50%) związana była, zdaniem dr. Götza, z późnym stadium choroby, w jakim chorzy trafiali do Lazaretu.

Znacząca była ilość osób zakażonych świerzbowcem (9,9% w 1843 r. i 10,3% w 1844 r.). Leczenie było skuteczne, a nawroty choroby zdarzały się rzadko.

Wydzielenie tej grupy chorych spośród wszystkich pacjentów Lazaretu było typowym działaniem epidemiologicznym szpitali europejskich. Powszechność i dokuczliwość świerzbu stwarzała znaczące trudności nie tylko natury medycznej. Hołdowano także pogładowi, iż świerzby, spędzając chorym przez nasilający się nocami świąd sen z powiek, powoduje utratę sił do pracy za dnia, a więc stanowi konkretny problem socjoekonomiczny²⁴. W stuttgarskim szpitalu św. Katarzyny (posiadającym w tym czasie oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny oraz dla chorych wenerycznie) w latach 1834–1835 największą grupę hospitalizowanych (14,5%) stanowili pacjenci ze świerzbem (w latach

²¹ Imhof 1977, 4, s. 230–232.

²² Podgórska-Klawe 1975, s. 122.

²³ Część danych dotyczy lat 1828–1842. Zostały one umieszczone przez Götza celem porównania z latami sprawozdawczymi 1843–1844.

²⁴ P. Voswinckel, *Das „Tagebuch” eines Distrikt-Krankenhauses 1866/67 als Quelle der Sozialgeschichte*. „Historia Hospitalium“, 1986/1987, 17, s. 129.

1853–1854 liczebność tej grupy zwiększyła się do 36,8%). Średnia długość leczenia wynosiła w tej grupie jedenaście dni (w latach 1853–1854 została ograniczona do niespełna sześciu dni). Analiza wspomnianej grupy chorych dla lat 1834–1835 wykazała, że rekrutowali się przede wszystkim spośród osób zajmujących się produkcją odzieży oraz obróbką skór (łącznie 45,2%), rzadziej rolnictwem (11%). Z reguły byli to ludzie młodzi (średni wiek – dwadzieścia cztery lata). Podobne dane dotyczą lat 1853–1854²⁵. Chorzy na świerzb stanowili w XIX-wiecznym Würzburgu tak wielki problem, że pod naciskiem tamtejszych władz w *Juliusspital* wydzielono specjalne izby do ich leczenia. Mimo to jedynie część chorych mogła być poddana kuracji w zakładach stacjonarnych, większość usiłowała pozbyć się schorzenia terapią prowadzoną ambulatoryjnie²⁶. Nawet w małych szpitalach, takich jak szpitalik w niespełna czterotysięcznym Plattling, świerzb był schorzeniem powszechnym – w oddziale wewnętrznym tego zakładu choroba ta występowała u 57% wszystkich hospitalizowanych pacjentów oddziału wewnętrznego (lata 1866–1867)²⁷. W Królestwie Polskim istniała nawet oddzielna grupa tzw. szpitali specjalnych przeznaczona wyłącznie dla chorych zakażonych przez tego pasożyta²⁸.

Nie należy się więc dziwić, że w niektórych okręgach chorzy na świerzb, podobnie jak pacjenci z chorobami wenerycznymi, poddani byli obowiązkowi terapii. Wydane w 1817 r. w Prusach przepisy sanitarne, mające na celu przynajmniej ograniczenie rozprzestrzeniania się schorzenia, między innymi zakazywały chorym dzieciom uczęszczanie do szkoły, zaś zarażone osoby przybyłe z zagranicy poddawały ekstradycji. Wydane w 1837 r. i 1838 r. obwieszczenia dla Bydgoszczy nakazywało nawet denuncjację na policji wszystkich podejrzanych o zakażenie świerzbowcem, w tym członków własnych rodzin²⁹. Gdy w 1867 r. stwierdzono przypadki świerzbu w rozpoczynającym swą działalność gdańskim szpitalu diakonis, zakład natychmiast zamknięto. Likwidacja zakażenia, określona jako *die häßliche Aufgabe*, zajęła zaprzyjaźnionemu z diakonisami dr. Bachowi cztery tygodnie³⁰.

Osobno ustosunkował się dr Götz do chorych wenerycznie (7,4% w 1843 r. i 8,7% w 1844 r.). Zwłaszcza szczegółowo wyodrębnił poszczególne postaci syfilisu wraz ze statystyką ich występowania. Oczywiście za przyczynę uznał nieuporządkowane tak życie psychiczne, jak i pożycie fizyczne.

Do ciekawych przypadków opisanych przez autora należało siedem aktów samobójczych dokonanych przy pomocy połkniętych środków żrących. Efektem było wyleczenie w czterech przypadkach, jeden zgon w ciągu trzech miesięcy po zatruciu, a także dwa przypadki znacznych trwałych zwężeń przełyku, uniemożliwiających spożywanie jakichkolwiek pokarmów stałych³¹.

²⁵ H. Schaal, R. Spree, *Die Patienten des Stuttgarter Katharinenhospitals 1834/35–1893/94*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s. 351–355.

²⁶ Brinkschulte, Grosse 1995, s. 56.

²⁷ Voswinkel 1986, s. 124.

²⁸ Pomaska 1981, s. 435.

²⁹ A.M. Karaśkiewicz, *Stosunki sanitarne i choroby epidemiczne w Bydgoszczy w latach 1801–1840*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych”, 1936/1937, 16, s. 104–105.

³⁰ Hülsen, von 1907, s. 168.

³¹ Götz 1845, s. 36.

Następnie autor opracowania przeanalizował przypadki psychiatryczne. Tradycyjnie podzielił je na uleczalne i nieuleczalne. Wyodrębnił jako przypadki szczególne zaburzenia psychiczne w przebiegu schorzeń organicznych (osoby zmarłe na gruźlicę płuc i przewodu pokarmowego oraz na tyfus). Jako powód znacznej części zaburzeń psychicznych dr Götz wymienił alkoholizm (jak zaznaczył: wśród niższych klas społecznych). Jednocześnie zastanowiło go najczęstsze występowanie zaburzeń psychicznych pomiędzy trzydziestym a czterdziestym rokiem życia. Jako schorzenie szczególnie trudne w leczeniu, a właściwie praktycznie nieuleczalne, autor wymienił padaczkę³².

Dr Götz wyodrębnił ponadto przypadki chorób zewnętrznych. Wzmoczona urazowość w 1843 r. (czternaście przypadków ran ciętych) związana była z wypadkami politycznymi w lecie tego roku (*Sackträgerrevolte*)³³. Rany te dokonane zostały przez konnych huzarów, a zlokalizowane zostały na głowach oraz górnych połowach ciał manifestantów. Czterdzieści siedem przypadków ran kłutych nożem dotyczyło niższych warstw społecznych, opanowanych przez przestępczość. Dwanaście przypadków pokąsania przez psy powiązanych było z podejrzeniem wścieklizny. Podobnie jak siedemdziesiąt lat wstecz istotny problem stanowiły owrzodzenia kończyn dolnych. Spośród trzystu pięćdziesięciu dziewięciu takich chorych w obu latach sprawozdawczych (6,75%) jedynie stu sześćdziesięciu sześciu uznano za wyleczonych. Ponadto schorzenie charakteryzowało się znaczną nawrotowością, zwłaszcza wśród najuboższych mieszkańców, za co sami sobie byli winni. Za to rezultaty leczenia złamań uznano za całkiem zadawalające. Dr Götz zauważył przy tym zdecydowaną przewagę mężczyzn (stosunek płci męskiej do żeńskiej 4 : 1).

Do interesująco opracowanych przez dr. Götza należą trzy przypadki raka dolnej wargi. Autor słusznie wiąże występowanie zmian z paleniem fajki. Jeszcze ciekawsze jest używanie do diagnostyki różnicowej badania mikroskopowego, celem wyboru metody i oceny zakresu zabiegu operacyjnego³⁴.

Dane uzyskane z innych ośrodków europejskich z tego czasu ukazują podobną strukturę chorych hospitalizowanych w szpitalach nowego typu.

W wrocławskim *Juliussspital* do najczęściej hospitalizowanych patologii należało zakażenie świerzbowcem. Drugi ważny problem stanowiła gruźlica, pod wszelką znaną wówczas postacią. Następnym powodem hospitalizacji były różnego rodzaju gorączki, u podłoża których leżały choroby infekcyjne (szkarlatyna, odra, ospa wietrzna, tyfus, angina, „przeziębienia” oraz *Wechselfieber*). Do innych częstych przyczyn gorączek zaliczyć należy reumatyzm. Natomiast na marginesie schorzeń leczonych stacjonarnie znajdowały się choroby ośrodkowego układu nerwowego, krążenia oraz stany terminalne

³² Götz 1845, s. 29–60.

³³ O samych wydarzeniach p. E. Włodarczyk, *Kształtowanie się nowoczesnego społeczeństwa miejskiego*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. IV/1. Sopot: Wydawnictwo Lex, 1998, s. 162–163.

³⁴ Götz 1845, s. 37: *Es ist eine längst gemachte und bestätigte Erfahrung, daß diese Geschwülste, obgleich sie ihrem anatomischen Character und der mikroskopischen [sic!] Untersuchung nach entscheiden zur Krebsformation gehören, doch nicht, wie anderen localen krebshaften dagenerationen mit einer allgemeinen Dyskrasie des Blutes in ursächlichem Zusammenhange stehen. Auch in diesen Fällen, die sämtlich Männer betrafen, schien der anhaltende Druck der Lippe durch eine steife Pfeifenspitze die erste Veranlassung zur Entstehung des Uebels gegeben zu haben.*

(łącznie 6,5% wszystkich hospitalizacji). Do ważnych klientek szpitala należały młode kobiety, zazwyczaj służące, z bogatymi w objawy chorobami psychosomatycznymi³⁵.

W szpitalu miejskim w Stralsundzie, przeobrażonym w 1784 r. w szpital nowego typu, a rozbudowanym do sześćdziesięciu łóżek w tym samym roku, w którym dr Götz wykonał swe sprawozdanie (1844 r.), najliczniej reprezentowane schorzenie stanowił świerzb (dziewięćdziesiąt osiem przypadków na trzysta trzydzieści sześć hospitalizowanych w 1840 r. i sto czterdzieści siedem na pięćset dziewięćdziesiąt osiem w 1850 r., odpowiednio: 29,1% i 24,6%). Pozostałe schorzenia były mniej częste: w 1840 r.: ospa – dwadzieścia osiem przypadków (8,3%), gorączka nerwowa – trzydzieści jeden przypadków (9,2%), gorączka reumatyczna – dwadzieścia sześć przypadków (7,7%), zapalenie płuc – dwanaście przypadków (3,6%); w 1850 r.: cholera – sto dwadzieścia dziewięć przypadków (21,5%), ropnie – pięćdziesiąt pięć przypadków (9,2%), gorączka kataralna – dwadzieścia trzy przypadki (3,8%), gorączka gastryczna – trzydzieści trzy przypadki (5,5%). Wiodąca rola świerzbu nie zmieniła się aż do 1870 r. (31,3% wszystkich leczonych). Natomiast w 1880 r. chorzy na świerzb stanowili już zaledwie 5,7% wszystkich pacjentów. Tego roku zdecydowanie w Stralsundzie dominował tyfus (38,6%)³⁶.

W szpitalu powszechnym w Bremie (rok 1862) najczęstszymi schorzeniami były: świerzb (31,9%), choroby zapalne układu oddechowego (9,4%, w tym gruźlica – 4,3%), choroby psychiczne (8,7%), ropnie i inne choroby zapalne tkanek miękkich (8,1%), choroby przewodu pokarmowego (między innymi nieżyty żołądka i biegunki; sumarycznie: 7,7%), urazy (7,1%) oraz ostre infekcje (*Wechselfieber*; 4,6%)³⁷.

Porównując dane gdańskiego Lazaretu z lat siedemdziesiątych XVIII wieku z danymi z lat czterdziestych XIX wieku zaobserwować można kilka zjawisk.

Pierwsze zjawisko: na przestrzeni siedemdziesięciu lat w Lazarecie klientela szpitala zmieniła się znacząco. W 1776 r. dominowali chorzy chirurgiczni (44,3% vs. 20,3% chorych internistycznych i neurologicznych), podczas gdy w latach 1843–1844 chorzy internistyczni (48,1% vs. 32,4% chorych chirurgicznych)³⁸. Niemal dokładne odwrócenie proporcji jest więcej wymowne i wymaga szerszego omówienia.

W 1776 r. dominującą grupę pacjentów stanowiły osoby z wszelkiego rodzaju obrażeniami. Nie budzi to zdziwienia. Odsetek takich osób wśród uboższych warstw społeczeństwa jest zawsze wysoki, choćby z uwagi na narażenie na urazy związane z pracą fizyczną. Dominacja natomiast wśród chorych Lazaretu tej grupy wynika z faktu, iż medycyna schyłku XVIII wieku najskuteczniejszą pomoc oferowała chorym chirurgicz-

³⁵ J. Bleker, *Krankenhausmedizin im frühen 19. Jahrhundert. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliusspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s. 165–170.

³⁶ M. Stürzbecher, *Zur Statistik der Krankenhäuser in Preußen im 19. Jahrhundert – Übersicht über die Aufstellung des Stadtkrankenhauses in Stralsund 1816 bis 1880*. „Historia Hospitalium”, 1974, 9, s. 12, 13, 15–16.

³⁷ B. Leidinger, *Krankenhaus und Kranke. Die Allgemeine Krankenanstalt an der St. Jürgen-Straße in Bremen, 1851–1897*. „Medizin Gesellschaft und Geschichte“, H.13. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2000, s. 118.

³⁸ Z uwagi na nieuwzględnienie w spisie chorych Lazaretu z 1776 r. pacjentów leczonych z powodu chorób wenerycznych i świerzbu, przy obliczeniach dokonanych dla lat 1843–1844 także pominięto obie grupy pacjentów.

nym, zwłaszcza z urazami. Hospitalizacja z przyczyn internistycznych owocowała mniejszą skutecznością terapeutyczną, co jest oczywiste. Najczęściej o hospitalizacji z przyczyn internistycznych decydowały względy ubóstwa i brak stosownej opieki, zwłaszcza wśród osób chorych przewlekle czy też starych. Tak więc hospitalizacja chorych chirurgicznych następowała z powodów medycznych, zaś chorych wewnętrznie (internistycznych i ze schorzeniami neurologicznymi) ze względów społecznych. To w tej drugiej grupie spotykamy często wśród pacjentek określenie: *arme Wittwe* (uboga wdowa), zaś pośród schorzeń: *gantz verlähmt* (całkiem sparaliżowany), czy *vom Schläge gerührt* (dotknięty paraliżem). Potwierdza tę tezę także analiza średniej wieku pacjentów. Średnia wieku chorych zewnętrznie wynosiła trzydzieści osiem lat, chorych wewnętrznie czterdzieści sześć lat³⁹. Różnica ta wynika z odmienności klienteli chirurga i klienteli lekarza Lazaretu. Dominacja urazowości w okresie większej aktywności (ludzie młodzi) obniża średnią wieku w grupie osób poddawanych zabiegom chirurgicznym, zaś schorzeń przewlekłych i nieuleczalnych podwyższa średnią wieku w grupie osób leczonych wewnętrznie⁴⁰.

Przesunięcie w kierunku przypadków internistycznych, jakie dokonano się do połowy lat trzydziestych XIX wieku, jest zdarzeniem istotnym, aczkolwiek nie do końca jasnym. Nie w pełni daje się bowiem wytłumaczyć, pozornie tylko oczywistym, postępem w zakresie skuteczności działań terapeutycznych⁴¹. Warto przy tym zauważyć, że w 1843 r. i 1844 r. wyodrębnione zostały dwie grupy pacjentów „nieczystych” – osoby z chorobami wenerycznymi i ze świerzem. Zastanawiające jest nie wymienienie w roku 1776 ani jednej osoby z chorobą weneryczną, co, jak już wspomniano, wynika z faktu, iż przedstawiony spis jest po prostu niepełny i nie obejmuje osobnego budynku przeznaczonego dla tej kategorii pacjentów⁴². To samo zastrzeżenie dotyczy pacjentów zakaźnych świerzowcem. Ich obecność w Lazarecie jest pewna, zwłaszcza w świetle rozprzestrzenienia się w tym czasie zakażenia wśród dzieci Domu Dobroczyńności (*Spendhaus*), pochłaniającego wiele ofiar śmiertelnych⁴³.

Natomiast wydaje się, że zmniejszenie ilości chorych na choroby psychiczne jest pozorne. Wynika to z faktu odmiennego doboru danych do archiwizacji, dokonanego w 1776 r. i w latach 1843–1844. W tym pierwszym przypadku mamy do czynienia z wybranym losowo dniem roku, w drugim – ze spisem wszystkich przypadków, jakie przevinęły się przez Lazaret w ciągu trzystu sześćdziesięciu pięciu dni każdego z lat. Sądzę, że należy uwzględnić fakt, że osoby chore psychicznie były rezydentami zakładu, a więc fluktuacja w tej grupie chorych była niewielka. Dr Götz wspomina, że niektórzy z pacjentów chorych psychicznie przebywali w zakładzie nawet dwadzieścia sześć lat⁴⁴.

³⁹ Różnica ta utrzymuje się także przy nieuwzględnieniu w obliczeniach dzieci (średnia wieku dorosłych chorych chirurgicznych wynosiła czterdzieści dwa lata, dorosłych chorych internistycznych pięćdziesiąt jeden lat).

⁴⁰ Średnia wieku pacjentów z zaburzeniami umysłowymi wynosiła trzydzieści osiem lat.

⁴¹ O ograniczeniach terapeutycznych, mających miejsce w pierwszej połowie XIX wieku, mowa będzie w dalszej części rozdziału

⁴² GStAPK, II. HA Generaldirektorium, Westpreußen und Netzedistrict, Stadt Danzig, Nr 78, k. 1r.

⁴³ Bibl. Gd. PAN, Od 12872, 2^o, druk nr 18. Gerber, *Nachrichten vom Danziger Spendhause*, „Preussisches Archiv”, 1793, 4, s. 55–62. Śmiertelność była powodowana prawdopodobnie nie przez sam świerz, lecz przez ropne powikłania tej choroby, być może etiologii gronkowcowej lub paciorkowcowej.

⁴⁴ Götz 1845, s. 56.

Podobnie w roku 1776: spotykamy wówczas osoby hospitalizowane i trzydzieści jeden lat, zaś pobyt w szpitalu przez pięć–dziesięć lat należał do reguły. W efekcie mamy do czynienia z podobną liczebnie grupą chorych znajdujących się równocześnie w Lazarecie tak w 1776 r., jak i w latach 1843–1844. To drugie godne odnotowania zjawisko jest efektem całkowitej bezradności wobec przypadków upośledzenia umysłowego oraz terapeutycznego nihilizmu, wywołanego brakiem wiedzy co do natury chorób psychicznych, zarówno w końcu XVIII wieku, jak i w pierwszej połowie wieku XIX.

Trzecie zjawisko wiąże się z omówioną zmianą klienteli Lazaretu. Wiemy, że od 31 maja 1771 r. do 05 listopada 1776 r. hospitalizowano dwa tysiące dziewięćset dziewięćdziesiąt jeden pacjentów⁴⁵. W latach 1828–1844 przewinęło się przez szpital czterdzieści osiem tysięcy czterysta osiemdziesiąt osiem pacjentów, średnio rocznie dwa tysiące osiemset pięćdziesiąt dwoje osób. Uwzględniając, że Lazaret w latach siedemdziesiątych XVIII wieku dysponował około dwustu pięćdziesięcioma łózkami przeznaczonymi dla chorych⁴⁶, zaś w latach trzydziestych i czterdziestych XIX wieku około czterystu sześćdziesięciu łózkami⁴⁷, można przyjąć, że bezwzględna (niezależna od ilości łóżek) ilość pacjentów przyjmowanych rocznie do zakładu wzrosła na przestrzeni siedemdziesięciu lat niemal dwu i półkrotnie. Jest to niewątpliwie efekt skrócenia czasu hospitalizacji. To zaś z kolei wynika z dążenia zakładu do umożliwienia dostępu do szpitala większej ilości chorych celem leczenia, kosztem funkcji socjalnej Lazaretu. To charakterystyczne dla nowoczesnego szpitalnictwa zjawisko rysuje się tu z całą wyrazistością.

Jednocześnie, jak już wspomniano, grupą pacjentów niepodlegającą zmianom na przestrzeni omawianych siedemdziesięciu lat była grupa osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo. Można więc wysnuć wniosek, że skrócenie procesu hospitalizacji miało miejsce w przypadkach tych grup chorych, w stosunku do których możliwe było zastosowanie korzystnych procedur terapeutycznych (patrz niżej – przypadek świerzbu), zaś tam, gdzie panowała zupełna stagnacja w zakresie wiedzy medycznej, nadal zachowana została funkcja szpitala jako medium działań raczej socjalnych niż medycznych.

Analizując przekrój chorych Lazaretu nie sposób nie zauważyć jeszcze jednego interesującego szczegółu. Spośród wszystkich pacjentów wyodrębniona została grupa osób przekazanych do szpitala na okres leczenia z gdańskiego więzienia. Zjawisko to po raz pierwszy odnotowane zostało pod koniec XVIII wieku, w 1794 r.⁴⁸ Rozmiaru udzielanej opieki nie znamy, jednak musiała być dość znaczna, skoro w 1844 r. odnotowany jest osobny dom dla tej grupy chorych⁴⁹. Otóż szczególnie ów jest interesujący, gdyż przekazywanie chorych więźniów na okres leczenia do szpitala jest wypadkową dwóch czynników: humanitaryzacji więziennictwa oraz procesu medykalizacji szpitali. Bez tego ostatniego elementu byłoby to po prostu niecelowe.

⁴⁵ APG, 300, 87/3, s. 4, 5. Dane dotyczą chorych podlegających fluktuacji, a więc nie uwzględniają tak chorych prebendariuszy, jak i chorych uznanych za nieuleczalnych i przyjętych do zakładu dożywnotno.

⁴⁶ Po odliczeniu łóżek przeznaczonych dla prebendariuszy.

⁴⁷ Dann 1835, s. 303.

⁴⁸ Hartmann 1999, s. 119.

⁴⁹ W.F. Zernecke, *Neuester Wegweiser durch Danzig und dessen Umgegend*. Danzig: F.S. Gerhard, 1834, s. 169.

Sprawozdanie Dr Götza jest jednym z tysięcy dokumentów tego typu, powstających w XIX wieku w Europie. Publikowane zestawienia chorób z ich analizą statystyczną charakterystyczne były dla całego ówczesnego szpitalnictwa. Wykorzystywane w nich klasyfikacje chorób ulegały zmianom często, co kilka lat, a nawet ze sprawozdania na sprawozdanie. W polskiej literaturze dotyczącej dziejów szpitali liczne przykłady takich sprawozdań i stosowanych w nich klasyfikacji zawierają choćby prace Wacława Męczkowskiego⁵⁰. Celem usystematyzowania danych dr Götz stosuje powszechną w tamtych czasach systematykę chorób opartą jednocześnie na topografii patologicznej i na objawach wiodących. Z tego ostatniego kryterium wynikają na przykład nazwy różnego rodzaju gorączek (*febris catarrhalis*, gorączka kataralna; *febris gastrica*, gorączka gastryczna; *febris intermittens*, gorączka przerywana; *febris puerperalis*, gorączka połogowa; *febris rheumatica*, gorączka reumatyczna), niejednokrotnie otwierające przed dzisiejszym czytelnikiem szerokie pole do fantazjowania. Nieco precyzyjniejsze są nazwy schorzeń lub stanów patologicznych uwzględniające topografię patologiczną. Za przykład niech posłuży nomenklatura okulistyka: *ophthalmia neonatorum*, rzeżączkowe zapalenie spojówek noworodków; *ophthalmia rheumatica*, zapalenie reumatyczne oka; *ophthalmia scrophulosa*, zapalenie oka gruźlicze; *ophthalmia traumatica*, zapalenie oka pourazowe. Jednak i tu spotykamy nazwy dziś nieużywane i niejednoznaczne: np. *ophthalmia catarrhalis maligna*, złośliwe zapalenie oka kataralne. Do nazw zupełnie obcych współczesnemu lekarzowi należy np. *morbus Brighti*, choroba Bright'a, czyli po prostu niewydolność nerek.

Problem w przypisywaniu rozpoznawanych w XVIII i w pierwszej połowie XIX wieku chorób dzisiaj stosowanej nomenklaturze stanowi powszechną trudność w badaniach historycznych. Sytuację komplikuje fakt, iż część klasyfikacji tworzona była przez lekarzy, część przez urzędników. Przykładowo, w latach dwudziestych XIX wieku Johann Lukas Schönlein zastosował w wüzburgskim *Juliussspital* oryginalny podział nozologiczny, wyodrębniający m.in. grupę A (pacjenci z ostrymi chorobami internistycznymi), grupę B (pacjenci z chorobami narządu ruchu), grupę E (pacjenci z przewlekłymi chorobami internistycznymi), grupę F (pacjentki z chorobami ginekologicznymi), grupę G (pacjenci z chorobami neurologicznymi), grupę H (pacjenci ze schorzeniami skórnymi), grupę P (pacjenci z chorobami układu oddechowego), grupę S (pacjenci z chorobami wenerycznymi) oraz grupę V (pacjenci z chorobami przewodu pokarmowego)⁵¹.

Wydane kilkanaście lat później uwagi Rady Opiekuńczej Głównej w Warszawie, dotyczące prezentowania danych statystycznych przez poszczególne szpitale, tak klasyfikują rodzaje schorzeń:

⁵⁰ Najlepiej udokumentowane przemiany w klasyfikacji chorób (w latach 1828–1902) przedstawia W. Męczkowski dla szpitala św. Trójcy w Kaliszu (Męczkowski 1907, s. 403, 404, 411–420).

⁵¹ Brinkschulte, Grosse 1995, s. 68–69, XXI; J. Bleker, *Die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse am Juliussspital 1821–1829*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliussspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s. 92–124. J. Bleker, *Die Krankenjournal des Juliusspitals als Quellen der Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse. Theoretische, historische und bearbeitungstechnische Aspekte*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliussspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s. 80–91.

1. *Febres* (*Typhosa, Inflammatoria, Nervosa, Gastrica, Rheumatica catarrhalis, Intermitens*); 2. *Inflammationes topicae* (*Encephalitis, Peripneumonia, Angina membranacea, Rheumatismus, Arthroace, Diversae*); 3. *Exanthemata acuta* (*Scarlatina, Morbilli, Variola*); 4. *Impetigines* (*Scabies, Herpes, Diversae*); 5. *Profluvia* (*Haemorrhagia, Catarrhus pulmonum, Haemorrhoides, Dysenteria, Diarrhoea, Diabetes*); 6. *Retentiones* (*Hydrops, Ischuria, Amenorrhoea*); 7. *Dyscrasiae* (*Phthises, Arthritis, Scrophula, Carcinoma, Diversae*); 8. *Desorganisationes* (*Vitia organica, Indurationes, Tumores, Lithiases*); 9. *Neuroses* (*Delirium tremens, Paralyzes, Diversae*); 10. *Ophthalmia*; 11. *Syphilis*; 12. *Morbi mentales*; 13. *Vulnera et contusiones*; 14. *Ulcerata*; 15. *Fracturae*; 16. *Luxationes*⁵².

Podział ten stanowi typową kompilację podziału opartego na objawach wiodących (np. gorączki, wysypki ostre) z podziałem uwzględniającym tak schorzenia bliżej niesprecyzowane (choroby umysłowe, reumatyzm, oftalmia), jak i precyzyjnie wyznaczone jednostki chorobowe (np. szkarlatyna, odra, ospa, kiła, świerzb). Same podziały objawów dowodzą dość odległej w czasie proveniencji, niewiele mając wspólnego z rodzącą się wówczas powoli patologią (przeciwstawianie sobie grup objawów *profluvia-retentiones*; rozdzielenie w ramach różnych grup raków (*dyscrasiae*) i guzów (*desorganisationes*), zupełnie niezrozumiałe z punktu widzenia dzisiejszej wiedzy oddzielanie objawu (*febres*) od konkretnych jednostek chorobowych (*Inflammationes topicae*), którym ten objaw towarzyszy). Jakże daleko tej klasyfikacji do nowocześnie pojmowanego systemu nozologicznego, jakiego podstawy zostały dane już około 1800 r. w szpitalu w Bambergu przez Adalberta Markusa oraz Andreea Röschlauba, poprzez między innymi uznanie: 1. choroby jako procesu, tzn. zdarzenia, w którym nie są istotne pojedyncze objawy w poszczególnych dniach, ale cały przebieg schorzenia; 2. że poszczególne objawy nie mogą stanowić ścisłej wskazówki terapeutycznej; 3. że w procesie chorobowym bierze udział cały organizm⁵³.

W kaliskim szpitalu św. Trójcy kilka lat po sprawozdaniu dr. Götza sprawozdania składał dr Ludwik Neugebauer (lata 1850–1857). Oto klasyfikacje chorób w jego ujęciu:

1. choroby miazmatyczne: zimnice (reumatyczne, przepuszczające, podciągłe, gastryczne), tyfusy, cholera, dysenteria, wysypki ostre; 2. zakażenia (*Dyscrasiae*): szkorbut, *marasmus, anaemia*, żółtaczką, *hydraemia*, białkomocz, alkoholizm, artretyzm, kiła, kołtun, *peliosis*; 3. kataru i zapalenia (*Phlogoses*): [m.in.] *endocarditis, pericarditis, pleuropneumonia, diarrhoea, hepatitis, orchitis*, zapalenie pochwy, reumatyzm; 4. martwielizny (*Necrotisationes*): [m.in.] owrzodzenia, ropnie, przetoki, czyraki, *encephalomalacia*; 5. krwawienia; 6. przerosty (*Hypertrophiae*); 7. *Vitia contenti*: [m.in.] *ascites, hydrothorax*; 8. nowotwory (*Neoplasmata*); 9. dyzmorfie: [m.in.] stulejka; 10. Ektopie: przepuklina, wypadanie macicy, zwichnięcia; 11. *Deleses*: rany, urazy, złamania; 12. choroby układu nerwowego; 13. choroby okulistyczne; 14. wysypki: [m.in.] *Eczema, Herpes, furunculosis, scabies*; 15. *Partus, puerperium*⁵⁴.

Omówiony pokrótce brak jednolitego systemu klasyfikacyjnego stanowił znaczące wyzwanie już dla współczesnych, a dziś wywołuje znaczne zamieszanie i trudności z

⁵² Beatus, Męczkowski 1907, s. 84–86.

⁵³ Tsouyopoulos 1976, s. 114–115.

⁵⁴ Męczkowski 1907, s. 414–415.

przypisaniem dawnych terminów jednostek chorobowych i stanów patologicznych do stosowanych obecnie. Jednym z podstawowych powodów są całkowicie odrębne kryteria klasyfikacji, pierwotnie niemal wyłącznie objawowe, obecnie zdecydowanie etiologiczne⁵⁵. Analizująca wczesnodziewiętnastowieczne diagnozy Johanna Bleker zwraca uwagę na kilka zjawisk. Po pierwsze, na stawianie rozpoznań obecnie zupełnie nieużywanych (*vide* dr. Götza *morbus Brighti*, czy podane przez autorkę *Schleimfiebers, Urodialysis, Leukophlegmatia*), po drugie na nieprzystawalność niektórych ówczesnych określeń medycznych do używanych obecnie (*Nephritis, Hysterie*). Problem leży nie tylko w warstwie lingwistycznej, ale także (a może przede wszystkim) w sferze rozwoju pojęć medycznych, wynikającego z kolei z rozwoju wiedzy medycznej⁵⁶. Za przykład niech posłuży niezwykle często, także przez dr. Götza, stosowane określenie *Wassersucht* (puchlina wodna), rozpoznane, jak byśmy teraz powiedzieli, „objawowe”, a więc dzisiejszego klinicystę zupełnie nie satysfakcjonujące. Problem polega na tym, że obecnie zdajemy sobie sprawę, iż wodobrzusze może pojawiać się w wielu stanach patologicznych, np. w niewydolności krążenia, chorobach nerek, rozsiewie nowotworowym, w marskości wątroby etc. XIX-wieczni lekarze, nie posiadając tej wiedzy, podawali jako rozpoznane objaw wiodący. Utrudnia to dziś precyzyjne wyznaczenie przyczyn chorobowości ówczesnych społeczeństw. Zjawisko przemian w ustalaniu diagnoz w szerokim konspencie zmieniających się w czasie różnorodnych teorii patogenetycznych chorób, w zderzeniu z potocznymi poglądami na proces chorobowy szczegółowo opisał Øivind Larsen⁵⁷. Podążająca jego tropem Johanna Bleker, analizując zachowane za lata 1819–1829 dane pacjentów oddziału wewnętrznego wüzburgskiego *Juliusspital*, zauważa, że historyczna diagnoza lekarska jest czym innym, aniżeli poznanie i nazwanie rzeczywistej patologii. Rozdźwięk pomiędzy nazwą historyczną, uwarunkowaną ograniczoną wiedzą lekarską, a precyzyjną nazwą opisaną wedle współczesnych standardów jednostki chorobowej powoduje, że powiązać je można niejednokrotnie dopiero uwzględniając precyzyjnie kontekst, w jakim pojawia się miano schorzenia, a zwłaszcza zidentyfikowanie zastosowanego systemu nozologicznego. Dodać do tego należy również prosty fakt, że ówczesni, jak i dzisiejsi lekarze, czasami stawiali diagnozy, które najwyraźniej były błędne⁵⁸. Sytuację komplikuje też to, iż możemy mieć do czynienia z dwoma różnymi rozpoznaniem, stawianymi przez dwóch różnych lekarzy. Zważywszy na wszystkie te okoliczności, autorka przestrzega przed zbyt pochopnym aktualizowaniem rozpoznań stawianych w przeszłości, jeśli kierować się można jedynie szczątkowymi danymi klinicznymi, a czasem tylko nazwą jednostki chorobowej⁵⁹. Z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia w przypadku artykułu dr. Götza.

⁵⁵ Imhof 1977, 4, s. 230.

⁵⁶ Bleker 1995 (a), s. 75–77.

⁵⁷ Ø. Larsen, *Die Krankheitauffassung und ihre historische interpretation. Ein Auswertungsmodell aufgrund von norwegischen Medizinalberichten aus dem 19. Jahrhundert*. [In:] A.E. Imhof [Hg.], *Mensch und Gesundheit in der Geschichte. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften“*, H.39. Husum: Matthiesen Verlag, 1980, s. 45–58.

⁵⁸ Do najsłynniejszych błędów diagnostycznych należy rozpoznanie gruźlicy u Fryderyka Chopina, który w rzeczywistości chorował i zmarł na mukowiscydozę.

⁵⁹ Bleker 1995 (a), s. 78–80; J. Bleker, *To Benefit the Poor and Advance Medical Science. Hospitals and Hospital Care in Germany, 1820–1870*. [In:] M. Berg, G. Cocks [eds.], *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997, s. 17.

Pomimo tak różnorodnych i zupełnie niespójnych systemów klasyfikacyjnych udaje się znaleźć jeden wspólny mianownik, stosowany powszechnie we wszystkich szpitalach, niezależnie od szerokości geograficznej. Był to podział na chorych „nieuleczalnie” i „uleczalnie”.

Generalnie szpital nowego typu przeznaczony był dla chorych „uleczalnych”. „Nieuleczalność”, zwłaszcza w kontekście ubogiej klienteli szpitala, kojarzyła się ówczesnym czynnikiem decyzyjnym z dożywotnym przebywaniem chorego w szpitalu na koszt fundacji. A przecież, jak to już wielokrotnie zostało powiedziane, podstawową cechą szpitala poddanego medykalizacji była zdolność zakładu do przywrócenia jednostki społeczeństwu. Nieuleczalność stała się zdecydowanie w opozycji do kształtującej proces medykalizacji polityki państwa. W efekcie nieuleczalność, niezależnie od rodzaju schorzenia, tworzyła teoretycznie bezwzględne kryterium ekskluzyjne, stawiające jednostkę w obrębie skrajnego obszaru opieki społecznej, obszaru z którego szpitale nowego typu właśnie zostały wyjęte.

Problem w tym, że klasyfikacja chorych na „uleczalnych” i „nieuleczalnych” spadała z urzędu na barki lekarzy. Rezultatami ich działalności miały być odmowa lub potwierdzenie hospitalizacji. Jak jednak podkreślają w swoim wykładzie Eva Brinkschulte i Pascal Grosse, ówczesne lekarskie kryteria „uleczalności” i „nieuleczalności” nie do końca przystają do dzisiejszych wzorców klasyfikacyjnych⁶⁰. Uleczalnymi byli przede wszystkim ci pacjenci, którzy po pozytywnym zakończeniu lub też po znaczącym ograniczeniu procesu chorobowego stawali się ponownie zdolnymi do pracy. Jednak niemożność podjęcia zarobkowania nie stawała się automatycznie powodem zakwalifikowania chorych do grupy „nieuleczalnych”, a już zupełnie do grupy osób, którym odmawiano prawa do hospitalizacji. Istniały bowiem istotne grupy wykluczeń. W wüzburgskim *Juliussspital* w 1791 r. ówczesny zarząd szpitala stwierdził, że *es barbarisch sey, unheilbar Kranke an Nebenzufällen vor Zeit sterben zu lassen*. Owe *Nebenzufälle*, schorzenia dodatkowe, zdaniem zarządu fundacji nie eliminowały chorych nieuleczalnie z dobrodziejstwa leczenia szpitalnego. Przyjmowano ponadto tytułem próby (*versuchsweise*) tych chorych nieuleczalnie, którym lekarze dawali nie więcej, jak sześć tygodni życia. Także wykluczano z grupy pacjentów, którym odmawiano świadczeń, osoby nieuleczalne, mogące płacić za swe utrzymanie, choć *deren Cur gar nicht mehr zum Hospital gehöre*⁶¹. Nie należeli do nieuleczalnych, wbrew ówczesnej skuteczności terapeutycznej, chorzy na gruźlicę i wenerycznie, a nawet przeznaczano dla nich osobne pomieszczenia czy też budynki. Tak więc odsyłanie pacjenta do domu z powodu nieuleczalności zdarzało się w praktyce niezwykle rzadko. W *Juliussspital* na ponad dziesięć tysięcy pacjentów skierowanych do zakładu na początku XIX wieku zaledwie trzydziestu dziewięciu odprawiono z niczym, odnotowując jedynie: *unheilbar, unheilbar entlassen, unheilbar entlaufen* lub *unheilbar auf Verlangen entlassen*⁶².

Nie można więc oprzeć się wrażeniu, iż w klasyfikacji „uleczalny” – „nieuleczalny” istniała wyraźna dychotomia ostrości podziału, w zależności od tego, czy klasyfikacji dokonywał lekarz czy urzędnik. Nieostrym, często do granic rozmytym kryteriom lekarskim przeciwstawić należy bezwzględne kryteria urzędnicze. Szpitale galicyjskie otrzy-

⁶⁰ Brinkschulte, Grosse 1995, s. 49.

⁶¹ Cytaty za: Brinkschulte, Grosse 1995, s. 49–50.

⁶² Brinkschulte, Grosse 1995, s. 50.

mały wyraźne polecenie zwalniania chorych, których hospitalizacja trwała powyżej trzech miesięcy, a przebieg choroby sugerował nieuleczalność schorzenia. Nie wolno było przetrzymywać chorych w szpitalu po zakończeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a opieszałość skutkowałą żądaniem przez władze zwierzchnie wyjaśnień od dyrektora placówki⁶³.

W gdańskim Lazarecie niestety, nie dało się z zasady uniknąć obecności chorych nieuleczalnie. Zjawisko to tak zdiagnozował dr Götz, pisząc: *In Rücksicht nämlich auf die Mortalität wie auf die durchschnittliche Dauer des Aufenthalts ist vor Allem der Umstand ungünstig, daß das hiesige Krankenhaus keine Siechen-Anstalt im Rücken hat, an welche die unheilbaren oder blos altersschwachen Leute abgegeben werden können*⁶⁴. Ów brak stosownego zaplecza, pod postacią szpitala starego typu, rzutował na konieczność hospitalizacji wszystkich, niezależnie od „uleczalności” czy też „nieuleczalności” schorzenia. Rozmiaru zjawiska dr Götz niestety nie podaje⁶⁵.

Dla pełności obrazu można dodać, że w otwartym dziewięć lat później w Gdańsku szpitalu boromeuszek chorzy nieuleczalnie stanowili raczej grupę pacjentów o statystycznie niewielkim znaczeniu. Przykładowo: w 1853 r. było ich sześciu (3% wszystkich chorych), w 1854 r. jedenastu (1,6%), w 1856 r. dwudziestu dziewięciu (3,7%), a w 1862 r. trzydziestu sześciu (3,4%)⁶⁶. Mimo to ich obecność potwierdza tezę przedstawioną przez Evę Brinkschulte, iż w praktyce starano się nieuleczalnych chorych w razie potrzeby nie odsyłać. Że już prawodawcy statutu szpitala boromeuszek z 1852 r. przewidzieli taką opcję, świadczy zapis zakazujący z jednej strony przyjmowania chorych nieuleczalnie, lecz otwierający zarazem furtkę, pozwalającą na hospitalizację *ausnahmsweise*⁶⁷. Jak widać, w praktyce z tej furtki korzystano.

Pytanie o zdolność terapeutyczną szpitali jest także (jako transpozycja problemu) pytaniem o śmiertelność w ich obszarze.

W XVIII wieku śmiertelność w poszczególnych szpitalach była zróżnicowana, lecz zazwyczaj wysoka. W berlińskiej *Charité* w latach trzydziestych i czterdziestych wynosiła wśród kobiet 25,1%, wśród mężczyzn nawet 31,2%. Podobnie ponurą sławą cieszył się w tym czasie paryski *Hôtel Dieu* ze śmiertelnością wynoszącą do 25%⁶⁸.

W XIX wieku nastąpiła zdecydowana poprawa i zazwyczaj dane statystyczne wskazują na niską śmiertelność chorych leczonych w szpitalach, wynoszącą rzadko więcej niż 15%⁶⁹. W latach dwudziestych i trzydziestych XIX wieku w londyńskim *St. Georges-Hospital* śmiertelność sięgała 11%, w monachijskim szpitalu powszechnym 7,3%, a w stuttgartarckim szpitalu św. Katarzyny jedynie 3,3%⁷⁰. Analiza śmiertelności w szpitalu powszechnym w Bremie, dokonana przez Barbarę Leidinger, wykazała, że w 1862 r. wynosiła ona 5,6% wszystkich chorych hospitalizowanych, zaś w 1895 r. 6,5%. Umiera-

⁶³ Franaszek 2002, s. 130.

⁶⁴ Götz 1845, s. 9.

⁶⁵ Dla okresu sprzed rozbudowy zakładu w 1828 r. E.O. Dann podaje, iż wydzielono dla chorych nieuleczalnych cztery osobne izby. Dann 1835, s. 302.

⁶⁶ Steffen 1932, s. 124.

⁶⁷ *Statuten des St. Marienkrankenhauses* 1852; por. aneks, dok. nr 15, paragraf 14.

⁶⁸ Murken 1988, s. 33.

⁶⁹ Wagner 1994, s. 48–49.

⁷⁰ Götz 1845, s. 8.

li przede wszystkim ludzie młodzi – w 1862 r. 40,0%, zaś osoby zmarłe powyżej pięćdziesiątego roku życia stanowiły w tymże roku 32,1%. Jedną z najczęstszych przyczyn zgonów była gruźlica (w 1862 r. 29,1% wszystkich przypadków zgonów)⁷¹.

Niemniej zdarzały się szpitale nadal zdecydowanie gorzej radzące sobie z tym problemem. W 1838 r. w berlińskiej *Charité* zmarło 18,1% pacjentów⁷². W 1868 r. szpital powszechny we Lwowie, gdzie w roku sprawozdawczym leczonych było siedem tysięcy trzystu sześćdziesięciu dwóch pacjentów, w klinice internistycznej osiągał śmiertelność do 19,5%. Tak znaczną ilość niepowodzeń tłumaczono tym, że przyjmowani byli do kliniki chorzy w najcięższym stanie ogólnym, często chorzy nieuleczalnie⁷³. Podobnie w 1868 r. w szpitalach krakowskich św. Łazarza i św. Ducha, gdzie hospitalizowano łącznie trzy tysiące siedemset czterdziestu chorych, śmiertelność była wysoka i w oddziale pediatrycznym sięgała 19%⁷⁴. Czasem istniało znaczące zróżnicowanie śmiertelności w obrębie samego szpitala: w szpitalu ewangelickim w Warszawie w latach 1868–1869 na oddziale internistycznym wynosiła aż 14%, zaś na oddziale chirurgicznym jedynie 3,5%⁷⁵. Podobnie w roku sprawozdawczym 1869 na trzystu dziewięćdziesięciu czterech chorych chirurgicznych Szpitala Starozakonnych w Kaliszu śmiertelność w szpitalu wynosiła jedynie 3%⁷⁶.

Należy jednak pamiętać, aby do danych statystycznych z omawianego okresu podchodzić bardzo ostrożnie. Między innymi trzeba zdawać sobie sprawę z faktu, iż ówczesne mianownictwo za osobę wyleczoną uznawały taką, która mogła powrócić do pracy, a nie rzeczywiście zdrową⁷⁷. Ponadto wiele zakładów z założenia nie przyjmowało osób nieuleczalnych lub przewlekle chorych⁷⁸. Zjawisko znane było już dr. Bécu, który w swej rozprawie z 1807 r. porusza między innymi kwestię zróżnicowanej śmiertelności w poszczególnych szpitalach, istniejącej za jego czasów. Pisał on mianowicie, że *szpital troskliwy o przyjęcie i przytulenie każdego bez wyłączenia chorego, wiele [...] może liczyć umarłych; Szpital zaś któryby mało nad zwyczaj, lub żadnego nieokazał umarłego w pewnym przeciągu czasu, ściągą na siebie posądzenie, że mniej słabe tylko osoby do siebie przyjmował*⁷⁹. Zjawisko to znajduje swój komentarz także w sprawozdaniu dr. Götza, który skarży się na brak zaplecza w postaci przytułku i konieczność hospitalizacji chorych nieuleczalnie oraz na przywożenie do szpitala wielu chorych z zaawansowanymi schorzeniami⁸⁰.

Ponadto na śmiertelność w szpitalach wpływała niewielka ilość poważniejszych zabiegów chirurgicznych, jakich podejmowano się w tym czasie⁸¹, co znalazło swój wyraz

⁷¹ Leidinger 2000, s. 144, 146–150,

⁷² Götz 1845, s. 8.

⁷³ Dobieszewski 1871, s. 105.

⁷⁴ Dobieszewski 1871, s. 97.

⁷⁵ L. Spiess, *Opis szpitala ewangelickiego w Warszawie*. [w:] *Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim*. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, T. 2. 1872, s. 56–60.

⁷⁶ Beatus, Męczkowski 1907, s. 118–119.

⁷⁷ Wagner 1994, 81, s. 49.

⁷⁸ Stollberg, Tamm 2001, s. 43; Wagner 2001, s. 43, 55–56; Steiner 2001, s. 73–74.

⁷⁹ Bécu 1807, s. 27.

⁸⁰ Götz 1845, s. 9.

⁸¹ Götz 1845, s. 48.

w zaprezentowanych powyżej danych dotyczących śmiertelności na oddziałach chirurgicznych.

W świetle powyższych danych śmiertelność w gdańskim Lazarecie w okresie sprawozdawczym 1843–1844, wynoszącą 9%, należy określić jako przeciętną (por. tab. 10)⁸². Jednak w latach poprzednich sięgała nawet 20% (1809 r.)⁸³, czasem 13,5% (1831 r., okres epidemii cholery), zazwyczaj oscylując pomiędzy 8% a 11%⁸⁴.

Dla porównania: w otwartym dziewięć lat później w Gdańsku szpitalu boromeuszek śmiertelność wahała się od 2,7% (1868 r.) do 12,09% (1867 r.)⁸⁵. Zazwyczaj kształtowała się ok. 9–10%.

Pora się zastanowić, co takiego dokonało się pomiędzy 1776 a 1844 rokiem, co uczyniłoby szpital bardziej atrakcyjny dla chorych, zwłaszcza dla chorych internistycznych, atrakcyjnego tak dalece, iż w obszarze ubóstwa pojawiają się obszary dla leczenia ludzi nieubogich, którzy skłonni są za to leczenie płacić.

I tu napotykam na pewnego rodzaju barierę, gdyż intuicyjna odpowiedź: „postęp medyczny” bynajmniej wcale nie jest tak oczywista.

O ówczesnych lekarzach pracujących w Gdańsku oraz o stosunku do nich pacjentów tak pisał w 1835 r. Eduard Dann:

„Metody naszych lekarzy nie różnią się w zasadzie od stosowanych gdzie indziej. Pomiędzy nami nie ma krajnych teoretyków, ani sekciarzy. Hołdują oni mniej lub więcej zasadzie racjonalności i stosują swe leczenie nie wedle uprzedzenia, lecz zgodnie z obrazem choroby kreślonym przez Naturę. Z tego powodu modna dziś homeopatia ma tylko niewielu zwolenników wśród nas, a i ci nie są jej zbyt wierni⁸⁶. Także opinia publiczna w Gdańsku nie sprzyja nowym metodom leczniczym i poddaje się im z pewnymi oporami, ponieważ chętnie sama rozmyśla o drodze, którą wybiera lekarz lub przynajmniej wypowiada swe własne zdanie⁸⁷”.

Tak więc obszar szpitala nie powinien być postrzegany jako atrakcyjny poprzez swą awangardowość. To, co dziś jest wabikiem dla wielu chorych (nowoczesne metody diagnostyczno-terapeutyczne), w opinii potencjalnych klientów przełomu XVIII i XIX wieku jawiło się raczej jako niebezpieczny eksperyment, czym chyba w tamtych warunkach rzeczywiście było.

W Lazarecie stosowano więc leczenie raczej tradycyjne. W przypadkach krztuśca zalecano preparaty morfiny⁸⁸. Morfinę stosowano także w przypadkach pneumonii częstej u alkoholików, a to zapewne z tej przyczyny, iż w powszechnym mniemaniu, którego źródeł szukać należy w modnym brownizmie, stosowane powszechnie opium należa-

⁸² Götz 1845, s. 23.

⁸³ Duisburg, von 1809, s. 256.

⁸⁴ Götz 1845, s. 5, statystyka za lata 1828–1842.

⁸⁵ Steffen 1927, s. 124. Nie udało się ustalić przyczyny tak dużej zmienności w obrębie dwóch zaledwie lat.

⁸⁶ Nie wszędzie jednak homeopatia spotykała się z tak zdystansowanym przyjęciem, jak w Gdańsku. Na przykład w 1867 r. w szpitalu św. Ducha w Warszawie powołano do życia osobny oddział homeopatyczny. Gröer 1872, s. 570. Oddział ten już w 1869 r. w okresie epidemii został jednak zamknięty. *Ibidem*, s. 571.

⁸⁷ Dann 1835, s. 288.

⁸⁸ *Auszug* 1830, s. 10.

ło do środków wzmacniających. Stosowano ją (jako *Cardiacum*) w chorobach serca oraz schorzeniach przewodu pokarmowego uznawanych za asteniczne (biegunki, kolki)⁸⁹.

W chorobach gorączkowych powszechnie podawano chininę⁹⁰. W przypadkach chorób żołądka stosowano napój Riviere'a (*portio Riveri*; emetyk) lub salmiak⁹¹. W chorobach psychicznych wykorzystywano (bezsukcesywnie zresztą) szereg metod, najczęściej zaś: pijawki⁹², zimne i gorące kąpiele, wcieranie maść z kamienia winnego (*Brechweinsteinsalbe*). W wodobrzuszu zalecano kamień winny (*cremor tartari*) i chininę⁹³, zaś w przypadku obecności płynu w jamach opłucnowych (poza punkcją opłucnej i częstymi upustami krwi) – naparstnicę lub *herba mari veri* (*Teucrium marum verum*; *Katzengamander*)⁹⁴. W chorobach pasożytniczych stosowano wlewki doodbytnicze z czosnku rozrobionego w mleku, a także nasiona cytwaru⁹⁵.

Świerzb leczono metodą stosowaną w Hamburgu – pacjentów całkiem nagich odziewano w derki nasączone dziegciem. Nagrzewano całe ciało dwa razy dziennie (poza twarzą i genitaliami), potem nacierano mieszanką dziegciu i czarnego mydła. Dwa razy w tygodniu stosowano gorącą kąpiel w mydle. Poza nielicznymi wyjątkami wystarczała kuracja dziesięcio-, jedenastodniowa, nawroty zdarzały się rzadko⁹⁶. Przy okazji warto zaznaczyć, że nie była to jedyna metoda lecznicza tego uciążliwego schorzenia, będąca w użyciu. W Bremie w połowie XIX wieku stosowano mycie w mydle siarkowym, a następnie zawijanie pacjenta na czterdzieści osiem godzin w dwie wełniane derki. Kuracja trwała około trzech dni, charakteryzowała się dużą skutecznością (96,4% wyleczeń)⁹⁷. Nie wszędzie postępowano wedle takich (racjonalnych także z punktu dzisiejszej wiedzy) procedur. W niewielkim szpitaliku w Plattling, gdzie świerzb dotyczył 57% wszystkich hospitalizowanych pacjentów oddziału wewnętrznego, proces leczniczy trwał dwa dni, lecz nie obejmował, ani stosowania mydeł czy maści siarkowych, ani nawet zmian odzieży⁹⁸.

Kilę leczono w zależności od postaci. Generalnie stosowano środki uznawane za łagodne: sól przeczyszczającą, *Holztränken* zawierające olej z drzewa sandałowego i gwałajol⁹⁹ czy *Zittmansche Decoit*, będący wyciągiem z korzeni Sarsaparill (*Smilax officinalis*), lukrecji (*Glycyrrhiza glabra*) oraz senny¹⁰⁰. Rzadko sięgano po preparaty rtęci, kalium jodatam, związki cynku. Wszystkim zalecano dietę, spokój, czystość, umiarkowaną temperaturę w pomieszczeniach.

Oto przegląd metod leczniczych i preparatów farmaceutycznych, dostępnych w największym szpitalu prowincjonalnego miasta, jakim był w latach trzydziestych i czterdziestych XIX wieku Gdańsk.

⁸⁹ Tsouyopoulos 1976, 11, s. 115.

⁹⁰ *Auszug* 1830, s. 10.

⁹¹ *Auszug* 1830, s. 10.

⁹² *Auszug* 1830, s. 10.

⁹³ Götz 1845, s. 37.

⁹⁴ Götz 1845, s. 37.

⁹⁵ Dann 1835, s. 233.

⁹⁶ Götz 1845, s. 49.

⁹⁷ Leidinger 2000, s. 122–123, 144.

⁹⁸ Voswinckel 1986, s. 125.

⁹⁹ L. Geiger, J. Liebig, *Annalen der Pharmacie*. Bd. XI. Heidelberg: C.F. Winter, 1834, s. 318.

¹⁰⁰ D. W. Montgomery, *Zittmann's Decoction*. „California State Journal of Medicine”, 1908, 6, s. 100–

Przy okazji warto wspomnieć dwóch metodach diagnostycznych. Otóż w Gdańsku powszechnie stosowana była auskultacja oraz opukiwanie pacjenta. Metody te, stosowanych we Francji od 1819 r., nie były wcale oczywiste w Niemczech jeszcze w latach czterdziestych XIX w. Świadczenie dr. Götza ukazuje nam z jednej strony przenikanie postępowej wiedzy medycznej do praktyki lekarskiej w mieście, a z drugiej, poprzez wyraźne podkreślenie przez autora stosowania metody auskultacji i opukiwania w Lazarecie, świadomość nowatorstwa tychże metod¹⁰¹.

Słów kilka należy poświęcić także wykonywanym w Lazarecie zabiegom chirurgicznym. Dr Götz wymienia wszystkie operacje chirurgiczne wykonane w okresie sprawozdawczym (por. tab. 18)¹⁰². Były to: trepanacja czaszki, amputacja uda, amputacja podudzia, amputacja ramienia, amputacja przedramienia, amputacja piersi, amputacja penisa, usunięcie dużego kaszaka, przecięcie ścięgna, zabieg operacyjny wargi zajęczej, usunięcie raka wargi lub innych części twarzy, radykalna operacja wodniaka, usunięcie zaćmy, zabieg operacyjny uwięźniętej przepukliny, zabieg operacyjny przetoki okołoodbytniczej oraz litotrypsja w zakresie pęcherza moczowego.

Ilość niepowodzeń (piętnaście zgonów na sześćdziesiąt zabiegów; 25%) każe zadać sobie pytanie o zakres zabiegów i o rodzaj schorzeń. W przypadku uwięźniętych przepuklin (66% niepowodzeń) przyczyna zgonów jest jasna, skoro nawet i dziś istnieje w tych przypadkach możliwość bardzo poważnych powikłań w zaniedbanych przypadkach, a z takimi chirurg Lazaretu miał do czynienia. Także rozległe amputacje z zasady zagrażały zgonami pooperacyjnymi (37% niepowodzeń). Natomiast zgon po amputacji penisa związany był z rodzajem schorzenia podstawowego (nowotwór złośliwy). Jak jednak zaznacza dr Götz, nie było w okresie sprawozdawczym ani jednego przypadku zgorzeli przyrannej (*Nosokomial-Brand*), za to zdarzały się przypadki zapaleń „różopodobnych”¹⁰³.

Zapalenia kości leczono przede wszystkim długotrwałym (do sześciu miesięcy) unieruchomieniem. W przypadku znacznego nagromadzenia się ropy zmianę punktowaną. Zmienioną skórę pędzlowano jodyną. Przypadki stóp szpotawych leczono tendotomią, zniekształcenia kończyn specjalnymi aparatami korekcyjnymi. Płaskostopie leczono wcieraniem spirytusu w podeszwy, kolana koślawe drewnianymi szynami zakładanymi na zewnętrzne powierzchnie kończyn dolnych (zabiegi przeprowadzane u młodzieży, z reguły w wieku piętnastu–osiemnastu lat)¹⁰⁴.

Poza rodzajem zabiegów warto zwrócić uwagę na ilość zastosowanych przez dwa lata sprawozdawcze zaawansowanych procedur operacyjnych (sześćdziesiąt¹⁰⁵). Wynika z tego, iż poważniejszy zabieg wykonywany był przeciętnie raz na dwa tygodnie. Jeśli się zważy, iż Lazaret był wówczas jedyną placówką w mieście (poza szpitalem garnizonowym), w której możliwe było przeprowadzanie zabiegów operacyjnych, ilość zaawansowanych technologicznie usług chirurgicznych jawi się jako nadzwyczaj niska.

¹⁰¹ Por. Huerkamp 1985, s. 22–23.

¹⁰² Götz 1845, s. 48.

¹⁰³ Götz 1845, s. 48.

¹⁰⁴ Götz 1845, s. 39–47.

¹⁰⁵ Statystyka nie uwzględnia drobniejszych zabiegów, jak na przykład upusty krwi, czy punkcje opłucnej, w przypadkach zapalenia opłucnej *mit einem gewöhnlichen platten Troiquart, die andern Male mit dem Skoda-Schuhschen Instrumente gemacht*. Götz 1845, s. 33, 34.

Na marginesie warto zdać sobie sprawę z faktu, iż sprawozdanie dr. Götz ujrzało światło dzienne na dwa lata przed epokowym zdarzeniem, jakim było wprowadzenie narkozy¹⁰⁶. Umożliwiło ono w niedługim czasie znacząco poszerzenie obszaru działań chirurgicznych.

Dla porównania: w roku sprawozdawczym 1868–1869 na ośmiuset pięćdziesięciu chorych szpitala ewangelickiego w Warszawie (w tym dwieście dwóch pacjentów chirurgicznych) przeprowadzono zaledwie trzydzieści dziewięć zróżnicowanych zabiegów operacyjnych (np. amputacje palca, zamknięcie przetok, kastracja, onkotomia (nacięcie ropnia lub guza), usunięcie polipa, cysty, jajnika, zabieg korekcyjny zajęczej wargi). Śmiertelność w szpitalu wynosiła 11,5% (na oddziale internistycznym 14%, na oddziale chirurgicznym 3.5%)¹⁰⁷.

Dokonując przeglądu metod stosowanych w Lazarecie w pierwszej połowie XIX wieku nie można nie zauważyć, iż to nie procedury lecznicze decydowały o hospitalizacji chorych internistycznych.

Zaprezentowane powyżej metody terapeutyczne chorób wewnętrznych trudno bowiem zaliczyć do skomplikowanych i niedostępnych w praktyce ambulatoryjnej. Nie można więc uznać za prawdziwe twierdzenie, iż głównym powodem zwiększonej hospitalizacji chorych internistycznych w pierwszej połowie XIX wieku w szpitalach poddanych medykalizacji było zwiększenie ich potencjału terapeutycznego¹⁰⁸.

Pomijając schorzenia podlegające przymusowej hospitalizacji, wydaje się, że w pierwszej połowie XIX wieku o przyjęciu do szpitala decydował stan chorego i związana z tym obawa, iż osoby z jego otoczenia nie będą w stanie zapewnić mu stosownej opieki (a nie leczenia¹⁰⁹). Mówiąc o opiece, należy mieć na uwadze zwłaszcza względy higieniczne. Dr Dann, pisząc o unowocześnieniu Lazaretu w latach 1826–1828, przede wszystkim wymienia pralnię, wzorowaną na pralni w szpitalu w Monachium, podkreślając, iż doskonale sprawdzała się podczas siedmioletniego używania¹¹⁰. Należy pamiętać, że częsta zmiana pościeli i ubrań chorych była podstawowym sposobem walki np. ze stanowiącym poważny problem medyczny świerzbem¹¹¹. Dr Dann wymienia ponadto liczne urządzenia czystości osobistej: łaźnię wodną, łaźnię parową, prysznic oraz kąpiel natryskową. Zaznacza przy tym, że są one bardzo wykorzystywane i odpowiednie do potrzeb¹¹². Podobnie duży nacisk na powszechne używanie łaźni wodnej zimnej i gorącej, natryskowej, kropelkowej i z użyciem leków, kładzie w swoim sprawozdaniu z lat 1843–1844 dr Götz¹¹³. Jest to efektem zarówno przekonania o korzystnym wpływie przestrzegania czystości, jak też prób stosowania rozmaitych sposobów kąpieli do celów

¹⁰⁶ R. Dzierżanowski, *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1983, s. 162.

¹⁰⁷ Spiess 1872, s. 56–60.

¹⁰⁸ Do podobnego wniosku można dojść, analizując wymieniane przez Zofię Podgórską-Klawe (Podgórska-Klawe 1981, s. 214–217) dla pierwszej połowy XIX wieku szpitalne metody terapeutyczne, bardzo zbliżone zresztą do przedstawionych powyżej.

¹⁰⁹ Nie wchodziły tu w grę koszty leczenia ambulatoryjnego, ponoszonego przez chorych i ich rodziny, bowiem rozdawnictwo leków ubogim w pierwszej połowie XIX wieku w Gdańsku było w zasadzie bezpłatne.

¹¹⁰ Dann 1835, s. 306.

¹¹¹ Dross 2005 (b), nie pagin.

¹¹² Dann 1835, s. 306–307.

¹¹³ Götz 1845, s. 60.

leczniczych. Dr Dann ponadto zachwala przestrzeń i czyste powietrze¹¹⁴, w czym znajdujemy echa przeświadczenia o zgubnym wpływie powietrza miejskiego na zdrowotność mieszkańców i o dobroczynnym wpływie powietrza wiejskiego. Pacjentom Lazaretu zakład ofiarował też stosowne żywienie. Dr Dann szczegółowo wymienia jadłospis podstawowy, jak i z wykorzystaniem funduszy specjalnych¹¹⁵. Wszystkie to są czynniki, które należałoby zaliczyć do czynników mobilizujących pozytywnie chorych do hospitalizacji.

Za przykład może posłużyć kwestia świerzbu, z powodzeniem leczona w Lazarecie. Dr Götz tak ujmuje ten problem w swoim sprawozdaniu: *Die in ähnlicher Weise hervorragende Zahl der Krätzkranken im Jahre 1838, welche sich beinahe auf 1000 belief, erklärt sich jedoch dadurch, daß in jenem Jahre nicht nur in der Stadt selbst, sondern namentlich auch im Stadtkreise die genannte Krankheit so sehr verbreitet war, daß es nöthig erschien, um derselben Einhalt zu thun, auch von dort her oft ganze Familien, der schnellen und sichern Heilung wegen, in das Lazareth zu schicken.*

Otóż przyjmowanie całych chorych rodzin celem „szybkiego i pewnego wyleczenia” z jednej strony świadczy o otwarciu się możliwości terapeutycznych szpitala na owo dokuczliwe schorzenie, z drugiej zaś ukazuje jeden z ważnych elementów poprawiających znacząco statystykę dokonanych przez szpital pozytywnych rozwiązań stawianych mu problemów zdrowotnych. W tej sytuacji, z punktu widzenia statystyki (por. tab. 12 i 13), ilość niepowodzeń została „rozmyta” w zalewie przyjmowanych przypadków, co do których sukces terapeutyczny był niemal pewny. To też jest powodem, iż mimo nadal obecności „nieuleczalnych” średni czas hospitalizacji został radykalnie skrócony, skoro, jak to głosił dr Götz, okres terapii przeciwswierzbowej wynosił tylko dziesięć, jedenaście dni¹¹⁶.

Natomiast trudno jest ocenić wpływ czynnika negatywnego, promującego wzrost zapotrzebowania na hospitalizację, tzn. nacisku społecznego na usuwanie chorych z miejsca zamieszkania. Tak więc hospitalizacja byłaby tu nie efektem atrakcyjności samego szpitala, a jedynie efektem dążenia do pozbycia się chorego z domu. Nacisk ów, zdaniem Fritza Drossa, był wywierany nie tyle przez rodzinę chorego, ile przez urzędników socjalnych, widzących w takim postępowaniu metodę ograniczania zachorowalności otoczenia¹¹⁷. Nie negując pewnego wpływu tej postawy administracji miejskiej, które czasem dochodziło do głosu, wydaje się, że w Gdańsku mamy do czynienia raczej z przewagą zjawiska odwrotnego: przerwaniem ciężaru opieki nad chorymi właśnie na jego otoczenie. Miasto podzielono pierwotnie (1817 r.) na pięć rewirów (*Bezirk*), angażując do każdego po jednym lekarzu. Koszty ponosiło Towarzystwo Dobroczynności

¹¹⁴ Dann 1835, s. 304.

¹¹⁵ Dann 1835, s. 307: *Zum Beköstigung erhält jeder Kranke Morgens und Abends eine Suppe, Mittags dreimal wöchentlich ½ Pfund Rindfleisch mit Suppe und Gemüse, an den übrigen vier Tagen eine Suppe von Graupe oder Kartoffeln oder anderem Gemüse, wie es die Jahreszeit mit sich bringt. Jeder bekommt täglich ein Pfund feines Roggenbrod oder zwei Weissbrode. – Durch besondere Stiftungen ist eine Summe von 7- bis 800 Thalern jährlich bestimmt worden zur Extraverpflegung solcher Kranken, die anderer Speisen, des täglichen Ge- [s. 308] nusses von Fleisch oder Wein, Kaffee, Obstsuppe und dergl., bedürfen. Das gewöhnliche Getränk ist Halbbier (Schemper), dessen Menge nicht bestimmt ist. Nach dem Dafürhalten des Arztes darf die Kost für den einzelnen Kranken nach Umständen verstärkt oder verringert werden.*

¹¹⁶ Götz 1845, s. 49.

¹¹⁷ Dross 2005 (b), nie pagin.

(*Wohlthätigkeitsverein*). Początkowo najmłodszy z takich lekarzy za dodatkową opłatą wraz lekarzem Lazaretu trzy razy w tygodniu dokonywał obchodu także chorych leżących w domach. Obowiązywała przy tym zasada (mowa jest nadal o 1817 roku), aby lekarze w rewirach podejmowali się leczenia ostrych przypadków internistycznych, natomiast wszystkie przypadki przewlekłe oraz chorych chirurgicznych kierowano do Lazaretu¹¹⁸. Jednak wkrótce wzrastająca ilość potrzebujących zmusiła do wydelegowania z Lazaretu chirurga, celem zaopatrywania chorych chirurgicznych także w mieście. To z kolei zaowocowało, zdaniem dr. Danna „nadużywaniem owej dobroczynności”¹¹⁹, w efekcie czego prowizorzy rewirów (*Bezirksvorsteher*) zmuszeni zostali do reglamentacji dostępności ubogich do Lazaretu, jak i w ogóle do bezpłatnej opieki lekarskiej¹²⁰. Efekt był łatwy do przewidzenia: do Lazaretu zaczęli trafiać ludzie w krańcowej fazie choroby, czego wyrazem było to, że spośród czterech tysięcy ośmiuset dziewięćdziesięciu trzech chorych zmarłych w Lazarecie w latach 1828–1842 aż siedmiuset osiemdziesięciu pięciu zmarło w ciągu pierwszych czterdziestu ośmiu godzin hospitalizacji. Przesyłanie pacjentów w fazie terminalnej choroby przez lekarzy z rewirów do Lazaretu podyktowane było także tym, że rodziny chciały takim sposobem zaoszczędzić na kosztach pogrzebów¹²¹.

Owo administracyjnie kierowane powstrzymywanie od hospitalizacji, uwarunkowane było jeszcze innym czynnikiem. Szpitale mimo wszystko nie wszędzie postrzegane były jako element pozytywny w leczeniu. Zwłaszcza istnienie tzw. gorączki szpitalnej prowokowało tak środowiska medyczne, jak i czynniki administracyjne, do zajmowania niejednoznacznego, a nawet jednoznacznego, lecz wrogiego stanowiska, względem dobrodziejstw płynących z hospitalizacji¹²². W 1862 r. o szkodliwości Lazaretu w Gdańsku związany z nim lekarze pisali: *Da Verlängerung der Krankheit, Siechthum, Verkrüppelung, Erblindung und nicht selten der Tod nach geringfügigen Verletzungen und Operationen die Folge solcher Lazaretschadlichkeit sind, halten die Unterzeichneten es für ihre Pflicht, jeder scheinbaren Negirung dieser Zustände entgegenzutreten*¹²³. Istniał więc jeszcze w XIX wieku znaczący odłam czynników decyzyjnych, propagujących leczenie ubogich w ich domach, motywujących swe poglądy mniejszą śmiertelnością pacjentów niehospitalizowanych, a przy okazji podnoszących też aspekt ekonomiczny. Tendencja do unikania hospitalizacji wyraźnie zarysowała się między innymi w Berlinie, gdzie władze miejskie w 1819 r. podjęły decyzję o powołaniu działających nieodpłatnie

¹¹⁸ Dann 1835, s. 343–344.

¹¹⁹ W rzeczywistości chodzi tu o rozdział między oczekiwaniami społecznymi, a faktycznymi możliwościami miasta. Opinię dr. Danna należy traktować tu raczej jako próbę przerzucenia odpowiedzialności za nie do końca udany eksperyment opieki socjalnej z czynników odpowiedzialnych za tenże eksperyment na ubogich.

¹²⁰ Dann 1835, s. 344–345.

¹²¹ Götz 1845, s. 9. Praktyka ta była zresztą powszechna. Skarżyli się na nią zarówno lekarze szpitala w Tarnowie, jak i św. Łazarza w Krakowie. Także ich zdaniem był to jeden z powodów zawyżania współczynnika zgonów. Dobieszewski 1871, s. 60, 98. Z tego też powodu borykające się z ogromnymi trudnościami szpitale Królestwa Polskiego w 1835 r. otrzymały wyraźny zakaz przyjmowania chorych terminalnych, bez względu na ich wiek i rodzaj schorzenia. Drugim powodem wydania zakazu hospitalizacji osób umierających było zawyżanie przez takich chorych niekorzystnej statystyki zgonów szpitalnych. Fijałek 1962, s. 84.

¹²² Dross 2005 (b), nie pagin.

¹²³ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., Odpis artykułu z *Allgemeine Medizinische Central Zeitung*, 1863, XXXII.

*zwölf Ärzte, zwölf Wundärzte, zwei Augenärzte, zwölf Hebammen und ein Geburtshelfer auf unbestimmte Zeit*¹²⁴. Ograniczenia hospitalizacji objęły tam nie tylko chorych nieuleczalnie, ale także chorych zakaźnie (inaczej niż w większości tzw. szpitali powszechnych), a ponadto zwracano uwagę, iż *Charité nur zum Aufnahme armer Kranker bestimmt ist, nicht aber solcher Kranken, die von ihrer Angehörigen nicht gut gepflegt und gewartet werden können*¹²⁵. Stało to w wyraźniej sprzeczności z jednym podstawowych teoretycznych wskazań do hospitalizacji, jakim był brak należytej opieki domowej.

Szpital, określany powszechnie nie tylko jako miejsce dla chorych i cierpiących, lecz specjalnie dla ubogich chorych i cierpiących, w oczach ludu postrzegany był na równi z więzieniem, jako obszar ubóstwa, co łączyło się z przekleństwem: *du stirbst noch im Spital!*¹²⁶. Patrząc więc od strony potencjalnych klientów szpitala, rozwój medycyny, a zwłaszcza chirurgii, przysporzył niektórym szpitalom ponurej sławy zakładu do odcinania członków, patroszenia i w ogóle eksperymentowania¹²⁷. Do czynników pogłębiających niechęć do szpitali był także zwyczaj przeprowadzania w nich sekcji zwłok. Postrzegane jako profanacja, sekcje zmarłych wedle prawa początkowo dotyczyły skazańców czy samobójców. Po rozszerzeniu prawa lekarzy do dokonywania badania pośmiertnego również w stosunku do ubogich pensjonariuszy domów poprawy czy przytułków, a następnie do wszystkich chorych szpitalnych, zwłaszcza zaś niezamężnych kobiet, które umarły podczas porodu, towarzyszące sekcjom zwłok skazańców skojarzenie opinii publicznej z dodatkową karą, karą ćwiartowania, zostało przeniesione przez świadomość pospółstwa na działania lekarskie, co zaowocowało zdecydowaną niechęcią do zabiegów dokonywanych w szpitalnych prosektoriami. Świadomość ta była pogłębianą przez wyobraźnię, jaką uruchamiał w sobie każdy potencjalny pensjonariusz szpitala, wobec realnej możliwości, iż w przypadku zgonu i on także zostanie takiej sekcji poddany. Opowieści o „wyczynach“ dokonujących oficjalnych sekcji potęgowane były przez pogłoski o złodziejach zwłok, wydobywających z grobów trupy na użytek sekcji nielegalnych¹²⁸.

Istniejące niewątpliwie w szpitalach nadużycia w stosunku do pacjentów nie pozostawały bez wpływu na opinię publiczną. Dobrze udokumentowane są fakty, iż w stosunku do chorych nie posiadających rodziny czy przyjaciół, biednych i znajdujących się w zupełnie obcym dla siebie otoczeniu, wielu lekarzy pozwalało sobie na pewne eksperymentowanie. Lekarz postrzegany był jako pan i władca terytorium szpitalnego, którego nadzorowi dzięki usługom podległego mu personelu szpitalnego, podlegał pacjent oraz wszelkie jego czynności. Oczywiście dziś zalecenia, jak na przykład mycie przy przyjęciu do szpitala brudnych i zarobaczonych chorych, postrzegane było także jako pewien rodzaj naruszenia autonomii pacjenta, dokonywany już na progu zakładu, pozbawiający go intymności i podporządkowujący chorego dokonującemu ablucji personelowi¹²⁹.

Prawdą jest też, iż zdarzały się nierzadko szpitale rzeczywiście o tak fatalnej infrastrukturze jak na przykład szpital św. Łazarza w Krakowie, gdzie *mimo przeciągów*

¹²⁴ Cyt. za: Münch 1995, s. 232.

¹²⁵ Cyt. za: Münch 1995, s. 234.

¹²⁶ Bleker 1988, 23, s. 19.

¹²⁷ Paul 1996, s. 98.

¹²⁸ Frevert 1984, s. 78.

¹²⁹ I. Waddington, *The role of the hospital in the development of modern medicine. A sociological analysis*. „Sociology“, 1973, 7, s. 217; Frevert 1984, s. 80.

panujących w szpitalu, wszędzie a nawet na zewnątrz szpitala czuć się dawały tak wstrętne wonie, że gość z najtęższym nozdrzem, skoro tylko zbliżył się do kruchty, mógł zaraz pomiarkować, że znajduje się w granicach tego szpitala. Dlatego ciągnęła się za zakładem sława domu nieuleczonych i grobowca podrzutków, od którego stronił zdaleka, ktokolwiek pragnął jeszcze oglądać światło słoneczne¹³⁰.

Wydaje się, że większy strach przed hospitalizacją panował na wsi. Poza karykaturalnym obrazem szpitala, niemal tożsamym z więzieniem, pełnym sadystycznych pielęgniarzy i lekarzy, do czynników potęgujących lęk należał fakt, że szpital znajdował się z reguły na obcym terytorium, terytorium miasta, które zawsze samo z siebie wzbudzało obawy¹³¹.

Ważną rolę w opozycji do szpitali odgrywali wszelkiego rodzaju znachorzy, tak w mieście, jak i na wsiach. Ich działalność powodowała, że wielu pacjentów nie podejmowało decyzji o hospitalizacji, lecząc się metodami medycyny niekonwencjonalnej. Zjawisko to tępione było od dawna, ale nawet restrykcyjna ustawa z 1869 r. nie potrafiła go zlikwidować. W niektórych regionach Niemiec w szczególnych przypadkach zezwalano kasom chorych nawet na zatrudnianie znachorów¹³². Działo się tak, mimo iż w 1819 r. P.J.G. Cabanis, przed nim zaś wielu, uważał szpitale za miejsce ochrony przed szarlatanami, zakłady które powinny „chronić lud przed jego własnymi błędami”¹³³.

O tym, że także wielu lekarzy, zwłaszcza działających na początku XIX wieku, wzbraniało się przed hospitalizacją swych pacjentów, świadczy choćby przykład dwóch doktorów z Bielefeld, którzy w swoim sprawozdaniu za lata 1807–1810 wspominają, że na dwa tysiące siedmuset pięćdziesięciu jeden chorych tylko pięćdziesięciu dziewięciu (2%) zmuszeni byli przekazać do szpitala, choć w trakcie leczenia przyświecał im zbożny cel jak najszybszego przywracania (zwłaszcza chorym ubogim) zdolności do pracy zawodowej¹³⁴.

Dodatkowy argument podnoszony w sporze o hospitalizację to rzekomy demoralizujący wpływ tej instytucji. Jeszcze w 1870 r. tak pisał dr Zygmunt Dobieszewski: *Widziałem ludzi bardzo młodych zaledwie z dzieciństwa wyszłych, co przed wejściem do szpitala byli niewinnymi, a wychodząc umieli grać w karty, pili wódkę, a nawet przywłaszczali sobie cudze własności*¹³⁵.

Krytyka hospitalizacji wprzęgnięta była w krytykę miasta jako czynnika chorobotwórczego. Już w 1741 r. Johann Peter Süßmilch przeanalizował dostępne wówczas dane epidemiologiczne i zauważył, że śmiertelność, wahająca się na terenach wiejskich pomiędzy 20‰ a 25‰, wrastała wraz z gęstością zaludnienia, osiągając nawet 35–40‰ w

¹³⁰ Cyt. za: Wachholz 1924, s. 50.

¹³¹ Frevert 1984, s. 77. Por. także: J. Jeszke, *Szpital w świadomości ludowej XIX i XX wieku*. [w:] M. Dąbrowska, J. Kruppé [red.], *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*. „Studia i Materiały z Historii Kultury Materialnej”, T. 56. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Archeologii i Etnologii PAN, 1998, s. 241–245, w którym autor analizuje postawy wobec szpitala w środowisku wiejskim w XIX i XX wieku. W postawach tych dominuje niechęć, aż do agresji, wyrażanej w słowach pewnego ojca: *do szpitala dziecka nie dam, lepiej niech umrze w domu*. *Ibidem*, s. 243.

¹³² Sadowska 2000, s. 203–204.

¹³³ Foucault 1999, s. 65, 101–102.

¹³⁴ Frevert 1984, s. 110.

¹³⁵ Z. Dobieszewski, *Rzut oka na urzędnia szpitalne w niektórych krajach Europy*. Warszawa: Czerwiński i Spółka, 1870, s. 87.

wielkich miastach (Berlin, Wrocław). Spostrzeżenie to dało asumpt do rozważań choćby na temat niezdrowego, „miazmatycznego” powietrza miejskiego¹³⁶.

Epidemia cholery w 1831 r., w związku z prowadzonymi dokładnymi danymi statystycznymi, posłużyła do dalszego promowania zdrowego powietrza wiejskiego, w opozycji do skłonnego do niesienia, czy wręcz wzniesienia zarazy powietrza wielkich miast. Kontynuacja krytyki Süßmilcha oparta została na zestawieniu liczb dotyczących łącznie całego obszaru Niemiec: 40,25‰ – śmiertelność na wsi w okresie epidemii (w tym na samą cholere – 2,96‰) vs. 48,05‰ – śmiertelność w tym czasie w miastach (odpowiednio 9,7‰)¹³⁷. Jednak już rok później to oczywiste zestawienie zostało podważone przez Antona Heinricha Nicolaia. Porównał on bardzo wysoką śmiertelność w czasie epidemii na terenach wiejskich w prowincji Prusy Wschodnie (śmiertelność całkowita – 71,8‰; zgony spowodowane cholere – 14,1‰) z niską śmiertelnością wielkiego miasta (Wrocław, analogicznie: 35,6‰ i 2,4‰). Mało tego, zauważył on, iż największa śmiertelność związana z epidemią (powyżej 10‰) dotyczyła miast o ludności poniżej dwa tysiące mieszkańców, nie zaś miast o najliczniejszej populacji. Tym samym teza o wysokiej szkodliwości powietrza miejskiego została poważnie zachwiana¹³⁸.

Podobnie jak niejednoznaczny był obraz miasta jako czynnika kształtującego śmiertelność, tak samo obraz postrzegania szpitala przez potencjalnych pacjentów wydaje się być również bardzo zmienny. Wynika to między innymi z faktu, że szpitale postrzegane były jako bramy do śmierci głównie w oparciu o poglądy powstałe w drugiej połowie XVIII wieku. Pomimo radykalnych przemian w szpitalnictwie europejskim, pogląd taki uparcie pokutował w pewnych kręgach opinii publicznej aż do końca XIX wieku¹³⁹. Jednakże nowsze badania ukazują, że w obliczu choroby wiele zasłyszanych, mrozących krew w żylach opowieści przestawało odgrywać istotną rolę. O niejednoznacznym stanowisku samych zainteresowanych świadczyć może przykład Monachium. Wprowadzony tam system abonamentowy, uprawniający do nabycia prawa do leczenia w szpitalu powszechnym, nie cieszył się z początku zbyt wielką popularnością, do czego przyczyniła się zarówno znacząca wysokość składki, jak i zła reputacja, jaką szpital cieszył się w niektórych kręgach czeladników i służących, stanowiących potencjalnie główną klientelę zakładu. Z tego okresu pochodzi głos jednego z czeladników, mówiący, że *denn nicht jeder, der als krank arbeitsunfähig wird, begiebt sich sogleich in das Krankenhaus. Jeder fürchten dieses. Ist daher eine Krankheit wahrscheinlich nicht von langer Dauer, oder die Erwerbsunfähigkeit auf Monate lang anhaltend, jedoch die Krankheit nicht gefährlich, so wird das Krankenhaus gar in Anspruch genommen*¹⁴⁰. Z drugiej strony, osoby, które pomimo to zdecydowały się na wykupienie abonamentu, zgłaszały się zaraz masowo z banalnymi chorobami, domagając się hospitalizacji¹⁴¹.

Zwłaszcza w środowisku lekarzy klinicznych podnoszone były głosy przychylnie hospitalizacjom. Choroba pacjenta traktowana była jako obiekt szczególnego zainteresowania, z czego pożytek mieli: chory, ludzkość i sam lekarz. Pacjentów traktowano bo-

¹³⁶ Bleker 1983, s. 119–120. Por. także Wagner 2001, s. 42.

¹³⁷ Bleker 1983, s. 120.

¹³⁸ Bleker 1983, s. 121.

¹³⁹ Bleker 1997, s. 18.

¹⁴⁰ Cyt. za: Steiner 2001, s. 84.

¹⁴¹ Steiner 2001, s. 83–85, 94 (przypis 71).

wiem nie jako *Zweck für sich allein [sondern] als Mittel (es sey auch zu Bestätigung irgend einer neuen Methode oder Kunst)*¹⁴². W tej sprawie w 1848 r. zabrał głos nawet sam Rudolph Virchow, pisząc: *Kann jemandem in seiner Wohnung nicht nöthige Pflege zutheil werden, so muss man ihn in eine Anstalt aufnehmen. Die Aufnahme in ein Krankenhaus muss demnach jedem Kranken, der dessen bedarf, frei stehen, gleichviel ob er Geld hat oder nicht, ob er Jude oder Heide ist*¹⁴³.

Do czynników zainteresowanych promowaniem szpitali jako obszarów pożądanych społecznie i medycznie należały także władze miejskie, w tym bezpośrednio kierujące do zakładów władze policyjne. Możliwość praktycznego wykorzystania szpitali rozwiązywała bowiem, przynajmniej doraźnie, niektóre problemy, o czym Zofia Podgórska-Klawe tak pisze: *władze policyjne [Warszawy], mające prawo do kierowania do szpitali, uważały ten sposób za najprostsze wyjście z wielu sytuacji i w efekcie nadsyłały szpitalom, często późno wieczorem lub nawet w nocy, ludzi bez orzeczeń lekarskich i bez wymaganych [...] orzeczeń o ich stanie majątkowym. Do Szpitala Św. Jana Bożego przysyłano np. stale nalogowych pijaków*¹⁴⁴.

O tym, że podjęty temat szpitala jako „bramy śmierci” był żywo dyskutowany i nigdy nie rozstrzygnięty do końca, świadczy głos polemiczny pochodzący jeszcze z 1892 r.: *A przedewszystkiem sam chory o ileż w lepszych znajdzie się warunkach! Nawet porównać nie można tych warunków, jakich szpital dla leczenia dostarcza z tem, co w ciasnej izbie dać może biedna rodzina. Bez porównania częściej i w bez porównania krótszym czasie minie szczęśliwie choroba w szpitalu, niż w takim niezamożnym domu. [...] Ludzi samotnych, pozbawionych rodziny jest liczba nie mała [...]. W najcięższych przejściach swego życia ci ludzie szpitala potrzebują i mieć go powinni*¹⁴⁵.

Z głosem tym współgra inna opinia, ukształtowana sto lat wcześniej, w 1788 r. przez Karla Stracka, lekarza w Meinzu: *Wenn der Kranke ein vermögender ist; wenn seine Wohnung hinlänglichen Raum und solche Lage hat, dass man sie nach Erforderniß mit reiner Luft durchlüften kann; wenn er das zur Krankenpflege nöthige Hausgeräth, besonders aber genugsames Weißzeuch besitzt; wenn er Frau und erwachsene Kinder hat, die ihn mit mehr Liebe und Zuneigung als jeder gedungene Wärter pflegen, so wird er in seinem Hause ungleich besser als in einem Hospital verpfleget werden. [...] Ist aber der Kranke ein Mann, der eine enge, niedrige, feuchte und in Absicht auf Lage eine ungesunde Wohnung hat, dem es noch dazu Holz, Licht, Bettung, Leinwand, gehöriger Speis und Trank, an Arzneyen und Aufwartung gebricht, so ist es unsträtig besser für ihn, wenn man ihn zum Hospitale bringt*¹⁴⁶. Takie podejście do kwestii kwalifikacji do hospitalizacji uzależnionej od możliwości opieki nad chorym w domu i jego statusu materialnego towarzyszyło szpitalom przez cały XIX wiek.

Obecnie w historiografii szpitalnictwa końca XVIII i całego XIX wieku przeważa uznanie szpitala za obszar atrakcyjny dla ubogich chorych, co postrzegane jest zarówno na obszarze niemieckojęzycznym¹⁴⁷, we Francji¹⁴⁸, a także w Anglii¹⁴⁹, gdzie zjawisko

¹⁴² Cyt. za: Frevert 1984, s. 80, pogląd Christofa W. Hufelanda (1796 r.).

¹⁴³ Cyt. za: Bleker 1988, s. 20.

¹⁴⁴ Podgórska-Klawe 1975, s. 179.

¹⁴⁵ Kramsztyk 1899, s. 296–297.

¹⁴⁶ Cyt. za: Wagner 2001, s. 42. Por. także: Frevert 1984, s. 75–76.

¹⁴⁷ Paul 1996, s. 98.

szpitala (w przeciwieństwie do zachodnioeuropejskich państw kontynentalnych) było pewną nowością. Należy jednocześnie raz jeszcze podkreślić, że szpitale w pierwszej połowie XIX wieku trzeba uznać bardziej jako miejsca odpoczynku i wykwalifikowanej opieki, aniżeli miejsca zmniejszającego śmiertelność populacji miejskich ubogich¹⁵⁰. Dawniejsze poglądy, jakoby coraz powszechniejsza hospitalizacja¹⁵¹ w tym czasie paradoksalnie przyczyniała się do zwiększenia ilości zgonów¹⁵², obecnie zupełnie nie znajdują potwierdzenia¹⁵³. Zwłaszcza doniosłe są tu badania Johannya Bleker, analizującej śmiertelność na początku wieku XIX w wüzburgskim *Juliusspital*. W latach 1819–1829 zmarło tam zaledwie 5,9% z ponad dziesięciu tysięcy pacjentów leczonych na oddziale internistycznym. Nie świadczy to jednak o znakomitej zdolności terapeutycznej zakładu. Jak autorka słusznie zauważa, wiele lekkich schorzeń ustępowało, a przynajmniej znacząco się ograniczało, po zastosowaniu najprostszych działań higienicznych oraz dietetycznych. Świadczy o tym wyraźnie analiza przypadków zakończonych sukcesem terapeutycznym. Natomiast analiza przypadków zakończonych niepowodzeniem wykazała, że były to często przypadki, które przy ówczesnym poziomie wiedzy medycznej musiały się skończyć niepomyślnie, niezależnie od miejsca leczenia. Szpital więc w tych sytuacjach nie może być postrzegany jako „obszar śmierci”. Oczywiście można czynić zastrzeżenie, iż ówczesna śmiertelność wśród chorych Würzburga leczonych poza szpitalem wynosiła 3%, a więc była o połowę niższa, aniżeli śmiertelność w *Juliusspital*. Podstawy tego zjawiska znane były już ówczesnym lekarzom: szpital obejmował swą opieką część ludności szczególnie napiętnowaną ubóstwem i trudnymi warunkami pracy, a więc bardziej podatną na niekorzystne rozwiązanie ich problemu zdrowotnego. Podobne zresztą dane uzyskano dla Berlina i tamtejszej *Charité* już w XVIII wieku. Jednocześnie szpital ówczesnej jego klienteli jawił się odmiennie, w zależności od rodzaju schorzenia. W banalnych przypadkach chorzy oczekiwali hospitalizacji jako drogi do szybkiego

¹⁴⁸ M. Robichaud, *The Changing Face of Hospital Care in the 18th-Century Upper Normandy: the Hospital of Caudebeck and the Arrival of "Paying Inmates" (1693–1789)*. „Canadian Bulletin of Medical History”, 2005, 22, s. 130–136.

¹⁴⁹ E.G. Thomas, *The Old Poor Law and Medicine*. „Medical History”, 1980, 24, s. 4–5.

¹⁵⁰ Dann 1835, s. 306–308; Thomas 1980, s. 6; Berger 1996, s. 230.

¹⁵¹ O wzrastającej roli szpitalnictwa choćby w samym państwie pruskim świadczą następujące liczby: w 1822 r. znajdowało się sto pięćdziesiąt pięć placówek określanych mianem *Krankenhaus*, w 1855 r. sześćset osiemdziesiąt jeden, zaś w 1871 r. dziewięćset czterdzieści dwie. Spree 1996, s. 59.

¹⁵² T. McKeown, R.G. Brown, *Medical Evidence Related to English Population Change in the Eighteenth Century*. [in:] D.V. Glass, D.E.C. Eversley [eds.], *Population and history*. London: Edward Arnold, 1965, s. 290–291; Frevert 1984, s. 76–77.

¹⁵³ E.M. Sigsworth, *Gateways to Death? Medicine, Hospitals and Mortality, 1700–1850*. [in:] P. Mathias [ed.] *Science and Society 1600–1900*. Cambridge: Cambridge University Press, 1972, s. 97–110; Thomas 1980, s. 5; Paul 1996, s. 98. Wymowne są też liczby podane przez Fuchsa dla berlińskiej *Charité*: w XVIII wieku rocznie umierało ok. 30% pacjentów, około 1830 r. 16%, pomimo wzrastającej liczby klientów (C.H. Fuchs, *Über die Sterblichkeit der Stadt Würzburg vom 1. Juli 1819 bis zum 30. Juni 1829*. „Zeitschrift für die Staatsarzneikunde”, 1833, 25, s. 391). Choć liczby te nadal budzą przerażenie, to do 1850 r. śmiertelność w szpitalach nadal malała, osiągając miejscami niecałe 5% (R. Lee, *The Mechanisms of Mortality Change in Germany 1750–1850*. „Medizin-historisches Journal”, 1980, 15, s. 254). Na marginesie warto odnotować, że analiza śmiertelności szpitalnej, podjęta w 1844 r. przez Götza w stosunku do niektórych szpitali europejskich, wyraźnie uwidacznia znaczące różnice pomiędzy poszczególnymi ośrodkami. Np. w katolickim szpitalu w Stuttgarcie śmiertelność wynosiła 1 na 29, 4 leczone przypadki, zaś w paryskiej *Charité* aż 1 na 5, 5 leczonych przypadków. Te właśnie różnice dawały niewątpliwie asumpt do różnorodnego postrzegania szpitali przez współczesnych. Götz 1845, s. 9. Por. także Bleker 1997, s. 33.

powrotu do zdrowia. W przypadkach o niepomyślnym rokowaniu pacjenci na własne życzenie opuszczali szpital, nie widząc dalszego sensu hospitalizacji, bojąc się sekcji zwłok lub też po prostu pragnąc umrzeć w gronie najbliższych¹⁵⁴.

W Gdańsku, analizując omówione już zjawiska, można wysunąć ostatecznie wnioski, że w tworzeniu klienteli zmedykalizowanego szpitala w pierwszej połowie XIX wieku istniały dwa sprzeczne kierunki: jeden, skierowany do Lazaretu, tworzony przez ubogich domagających się leczenia chorego, albo przynajmniej pogrzebania zmarłego, oraz drugi, reprezentowany przez prowizorów i lekarzy rewirowych, mających za zadanie odepchnięcie od Lazaretu do domów owej fali potrzebujących. Można też przyjąć, że istniejące w Gdańsku w ubiegłych stuleciach zjawisko postrzegania przez ubogich szpitala jako miejsca pożądanego, w XIX wieku uległo wzmocnieniu, aż do „nadużywania owej dobroczynności”, jak pisał dr Dann¹⁵⁵.

Jednocześnie niezwykle istotny jest fakt, iż na przełomie XVIII i XIX wieku zmieniła się całkowicie klientela szpitala nie tylko w zakresie rodzaju schorzeń, także w zakresie struktury wiekowej pacjentów. Do połowy XVIII wieku byli to głównie ludzie starsi, bądź dzieci. Obecnie, na progu XXI wieku, szpital jest w dużej mierze miejscem leczenia osób w podeszłym wieku, zmuszonych do hospitalizacji bądź ciężkością schorzenia, bądź złożoną sytuacją diagnostyczno-terapeutyczną¹⁵⁶. Tymczasem na przykład w hamburskim szpitalu powszechnym w latach 1829–1865 dwie trzecie wszystkich pacjentów stanowili ludzie młodzi, pomiędzy piętnastym a trzydziestym rokiem życia. Nikły był udział młodzieży i stosunkowo niewielki ludzi w podeszłym wieku¹⁵⁷. Podobnie wśród chorych szpitala powszechnego św. Jerzego w Hamburgu przeważali ludzie młodzi (w 1829 r. wśród mężczyzn 61% stanowili pacjenci pomiędzy 15 a 30 rokiem życia, zaś wśród kobiet aż 73% pacjentek w tym samym przedziale wiekowym)¹⁵⁸. Analogiczna sytuacja występowała i w Gdańsku: w okresie sprawozdawczym 1843–1844 pacjenci gdańskiego Lazaretu w przedziale wiekowym 20–30 lat stanowili 34,8%, w przedziale wiekowym 20–40 lat – 46,9%, zaś w przedziale wiekowym 10–30 lat – 55,1% całej populacji nowo przyjętych chorych¹⁵⁹.

Zjawisko to narastało z biegiem czasu. Udział pośród klientów wszystkich szpitali powszechnych w Prusach osób pracujących w wieku około trzydziestu lat, wynoszący około 53% w końcu lat siedemdziesiątych XIX wieku, został zwiększony do 71% na początku XX wieku¹⁶⁰.

¹⁵⁴ Bleker 1995 (c), s. 170–172.

¹⁵⁵ Oszacowanie rzeczywistego rozmiaru świadczeń medycznych dokonywanych przez Lazaret na rzecz miasta – por. tab. 9.

¹⁵⁶ W 1986 r. struktura wiekowa w szpitalach byłej Republiki Federalnej Niemiec kształtowała się następująco: 7% osoby do 10 roku życia, 24% osoby pomiędzy 10 a 30 rokiem życia, 23% osoby pomiędzy 30 a 50 rokiem życia i aż 45% osób powyżej 50 roku życia. Spree 1996, s. 69.

¹⁵⁷ Por. Spree 1997, s. 417–421.

¹⁵⁸ Langefeld, Spree 1998, s. 168. W 1865 r. było podobnie: 71% w obu grupach pacjentów. *Ibidem*.

¹⁵⁹ Götz 1845, s. 24.

¹⁶⁰ Spree 1995, s. 98.

Zresztą podobne dane pochodzą nie tylko z obszaru Niemiec. Np. w szpitalach warszawskich wiek chorych kształtował się analogicznie: najlicniejsza była grupa mężczyzn w przedziale wiekowym 25–45 lat, kobiet zaś 14–39 lat¹⁶¹.

Reinhard Spree, analizując tę sytuację z perspektywy niemal półtora wieku, podkreślił ową charakterystyczną cechę przeciętnego klienta szpitala XIX wieku: młody, samotny mężczyzna, nie posiadający w razie choroby stosownej opieki oraz wystarczających środków materialnych. Autor za główny czynnik sprawczy zjawiska uznał uczynienie ze szpitali instrumentu opieki medycznej nad ubogimi pracującymi (*labouring poor*), a więc instrumentu do przywracania zdolności do wykonywania przez nich czynności zawodowych, tym samym regulującego pozytywnie rynek pracy oraz ograniczający konieczność interwencji dobroczynności miejskiej¹⁶². Ale już w 1844 r. dr Götztz, prezentując klientelę swego szpitala (por. tab. 14), tak opisuje najczęściej hospitalizowanych pacjentów: *Erklärung hiefür findet sich sehr natürlich in dem Umstande, daß bei weitem der größte Theil der dienenden Klasse, fast sämtliche Handwercksgesellen und selbst die Arbeitsleute in dem Alter von 20–30 Jahren, natürlich schon dem Elternhause mit seiner Pflege entwachsen sind, und doch einen eigenen Hausstand meist noch nicht gebildet haben*¹⁶³. Zdaniem dr. Götztza niewielka ilość hospitalizowanych dzieci do 10 roku życia (pacjenci w przedziale wiekowym 0–10 lat stanowili 8,8%) wynika z tendencji do leczenia ich w domach, gdzie z reguły mieli lepszą opiekę niż w szpitalu. Po założeniu rodziny ilość osób skłonnych do hospitalizacji ponownie malała, wedle dr. Götztza z powodu dobrej opieki domowej (udział w całej populacji nowo przyjętych pacjentów Lazaretu w omawianym okresie sprawozdawczym chorych w przedziale wiekowym 40–100 lat wynosił 24%,). Jednocześnie autor tak tłumaczy bardzo niską frekwencję osób powyżej pięćdziesiątego roku życia: *Wenn auf der andern Seite die Zahl der Kranken jenseits der fünfziger Jahre von dem vorgenannten Höhepunkt in noch racherer Progression fast herabsinkt, so liegt das einmal in der überhaupt geringeren Zahl über 50jähriger Menschen, dann aber auch gewiß sehr wesentlich in den vielen Hospitälern und sonstigen milden Stiftungen, in welchen früherer Wohltätigkeitssinn dem höhern Alter der ärmeren Klasse vielsache Zufluchtsstätten eröffnet hat*¹⁶⁴.

Do podobnych wniosków dojść można analizując klientelę separatek w szpitalu powszechnym w Monachium w oparciu o rachunki z lat 1827–1828, 1869 i 1894. Z analizy tej wynika, że w skład owej nielicznej przeciw grupy pacjentów (1–3% wszystkich chorych szpitala) wchodziło m.in. oficerowie, nauczyciele akademicy, duchowni, lekarze, rentierzy, studenci, artyści, prawnicy, kupcy, urzędnicy, a więc osoby, wedle dzisiejszej klasyfikacji społecznej stanowiący klasę średnią. Lecz nawet tak wyselekcjonowaną grupę stanowili ludzie stosunkowo młodzi (43,4% tej populacji stanowiły osoby między 20 a 29 rokiem życia, zaś 23,3% pomiędzy 30 a 39 rokiem życia)¹⁶⁵.

Tak więc obszar szpitalny stał się pożądany zwłaszcza poprzez swą zdolność do opieki nad tymi, którzy tejże opieki w czasie choroby nie mogli pozyskać z innych źródeł. Pojawienie się w szpitalach znacznej ilości chorych wynikało nie tylko z ich sytuacji

¹⁶¹ Podgórska-Klawe 1975, s. 122.

¹⁶² Spree 1995, s. 97–98.

¹⁶³ Götztz 1845, s. 25.

¹⁶⁴ Götztz 1845, s. 24–25.

¹⁶⁵ Stollberg, Tamm 2001, s. 110–118, 121–122.

społecznej, ale i osobistej. Atrakcyjnym dla klienteli szpitala stawał się oferowany substytut rodziny. W takim ujęciu główny świadczeniodawca to osoba opiekująca się chorym, nie zaś osoba podejmująca czynności diagnostyczno-terapeutyczne.

Miało to także swe konkretne konsekwencje prawne. W statutach gdańskich kas chorych, w paragrafach dotyczących hospitalizacji chorych, wyraźnie zaznaczano, iż *für solche Kassenmitglieder, welche verheirated oder Glieder einer Familie sind, kann die Unterbringung in einem Krankenhause ohne ihre Zustimmung nur dann angeordnet werden, wenn nach Erklärung des Kassenarztes die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann*¹⁶⁶.

Oczywiście to tylko część prawdy. To co ubogim, w tym ubogim pracującym, a także kierującym ich do szpitali czynnikiem decyzyjnym, jawiło się atrakcyjnego w hospitalizacji, nie tłumaczy pojawienia się „chorych płacących” (zwłaszcza za usługi niechirurgiczne). O ile nie zmuszała ich do tego faza terminalna choroby, lub jej przewlekłość i uciążliwość, a więc szukanie pomocy hospicyjnej, za atrakcyjne musiały być uznane procedury terapeutyczne. Jednak w świetle przedstawionych faktów należy raczej przyjąć, że to zjawisko zyskało na znaczeniu później, aniżeli w pierwszej połowie XIX wieku: w 1835 r. dr Dann, wymieniając odpłatnych klientów osobnych sal dla chorych, zaznacza, iż w większości byli to nieuleczalnie chorzy psychicznie z wyższych sfer¹⁶⁷.

Pozostaje otwartym pytanie: od kiedy zdolność terapeutyczna szpitala w zakresie leczenia chorych internistycznych stała się na tyle atrakcyjna, że pojawiali się pacjenci gotowi zapłacić za leczenie w warunkach szpitalnych schorzenia, które nie było bardzo przewlekłe (czy wręcz nieuleczalne) i/lub szczególnie uciążliwe. Pytanie to staje się istotne zwłaszcza w poglądach panujących u kresu XVIII wieku na temat w ogóle zdolności terapeutycznej wynikłej z ówczesnej wiedzy medycznej, które znalazły swój wyraz choćby w słowach Stanisława Staszica: *niedokładność tej nauki jeszcze nie pozwala, aby tak powszechnie była uczona [...]. Jeszcze lekarstwo nie ma dosyć doświadczeń, aby miało swoją teorię, aby było umiejętnością. [...] Dzisiejsza nauka lekarska więcej szkodzi, aniżeli towarzystwom dobrego czyni*¹⁶⁸.

Odpowiedzi nie udziela, niestety, analiza statystyki przypadków hospitalizowanych w Gdańsku w latach 1843–1844 (por. tab. 17). Pomijając omówione względy metodologiczne, istnieje, jak się wydaje, znaczny rozrzew pomiędzy trudnością terapeutyczną przypadków. Obok schorzeń nawet dziś uznanych za trudno uleczalne, bądź wręcz nieuleczalne, spotykamy długi szereg przypadków nieskomplikowanych, a nawet takie, których kwalifikacja do hospitalizacji budzi wątpliwości.

Do schorzeń mogących prowadzić do śmierci należą między innymi: rak (trzydzieści sześć przypadków¹⁶⁹), zapalenie płuc (sto dziewięćdziesiąt jeden), tyfus brzuszny (sześćdziesiąt osiem), ospa prawdziwa (osiem), gruźlica płuc (sto siedemnaście), zapale-

¹⁶⁶Statut der Brauer-Krankenkasse zu Danzig. Danzig: Julius Sauer, 1884, s. 9, §13. Podobne postanowienia np. w: Statut für die Krankenkasse der A.W. Kafemann'schen Offizin in Danzig Ketterhager-gasse Nr. 4. Danzig: A.W. Kafemann, 1892, s. 7, §7.

¹⁶⁷ Dann 1835, s. 307.

¹⁶⁸ Cyt. za: S. Szpilczyński, *Sytuacja w medycynie w chwili podejmowania reform przez Komisję Edukacji Narodowej*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1974, 37, s. 28–29.

¹⁶⁹ Podaję ilość w obu latach (1843–1844) łącznie.

nie otrzewnej (trzydzieści cztery) i wady serca (pięćdziesiąt sześć). Łącznie pięćset pięćdziesiąt jeden przypadków najczęstszych schorzeń o poważnym lub złym rokowaniu¹⁷⁰.

Do schorzeń o dość dobrym rokowaniu zaliczyć można: zapalenie oskrzeli (dziewięćdziesiąt dziewięć przypadków), nieżyt płuc (siedemdziesiąt dziewięć), róża (osiemdziesiąt pięć), tyfus brzuszny (sześćdziesiąt osiem). Łącznie czterysta dziesięć najczęstszych przypadków z tej grupy.

Do schorzeń, których wyleczalność nie powinna stanowić trudności, należą między innymi: ropnie (sześćdziesiąt siedem przypadków), nieżyt żołądka (piętnaście), blednica (trzydzieści osiem), dyzuria (dwa), moczenie (siedem), gorączka kataralna (trzydzieści), gorączka gastryczna (czterysta siedemdziesiąt dziewięć), gorączka przerywana¹⁷¹ (sto dwadzieścia dziewięć), czyrak (osiemnaście), zapalenie żołądka (dwadzieścia dwa), gorączka reumatyczna¹⁷² (osiemdziesiąt jeden), zanokcica (pięćdziesiąt), łupież (sto pięćdziesiąt dwa), świerzb (sześćset czterdzieści sześć), owrzodzenia podudzi¹⁷³ (trzysta pięćdziesiąt dziewięć), ospa wietrzna (dwadzieścia). Ta grupa jest najliczniejsza i liczy aż dwa tysiące sto piętnaście przypadków.

Wątpliwości co do celowości hospitalizacji budzą: zapalenie napletka (sześć przypadków), angina migdałków (osiem), otarcie (osiem), zapalenie ślinianek (dwadzieścia osiem), zaparcie (trzy), łącznie pięćdziesiąt trzy przypadki.

Otóż analizując najczęstsze przypadki, których wyleczalność nie stanowiła nawet w pierwszej połowie XIX wieku większego problemu, nietrudno dojść do konkluzji, że stanowiły ją w dużej mierze schorzenia trapiące ludzi ubogich, gdzie u podłoża problemów leżał głównie brak higieny. To do nich skierowano wówczas *sensu stricte* ofertę terapeutyczną¹⁷⁴, dając możliwość uwolnienia się (przynajmniej na jakiś czas – *vide* nawracające przypadki owrzodzeń podudzi) od choroby.

Za najlepszy przykład może posłużyć kwestia świerzbu, z powodzeniem leczona w Lazarecie. Dr Götz tak ujmuje ten problem w swoim sprawozdaniu: *Die in ähnlicher Weise hervorragende Zahl der Krätzkranken im Jahre 1838, welche sich beinahe auf 1000 belief, erklärt sich jedoch dadurch, daß in jenem Jahre nicht nur in der Stadt selbst, sondern namentlich auch im Stadtkreise die genannte Krankheit so sehr verbreitet war, daß es nöthig erschien, um derselben Einhalt zu thun, auch von dort her oft ganze Familien, der schnellen und sicheren Heilung wegen, in das Lazareth zu schicken.*

Otóż przyjmowanie całych chorych rodzin celem „szybkiego i pewnego wyleczenia” z jednej strony świadczy o otwarciu się możliwości terapeutycznych szpitala na owo dokuczliwe schorzenie, z drugiej zaś ukazuje jeden z ważnych elementów poprawiających znacząco statystykę dokonanych przez szpital pozytywnych rozwiązań stawianych mu przez mieszkańców Gdańska problemów zdrowotnych. W tej sytuacji, z punktu widzenia statystyki, ilość niepowodzeń została „rozmyta” w zalewie przyjmowanych przypadków, co do których sukces terapeutyczny był niemal pewny. To też jest powodem, iż mimo nadal obecności „nieuleczalnych” średni czas hospitalizacji został rady-

¹⁷⁰ Pominięto przypadki kiły oraz pozapłucnych postaci gruźlicy.

¹⁷¹ Oczywiście tak dyzuria, moczenie jak i gorączka przerywana są objawami, nie schorzeniami.

¹⁷² Rozpoznanie to budzi najwięcej wątpliwości: w Lazarecie uzyskiwano 100% wyleczeń, co stawia pod znakiem zapytania trafność diagnozy.

¹⁷³ Schorzenie to cechowała jednak duża nawrotowość, o czym była już mowa.

¹⁷⁴ Owa oferta terapeutyczna oczywiście poszerzona została o możliwość leczenia wszelkich urazów, na które niższe warstwy ludności były podatne, jak już zaznaczono.

kalnie skrócony, skoro, jak to głosił dr Götz, okres terapii przeciwświerzbowej wynosił tylko dziesięć, jedenaście dni¹⁷⁵.

Banalizacja przypadków leczonych w Lazarecie (wymienione choroby stanowią ponad 35% wszystkich schorzeń) nie stanowiła bynajmniej gdańskiej specyfiki. Za analogiczny przykład mogą posłużyć nieco wcześniejsze dane (za lata 1819–1829) dotyczące słynnego *Juliussspital* w Würzburgu, przedstawione przez Johannę Bleker¹⁷⁶. Aż 45,2% przypadków dało się wyleczyć (przy pomocy ówczesnych środków) w dwa tygodnie. Dłużej niż cztery tygodnie pozostawało w zakładzie tylko 32% chorych. Dane dotyczą oczywiście pacjentów wypisanych ze szpitala, nie zaś zmarłych w ciągu wspomnianego okresu hospitalizacji. Co ciekawe, prawdziwą zmołę stanowiły rozliczne (sześćset dwadzieścia) przypadki hysterii (najczęściej służących), których w Gdańsku odnotowano tylko trzydzieści trzy. Natomiast występuje wyraźna zbieżność w ilości przypadków chorób ludzi ubogich (choroby skóry, zwłaszcza świerz – 19% wszystkich przypadków), schorzeń infekcyjnych ostrych (8,6%) i chorób układu oddechowego (16,8%). Autorka podkreśla przy tym rodzaj kryteriów kwalifikacji do hospitalizacji. Podtrzymuje ona pogląd wielu badaczy, że jednym z głównych powodów była ochrona przedubożeniem tak osób żyjących samotnie, jak całych rodzin, co wynikało zarówno z racji stanu, jak i z poczucia chrześcijańskiej odpowiedzialności. Do istotnych motywów hospitalizacji należały także wskazania natury policyjnej, dotyczące zwłaszcza chorych wenerycznych oraz pacjentów zakażonych świerzbowcem. Hospitalizacjom sprzyjała uproszczona i mało biurokratyzowana formuła przyjmowania do zakładu¹⁷⁷. Wydaje się też, że pewne środowiska potencjalnej klienteli szpitala (np. młodych służących płci żeńskiej) wywierały nacisk na przyjmowanie do zakładu, szczególnie w przypadkach chorób o podłożu psychosomatycznym. Reasumując, autorka podkreśla, że w porównaniu z szeroko rozumianą funkcją socjalną i społeczno-polityczną szpitala pierwszej połowy XIX wieku jego funkcja czysto medyczna schodziła na dalszy plan¹⁷⁸.

Niestety, opracowanie Johannы Bleker dotyczy tylko oddziału wewnętrznego szpitala w Würzburgu, stąd nie można porównać danych dotyczących zapadalności np. na owrządzenia podudzi, czy też urazowości, co byłoby w tym przypadku bardzo celowe.

Podobny przekrój danych zaprezentowała Barbara Leidinger, analizująca schorzenia najczęściej leczone w szpitalu powszechnym w Bremie w 1862 r.: schorzenia przewodu pokarmowego (16,3%), stany zapalne (13%), reumatyzm, urazy i nieżyty dróg oddechowych (łącznie około 9%), natomiast rzadko nieuleczalne i przewlekłe: choroby weneryczne (5,7%) oraz gruźlica (4,3%)¹⁷⁹.

Opisane zjawiska wyjaśniają w dużej mierze fakt, że szpitale tak długo pozostawały enklawą ubóstwa. Przedstawione powyżej tłumaczenie, dość powszechne i po części

¹⁷⁵ Götz 1845, s. 49.

¹⁷⁶ J. Bleker *Die medizinische Funktion des frühmodernen Krankenhauses. Zur Analyse des Diagnose-spektrum der Inneren Abteilung des Würzburger Juliussspitals 1819–1829*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s. 129–130.

¹⁷⁷ Tak samo uproszczona procedura przyjmowania do Lazaretu istniała w Gdańsku w stosunku do chorych zarażonych świerzbem. *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 29.

¹⁷⁸ Bleker 1995 (c), s. 164–165, 168–169.

¹⁷⁹ Leidinger 2001, s. 280–281.

niewątpliwie słuszne, iż stało się tak za sprawą ingerencji państwa, używającego szpitali jako instrumentu z jednej strony walki z ubóstwem, a z drugiej strony zdyscyplinowania społecznego¹⁸⁰, nie uwzględnia jeszcze jednego, prostego faktu: szpitale, pomimo ich zmedykalizowania, początkowo nie oferowały wystarczająco ciekawego zestawu usług dla nieubogich, aby ci zechcieli za te usługi płacić. Fakt ten był postrzegany jeszcze na początku XX wieku, gdy w 1905 r. Wacław Męczkowski tak pisał: *Gdy chodzi o chorych zamożnych, zakład leczniczy daje lekarzowi możliwość dokładniejszej obserwacji, ułatwia wykonywanie zabiegów leczniczych, wreszcie daje gwarancję zachowania wszelkich warunków higieniczno-dyetycznych. Wszystko to jednak z mniejszym lub większym trudem i kosztem możliwe jest do osiągnięcia w domu zamożnego chorego. Inaczej ma się rzecz gdy chodzi o leczenie ludu. Warunki domowe, w jakich żyje nasz włościanin lub robotnik, ciasnota mieszkania, brak zasadniczych warunków higienicznych, wreszcie stan kultury i swoiste poglądy na chorobę i jej leczenie – wszystko to sprawia, że o racjonalnym leczeniu domowym u ludności ubogiej, mowy być nie może*¹⁸¹.

Pomijając kwestię chirurgii, z zasady atrakcyjnej terapeutycznie¹⁸², pozostałe gałęzie medycyny przez znaczną część XIX wieku wymagały poszerzenia swych zdolności terapeutycznych i wykorzystania ich w obszarze szpitalnym. Z jednej strony więc, w miarę postępów wiedzy, uzyskano możliwość prowadzenia terapii internistycznej schorzeń ostrych, na tyle poważnych, że wymagały hospitalizacji, z drugiej zaś te same postępy powodowały, że schorzenia przewlekłe, spychające szpitale (pomimo medykacji) nadal do roli przytułków, stały się uleczalne, co pogłębiło przemianę klienteli zakładów i wzmocniło pozycję szpitali w sensie medycznym.

Niezależnie od poczynionych zastrzeżeń, godnym odnotowania jest fakt, że niespełna w dziesięć lat po publikacji doktora Danna, dochód Lazaretu z tytułu opieki nad „chorzymi płacącymi” wyniósł już niebagatelną sumę 6500 talarów¹⁸³. Erygowany w 1853 r. szpital boromeuszek już w pierwszym roku swej działalności udzielił świadczeń dwustu osobom, z czego stu dwudziestu sześciu odpłatnie¹⁸⁴. Atrakcyjność szpitala jako obszaru usług medycznych, za które warto zapłacić, stała się nieodwracalnym faktem. Ale jeszcze godniejszym uwagi jest fakt, że najliczniejszymi klientami szpitala, którzy płacili za swoje leczenie, nadal nie były osoby dobrze sytuowane materialnie. Wręcz przeciwnie. „Chorymi płacącymi” najczęściej stawały się osoby o nie najwyższym statusie materialnym, lecz jednocześnie nie posiadające prawa do korzystania z miejskiej dobroczynności. Z reguły bowiem posiadając stałe zarobki, nie spełniały one kryteriów ubóstwa i nie podlegały bezpłatnemu lecznictwu zamkniętemu, przysługującemu najuboższemu. Jednocześnie jednak zdarzenie choroby stawiało ich w trudnej sytuacji materialnej. Ta grupa społeczna (w skład której wchodziłi np. służący czy też rzemieślnicy) była więc w polu szczególnego zainteresowania państwa, gdyż z niej (wedle ówczesnych poglądów) rekrutowali się ci ubodzy, których znalezienie się w obszarze nędzy miało ścisły związek z owym incydentem chorobowym.

¹⁸⁰ Loetz 1994, s. 124–125; 128–132.

¹⁸¹ Męczkowski 1905, s. 76–77.

¹⁸² Proces przyswajania chirurgii medycynie ukazany został na przykładzie Prus w: Sachs 2005, s. 83–104.

¹⁸³ Dla porównania: koszty żywienia wszystkich chorych w tym roku wyniosły około 10 000 talarów. Zernecke 1834, s. 169.

¹⁸⁴ Steffen 1927, s. 124–125.

Lazaret w Gdańsku stanowił jeden z wielu szpitali XIX-wiecznej Europy, który stopniowo stawał się nie tylko szpitalem dla ubogich, lecz także szpitalem dla ubogich pracujących (*labouring poor*)¹⁸⁵. To do tej grupy przede wszystkim skierowana została przymusowa oferta z 1883 r. obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby. To między tą grupą, jako świadczeniobiorcą, a szpitalami, jako świadczeniodawcą, rozegrają się z biegiem czasu najważniejsze relacje ekonomiczne, kształtujące obraz XIX-wiecznej ekonomii szpitalnej.

¹⁸⁵ A. Labisch, *Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „*Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett*”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s. 262.

7. NAUKA EKONOMII

Problem, który zostanie tu poruszony, ma bardzo szeroki kontekst. Sednem sprawy jest bowiem kwestia finansowania nie tylko procesu diagnostyczno-terapeutycznego poszczególnych pacjentów, a nawet funkcjonowania danego szpitala, lecz problem umocowienia ekonomicznego całego systemu stacjonarnej opieki zdrowotnej. Problem dodajmy, narastający lawinowo wraz z przybieraniem na sile zarówno procesu medykalizacji, jak i procesu industrializacji.

Z praktycznego punktu widzenia, co zresztą rzutowało na przebieg procesu medykalizacji, zagadnienie to ma dwie warstwy. Jedną z nich jest kwestia majątku wewnętrznego poszczególnych fundacji (który stanowiły zazwyczaj nieruchomości, czy też odsetki od kapitałów), jego pomnażania i wykorzystywania dla potrzeb szpitala. Druga to kwestia majątku zewnętrznego instytucji, tzn. najczęściej wartości udzielanych przez nie świadczeń, wartość wyceniana w znacznej części przez podmioty zewnętrzne, niezależne od samego szpitala.

Analizując roczne bilanse dokonywane przez poszczególne szpitale starego typu można sobie wytworzyć dość dokładny obraz podstawowych źródeł finansowania zakładów, zwłaszcza w ich dojrzałej formie w XVII i XVIII wieku. Ich działalność finansowa, mająca na celu zabezpieczenie funkcjonowania fundacji, polegała przede wszystkim na wykorzystaniu majątku wewnętrznego, poprzez:

1. obrót nieruchomościami bądź też ich wydzierżawianie;
2. pozyskiwanie dóbr z majątków, zwłaszcza wiejskich;
3. lokowanie uzyskanych kwot pieniędzy w nieruchomościach;
4. zabezpieczanie tychże kwot w obligacjach kas miejskich (kamlarii i kasie funduszy posiłkowych, *Hilfsgelderkasse*);
5. udzielanie pożyczek pod zastaw hipoteczny (*Pfenigzins*).

Źródła majątku zewnętrznego były bardzo niestałe i obejmowały pierwotnie przede wszystkim:

1. kwoty pozyskiwane ze zbiórek pieniężnych (kasa kościelna, działalność pachołka koszowego);
2. sumy pieniędzy otrzymywane z fundacji nieszpitalnych, powstałych jednak celem wspierania poszczególnych zakładów;
3. pieniądze otrzymywane z wkupywania się poszczególnych osób do szpitala, także z obrotu uzyskiwanych od nich pieniędzy bądź sum osiągniętych ze sprzedaży mienia pozostawionego przez zmarłych pensjonariuszy¹.

Szpital, jak na przykład gdański Lazaret, nie miał być przy tym przedsięwzięciem przynoszącym zyski. Ani władze miejskie, ani zarządy szpitali nie oczekiwały od swoich fundacji dobroczynnych (*milde Stiftungen*, *pia causa*) niczego poza tym, aby budżety zakładów pozostały zrównoważone². Jeszcze w 1870 r. dla części czynników decyzyj-

¹ Szarszewski 2000, s. 55. Por. tab. 19.

² W przypadku, gdy działalność danej fundacji przynosiła zysk, stosowne przepisy znacząco ograniczały możliwość dysponowania pozyskanymi kwotami przez prowizorów. Wynikało to zarówno z nadzoru władz miejskich, dyscyplinujących zarządy i chroniących tym samym fundacje przed ich rozrzutnością oraz marnotrawstwem, jaki i z polityki finansowej prowadzonej przez Radę, zaciągającą kredyt wewnętrzny dla potrzeb

nych Gdańska było naturalne, zarówno to, że Lazaret wymaga subwencji, jak i to, że miasto powinno mu jej udzielać. Samostanowienie fundacji, w opinii tychże czynników, nie musiało oznaczać jej samodzielności finansowej. Konieczność udziału czynników zewnętrznych we wszystkich formach działalności dobroczynnej była nadal w XIX wieku czymś naturalnym i rozumianym samo przez się.

Stanowisko to musiało jednak ulec zmianie. Kryzys finansowym przełomu XVIII i XIX wieku oraz przemiany strukturalne Lazaretu wymusiły zmianę sposobu finansowania fundacji. Od 1815 r. do pokrycia znaczącej części kosztów opieki i leczenia chorych zobowiązało się miasto³. Wyprzedaż majątków Lazaretu jaka nastąpiła w latach następnych, odmowa udzielania przez miasto subwencji, zdarzenia o których będzie tu szerzej mowa, to tylko zdarzenia jednostkowe. W rzeczywistości problem dotyczył szpitali jako takich i trudności, z jakimi borykał się pierwszy zmedykalizowany zakład w Gdańsku, nie były wyłącznie jego udziałem.

Pytanie o finansowanie nowoczesnego modelu szpitalnictwa w obszarze niemieckojęzycznym pod koniec XVIII wieku i w pierwszej połowie wieku XIX bardzo długo nie spotkało się z adekwatną do wagi problemu odpowiedzią. W jednostkowych sytuacjach wszystko zależało od warunków panujących w miejscu funkcjonowania danego zakładu, a więc od możliwości lokalnych kas ubogich, od zasobności kasy miejskiej oraz dochodów wewnętrznych szpitala, często czerpiących fundusze ze źródeł powstałych przed okresem medykalizacji⁴. Dlatego część placówek radziła sobie w nowej sytuacji całkiem dobrze, tworząc niejednokrotnie pozytywne wzorce ekonomiczne, przejmowane i przez inne zakłady. Natomiast długo borykano się z rozwiązaniami systemowymi, obejmującymi wszystkie placówki lecznicze kraju.

Wobec uznania szpitali (*Krankenhäuser*) za jeden z istotnych elementów opieki społecznej, na początku XIX wieku pojawił się istotny dylemat. Jak to ujmuje Bernd Wagner, z jednej strony szpitale były zobowiązane do ponoszenia kosztów swej działalności, a z drugiej do nieodpłatnego udzielania świadczeń medycznych ubogiej klienteli zakładu, nie posiadającej środków do opłacenia opieki medycznej. Wobec tej dychotomii rozdziło się więc pytanie: kto miał wobec tego finansować chorych ubogich leczonych nieodpłatnie? W szpitalu powszechnym we Wiedniu (1784 r.) były to fundacje oraz pracodawcy⁵. Do najstarszych kas chorych powstałych z inicjatywy pracodawców, należała kasa założona dla chorych robotników w 1788 r. przez firmę Christoph Andreae z Kolonii, potem podobne kasy powstały w Neuwied (1828 r.) oraz w Bielefeld (1837 r.)⁶. W Altonie (1784 r.) po części koszty leczenia pokrywała tamtejsza kasa ubogich⁷. W

miasta poprzez pozyskiwanie znaczących kwot z funduszy szpitalnych na obligacje wydawane przez kasę funduszy posiłkowych czy też kamlarię. Patrz: Szarszewski 2005, s. 150–151.

³ Dann 1835, s. 308.

⁴ Wagner 2001, s. 45.

⁵ G. Stollberg, *Zur Geschichte der Pflegeklassen in deutschen Krankenhäusern*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s. 377–378.

⁶ B.M. Rosenberg, *Die „Kranken- und Sterbekasse für die arbeitende Volksklasse der Stadt Elbing”. Ein Beitrag zur ostdeutschen Sozialgeschichte*. „Zeitschrift für Ostforschung. Länder und Völker im östlichen Mitteleuropa”, 1972, 21, s. 151–152.

⁷ Stollberg 1996, s. 378.

gdańskim Lazarecie koszty pokrywała sama fundacja szpitalna z dochodów wewnętrznych, wypracowywanych w toku wielowiekowej działalności zakładu, ponadto osobne, powstałe do tego celu fundacje nieszpitalne⁸, na koniec zaś miasto w formie corocznej subwencji⁹. A jednak mimo uznania szpitali za element polityki socjalnej gmin i mimo podejmowanych wysiłków, aby sprostać stawianym przed szpitalami zadaniom, wiele władz komunalnych stopniowo redukowało środki przeznaczane na zakłady stacjonarnej opieki medycznej¹⁰.

Jednym z powodów takiego stanu rzeczy był fakt, że w obszarze niemieckojęzycznym, w tym nawet w samych Prusach, na przestrzeni XIX wieku nie doszło do całkowitego ujednoczenia systemu finansowania szpitali. Podobna, jeśli nie wręcz identyczna struktura wydatków poszczególnych zakładów rozsianych po tak znacznym terytorium, terytorium – dodajmy – podlegającym przez całe stulecie gwałtownym przemianom politycznym, gospodarczym i społecznym, nie spowodowała stworzenia jednolitej struktury dochodów, a proces wypracowywania podobnego, choć nie identycznego systemu finansowania właściwie nigdy nie został ukończony¹¹.

Oczywiście dochody wewnętrzne szpitali zawsze były czymś jednostkowym i przypisanym tylko konkretnemu zakładowi¹². Nie w tym obszarze oczekiwano więc wypracowania stabilnego systemu finansowego. Problem dotyczył dochodów zewnętrznych, a więc przede wszystkim wyceny wartości świadczonych przez szpitale usług. Innymi słowy, omawiana kwestia sprowadzała się w zasadzie do dwóch pytań: ile społeczeństwo jest w stanie zainwestować w działalność szpitala, aby osiągnąć pożądany społecznie efekt oraz w jaki sposób chce to osiągnąć.

Z biegiem czasu dochody zewnętrzne szpitali nowego typu coraz bardziej uzależniane były od trzech podstawowych źródeł finansowania: Pierwszym były nadal fundacje nieszpitalne, przynależące najczęściej testamentalnie do danego zakładu, drugim właściwe dla danego obszaru organy zajmujące się dobroczynnością, trzecim zaś dopiero tworzony w tym czasie system ubezpieczeń. Stopniowo pojawiało się też źródło czwarte, mianowicie tzw. „chorzy płacący”, zwłaszcza „chorzy płacący za samych siebie” (*Selbstzahler*), źródło szczególne, zwłaszcza w kontekście omawianego tu procesu medykalizacji¹³.

Fundacje, powstałe jako niezależny od szpitali element polityki proszpitalnej, działały zarówno przy zakładach o proveniencji średniowiecznej, czy też wczesnonowoczesnej, jak i przy nowego typu placówkach powstałych w XIX wieku na surowym korzeniu.

Tego typu działalność dobroczynna ma swoją długą tradycję, sięgającą średniowiecza. Pierwotnie były to zazwyczaj jednorazowe kwoty przeznaczone dla wsparcia poszczególnych szpitali. W 1492 r. Otto Angermünde testamentalnie rozdzielił pomiędzy

⁸ APG, 300, R/O, 4, s. 599; Bibl.Gd.PAN, Ms1085 IV i Ms1086 IV, passim; Ms1111 IV, s. 54

⁹ G. Löschin, *Danzig und seine Umgebungen*. F.W.Ewert. Danzig 1828, s. 124–125; H. Rickert, *Die Armenpflege in Danzig*. Danzig: [b.w.] 1869, s. 18.

¹⁰ Wagner 2001, s. 55–56.

¹¹ Spree 1997, s. 413–414.

¹² Dla przykładu, dochody gdańskiego Lazaretu w 1858 r. pochodziły między innymi z: czynszów kapitałowych (16%), z dzierżaw (5%), z legatów (11%) i fundacji (3%), przede wszystkim zaś ze zwrotu kosztów za leczenie ponoszonych przez miasto (11%) oraz z subwencji gminnej (41%). *Zusammenstellung 1858*, s. 53–54. Por. tab. 20.

¹³ Stollberg, Tamm 2001, s. 53.

wszystkie szpitale od 5 do 10 grzywien, podobnie w 1516 Paul Schönemann wraz z żoną¹⁴. Z biegiem czasu zawarowane testamentalnie kwoty stawały się podstawą do tworzenia fundacji, których działalność przetrwała kilka stuleci. W 1537 r. Arendt von der Schellingk zapisał na rzecz Lazaretu szereg nieruchomości, z których czynsze miały być rokrocznie wypłacane na rzecz zakładu. W razie śmierci wszystkich potomków testatora wykonawcą testamentu Schellingk czynił Radę Miejską¹⁵.

Do fundacji nowożytnych należała też fundacja powołana w 1645 r. przez Christine Hübner pierwotnie celem wsparcie ubogich w szpitalu św. Barbary oraz w Szpitalu na Zapleczu. Wobec likwidacji tej ostatniej instytucji od 1688 r. doroczny dochód fundacji przekazywano na rzecz Lazaretu¹⁶. W 1685 r. podporucznik z Wisłoujścia, Peter Hallen, zapisał na rzecz ubogich Lazaretu pewną sumę, z której odsetki rokrocznie przekazywano do rąk prowizorów¹⁷. W 1741 r. powstała fundacja Carla i Susanne Grodecków, której celem była opieka nad ubogimi domowymi, pensjonariuszami szpitala św. Gertrudy oraz nad ubogimi w Lazarecie¹⁸. Podobne przeznaczenie (na rzecz ubogich Lazaretu) miała fundacja Carla Grodecka z 1769 r.¹⁹

Działalność powoływania do życia fundacji wspierających szpitale gdańskie, a zwłaszcza Lazaret, nie została w XIX wieku zaniechana. Między innymi w 1857 r. powstała fundacja Johanny Charlotty Schmidt działająca na rzecz Lazaretu²⁰. W efekcie w 1865 r. Lazaret gdański nadal szczycił się istnieniem osiemnastu takich fundacji²¹. W 1858 r. dawały one jednak zaledwie 3% dochodu²².

Podobne fundacje czynne były na przykład przy berlińskiej *Charité*, co stanowiło istotne źródło jej finansowania aż do lat trzydziestych XIX wieku²³. Ale również przy powstałym *de novo* w 1813 r. szpitalu monachijskim znaczącą część (lata 1818–1819, ok. 35%) wydatków pokrywano z dochodów, jakie przynosiły przypisane doń fundacje²⁴. Szpital powszechny w Bremie (*die Allgemeine Krankenanstalt Bremen*), erygowany w 1851 r., początkowo swą działalność finansową opierał na fundacjach znajdujących się pod nadzorem władz miejskich i jako taki sam otrzymał status fundacji²⁵. Podobnie przy gdańskim szpitalu boromeuszek, erygowanym w 1853 r., tworzone wspierające jego działalność (zarówno medyczną jak i socjalną) liczne fundacje. Pierwsza z nich, biskupa chełmińskiego Sedlaga, pochodzi już z 1852 r. i powstała celem finansowania leczenia i opieki nad ubogimi chorymi na tzw. wolnych łózkach (*Unterhaltung eines Freibettes für durch den Bischof von Culm zu bestimmende arme Kranke*). Do 1912 r.

¹⁴ Löschin 1837, s. 19–20.

¹⁵ Löschin 1837, s. 21–22.

¹⁶ *Verzeichnis der in Danzig bestehenden Stiftungen, Wohltätigkeitsanstalten und gemeinnützigen Vereine: nach dem Stande am Schlusse des Jahres 1902 im Auftrage des Magistrats zusammengestellt von dem Armen-Amt*. Danzig: [b.w.] 1903 s. 30.

¹⁷ *Verzeichnis* 1903, s. 28.

¹⁸ *Verzeichnis* 1903, s. 27.

¹⁹ *Verzeichnis* 1903, s. 28.

²⁰ *Verzeichnis* 1903, s. 51.

²¹ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin. Spis ten nie wymienia fundacji powstałych od końca XVIII wieku.

²² *Zusammenstellung 1858*, s. 53–54.

²³ Wagner 2001, s. 43.

²⁴ Steiner 2001, s. 76–77.

²⁵ Leidinger 2000, s. 68.

powstały dwadzieścia trzy fundacje założone celem umożliwienia leczenia ubogich oraz dwanaście celem wypełniania przez boromeuszki zadań socjalnych²⁶.

Szpital diakonis wspierały także fundacje, między innymi Fundacja Blecha (*Die Stiftung des Superintendenten Blech*), tzw. Fundacja Teologów (*Die Theologenstiftung*), Fundacja Idy Heleny Krajewskiej (*Ida Helene Krajewskische Stiftung*), a przede wszystkim Fundacja Cesarska (*Allerhöchstes Gnadengeschenk Sr. Majestät des Kaisers Wilhelm II*), z kapitałem założycielskim 60 000 m. i Fundacja Elise von Baehr (*Die Elise von Baehr-Stiftung*), z kapitałem założycielskim 150 000 m. Ponadto, tak jak w przypadku szpitala boromeuszek, istniały tzw. wolne łóżka (*Freibetten*). Dzieliły się na tzw. łóżka wieczyste (*Gnadenbetten*) i właściwe łóżka wolne (*Freibetten*). W obu przypadkach chodziło o zapewnienie chorym ubogim miejsca w szpitalu poprzez ufundowanie pokrycia kosztów leczenia „na jednym łóżku” według z góry ustalonej taksy, w pierwszym przypadku bezterminowo, w drugim przypadku na określony okres, np. rok²⁷.

Zjawisko wspierania szpitali przez fundacje było powszechne, ale nie ono ewoluowało i nie ono zyskało na znaczeniu w modelach finansowania szpitali nowego typu.

Dwa dalsze elementy, na jakich zresztą głównie oparto działalność finansową szpitali w XIX i XX wieku to:

1. starszy i prostszy system subwencji gminnych oraz
2. młodszy, zależny od całego szeregu okoliczności, system ubezpieczeń.

Oba systemy traktowane były w rozwoju historycznym dwójako: raz uznawano je jako równoprawne i uzupełniające się elementy gry finansowej, a raz traktowano jako systemy przeciwstawne, czasem wręcz się wykluczające.

Współfinansowanie szpitali przez gminy miejskie i/lub przez państwo, jako alternatywa wprowadzania systemów samofinansowania zakładów, spotykamy w wielu miastach niemieckich. Wysokość i sposób owego współfinansowania był różny, co unaoczniają rozmaite profile ekonomiczne szpitali. Np. stuttgartarcki szpital św. Katarzyny, pomimo posiadania od początku (1828 r.) wydajnie działającego systemu ubezpieczeń, współfinansowany był zarówno przez miasto, poprzez kwotę równą ujemnemu bilansowi zakładu na dany rok (co stanowiło w latach 1831–1875 od 6,1% do 24,4% wszystkich dochodów zakładu), jak i przez państwo (systemem ryczałtowym, 4000 guldenów rocznie, co stanowiło w tym samym czasie do 14% wszystkich dochodów)²⁸. Wspomniany już wielokrotnie szpital w Hamburgu dochody szpitala, pomimo wprowadzenia systemu taryf oraz ubezpieczeń, (obowiązkowych dopiero od 1864 r., w przeciwieństwie do kas działających w miastach południowoniemieckich, w których przynależność była obowiązkowa od początku), zmuszony był do starania się o subwencję ze strony państwa, która wynosiła: w 1824 r. 58%, w 1840 r. 56%, w 1860 r. 49% wszystkich dochodów szpitala²⁹.

²⁶ Steffen 1927, s. 165–167.

²⁷ Hülsen, von 1907, s. 236–239.

²⁸ Ch. Lehmann, *Das Stuttgarter Katharinenhospital während des 19. Jahrhunderts zwischen Krankheitskosten-Versicherungskasse und Gesetzlicher Krankenversicherung*. [In:] A. Labisch, r. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s. 190.

²⁹ Spree 1997, s. 417–421.

System dotacji stosowany był też powszechnie w Królestwie Polskim. Np. w 1843 r. 42,8% dochodów wszystkich tamtejszych szpitali stanowiły dotacje władz i organizacji, zaś w 1858 r. 37,7%. Dodatkowo gminy były zobowiązane do zwrotu poniesionych przez szpitale kosztów za leczenie. Kwoty te stanowiły odpowiednio 7,2% w 1843 r. oraz 23,2% w 1858 r.³⁰ Podobną strukturę finansowania szpitalnictwa znajdujemy w Galicji³¹.

Warto zaznaczyć, że system subwencji (za strony państwa, miasta, lub także ze strony terytorialnych organów opieki społecznej) mimo różnorodnych zmian i odmian, okazał się bardzo stabilny. Jeszcze w 1900 r. udział poszczególnych źródeł dochodów wynosił przykładowo: szpital w Kolonii 1. subwencja ze strony miasta stanowiła 41% dochodów szpitala, 2. subwencja ze strony opieki społecznej 0%, 3. płatności z kas chorych 16% 4. udział chorych płacących 22% oraz 5. dochody własne (np. z fundacji, nieruchomości etc.) 20%; analogicznie szpital w Lubece: 1. 37%, 2. 11%, 3. 30%, 4. 19% ,5. 1%, w Poznaniu: 1. 33%, 2. 21%, 3. 12%, 4. 21%, 5. 0%, oraz szpital w Stuttgarcie: 1. 26%, 2. 0%, 3. 45%, 4. 25% 5. 3%, ale za to szpital w Monachium: 1. 0%, 2. 10%, 3. 41%, 4. 38%, 5. 11%. Udział chorych płacących za opiekę medyczną we wrocławskim szpitalu Wszystkich Świętych w latach 1832–1852 wynosił 10,7–19,3% wszystkich hospitalizowanych³². W tym okresie oszacowano koszt dziennego pobytu dla chorych płacących na 8 srebrnych groszy. W 1835 r. wprowadzono opłatę dla czeladników i uczniów w wysokości 12 srebrnych groszy, niezależnie od długości hospitalizacji. W 1844 r. zarząd zakładu zdecydował o zastosowaniu abonamentu, w wysokości 16 srebrnych groszy rocznie, za którą służący nabywali prawo do opieki szpitalnej. W rezultacie to posunięcie zapewniło szpitalowi pokrycie 25–30% wydatków, z drugiej strony nie zapobiegło stopniowemu narastaniu ilości chorych, którzy leczeni byli nieodpłatnie (49,8% w latach 1832–1834; 61,4% w latach 1850–1852). Pobyt chorych ubogich finansowany był wobec tego głównie z kasy miejskiej. Dotacja wynosiła w latach 1832–1845 od dwóch do sześciu tysięcy talarów, ale po 1845 r. wzrosnąć musiała nawet do piętnastu tysięcy talarów rocznie, tym bardziej że podobnie jak w innych szpitalach wzrost w tym czasie znaczącej ilości ubogich chorych zamiejscowych, spowodowany wejściem w życie ustawy z 1842 r., dodatkowo obciążył zakład finansowo³³. Jak widać, nawet siedemnaście lat po wprowadzeniu obowiązkowych ubezpieczeń na obszarze ówczesnych Niemczech, w różnych miastach profil dochodów szpitali kształtował się w różnorodny sposób³⁴, choć nadal na progu I wojny światowej udział wszelkiego rodzaju subwencji w finansowaniu leczenia szpitalnego wynosił w wielu szpitalach dużych, uprzemysłowionych miast, od 45% do 60%, a więc, pomimo ogromnych przemian, jakie zaszły w szpitalnictwie do 1914 r., nie został zmieniony ich charakter jako zakładów ściśle zależnych ekonomicznie od polityki społecznej państwa/regionu/miasta³⁵.

³⁰ R. Jachowicz, *Gospodarka finansowa dawnych polskich szpitali*. „Szpitalnictwo Polskie”, 1984, 28, s. 15, 17.

³¹ Franaszek 2002, s. 103–105.

³² Wagner 2001, s. 58.

³³ Wagner 2001, s. 57–59.

³⁴ Spree 1995, s. 93.

³⁵ Spree 1995, s. 95.

System ubezpieczeń powstawał stopniowo i kształtował się różnie w poszczególnych regionach obszaru niemieckojęzycznego.

Podstawą systemu były (wzorowane na dawnych kasach cechowych, bądź wręcz się z nich wywodzące) kasy (*Kassen*), albo tzw. instytuty (*Institute*). Do prekursorów należą: erygowany w 1786 r. w Würzburgu *Kranke-Gesellen-Institut*, połączony z tamtejszym *Juliusspital*, następnie założony w latach 1789–1780 w Bambergu *Geselleninstitut* oraz *Dienstboteninstitut*, oraz powołany do życia w 1801 r. w Würzburgu *Kranke-Dienstboten-Institut*. Powstały one według następujących założeń. Instytuty dla Czeladników w Bambergu i Würzburgu kierowane były przez mistrzów tamtejszych cechów, zaś Instytuty dla Służących w Bambergu i Würzburgu podporządkowane zostały albo władzom policyjnym, albo szpitalowi. We wszystkich przypadkach istniał obowiązek przynależności. Składka wnoszona tygodniowo lub kwartalnie umożliwiała bezpłatne korzystanie ze szpitala na wypadek choroby i wynosiła rocznie około 1 guldena³⁶.

Odmienne postąpiono na początku XIX wieku w Monachium, gdzie podstawą rozliczeń stały się tzw. abonamenty (*Abonnement*). W tamtejszym szpitalu powszechnym już na początku jego funkcjonowania w 1813 r. wprowadzono je reskryptem królewskim. Dzięki nim każdy dorosły mieszkaniec Monachium mógł się dobrowolnie zabezpieczyć na wypadek choroby. Monachijski system abonamentów obejmował w zasadzie wszystkich mieszkańców miasta, przy czym w przeważającej większości byli to czeladnicy lub służący. W latach 1827–1828 czeladnicy stanowili 81% wszystkich osób, które wykupiły abonament, przy czym były to zazwyczaj osoby bardzo młode (piętnaście–dwadzieścia dziewięć lat)³⁷. Z możliwości zakupu abonamentu wykluczały niektóre sytuacje kliniczne³⁸. Do obsługi chorych pochodzących z systemu abonamentowego przeznaczono trzysta łóżek, a więc połowę łóżek szpitala³⁹. Popularność abonamentów w Monachium była jednak ograniczona, co wiązało się między innymi ze znaczącą ich ceną⁴⁰. Wysokość składki wynosiła początkowo od 4 do 8 guldenów rocznie (w pierwszym roku członkostwa od 6 do 12 guldenów) i nie zmieniła się aż do 1832 r. Do 1818 r. wykupili abonament zaledwie 2,8% mieszkańców⁴¹.

Mimo początkowych trudności, ostatecznie aż w dwudziestu trzech miastach bawarskich wprowadzono system abonamentowy oparty na modelu monachijskim⁴². Także w samym szpitalu powszechnym w Monachium znaczenie tej formy zabezpieczenia na wypadek choroby stopniowo wzrastało i podczas gdy w latach 1827–1828 szpital przyjął 57% ubezpieczonych pacjentów, to w 1842 już 70%, a po wprowadzeniu ubezpieczeń obowiązkowych (1883 r.) nawet 80%⁴³. W ramach ubezpieczenia oferowano miejsce w jednej z czterdziestu ośmiu dwunastolóżkowych sal, gdzie *die Armen der Stadt gleich behandelt*. Jednocześnie wprowadzono możliwość wpłacania podwójnego abonamentu (8

³⁶ Bleker 1997, s. 21; Steiner 2001, s. 73.

³⁷ Stollberg, Tamm 2001, s. 57–58.

³⁸ Z przyjęcia do szpitala z założenia były wykluczone osoby albo lekko chore, albo chorzy nieuleczalni, jak także dzieci poniżej ósmego roku życia. Do 1819 r. w zasadzie nie przyjmowano także osób chorych dermatologicznie i psychicznie. Steiner 2001, s. 73–74.

³⁹ Steiner 2001, s. 78.

⁴⁰ Stollberg, Tamm 2001, s. 58.

⁴¹ Steiner 2001, s. 74–75.

⁴² Steiner 2001, s. 72.

⁴³ Stollberg, Tamm 2001, s. 59.

guldenów), za którą oferowano miejsce w lepszych warunkach w jednej z sześciu sal sześciolóżkowych. Bariera ekonomiczna powodowała jednak, że często sale te świeciły pustkami⁴⁴.

Podstawowa różnica pomiędzy systemem monachijskim a systemem ubezpieczeń wprowadzonym w Würzburgu i Bambergu polegała na tym, że w Monachium wprowadzono spójny system dla wszystkich grup zawodowych, a więc dla każdego zainteresowanego, którego stać było na opłacenie abonamentu, a jednocześnie był osobą na tyle ubogą, że nie mógł sam opłacić kosztów ewentualnego leczenia. Wymagało to przedstawienia przy przyjęciu do szpitala skierowania podpisanego przez uprawnionego lekarza, dokumentu potwierdzającego nabycie abonamentu, zaś czeladnicy i służący dokumenty poświadczające ich status zawodowy⁴⁵. W Würzburgu i Bambergu możliwość hospitalizacji istniała tylko w ramach przynależności do instytutów, która jednak w ramach danej grupy zawodowej była obowiązkowa.

Po wprowadzeniu w Monachium systemu abonamentowego podniosła się fala krytyki, zwłaszcza w odniesieniu do wysokości składki. Pomimo przejścia w 1818 r. zarządzania szpitalem przez miasto, nie zmieniono jednak jej wysokości. W tym okresie dochody z abonamentu pokrywały zaledwie około 7% zwykłych wydatków szpitala. Z drugiej strony, spośród osób hospitalizowanych grupa pacjentów, którzy wykupili abonament była najliczniejsza (w latach 1818–1819 stanowiła 51,8% chorych, w latach 1827–1828 – 57,4%). Najmniej liczna była grupa chorych płacących z własnych funduszy (odpowiednio: 6,6% i 1,9%). Resztę stanowili chorzy, których koszty hospitalizacji pokrywały fundacje⁴⁶. W praktyce oznaczało to, że osoby wykupujące abonament sięgały po możliwość korzystania z hospitalizacji tą drogą w tak znacznym stopniu, że proceder ten zdawał się być nieopłacalny. Tak więc do czasu reformy w latach 1829–1832 system ten nie potwierdził pozyskiwania pierwotnie zakładanych funduszy. Powodem było prawdopodobnie niskie uczestnictwo mieszkańców Monachium w wykupie abonamentów, związane ze zbyt wysoką składką, a także intensywne korzystanie z przysługujących praw przez te nieliczne osoby, które przystąpiły do systemu. Nie dostrzegano wówczas tego, co stało się siłą systemu obowiązującego w Würzburgu i Bambergu, iż podstawowym warunkiem powodzenia jest masowe uczestnictwo ludności danego obszaru we wprowadzanym systemie ubezpieczeń. W efekcie dopiero w 1829 r. rozpoczęto reorganizację abonamentów, obniżając wysokość składki i zmieniając system jej płatności. Uważa się, że wprawdzie ten pierwszy okres działalności systemu abonamentowego w zasadzie nie poprawił dostępności ubogiego pacjenta do szpitala, ani nie umożliwił pełniejsze finansowanie leczenia chorych ubogich, to jednak odegrał znaczącą rolę w promocji szpitala jako zakładu leczniczego, a więc stanowił jeden z ważniejszych napędów procesu medykalizacji tamtejszego szpitalnictwa⁴⁷.

W rezultacie model monachijskich abonamentów, w przeciwieństwie do systemu instytutów w Würzburgu czy Bambergu, nie wyszedł poza obszar Bawarii. Dopiero w 1829 r. doprowadzono do reorganizacji, polegającej na wprowadzeniu tzw. *Perzeptionssystem*, dzięki któremu udało się znacząco poprawić bilans szpitala w Monachium. Sys-

⁴⁴ Stollberg, Tamm 2001, s. 75.

⁴⁵ Steiner 2001, s. 73–74.

⁴⁶ Steiner 2001, s. 76–77.

⁴⁷ Steiner 2001, s. 87.

tem ten polegał na płaceniu stosownej składki, przez co ubezpieczony nabywał prawo do lekarskiej opieki szpitalnej (ale nie ambulatoryjnej). Podstawowe dwie różnice pomiędzy tym systemem a systemem abonamentowym polegały na 1. wysokości składki (od 6 do 48 grajcarów rocznie⁴⁸) oraz na 2. przymusie ubezpieczenia, dotyczącym czeladników, służących płci żeńskiej, murarzy, cieśli, kelnerów, pomocników kupieckich i sklepowych, czeladzi oraz dniówkarzy⁴⁹. W efekcie finanse szpitala uległy tak daleko idącej poprawie, iż od 1876 r. zakład zrzekł się nawet subwencji gminnej⁵⁰.

Także system abonamentowy zastosowano w Baden, gdzie w latach 1855–1873 na sto jedenaście szpitali, w czterdziestu trzech wprowadzono stałe składki służących i pomocników cechowych na wypadek konieczności leczenia stacjonarnego⁵¹. Tego typu działalność wskazuje na źródła rozwoju kas chorych, których działalność szczególnie sankcjonowała wprowadzona na terenie Rzeszy w 1883 r. ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby⁵².

Interesujące rezultaty przyniosły badania Christiana Lehmana, analizującego przemiany finansowania szpitala św. Katarzyny w Stuttgarcie. Według autora istniał ścisły związek pomiędzy powstaniem systemu ubezpieczeń (powstanie *Krankheitskosten-Versicherungskasse*) a rozwojem szpitala⁵³. Działalność kasy, założonej w 1828 r., polegała na finansowaniu opieki szpitalnej jej członkom, płacącym obowiązkową składkę roczną w wysokości 1 guldena i 12 grajcarów. Przymus przynależności powiązany był z obowiązkiem meldowania się na policji wszystkich osób obcych, podejmujących pracę w mieście. Nie dotyczył on pewnych warstw czeladników, np. małżonków posiadających stałe miejsce zamieszkania, czy pracowników niektórych manufaktur, dniówkarz i uczniów. Trzy czwarte przekazywanej przez członków kasy sumy otrzymywał szpital. Ponieważ jedną czwartą kwoty pozyskanej z ubezpieczenia otrzymywała także kasa miejska, w zamian miasto zobowiązane było pokrywać roczny deficyt w kasie szpitalnej. Szpital zobowiązany został do przeznaczenia części łóżek dla potrzeb ubezpieczonych. Metoda pozyskiwania członków kasy, a tą drogą i dochodów, okazała się skuteczna. Kwoty otrzymane ze składek stanowiły w latach 1831–1832 49%, w latach 1849–1850 – 55,3%, w latach 1864–1865 – 61,6%, w zaś latach 1874–1875 – 63% wszystkich dochodów zakładu⁵⁴.

Ciekawe losy przeszedł szpital w Osnabrück. Założony w 1803 r. jako typowy zakład dla ubogich chorych, w następnych latach został przekształcony w szpital korporacyjny. Mianowicie został instytucjonalnie związany z założonym w 1812 r. *Gesellen-Versorgungs-Institut*. Mistrzowie cechów zwrócili bowiem uwagę, że ich czeladnicy, jako zatrudnieni w rzemiośle, nie mają prawa wstępu do szpitala miejskiego, który prze-

⁴⁸ Najniższą składkę płacili służące, najwyższą – murarze i cieśle. Stosunkowo wysokie składki wyznaczono także uczniom oraz dniówkarzom, po 36 grajcarów rocznie. A. Wagner, R. Spree, *Die finanzielle Entwicklung des Allgemeinen Krankenhauses zu München 1830–1894*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s. 102.

⁴⁹ Wagner, Spree 2001, s. 102–103.

⁵⁰ Steiner 2001, s. 70.

⁵¹ Spree 1996, s. 58.

⁵² M. Babnis, *Stosunek lekarzy Wielkopolski i Pomorza do kas chorych w latach 1921–1925*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1978, 41, s. 59, 61.

⁵³ Lehmann 2001, s. 179

⁵⁴ Lehmann 2001, s. 184–190.

znaczony jest dla chorych ubogich, a czeladnicy, jako osoby zarabiające na swe utrzymanie, do ubogich nie mogą być zaliczani. W efekcie powstała kasa chorych, do której należało bardzo wielu członków cechów z Osnabrück. Celem jej było zapewnienie swoim członkom na wypadek choroby miejsca w szpitalu miejskim. Spowodowało to dominację tych pacjentów w zakładzie, co zresztą zaowocowało tym, że w 1848 r. mówiono z dumą, *daß keine Stadt Deutschlands eine bessere Einrichtung für die Pflege und Behandlung kranker Gesellen habe als Osnabrück*. Z drugiej strony pojawiły się podejrzenia o nadużywanie przez czeladników dobrodziejstw opieki szpitalnej i w 1834 r. skarżono się, *daß Personen durch vorgebrachte unbegründete Klagen über noch vorhandene Körperleiden auch dann den Aufenthalt [im Krankenhaus] zu verlängern suchten, wenn deren erlangte Herstellung die Rückkehr zu ihren Geschäften gestattete*. Jednym z powodów przedłużania pobytu w zakładzie było niewątpliwie dobre wyżywienie⁵⁵.

Po doświadczeniach z pierwszych dziesięcioleci XIX wieku, ostatecznie można mówić o realnie liczących się w połowie XIX wieku dwóch odrębnych modelach finansowania szpitali w Niemczech, obu wychodzących z krańcowo odmiennych założeń. Pierwszy model zakładał finansowanie szpitali z budżetu gminnego przeznaczonego na opiekę nad ubogimi, za punkt wyjścia biorąc przekonanie, iż szpitale (*Krankenhäuser*) przeznaczone są wyłącznie do leczenia chorych ubogich, a więc są nieodłączną składową opieki społecznej. Drugi model zakładał finansowanie szpitali z różnych źródeł, za punkt wyjścia biorąc przekonanie, że koszty leczenia winny być pokrywane przez pacjentów, lub też instytucje ubezpieczające ich na wypadek choroby. Przeprowadzona już w pierwszych latach XIX wieku przez profesora medycyny Augusta Friedricha Heckera symulacja, w której w obszar osób ubezpieczonych wciągnięto znaczącą liczebnie grupę ludzi czynnych zawodowo, wykazała, że tą drogą możliwe jest finansowanie zakładów leczniczych, o ile wysokość składki zostanie dobrana stosownie do możliwości finansowych ubezpieczonych oraz do niezbędnych wydatków szpitali, a także o ile populacja ubezpieczonych będzie liczebnie znacząca. Propozycje tego rodzaju w latach czterdziestych XIX wieku (po wprowadzeniu nowych ustaw o ubogich w dniu 31 grudnia 1842 r.) spotykały się z powszechnym zainteresowaniem potencjalnie ubezpieczonych i ich pracodawców, na co wskazują przykłady szpitali w Stuttgarcie, Bielefeldzie, Elberfeldzie i Barmen⁵⁶.

Dotykamy tu niezwykle istotnego problemu, jakim jest powiązanie reformy opieki społecznej w Niemczech z rozwojem szpitalnictwa. Owo powszechne zainteresowanie bowiem zostało wymuszone przez nową sytuację prawną, w jakiej znalazło się państwo pruskie 01 stycznia 1843 r. Otóż dnia poprzedniego weszły w życie dwie ustawy. Pierwsza z nich⁵⁷ umożliwiała swobodne podróżowanie po kraju, w tym przemieszczanie się celem poszukiwania pracy. Efektem tego było zniesienie drugą ustawą⁵⁸ ograniczenia obowiązku zaopatrywania ubogich przez gminy jedynie w ramach stałej struktury

⁵⁵ Cytaty za: Berger 1991, s. 18–20.

⁵⁶ Wagner 2001, s. 52–53.

⁵⁷ *Gesetz über die Aufnahme neu anziehender Personen*. [In:] „Gesetzsammlung für die Königlich-Preußischen Staaten”. Verlag des Gesetzsammlungsamts. Berlin 1843, s. 5–7. Tekst wielokrotnie publikowany, między innymi w obszernych fragmentach w: Sachße, Tennstedt 1980, s. 276–277.

⁵⁸ *Gesetz über die Verpflichtung zur Armenpflege*. [In:] „Gesetzsammlung für die Königlich-Preußischen Staaten”. Verlag des Gesetzsammlungsamts. Berlin 1843, s. 8–14. Tekst potem wielokrotnie publikowany, między innymi w obszernych fragmentach w: Sachße, Tennstedt 1980, s. 277–280.

mieszkańców. Oznaczało to tym samym nałożenie obowiązku opieki społecznej na gminy w stosunku do wszystkich osób aktualnie znajdujących się na jej terenie, a więc także dawnej grupy „obcych ubogich”. Do tej pory w wyniku obowiązywania prawa, iż chory ubogi nie powinien być leczony w miejscu, w którym zastała go choroba, lecz w gminie, z której pochodzi, odbywały się liczne transporty biednych do miejsca zamieszkania, częstokroć kończące się śmiercią. W przypadkach natomiast, w których gmina, gdzie ubogi zachorował, podjęła na siebie ciężar kosztów jego leczenia, wszelkie próby rozliczeń pomiędzy tą gminą, a gminą macierzystą chorego, kończyły się wzajemnymi pretensjami i nieporozumieniami⁵⁹. Ograniczenia te były podyktowane nie tylko niewielkimi możliwościami finansowymi zakładów czy gmin oraz szczupłością miejsca w szpitalach, lecz stanowiły także zaszłość historyczną, wynikającą z poglądu, zakorzenianym od początków XVI wieku w powszechnej świadomości społecznej, a więc także w świadomości czynników decyzyjnych, iż każda gmina ma obowiązek moralny opiekowania się swoimi ubogimi i leczenia swoich ubogich chorych⁶⁰.

Skutki obu ustaw okazały się dalekosiężne w wielu aspektach: demograficznym, etnicznym, epidemiologicznym, ekonomicznym, a także, a może przede wszystkim, społecznym. Odtąd gminy musiały objąć opieką każdego, kto nie mógł znaleźć wsparcia w jakimkolwiek stowarzyszeniu czy fundacji⁶¹. W stosunku do szpitali przekładało się to obowiązki zapisane w szeregu paragrafów (§29–§32). Najważniejszy z nich (§32) nakładał na gminy obowiązek leczenia wszystkich służących, czeladników etc. będących w stałym stosunku pracy na terenie danej gminy. Jednakże roszczenie co do zwrotu należności za leczenie i opiekę nie mogło nigdy zachodzić w stosunku do innych związków ubogich⁶². Finansowanie działań medycznych w stosunku do ubogich znajdujących się na obcym terenie miało się odbywać z kont stosownych organizacji tamże powołanych do opieki nad ubogimi. Zaznaczono przy tym, iż w rachunku wystawianym przez szpital nie mogły być zawarte tzw. ogólne koszty zarządzania zakładem (*die allgemeinen Verwaltungskosten der Anstalt*). Takie enigmatyczne sformułowanie powodowało liczne nieporozumienia, w efekcie czego w 1844 r. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydało przepisy szczegółowo określające, co do tych kosztów należało wliczyć (między innymi ogrzewanie i oświetlenie szpitala, sprzątanie sal chorych, uposażenie urzędników szpi-

⁵⁹ Frevert 1984, s. 157–158.

⁶⁰ Tego elementu, wynikającego między innymi z poglądów Marcina Lutra (por. A. Szarszewski, „*Tablica Jalmużnicza*” Antona Möllera z kościoła mariackiego w Gdańsku. *Spoleczna geneza zabytku*. „Rocznik Gdański”, 2006, w druku), wydaje się zupełnie nie dostrzegać Bernd Wagner, ograniczenia hospitalizacji przypisując jedynie czynnikom finansowym i organizacyjnym. Wagner 2001, s. 44.

⁶¹ §1. *Die Fürsorge für einen Armen hat, wenn dazu kein Anderer (Verwanter, Dienstherrschaft, Stiftung u.s. w) verpflichtet und vermögend ist, diejenige Gemeinde zu übernehmen, in welcher derselbe 1. als Mitglied ausdrücklich aufgenommen worden ist, oder 2. unter Beobachtung der Vorschriften des Gesetzes vom heutigen Tage über die Aufnahme neuanziehender Personen (§8) einen Wohnsitz erworben, oder 3. nach erlangter Großjährigkeit während der drei letzten Jahre vor dem Zeitpunkte, wo seine Hilfsbedürftigkeit hervortritt, seinen gewöhnlichen Aufenthalt gehabt hat.* Cyt. za: Sachße, Tennstedt 1980, s. 277–278.

⁶² §32. *Wenn Personen, welche als Dienstboten, Handwerksgehilfen etc. in einem festen Dienstverhältnisse stehen, erkranken, so müssen sie von der Gemeinde oder Gutsherrschaft des Ortes, wo sie im Dienste sich befinden, bis zu ihrer Wiederherstellung verpflegt werden; ein Anspruch auf Erstattung der Kur- und Verpflegungskosten findet aber in diesem Falle gegen einen anderen Armenverband niemals statt. Als ein fest Dienstverhältnis ist dasjenige nicht anzusehen, welches sich auf ein vorübergehendes bestimmtes Geschäft bezieht; dagegegn schließt der bloße Vorbehalt willkürlicher Aufkündigung die Eigenschaft eines festen Dienstverhältnisses nicht aus.* Cyt. za: Sachße, Tennstedt 1980, s. 280.

talnych i osób sprawujących opiekę pielęgniarzką, prace budowlane *und überhaupt die Beschaffung aller derjenigen Bedürfnisse, ohne welche eine Krankenanstalt ihren Zweck nicht erfüllen kann*⁶³). Z tego powodu wiele szpitali zostało uszkodzonych, nie mogąc uwzględniać w rozliczeniach znacznej części kosztów ponoszonych na opiekę nad ubogimi. Powodowało to rozliczne konflikty pomiędzy szpitalami a instytucjami opiekującymi się ubogimi.

Należy podkreślić, że wprowadzenie w życie ustawy o obowiązku opieki nad ubogimi 31 grudnia 1842 r. stało się silnym czynnikiem stymulującym poszukiwanie dróg finansowania szpitalnictwa. Był to efekt destabilizacji starego układu gmina – ubogi, zwłaszcza w kontekście ogromnej fluktuacji mas ludzkich, przemieszczających się odtąd w poszukiwaniu pracy. Efektem tego było pojawianie się na terenie danej gminy całej rzeszy osób wyrwanych z macierzystego kontekstu socjalnego. Nawet jeśli były to osoby pracujące, to jednak z reguły ich status materialny pozwalał zaliczyć je jedynie do grupy tzw. ubogich pracujących (*labouring poor*), a więc osób mających w chwili obecnej pracę, natomiast w momencie jej utraty zmuszonych automatycznie i natychmiast do szukania pomocy w gminie, zwłaszcza w okresie choroby. Nieprzewidywalność zdarzeń, związana głównie z nieprzewidywalną ilością ubogich, stała się przyczyną obaw gmin, przyzwyczajonych do opieki nad w miarę stabilną grupą własnych ubogich i do odpierania zakusów ubogich obcych. Zniesienie ustawą z 31 grudnia 1842 r. pojęć „ubogi miejscowy” i „ubogi obcy” zachwiało poczuciem stabilizacji i uzmysłowiło czynnikom decyzyjnym na poziomie lokalnym pojawienie się nowego, nieopracowanego systemowo problemu.

Następna reforma wprowadzona została w 1845 r. Uchwalona wówczas ustawa udzieliła gminom prawo do kierowania wszystkich w danym obszarze zatrudnionych czeladników do już istniejących kas i związków. Nowelizacja w 1849 r. poddała temu samemu obowiązkowi co czeladników także robotników fabrycznych, a jednocześnie nakazywała pracodawcom uiszczanie składek do kas w wysokości do połowy składek wpłacanych przez ich pracowników. Niestety, słabe egzekwowanie prawa spowodowało, że do 1853 r. w Prusach powstało zaledwie dwieście dwadzieścia sześć statutów dla kas. Tak pracownicy, jak i pracodawcy uiszczali swe składki bardzo niechętnie⁶⁴.

Szybki rozwój wszelkiego rodzaju kas nastąpił w Prusach dopiero w latach pięćdziesiątych XIX wieku. W 1854 r. zarejestrowanych było dwa tysiące sześćset dwadzieścia dwie kasy z niemal dwieście pięćdziesięcioma tysiącami członków. Sześć lat później istniały trzy tysiące sześćset czterdzieści cztery kasy z ponad czterystoma tysiącami członków. To imponujące osiągnięcie statystyczne nie szło w parze – jak pisze Florian Tennstedt – z prawdziwą oceną działalności kas. Według danych statystycznych za 1869 r. zaledwie 45% osób zatrudnionych pracowników fabrycznych było ubezpieczonych na wypadek choroby⁶⁵.

Kolejna reforma przeprowadzona dopiero w latach 1870–1871 przyniosła określenie taryf, wedle których pokrywano koszty opieki nad ubogimi. Wysokość oszacowania dziennego utrzymania chorego zależała od rodzaju miejscowości, których wyróżniono pięć klas. Wyliczone taryfy nie pokrywały jednak w całości kosztów leczenia. Dla miej-

⁶³ Cyt. za: Wagner 2001, s. 51.

⁶⁴ Tennstedt 1981, s. 111.

⁶⁵ Tennstedt 1981, s. 113.

scowości pierwszej i drugiej klasy nie przewidziano w ogóle takiej możliwości, dla miejscowości klasy trzeciej, czwartej bądź piątej wyznaczono koszt leczenia ubogiego spoza danej miejscowości na 1 srebrny grosz dziennie, przy czym pierwszy i ostatni dzień liczony był jako jedna doba hospitalizacji. Wysokość opłat za leczenie była niezależna od tego, czy miało ono miejsce w szpitalu, czy też ambulatoryjnie⁶⁶. Gdańsk został zaliczony do klasy pierwszej⁶⁷.

Jak się jednak okazało w praktyce, obowiązek przynależności do kas nie był idealnym wyjściem z sytuacji. W 1872 r. radny miejski w Gdańsku, a jednocześnie poseł do sejmiku prowincji Prusy w Królewcu (potem także do Reichstagu), Heinrich Rickert, porównując ówczesny stan prawny ze stanem faktycznym, skarżył się, iż ten system ubezpieczeń społecznych jest w jego mieście od 1869 r. w fazie upadku. Za przykład podał *Schneidergesellenkrankenkasse*, liczącą za czasów swej świetności dwustu pięćdziesięciu członków, która w 1872 r. praktycznie już nie istniała, oraz *Schumacherkasse*, która straciła w krótkim czasie połowę członków. Na 100 000 reichstalarów (rthlr.) niezbędnych rokrocznie do funkcjonowania opieki nad ubogimi w mieście, kasy dostarczały zaledwie 4 000 rthlr. Problem leżał w tym, jego zdaniem, że choć obowiązek przynależności wprowadzono w Prusach już na mocy ustaw w 1845 r. i 1849 r., to jednak do 1853 r. powstało na tym obszarze zaledwie niespełna dwieście trzydzieści kas, a w nich ledwo sześćdziesiąt, do których składki odprowadzali pracodawcy. W 1854 r. stworzono wprawdzie zapis, iż kasy takie mogą powstawać odtąd nie tylko w skali regionalnej, ale ogólnopruskiej, jednak nie wprowadzano go w życie z wystarczającą energią. Do tego jeszcze zrodził się szereg pytań: czy państwo jest w ogóle uprawnione do wprowadzania nakazu przynależności do kas? czy jest rzeczywiście udowodnione, że to robotnicy i czeladnicy są tymi, którzy głównie przyczyniają się do obciążenia władz komunalnych w zakresie opieki nad ubogimi? jakie są doświadczenia z dotychczas istniejącymi kasami? jak mają być urządzone kasy i jak wysoka winna być wpłacana do nich składka, aby pokryć rzeczywiste potrzeby społeczne? Wszelkie te i podobne wątpliwości skłoniły Rickerta do zadania generalnego pytania: co dotychczasowe kasy, w których istniał przymus przynależności, zdziałały? Przytaczając dokonania finansowe kas w Gdańsku i kas w Elberfeldzie (na 80 000 rthlr. niezbędnych do opieki nad ubogimi tamtejsze kasy dostarczały 15 000 rthlr. rocznie), Rickert przeciwstawia im rezultaty finansowe kas w Wielkiej Brytanii, gdzie bez przymusu przynależności tamtejsze kasy gromadziły 33 000 000 rthlr. rocznie, umożliwiając powstanie kapitału rezerwowego w wysokości 133 000 000 rthlr. W Niemczech zaś kasy od wielu lat były bankrutami, nie mogącymi wypełniać należycie swych obowiązków, choćby z powodu wysokich kosztów własnych generowanych przez same kasy⁶⁸. Dwa lata później Rickert na forum publicznym raz

⁶⁶ Wagner 2001, s. 49–51.

⁶⁷ *Beilage C des Gesetzes über die Quartierleistung für bewaffnete Macht während des Friedenszustandes vom 25. Juni 1868*. [In:] „Bundes-Gesetzblatt des Norddeutschen Bundes”. Verlag des Gesetzsammlungsamts. Berlin 1868, s. 547; *Beilage II des Gesetzes über die Revision des Servistarifs un der Klasseneinteilung der Orte vom 3. August 1878*. [In:] „Reichsgesetzblatt”. Verlag des Gesetzsammlungsamts. Berlin 1878, s. 259.

⁶⁸ Fragmenty wystąpienia H. Rickerta wygłoszonego 27 sierpnia 1872 r. na Trzynastym Kongresie Niemieckich Ekonomistów w Gdańsku. F. Tennstedt, H. Winter, [Hg.] *Von der Reichsgründungszeit bis zur Kaiserlichen Sozialbotschaft (1867–1881)*. Abt.1. Bd.5. *Altersversorgungs- und Invalidenkassen*. „Quellensammlung zur Geschichte der Deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914”. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1999, s. 181–185.

jeszcze wrócił do problemu kas, ironicznie stwierdzając: *Es können nur Gesunde als Kassenmitglieder zugelassen werden, also diejenigen, die zur Zeit der Meldung zum Eintritt krank oder gebrechlich sind, sollen zurückgewiesen werden, mithin gerade diejenigen, bei denen die Gefahr am größten ist, daß sie den Kommunen zur Last fallen*. Do tak smutnej konkluzji skłoniły Rickerta między innymi doświadczenia z jego własnego podwórka⁶⁹.

Przytoczone tu opinie gdańskiego radnego nie były odosobnione i ukazywały cienie wprowadzanego od kilkudziesięciu lat systemu.

W tym miejscu warto uzmysłowić sobie fakt, że w przeciwieństwie do południowych Niemiec, miasta północne, a zwłaszcza położone w Prusach (do których należał i Gdańsk), nie wytworzyły własnego systemu ubezpieczeń. Przejmowały natomiast obce wzorce, adaptując je do swoich potrzeb lokalnych⁷⁰.

Między innymi należy przywołać tu powstały w 1858 r. w oparciu o południowo-niemiecki wzorzec bremeński system ubezpieczeń. Tym zasadniczo różnił się od innych tego typu rozwiązań, że przystosowany został do odmiennych warunków socjalnych. Brema była wówczas miastem w którym nie wprowadzono w życie ustawy 31 grudnia 1842 r., a więc po tym terminie zachowała dawne prawo, wedle którego opieka społeczna dotyczyła tylko własnych ubogich, w tym ubogich pracujących (*labouring poor*). Napływowi obcych robotników przeciwdziałał system uzyskiwania pozwoleń na pracę w mieście, który jednak okazał się być tak niedogodny, że w 1857 r. na nalegania bremeńskich przedsiębiorców tamtejszy senat postanowił wreszcie z niego zrezygnować, pod warunkiem, iż robotnicy napływowi stworzą własną kasę chorych. Efektem tego stało się stworzenie *Allgemeine Krankenkasse für Gesellen, Gehilfen, Arbeiter und Lehrlinge*. Równocześnie senat wydał przepisy, stanowiące podstawy prawne działalności kasy, do której przynależność dla robotników chcących podjąć pracę w Bremie była w praktyce obowiązkowa. Działalność jej została powiązana ze szpitalem powszechnym w Bremie (*die Allgemeine Krankenanstalt*). Posiadał on w tym czasie około dwieście siedemdziesiąt łóżek, jednak słabo wykorzystanych, wobec wprowadzenia wysokiej taryfy za opiekę szpitalną (8 rthlr. miesięcznie). Dla porównania: zarobki robotników bremeńskich w tym czasie wynosiły od 4 do 18 rthlr. Niewielkie wykorzystanie szpitala, a także postulaty zmiany przepisów o zatrudnieniu zaowocowały powstaniem wspomnianej kasy chorych, dzięki działalności której zamierzano rozwiązać problem chorych robotników napływowych oraz miernego obłożenia nowego szpitala. Jej działalność z założenia wyróżniła się tym od kas działających w miastach pruskich, że istniał w niej wspomniany już obowiązek przynależności.

⁶⁹ Cyt. za: F. Tennstedt, H. Winter, [Hg.] *Von der Reichsgründungszeit bis zur Kaiserlichen Sozialbotenschaft (1867–1881)*. Abt.1. Bd.6. *Gewerbliche Unterstützungskassen. Die Krankenversicherung zwischen gewerbliche Arbeitsnehmer zwischen Selbsthilfe und Staatshilfe*. „Quellensammlung zur Geschichte der Deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914”. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2002, s. 105. Co do samego przymusu przynależności do kas ubezpieczeń, Rickert ironizował dalej: *Wir haben Zwangsunterricht vom 6. bis 14. Jahr, man will jetzt Zwangsförderung, Zwang vom 14. bis 18. oder gar 20 Jahr, Zwang zum Militärdienst, wovon ich übrigens zugebe, daß er eine absolute Notwendigkeit ist – und nun noch gar Zwangsversicherung bis in alle Schichten der Bevölkerung! Ibidem*.

⁷⁰ Leidinger 2001, s. 274.

Niestety, działalności tej kasy chorych nie przysporzyła szpitalowi ani funduszy, ani pacjentów. W 1858 r. pieniądze pozyskane tą drogą stanowiły jedynie 6,3% dochodów zakładu, a w 1863 r. wzrosły zaledwie na tyle, że stanowiły tylko 15,6% dochodów. W analizowanym okresie dochody pozyskiwane od chorych płacących stanowiły 25–27% dochodów, a dochody z Instytutu Ubogich 30–35%. Ilość chorych ubezpieczonych w omawianej kasie stanowiła 3,6–6,4% ogólnej populacji pacjentów szpitala. Ostatecznie w 1895 r. senat bremeński zwolnił napływowych robotników z obowiązku przynależności do *Allgemeine Krankenkasse für Gesellen, Gehilfen, Arbeiter und Lehrlinge*. Tak więc przykład bremeński pokazuje, że nie zawsze powstanie kasy chorych stało się motorem napędzającym rozwój stacjonarnej opieki nad chorymi⁷¹.

Dla pełnego obrazu warto zacytować tu rezultaty badań Richarda Spree'go, który porównując dwa podobne szpitale niemieckie (w Hamburgu i Stuttgarcie), ale działające w odmiennych warunkach ekonomicznych, poczynił następujące spostrzeżenia.

Szpital powszechny w Hamburgu, podobnie jak szpital św. Katarzyny w Stuttgarcie, był zakładem wybudowanym w latach dwudziestych XIX wieku przede wszystkim dla opieki nad chorymi uleczalnymi, należącymi do grupy *labouring poor* (czeladnicy, służący lub robotnicy), w dużej mierze pochodzącymi spoza Hamburga (Stuttgartu) lecz w Hamburgu (Stuttgarcie) pracującymi, młodymi, bez rodzin⁷². Zakład w Hamburgu finansowany był przede wszystkim ze środków miejskich (około 60%), a tylko w niewielkim stopniu z opłat wnoszonych przez chorych bezpośrednio (chorzy płacący) lub pośrednio (kasy chorych). Prowadziło to do ustawicznego narzekania na wysokość dofinansowania przez państwo. Jednocześnie jednak szpital stanowił istotny instrument w opiece społecznej miasta. W przeciwieństwie do tego szpital św. Katarzyny w Stuttgarcie finansowany był w dużej mierze z dochodów kasy chorych, do której przynależność była obligatoryjna. Niewielka suma dofinansowania ze strony miasta (z reguły kilkanaście procent dochodów szpitala) nie czyniła z zakładu znaczącego elementu w opiece społecznej miasta. Natomiast tak sytuacja finansowa zakładu, jak i struktura zarządu (na czele szpitala stał lekarz) czyniły ze stuttgarckiej placówki typowy zakład umożliwiający medycyzację szpitala w pełniejszym zakresie, aniżeli szpitala w Hamburgu. Ten ostatni obciążony został funkcją hospicyjną, prowadzącą do długoletnich hospitalizacji, co wpływało ujemnie na jego funkcje czysto medyczne⁷³.

Szpital hamburski był więc jednym z istotnych elementów opieki społecznej miasta, zależnej jednak od kasy miejskiej, natomiast w szpitalu stuttgarckim doszło do wytworzenia podstaw samofinansowania zakładu⁷⁴.

W przypadku Hamburga wystąpiło jeszcze jedno interesujące zjawisko. W mieście istniał szereg kas związanych z działalnością cechową, wywodzących się niejednokrotnie jeszcze ze średniowiecza. Jednak ich udział w finansowaniu leczenia szpitalnego był niewielki, choćby z tego powodu, że w dwustu czterdziestu dziewięciu kasach tego typu tylko część była kasami chorych (*Krankenkassen*, sześćdziesiąt jeden kas), część kasami mieszanymi (*Kranken- und Sterbekassen*, sto dwanaście), zaś pozostałe były tylko ka-

⁷¹ Leidinger 2001, s. 275–281, 283–288.

⁷² Spree 1997, s. 440.

⁷³ Spree 1997, s. 441–442.

⁷⁴ Spree 1997, s. 413–446; Wagner 2001, s. 45.

sami na wypadek śmierci (*Sterbekassen*; siedemdziesiąt sześć). Oznacza to, że jedynie 70% istniejących kas (sto siedemdziesiąt trzy) płaciło za swoich członków w przypadku hospitalizacji. Do tego dochodzi fakt, że kasy chorych liczyły średnio tylko dwustu trzydziestu jeden członków (niektóre zaledwie dwunastu członków), zaś kasy mieszane czterystu pięćdziesięciu dwóch. Tak więc uczestnictwo członków tego typu kas w populacji pacjentów szpitala ogólnego nie był zbyt duży. Ostatnim czynnikiem obniżającym zdolność kas do pokrywania kosztów leczenia był fakt, że tylko dziewięćdziesiąt z wymienionych stu siedemdziesięciu trzech czyniło to w pełnym wymiarze zgodnie z taryfą, pozostałe zaś jedynie częściowo⁷⁵.

Do omówienia pozostała jeszcze ważna grupa „chorych płacących”. Na wstępie przypomnieć należy, że płacenie za pobyt i opiekę w szpitalu nie pojawiło się na surowym gruncie. Prawdą jest jednak, że stosowany od średniowiecza sposób płacenia pensjonariuszy za opiekę szpitalną różnił się tak dalece od stosowanego po 1800 r., jak dalece różniła się opieka szpitalna w wieku XV od tejże opieki w wieku XIX. To stwierdzenie nie jest tylko prostym porównaniem, lecz ma swe głębsze uzasadnienie: system opłat zależał bowiem od systemu opieki, był ściśle z nim związany i wraz z nim ewoluował.

Początki relacji finansowych pensjonariusz – szpital sięgają oczywiście początków fundacji szpitalnych i z razu związane były z prostym faktem ofiarowania jałmużny na rzecz zakładu za nocleg, czy za pielęgnację w czasie choroby. Relacje te z biegiem czasu stały się bardziej skomplikowane, zważywszy że klientami szpitali stały się osoby ubogie, które były utrzymywane na koszt zakładów, a więc o płatności na rzecz fundacji nie mogło być mowy. Nie znaczy to jednak, że ubogi stał się tylko biorcą, korzystającym z dochodów szpitali, choć przecież ofiarowywanych na jego rzecz (*czu notdurft der enelenden armen vnde der cranken*⁷⁶, czy *für unsern Lieben Armen*⁷⁷, jak głosiły zwyczajowe formuły w XV i XVI wieku). W zamian za dobrodziejstwo jałmużny zobowiązany był do modlitwy za ofiarodawców, a bardziej wymiennie, do odpracowania swego utrzymania⁷⁸.

Wyższą formą płatności stała się prebenda (*Pfründe*), która do początku XVI wieku zdominowała szpitale obszaru niemieckojęzycznego, w tym i gdańskie. Polegała na zakontraktowanym przeniesieniu praw własności dóbr pensjonariusza na rzecz fundacji, przy czym dokonywało się to częściowo za życia, a częściowo po śmierci prebendariusza (*Pfränder*). Zasadą była nienaruszalność tej części majątku, która pozostawała w użytkowaniu prebendariusza. Mógł on z niej skorzystać, lecz nie mógł zbyć do niej praw

⁷⁵ Spree 1997, s. 417–424.

⁷⁶ A. Methner, *Zur Entstehung des St. Jakobshospitals*. „Mitteilungen des Westpreußischen Geschichtsvereins” 1932, 31, 2, s. 22.

⁷⁷ Bibl.Gd.PAN, Ms. 428 k.471r.

⁷⁸ APG, 300, 61/67, s. 8 (Ordynacja szpitala św. Jakuba, 1458 r.): *Item Alle de yennen, de in den hoff vnd hospital myt bede synt gekomen sunder gelt, dar se sick mede mochten in koste hebben geholden de sullen helpen arbeijden vnd hant reycken, wes in deme haue nod vn[d] gebrock ys, wenne id van noden is na ereme vormogen, welcke noch so starck vnd gedeligk to arbeide dogen, wenne id en de hauemeyst[er] het vnd doen bueth*. Reicke 1932, s. 228, 231.

osobom trzecim. Przedmiotem kontraktu prebendy była gotówka, mienie ruchome, a także mienie nieruchomości⁷⁹.

W okresie tuż przedreformacyjnym i w czasie reformacji zjawisko prebendy zostało zakwestionowane, jako niemoralne⁸⁰, lecz mimo to omówiony system współfinansowania szpitali przez pensjonariuszy utrzymano⁸¹. Prebenda ciągle była zjawiskiem dochodowym, przysparzającym szpitalom gotówki⁸², ruchomości⁸³ oraz nieruchomości⁸⁴.

W XVII i XVIII wieku nadal obowiązywała zasada nienaruszalności majątku pozostawionego w użytkowaniu prebendariusza⁸⁵. Nieprzestrzeganie w tej materii zawartych kontraktów prebendy przez pensjonariuszy pociągało za sobą poważne konsekwencje finansowe, np. pozbawienie znacznej części majątku na rzecz szpitala. Zerwanie kontraktu mogło być związane nie tylko z bezpośrednim uszczupleniem majątku szpitala przez prebendariusza bez zezwolenia zarządu⁸⁶, ale także np. z małżeństwem pensjonariusza zawartym już po podpisaniu kontraktu prebendy, a więc z stworzeniem sytuacji, w której istniało niebezpieczeństwo kwestionowania prawa szpitala do spadku po prebendariuszu⁸⁷.

⁷⁹ Reicke 1932, s. 194–195.

⁸⁰ S. Begon, *De iure hospitalium. Das Recht des deutschen Spitals im 17. Jahrhundert unter Berücksichtigung der Abhandlungen von Ahasver Fritsch und Wolfgang Adam Lauterbach*. Marburg: Tectum Verlag, 2002, s. 172–173.

⁸¹ Begon 2002, s. 170–172.

⁸² Bibl.Gd.PAN, Ms 716, k.131v. (Księga pamiątkowa szpitala św. Jakuba): *Anno 1622. d. 26. Septemb[er] Hat Schiffer Marckes Fanselau sich in das Hospitall zu St. Jacob sambt Seiner Haußfrawen begehret einzugeben, ist auch von denn Hrn. Vorstehern darin genohm[m]en worden wegen Seines Alters und woll verhaltens. Des hat er dem Hospitall baar verehret und gegeben 700 Marck preußisch, und was er nach Seinem und Seiner Frau Tode werde haben in oder außerhalb des Hospitalls solte alles, nichts außgenohm[m]en, dem Hospitall S. Jacob zukom[m]en und verfallen seyn.*

⁸³ Bibl.Gd.PAN, Ms 716, k.132r. (Księga pamiątkowa szpitala św. Jakuba, 1623 r.): *die frau Abell des Seel. Claus Bischoffs nachgelaßene] Wittwe [...] hat dem Metken, so bey Ihr ist, wen[n] Sie wor mit Tode abginge, oder daß des Metken sich worde befreien ein Auffstehende bette und einen Silbern gördell, so gut als es den H. Vorstehern wird gelieben, gegeben.*

⁸⁴ APG 300, 41/3, s. 2–4 (Księga kamlarska, 1601 r.): *die tugentsame frau Catharina, seligen Jost Czanders nachgelaßene witbe [...] hat Ihr halbes Haus auff der Alten Stadt in der Burggaßen harte an dem Haushore gelegen, vnnndt itzo dem Erb. Henningk Mußen einem Barbier vermittelt, den armen des Hospitahls zu S. Jacob mit wolbedachtem reiffem rahte, queidt vnnndt frei aufgetragen vnnndt gegeben.*

⁸⁵ APG, 300, R/Rr, 1, s. 67. (Ordynacja zjednoczonych szpitali św. Ducha i św. Elżbiety, 1648 r.): *10. Es soll niemanden, es geschehe auch unter was Schein es immer Wäre, seine Gütter veralieniren, auch da jemand mit Tode abginge soll keiner sich vergreifen an dem was der Versterbene hinter sich läßt oder sich desselben anmaßen, wer da wieder thut der soll auch nach Erkänntniß der Vorstehere gestraffet werden.* APG, 300, R/Q, 7, s. 110: (Ordynacja Lazaretu, XVII wiek): *Zum Sechsten. Es soll niemand der ins Hospitahl eingenom[m]en ist, sich unterstehen von dem Seinigen wegzugeben, zu versetzen, oder auf Interesse, Pfünde oder Handschriften auß zu thun, ohne Vorwissen der Vorsteher. Die ihme hierinnen zum besten werden rahten, damit sie bester maßen Versichert, und nicht umb solches außgethanes Geld, durch einigen Betrug mögen gebracht werden, bey Vermei- [s. 111] dung oder Verlust des Hospitahls.* Begon 2002, s. 182.

⁸⁶ Bibl.Gd.PAN, Ms 716, k.133r. (Księga pamiątkowa szpitala św. Jakuba): *Ao.1627. d.25. Jan[uar]. haben die Herrn Vorstehere dem Pawel, so auf dem Hofe eine Wohnung gehabt, darumb daß Er von Seiner Seel. Haußfrawen Kleiden verkofft, und dem Hospitael entwedent, Eine Strafe auferleget, daß er solte 50 m[ark] den Vorstehern geben, welch[e]s Er nicht hat thuhn wollen; sondern lieber das Hospitael räumen, welches den[n] auch also bald gethahn, und alle das Seinige mitgenohm[me]n, und soll auch in kunftig Zeiten das Hospitaels nicht wieder fähig seyn, oder wieder darin genohm[m]en werden.*

⁸⁷ APG, 300, R/Mm, 1, s. 52: *Ao. 1639. d. 14. Jan. wie einer im Hospital zu Allen Gottes Engeln, der bey der Einnehmung pro advitalia alimentatione dem Hospital alle seine Gütter zu laßen versprochen, diesem ungeachtet, ob er gleich 20 Jahr mit seinem Weibe im Hospital gewohnet, nach ihrem Tode sich anderwärts*

Z biegiem czasu (połowa XVII wieku?) wytworzył się w niektórych regionach, między innymi w Gdańsku, system tzw. pojedynczego, podwójnego etc. utrzymania (*Kost*). Dokładnie wyjaśnia to w 1809 r. von Duisburg: „W tych wszystkich szpitalach jest tak urządzone, iż osoby, które przechodzą w stan spoczynku, a swój zaoszczędzony majątek chcą zabezpieczyć od wszelkich wypadków, mogą do jednego lub do drugiego takiegoż się wkupić za pewną, uzgodnioną z prowizorami szpitali sumę. W takim wkupieniu się zwraca się szczególnie uwagę na wiek osoby, która pragnie się wkupić, a wkupuje się, jak to nazwano, na pojedyncze, podwójne lub zwielokrotnione utrzymanie (*Kost*) stosownie do swych możliwości; znaczy to, iż otrzymuje się w szpitalu przyrzeczony przydział w pieniądzech i chlebie, tak zwielokrotniony, na jakie się utrzymanie wkupiono; kto się np. wkupił na potrójne utrzymanie, ten otrzyma tygodniowo potrójny przydział. Zwyczajowo otrzymują oni także w samym szpitalu lub w jego mieszkaniach wolne mieszkanie, są zaś wolni od wszystkich obywatelskich podatków; wolno im także mieszkać w mieście tam, gdzie chcą i całe ich ruchomości i nieruchomości pozostają poza zasięgiem szpitala. Jednak czy mieszkają w szpitalu czy jego mieszkaniach, to jest to wszystko, co po ich śmierci z ruchomości, rzeczy i gotówki przy nich zostanie znalezione, własnością szpitala”⁸⁸.

Opisany przez von Duisburga system oparty na zwielokrotnianych racjach wkupnego przetrwał w gdańskich szpitalach do 1945 r. Oczywiście dotyczy to szpitali nie poddanych procesowi medyalizacji, a więc posiadających średniowieczny rodowód zakładów starego typu. W szpitalach nowego typu system ów był zupełnie bezużyteczny, skoro nie przyjmowano do nich osoby na dożywocie.

W tym miejscu przypomnijmy: powstały w 1776 r. spis pensjonariuszy Lazaretu⁸⁹ dzieli ich na:

1. prebendariuszy,
2. przyjętych na dożywocie ubogich poniżej wyznaczonego minimum socjalnego (najczęściej nieuleczalnie chorych) oraz
3. ubogich chorych na okres leczenia.

Na początek skupić się wypada na grupie prebendariuszy, zwłaszcza na tych osobach, które pozostały w Lazarecie po ordynacji wydanej w 1779 r., a wymienianych przez Sieberta w 1785 r.⁹⁰ Jak już wspomniano, były to osoby (przynajmniej w teorii), które zapłaciły za przyjęcie do Lazaretu, przekroczyły wyznaczony próg wieku i (co jest istotne) mogły udowodnić poważne schorzenia wymagające opieki. Otóż takie określenie statusu klientów Lazaretu wyczerpywałoby w zasadzie cechy przypisane „chorym płacącym”, gdyby nie fakt, iż cały czas mowa jest o przyjęciu na dożywocie, nie zaś na okres leczenia. W ostatnich latach XVIII wieku istniała więc w Lazarecie grupa pensjonariuszy, będąca czymś pośrednim pomiędzy dawnymi prebendariuszami, a „chorymi płacącymi”, jacy wkrótce mieli pojawić się w szpitalu.

verheurathen wollen, ist geschlossen, ihn davon abzumachen, oder doch anzuhalten, den halben [s. 53] Theil seiner Güther dem Hospital zulaßen. In casu renitentiae soll er bis auf weitem Bescheid wegen dieser seiner Undanckbarkeit zur Hafft gebracht werden.

⁸⁸ Duisburg, von 1809, s. 224–225.

⁸⁹ APG, 300, 87/3, s. 2–3. Por. tab. 15 i 16.

⁹⁰ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 91–93.

Istotna różnica, jaka dzieli obie grupy klientów (tzn. grupę legitymujących się stosowną chorobą prebendariuszy od grupy „chorych płacących”), polega na oferowaniu przez Lazaret odpłatnie w pierwszym przypadku „łóżka w szpitalu z możliwością opieki”, w drugim zaś „możliwości opieki w łóżku w szpitalu”⁹¹. Postrzeganie szpitala przez „chorych płacących” jako „miejsca czasowego odosobnienia na okres choroby”, wymagało dodatkowo postrzegania go jako „obszaru transakcji,” to zaś z kolei wiązać się musiało z kwestią „wartości transakcji” – oferowaną przez Lazaret nadzieją na wyleczenie, a co najmniej na opiekę w czasie cierpienia, nadzieją, za którą warto zapłacić⁹². W przypadku prebendariuszy oczekiwania nie szły tak daleko: wykupywali oni tylko „prawo do łagodnego i jak najpóźniejszego odejścia w obszarze transakcji”. Opisany efekt przeorientowania oczekiwań, a więc zmiany przedmiotu transakcji, efekt wywierany przez szpital poddany medykalizacji (efekt, dodajmy, będący zarówno skutkiem oferty lekarzy, jak i skutkiem rosnących oczekiwań pacjentów⁹³) unaoecznia podstawową różnicę pomiędzy Lazaretem w roku 1776, a Lazaretem w roku 1835.

Jak podaje w tym właśnie roku dr Dann, początkowo sale Lazaretu dla „pacjentów płacących” zajmowali przede wszystkim „chorzy umysłowo z wyższych sfer”. Płacili oni tygodniowo po trzy reichstalary, „ponieważ każdy miał swego własnego opiekuna”. Dla porównania: pozostali „płacący chorzy” z miasta wydawali na leczenie we wspólnym obszarze szpitalnych jeden reichstalar⁹⁴.

W tym okresie chorzy płacący szpitala ogólnego w Monachium, funkcjonujący poza systemem abonamentowym, a więc samofinansujący hospitalizację, już od początku istnienia zakładu (1813 r.) zostali podzieleni na trzy grupy, w zależności od rodzaju uiszczanej taryfy⁹⁵. W szpitalu powszechnym w Hamburgu kwoty pozyskiwane od chorych (między innymi samofinansowanie się tzw. chorych płacących) stanowiły w 1824 r. 19%, w 1840 r. 22%, w 1860 r. 34% wszystkich dochodów szpitala⁹⁶.

Udział chorych płacących za opiekę medyczną we wrocławskim szpitalu Wszystkich Świętych w latach 1832–1852 wynosił 10,7–19,3% wszystkich hospitalizowanych⁹⁷. W tym okresie oszacowano koszt dziennego pobytu dla chorych płacących na 8 srebrnych groszy. W 1835 r. wprowadzono opłatę dla czeladników i uczniów w wysokości 12 srebrnych groszy, niezależnie od długości hospitalizacji. W 1844 r. zarząd zakładu zdecydował o zastosowaniu abonamentu, w wysokości 16 srebrnych groszy rocznie, za którą służący nabywali prawo do opieki szpitalnej. W rezultacie to posunięcie zapewniło szpitalowi pokrycie 25–30% wydatków, z drugiej strony nie zapobiegło stopniowemu narastaniu ilości chorych, którzy leczeni byli nieodpłatnie (49,8% w latach 1832–1834; 61,4% w latach 1850–1852). Pobyt chorych ubogich finansowany był wobec tego

⁹¹ O problemie realnych zdolności terapeutycznych szpitali w pierwszej połowie XIX w. – p. rozdział *Chorzy Lazaretu*.

⁹² Problem postrzegania szpitala przez jego potencjalnych klientów w XVIII i XIX wieku omawia szeroko Dross 2005 (b), nie pagin. Tamże przykłady żądań pacjentów dokonywania działań terapeutycznych, wynikających z postrzegania szpitala jako obszaru *sensu stricte* medycznego.

⁹³ O problematyce egzekwowania stosownej do ponoszonych kosztów opieki medycznej w stosunku pacjentów w XIX wieku patrz m. in.: Berger 1996, s. 230–231.

⁹⁴ Dann 1835, s. 307.

⁹⁵ Stollberg, Tamm 2001, s. 76.

⁹⁶ Spree 1997, s. 417–421.

⁹⁷ Wagner 2001, s. 58.

głównie z kasy miejskiej. Dotacja wynosiła w latach 1832–1845 od dwóch do sześciu tysięcy talarów, ale po 1845 r. wzrosnąć musiała nawet do piętnastu tysięcy talarów rocznie, tym bardziej że podobnie jak w innych szpitalach wzrost w tym czasie znaczącej ilości ubogich chorych zamiejscowych, spowodowany wejściem w życie ustawy z 1842 r., dodatkowo obciążył zakład finansowo⁹⁸.

Oczywiście „chorzy płacący” pojawiali się we wszystkich szpitalach europejskich. Także w ościennym Królestwie Polskim. Za przykład posłużyć może Warszawa, gdzie początkach XIX wieku pojawia się omawiana kategoria pacjentów. Niemniej jednak, wobec faktu że od opłat zwolnieni byli między innymi członkowie cechów, czeladnicy, uczniowie, służący oraz ubodzy ze świadectwem ubóstwa otrzymanym w cyrkule, a więc w tym czasie najliczniejsza klientela szpitala nowego typu, a ponadto opłaty nie dotyczyły również części warstw bogatszych (właściciele nieruchomości), „chorzy płacący” stanowili margines osób uiszczających opłaty za swe leczenie i opiekę szpitalną⁹⁹. Po 1831 r. w oparciu o instrukcję dla Rad Szczegółowych szpitali w Królestwie Polskim, pierwszeństwo do hospitalizacji przyznano ubogim chorym, dopuszczając wszakże przyjmowania „chorych płacących”¹⁰⁰. W latach siedemdziesiątych XIX wieku w szpitalu psychiatrycznym św. Jana Bożego w Warszawie wydzielono cztery klasy chorych, w zależności od wysokości uiszczanej taksy, przy czym nie istniała oficjalnie klasa chorych leczonych w pełni na koszt zakładu, z drugiej jednak strony żadna z klas nie pokrywała całkowicie kosztów swego utrzymania. W praktyce osoby psychicznie chore, które nie były w stanie pokryć kosztów swego utrzymania zaliczane były do klasy czwartej, zaś wydatkowane na ich hospitalizację kwoty wpisywano na konto zakładu. Na około trzysta pięćdziesiąt chorych szpitala aż osiemdziesięciu leczonych było wyłącznie dzięki jego funduszom¹⁰¹. W szpitalu ewangelickim istniał od 1837 r. szereg osobnych sal dla chorych płacących, jak także tzw. sala wyborowa, dla chorych chcących leżeć w *lepszym towarzystwie*¹⁰².

Tak więc szpitale powoli zaczęły być instytucjami, w których działalność medyczna stanowiła źródło dochodów, jednakże w zależności od sytuacji bardzo zróżnicowane. W augsburskim szpitalu powszechnym wpływy z zewnątrz do kasy szpitalnej (składki z kas chorych, udział „chorych płacących”) wynosiły w latach 1811/1812 zaledwie 9%, zaś w latach 1863/1864 niemal 50% wszystkich dochodów szpitala. To właśnie stało się jednym z powodów, że zakład w latach 1863/1864 wypracował dochód w wysokości 5 000 guldenów, a już w 1868 r. 28 000 guldenów¹⁰³. Jednak w tym samym czasie w wüzburskim *Juliusshospital* na nieco ponad cztery tysiące leczonych w 1868 r. chorych jedynie czterdziestu trzech płaciło za swe leczenie¹⁰⁴. Zazwyczaj bariera finansowa powodowała, że podobnie jak w wielu innych szpitalach niemieckich, procentowy udział takich chorych spośród wszystkich pacjentów szpitala ogólnego w Hamburgu nie przekraczał w latach 1855–1885 4,1% (1871 r.), a nawet był jeszcze niższy (1,5% w 1868 r.). Po-

⁹⁸ Wagner 2001, s. 57–59.

⁹⁹ Podgórska-Klawe 1975, s. 163–164.

¹⁰⁰ Podgórska-Klawe 1975, s. 176.

¹⁰¹ Rothe 1872, s. 16, 22–23.

¹⁰² Podgórska-Klawe 1975, s. 191.

¹⁰³ Langefeld 1995, s. 129, 139.

¹⁰⁴ Brinkschulte, Grosse 1995, s. 45.

dobnie było w szpitalu ogólnym w Monachium, gdzie udział chorych płacących wynosił 1% w 1827 r., zaś w 1869 r. nadal niewiele więcej – 2,2%¹⁰⁵.

Z drugiej strony powstawały nie tylko oddziały dla „chorych płacących” (na przykład od początku w nowo powstałym w 1845 r. szpitalu w Kolonii przewidziano dla nich osobne sale¹⁰⁶), ale całe szpitale wyłącznie dla tej grupy klientów, a dokładniej dla „chorych płacących za siebie samych”. Jako doskonały przykład może tu posłużyć powstały w 1837 r. warszawski Dom Zdrowia, czyli szpital nowego typu, przeznaczony wyłącznie dla „chorych płacących za siebie samych”. Co ciekawe, działający na zasadzie systemu abonamentowego zakład, przyjmował zapisy wyłącznie od osób zdrowych, zaś w grupie wykluczeń umieścił, jak to było we zwyczaju w szpitalach należących do systemu opieki społecznej, chronicznie chorych i kaleki¹⁰⁷.

O tym, że nie poziom wiedzy medycznej i zaangażowanie czynnika lekarskiego były głównymi elementami warunkującymi udział „chorych płacących” w strukturze dochodów szpitalnych świadczy przykład augsburskiego szpitala powszechnego. Opisany jeszcze na początku lat pięćdziesiątych XIX wieku jako bardzo zaniedbany, z salami świecącymi pustką, po znaczącej rozbudowie zaczął być postrzegany zgoła odmiennie. Przełożyło się to na konkretne liczby: gdy w obszarze otwartych w 1859 r. nowych budynków przeorganizowano starą, podupadającą strukturę szpitalną, udział „chorych płacących” wzrósł gwałtownie (lata 1856/1857 – 10% wszystkich dochodów, lata 1863/1864 – 20% wszystkich dochodów)¹⁰⁸.

Jednocześnie obecność chorych płacących stawała się w oczach zarządów szpitali pożądana nie tylko jako źródło dochodów, ale i z tej przyczyny, iż pacjenci tacy byli postrzegani jako mniej uciążliwi. Natomiast nie zawsze chorzy płacący stawali się elementem pożądanym przez wyższy personel medyczny. Szczególnie w czasach epidemii, kiedy potrzebne były oddzielne izby dla chorych zakaźnie, obecność w nich innych chorych znacząco utrudniała separację uwarunkowaną względami epidemiologicznymi¹⁰⁹.

Przy tej okazji należy poruszyć jeszcze jedno zagadnienie. Niezależnie od systemu finansowania działalności medycznej szpitali, istotną kwestią było ustalenie wysokości kwot przeznaczanych na tę potrzebę. Podstawową techniką służącą do tego celu było posługiwanie się ustalonym taryfikatorem, wyznaczającym opłaty za działalność terapeutyczną i opiekę w przeliczeniu na osobę na dzień (rzadziej w innej jednostce czasu).

System taryf w swej nowoczesnej formie pojawił się w 1784 r. w wiedeńskim szpitalu ogólnym. Stanowił ekonomiczną odpowiedź na stawiane tamtejszym kandydatom na pensjonariuszy dwa pytania: „chory czy nie chory” oraz, przy pozytywnej odpowiedzi na pierwsze pytanie, „ubogi czy nieubogi”. W efekcie powstały cztery klasy chorych z przydzielonymi im taryfami. Klasa pierwsza posiadała własne mieszkania, bezpłatne leki oraz opiekę. Płacono za to 1 gulden dziennie. Dla klasy drugiej przewidziano dwudziestopięciolóżkową salę ze zwykłą opieką. Kosztowało to pół guldена dziennie. Klasa

¹⁰⁵ Stollberg, Tamm 2001, s. 81–82, 486–488.

¹⁰⁶ Murken 1988, s. 73.

¹⁰⁷ Podgórska-Klawe 1975, s. 179–180.

¹⁰⁸ Langefeld 1995, s. 111, 114–115, 128.

¹⁰⁹ Stollberg, Tamm 2001, s. 485–486.

trzecia przeznaczona była dla ubogich chorych, zaś koszty utrzymania (dziennie 1/6 guldena) ponosiły fundacje lub pracodawcy. W klasie czwartej hospitalizowano pozostałych ubogich¹¹⁰.

System klas początkowo różnił się dość znacznie w poszczególnych miastach obszaru niemieckojęzycznego. W stuttgartzkim szpitalu św. Katarzyny w końcu lat dwudziestych XIX wieku obowiązywał podobny podział jak w gdańskim Lazarecie, tzn. po prostu zarezerwowano trzy osobne pokoje dla „płacących chorych”¹¹¹. W Monachium w 1813 r. wymieniano trzy klasy chorych i trzy przynależne im taryfy. Taryfa pierwsza obejmowała chorych płacących dziennie 30 grajcarów, za co otrzymywali łóżko w ogólnej sali dwunastołóżkowej. Taryfa druga obejmowała chorych płacących dziennie jeden gulden w zamian za łóżko w salach sześciolóżkowych oraz lepsze wyżywienie i opiekę. Taryfa trzecia dotyczyła chorych płacących 1 gulden i 36 grajcarów dziennie, za co otrzymywali prawo do indywidualnej opieki w separatkach. Od 1830 r. pacjenci płacący wedle taryfy trzeciej musieli dodatkowo opłacać jeszcze lekarstwa. Jednocześnie jednak obniżono koszt utrzymania dziennego takiego pacjenta do 24 grajcarów¹¹².

W Bremie wprowadzony tamtejszym szpitalu powszechnym system przewidywał rozmaite taksy, stosowane według różnorodnych kryteriów podziału. I tak przede wszystkim istniały taksy miesięczne i dzienne. Druga linia podziału przebiegała pomiędzy chorymi miejscowymi a zamiejscowymi, trzecia pomiędzy chorymi (dorosłymi), kobietami w ciąży, a od 1864 r. także dziećmi. Wydzielono ponadto taryfę normalną (*Normalpflege*), taryfę dla osób w separatkach (*Separatpflege*) oraz opiekę indywidualną pierwszej i drugiej klasy (*Privatpflege 1. oder 2. Klasse*). Wysokość taksy wahała się w 1851 r. od 6 reichstalarów miesięcznie (taryfa normalna dla chorej osoby dorosłej pochodzącej z Bremy) do 35 reichstalarów (taryfa za opiekę indywidualną pierwszej klasy dla chorej osoby dorosłej spoza Bremy)¹¹³.

W szpitalu powszechnym w Hamburgu już od jego założenia w 1823 r. obowiązywał system taryf, w którym wyodrębniono cztery klasy (*die Pflegeklassen*) chorych. Klasa pierwsza dotyczyła zamożniejszych chorych, którzy otrzymywali separatkę wraz z indywidualną opieką pielęgniarską. W klasie drugiej otrzymywano pokój trzyosobowy ze wspólną dla wszystkich trzech chorych opieką pielęgniarską, w klasie trzeciej pokój kilkuosobowy ze wspólną opieką pielęgniarską, zaś w klasie zwanej zwykłą (*die gewöhnliche Pflegeklasse*), chory otrzymywał łóżko na sali trzynastołóżkowej¹¹⁴.

W 1823 r. wprowadzono następujące taryfy dla chorych płacących:

1. osoby opłacające w pełni opiekę indywidualną i swój własny pokój – 15–20 marek (m.)¹¹⁵, zaś w wyjątkowych przypadkach nawet 40 m. tygodniowo;
2. osoby opłacające opiekę i pobyt w małych, cztero–sześciolóżkowych salach – 6–8 m. tygodniowo;
3. osoby opłacające opiekę i pobyt w salach trzynastołóżkowych – 3 m. tygodniowo.

¹¹⁰ Stollberg 1996, s. 377–378.

¹¹¹ Jetter 1966, s. 194.

¹¹² Stollberg, Tamm 2001, s. 7, 6378.

¹¹³ Leidinger 2000, s. 70.

¹¹⁴ Spree 1997, s. 417–418.

¹¹⁵ Dokładniej chodzi tu o tzw. *Courantmark*, walutę będącą w użyciu w Hamburgu do 1873 r. 1 *Courantmark* = 16 *Courantschillinge* = 1, 2 marki. Stollberg, Tamm 2001, s. 429.

W 1868 r. wprowadzono nowy system taryf, dzieląc pacjentów na klasy. Wyglądał on następująco:

1. klasa pierwsza – separatka wraz z indywidualną opieką pielęgniarstwa;
2. klasa druga – pokój dwuosobowy wraz z ogólną opieką pielęgniarstwa;
3. klasa trzecia – pokój trzy–pięciosobowy wraz z ogólną opieką pielęgniarstwa;
4. osoby podlegające opiece ogólnej, leżący na salach trzynastołóżkowych¹¹⁶.

Jednakże wprowadzanie taryf (zwłaszcza dla ubogich), choć dogodne, spotykało się niejednokrotnie z różnymi oporami. Do lat trzydziestych XIX wieku berlińska *Charité* poprzestawała jedynie na dochodach z przypisanych jej fundacji oraz na subwencji ze strony państwa, wobec faktu, że założona została między innymi celem nieodpłatnego przyjmowania ubogich miejskich¹¹⁷. W 1835 r. doszło do konfliktu pomiędzy *Charité* a opieką społeczną. Dalsze bowiem pokrywanie kosztów leczenia przez zakład spotkało się ze zdecydowanym sprzeciwem Ministerstwa Wyznań, któremu szpital podlegał. Efektem sporu było wprowadzenie taryf, wedle których wybrane grupy pacjentów, zwłaszcza podlegających przymusowi hospitalizacji (np. doprowadzone przez policję do szpitala chore wenerycznie prostytutki), nadal leczone były nieodpłatnie. Pomimo wykluczenia części chorych ubogich z taryfikatora, berlińska opieka społeczna nie była przygotowana na tak znaczące obciążenie finansowe. Efektem tego stało się zmniejszenie ilości ubogich przekazywanych do *Charité*. Jak to wówczas określono, dla berlińskiej opieki społecznej *Charité* jako szpital dla ubogich chorych „znacznie stracił na wartości”¹¹⁸.

W Gdańsku w 1822 r. postanowiono uregulować system finansowania opieki nad chorymi wenerycznie. Wprowadzenie kilkustopniowej odpłatności tłumaczono różnymi stopniami zaawansowania chorób wenerycznych, a co za tym idzie różnym zaangażowaniem środków finansowych na opiekę i leczenie.

Stopień pierwszy charakteryzował się niskim stadium zaawansowania, brakiem objawów ogólnych i możliwością wyleczenia choroby wenerycznej w ciągu kilku tygodni¹¹⁹. Kwota przypadająca na leczenie w tej grupie wynosiła 4 reichstalary dla osoby dorosłej, 2 dla dziecka poniżej dwunastego roku życia.

Stopień drugi obejmował przypadki z objawami ogólnymi, jednak z możliwym do opanowania w ciągu sześciu tygodni procesem infekcyjnym. Kwota przypadająca na leczenie w tej grupie na okres sześciu tygodni wynosiła 6 reichstalarów i 45 groszy dla osoby dorosłej, 4 reichstalary dla dziecka poniżej dwunastego roku życia.

Stopień trzeci dotyczył chorych, co do których zawodziły metody lecznicze stosowane powszechnie, gdyż albo nie były skuteczne, albo wymagały długotrwałego stosowania, albo pojawiły się dodatkowe komplikacje, albo też istniały inne okoliczności wskazujące na to, że są to chorzy nieuleczalni. Kwota przypadająca na leczenie w tej grupie na okres pierwszych sześciu tygodni wynosiła 6 reichstalarów i 45 groszy dla osoby dorosłej, 4 reichstalary dla dziecka poniżej dwunastego roku życia, zaś za każdy

¹¹⁶ Stollberg, Tamm 2001, s. 439–440.

¹¹⁷ Wagner 2001, s. 43.

¹¹⁸ Wagner 2001, s. 56–57.

¹¹⁹ Oczywiście twierdzenie o możliwości wyleczenia z choroby wenerycznej przy pomocy specyfików stosowanych w 1822 r. należy traktować z dużym dystansem. Prawdopodobnie prawodawca miał tu na myśli te postaci choroby, które charakteryzowały się długim okresem przebiegu subklinicznego, a więc stwarzały wrażenie opanowania procesu zapalnego.

następny tydzień 1 reichstalar dla osoby dorosłej, 60 groszy dla dziecka poniżej dwunastego roku życia. Kwalifikacja do danej grupy każdorazowo należała do fizyka okręgu (*Kreis-Physicus*)¹²⁰.

W 1828 r. Lazaret posiadał w zasadzie cztery klasy pensjonariuszy:

1. chorych ubogich leczonych nieodpłatnie;
2. miejskich „chorych płacących” za opiekę we wspólnym obszarze szpitala jeden reichstalar dziennie;
3. pochodzących spoza Gdańska „chorych płacących” za opiekę we wspólnym obszarze szpitala półtorej reichstalara dziennie;
4. „chorych płacących” trzy reichstalary dziennie za oddzielne, przeznaczone tylko do tego celu cztery pokoje wraz z indywidualną opieką pielęgniarską¹²¹.

Daty wprowadzenia tego *novum* niestety nie znamy. Wiadomo tylko, że w rozkazie gabinetowym z 01 maja 1822 r.¹²² mowa jest o obowiązku akceptacji przez rejencję wszelkich zmian w taryfie kosztów leczenia (*Kurkostensatz*), co wskazuje jednoznacznie, że system taryf był wprowadzony najpóźniej do tego dnia.

Niestety, system taryf Lazaretu z lat późniejszych nie został do chwili obecnej odnaleziony. Dopiero dane z początków XX wieku podaje Max Foltz:

- a. klasa pierwsza dla mieszkańców Gdańska – 8 marek (m.),
- b. klasa pierwsza dla osób spoza miasta – 10 m.,
- c. klasa druga dla mieszkańców Gdańska – 5 m.,
- d. klasa druga dla osób spoza miasta – 7 m.,
- e. klasa trzecia dla mieszkańców Gdańska – 3 m.,
- f. klasa pierwsza dla osób spoza miasta – 4 m.

Podane kwoty dotyczyły osób płacących za samych siebie¹²³.

Otwarty w 1853 r. szpital boromeuszek od początku dzielił chorych na trzy klasy, bez klasy chorych przyjmowanych nieodpłatnie. Klasa pierwsza przewidziana była dla osób zamożniejszych, klasa druga dla mniej zamożnych, zaś klasa trzecia dla najuboższych. Opłata za leczenie w 1853 r. wynosiła dla:

- a. klasy pierwszej – 4 m. (=1,3 reichstalary, rthlr.),
- b. klasy drugiej – 2 m. (=0,6 rthlr.),
- c. klasy trzeciej – 0,75 m. (=0,25 rthlr.).

W 1868 r. podniesiono stawkę i odtąd płacono w:

- a. klasie pierwszej – 5 m. (=1,6 rthlr.),
- b. klasie drugiej – 2,5 m. (=0,8 rthlr.),
- c. klasie trzeciej – 1 m. (=0,3 rthlr.).

Stan taki trwał aż do 1892 r., kiedy to dokonano ponownego przeszacowania taks i odtąd płacono w:

- a. klasie pierwszej – 6 m. (=2 rthlr.),
- b. klasie drugiej – 3 m. (=1 rthlr.),

¹²⁰ *Regulativ über die Zahlung der Kurkosten aus Königl. Fonds für venerische Krancke* (dokument wydany przez Rejencję gdańską dnia 26.10.1822 r.). GStA B-D, Berlin-Dahlem: Rep. A 180 Nr 2524, s. 229–232.

¹²¹ Dann 1835, s. 307.

¹²² Steimmig 1870, s. 5.

¹²³ M. Foltz, *Geschichte des Danziger Stadthaushalts*. „Quellen und Darstellungen zur Geschichte Westpreussen”. Bd. 8. Danzig: A.W. Kafemann, 1912, s. 339.

c. klasie trzeciej – 1,5 m. (=0,5 rthlr.).

Na podkreślenie zasługuje fakt że nie rozróżniano przy tym chorych miejscowych od chorych „obcych”, ustalając dla wszystkich jednakowe taksy¹²⁴.

Szpital diakonis już pod koniec lat pięćdziesiątych XIX wieku ustalił osobną takse dla leczenia chorych dzieci i chorych dorosłych, nie rozdzielając ich jednak początkowo na poszczególne klasy (6 ½ sgr. dla dorosłych, 5 sgr. dla dzieci). Dopiero w 1889 r. wprowadzono klasy, początkowo wyłącznie dla dorosłych, gdzie taksa wynosiła dla:

- a. klasy pierwszej – 4 m.,
- b. klasy drugiej – 2 m.,
- c. klasy trzeciej – 0,75 m.

Rok później stawki uległy podwyższeniu i wynosiły dla:

- a. klasy pierwszej – 5 m.,
- b. klasy drugiej – 2,5 m.,
- c. klasy trzeciej – 1 m.

i w takiej wysokości dotrwały do 1895 r., kiedy to ustalono taryfikator dla dzieci, gdzie opłaty wynosiły dla:

- a. klasy pierwszej – 2,15 m. (=0,7 rthlr.),
- b. klasy drugiej – 1 m. (=0,3 rthlr.),
- c. klasy trzeciej – 0,75 m. (= 0,25 rthlr.)¹²⁵.

Wszystkie ceny dotyczą kosztów za leczenie i opiekę jednego chorego/jeden dzień.

Porównując szpitale obu zgromadzeń można zauważyć, że szpital boromeuszek był zakładem nieco droższym, jedynie w latach 1890–1892 w obu placówkach stosowano takie same wysokości taks.

XIX-wieczne szpitale gdańskie nie zostały poddane jednolitemu systemowi finansowania. Pomijając źródła dochodów wewnętrznych (w zasadzie dość podobne), to najistotniejsze różnice dotyczyły finansowania zewnętrznego.

W przypadku gdańskiego szpitala miejskiego, Lazaretu, podstawą majątku zewnętrznego spośród wszystkich wymienionych stała się dotacja ze strony miasta. Był to efekt uznania szpitala przez gminę za istotny instrument miejskiej polityki społecznej, w czym Gdańsk upodobił się do większości miast północnoniemieckich. Najbliższy gdańskiemu ze znanych modeli finansowania był model hamburski. Pomijając fakt, że tradycje przejmowania wzorców z tego miasta w opiece nad ubogimi sięgają jeszcze XVIII wieku¹²⁶, zwraca uwagę choćby to, że szpital powszechny w Hamburgu uznany za jeden z podstawowych elementów opieki społecznej władz miejskich finansowany był przede wszystkim ze środków gminnych (około 60% dochodów placówki)¹²⁷, a więc w wysokości niemal dokładnie takiej samej jak w Gdańsku (od 40% w 1830 r. do 63% w 1863 r.¹²⁸).

¹²⁴ Steffen 1927, s. 114.

¹²⁵ Hülsen, von 1907, s. 180–181.

¹²⁶ Por. przejście modelu hamburskiego pod koniec XVIII wieku w tworzeniu Instytutu ds. Ubogich (*Armeninstitut*). Szarszewski, Bogotko-Szarszewska 2006, s. 78–79.

¹²⁷ Spree 1997, s. 441–442.

¹²⁸ *Nachrichten* 1830, s. 59; GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.

Już w 1805 r. w uregulowaniach prawnych dotyczących Kolegium ds. Ubogich w Gdańsku podtrzymany został obowiązek dofinansowania szpitali przez gminę miejską¹²⁹. Na podobnych podstawach prawnych, zawartych w Powszechnym Prawie Krajowym (*Das Allgemeine Landrecht*) kontynuowano dotowanie gdańskiego Lazaretu, w efekcie czego zakontraktowano określoną ilość chorych ubogich, zwłaszcza ubogich pracujących¹³⁰. Udział kas chorych, jak i udział „chorych płacących za siebie samych” był marginalny i nie decydował o ekonomicznym obliczu szpitala.

W Gdańsku w XVI–XVIII wieku dotacje na rzecz Lazaretu ze strony gminy nie były niczym niezwykłym. Zwłaszcza częste były dotacje w naturze poprzez przekazywanie zboża na rzecz szpitala z Urzędu Dobroczynności (*Spendamt*)¹³¹. Możliwa też była forma odmienna, poprzez dotację z kamlarii „na chleb” (*Brotgeld*) czy też dotacją *wegen zweier Pferde*¹³². Istniały także instrumenty pośrednie, poprzez zwalnianie szpitali z podatków (np. z tzw. macy, czyli części ziarna pozostawionego w młynie za przemiał¹³³, czy z akcyzy piwnej¹³⁴). W drugiej połowie XVIII wieku doszło do tego jeszcze obowiązkowe opodatkowanie mieszkańców miasta na rzecz Lazaretu¹³⁵.

¹²⁹ *Reglement 1805, §9: Die Zuschüsse, die die einzelne Institute zeither aus der Cämmerei Casse erhalten haben, verbleiben noch ferner denselben. Dies gilt auch von der Vergütung für die Verpflegung solcher Hilfsbedürftigen, zu deren Aufnahme die Institute von Seiten der Obrigkeit aufgefordert werden.*

¹³⁰ Z jednej strony chodziło o gminny obowiązek opieki nad chorymi ubogimi (§353. *Leczenie i utrzymanie czeladnika z wędrownki przybyłego i złożonego chorobą, czyli ma robotę lub iéy niema, w przypadku ubóstwa iego, z kassy czeladników, a w niedostatku onéyże, z kassy cechowéy uskutecznione być musi. §354. Gdy kassa rzeczona na to niewystarcza; a więc kassa ubogich mieyscowa, a w iéy niedostatku, kassa mieyska lub kamlaryina dpomagać powinna.* Cyt. za: *Powszechne Prawo Kraiowe dla Państw Pruskich. Cz.2, t.1. Poznań: Wilhelm Dekker, 1826, s. 445; §1. Do Rządu należy mieć staranie o używienie i utrzymanie obywateli tych, którzy do tego nie są zdolnymi lub niemogą ie mieć od innych osób do dostarczenia go przez ustawy szczególnie zobowiązanych.* Cyt. za: *Powszechne Prawo Kraiowe dla Państw Pruskich. Cz.2, t.2, Poznań: Wilhelm Dekker, 1826, s. 484–485*), z drugiej zaś o ustawowo nałożone obowiązki państwa względem szpitali (§32. *Domy dla ubogich, szpitale, domy sierót, dla podrzutków i domy pracy zostaią pod szczególną opieką Rządu.* Cyt. za: *Powszechne Prawo Kraiowe 1826 (b), s. 488*).

¹³¹ Np. APG, 300, 10/90, s. 14: (19 stycznia 1662 r., propozycja Rady Miejskiej) *Demnach auch das getreyde von Tage czu Tage höhen in den Preis Leufft, vnd dadurch die einschaffung des brodes den Vorstehern des Pockenhauses sehr Schwer fällt, bevor ab bey der anzahl armen Nohtturfftiger Leutte, so anitzo häufiger den vorhin von ihnen müßen aufgenahm[m]en werden. So sehr Ein Raht gern, d[ab] den gedachten Vorstehern mit etwas Zuschub an Mehl möchte vnter die arme gegriffen werden.*

¹³² *Reglement 1805, s. 6.*

¹³³ APG, 300, R/Mm, 1, s. 49: *Nachdem die E. Dritte Ordnung dieser Stadt gebeten, daß E.E.Raht den Hospitalien mit der Matze in der Mühlen fugen wolle, Als ist geschlossen, daß jeglichem Hospital drey Last jährlich sollen frey gegeben werden und den Vorstehern wenn sie darum anhalten solches zum Bescheid möge gegeben werden. Act. d. 22. Aug. 1614.*

¹³⁴ APG, 300, 10/24, k.190r.; APG, 300, R/Mm, 3, s. 378: *Auf Ansuchen der Vorsteher vom Pockenhause, will E.Raht ihnen so weit gefuget haben, daß alles Bier und Wein, so der Armuth verehert wird, accise frey seyn soll, weiter vergonnende, daß sie danebenst 12 Last Stadt Bier ohne Erlegung der Accise verschencken mögen, jedoch daß sie dabey kein aner frembd oder Landbier zapfen und verschencken sollen. Act. d. 3. Nov. 1655.*

¹³⁵ APG, 300, 93/11, s. 266: *Zu wißen: Demnach durch Schluß sämtl. Löbl. OO[rdnun]gen zu desto, förderlicher Aufhelfung des annoch in sehr nohtdürfftigen Umständen befindlichen Lazareths u[nd] weiterer Pflege u[nd] Unterhaltung der vielen Breßhafften und elenden Armen dieses Siehen Hauses eine allgemeine Monat[liche] Abgabe, u[nd] zwar nur auf ein Jahr ist beliebt worden, welche dem seitherigen so genan[n]ten kleinen verhöheten monat[lichen] Schaarwers-Gelde [s. 271] gleich seyn u[nd] mit demselben zusam[m]en eingefordert werden soll; Als hat E.Raht solches allen u[nd] jeden Bürgern u[nd] Einwohnern dieser Stadt kund thun wollen, u[nd] wird denenselben hiemit angedeutet, daß, wenn von dem Monat Januarius nächstkünftigen Jahres an, biß in den Monat December desselben Jahres das kleine verhöhete monat[liche] Schaar-*

To ostatnie zdarzenie było oznaką narastającego kryzysu finansowego. Burzliwe przemiany społeczne i gospodarcze zachwiały finansami wszystkich gdańskich szpitali. W efekcie od 1815 r. do pokrycia znaczącej części kosztów opieki i leczenia chorych zobowiązało się miasto. W połowie lat trzydziestych XIX wieku całkowite wydatki zakładu wynosiły 28 000 reichstalarów rocznie, z czego własne dochody fundacji pokrywały 57,1% kosztów (16 000 reichstalarów), zaś subwencja ze strony władz miejskich 42,9% (12 000 reichstalarów)¹³⁶. Ale w projekcie budżetu szpitala za 1863 r. zgłoszono względem gminy pretensje finansowe sięgające 24 812 rthlr., co stanowiło 63% wszystkich dochodów placówki (39 200 rthlr.)¹³⁷, pretensje, dodajmy, nieuwzględnione.

Omówione w dalszej części opracowania przemiany w zarządzaniu Lazaretem, jakie dokonały się na początku lat siedemdziesiątych XIX wieku, a polegające na przejęciu odpowiedzialności za losy zakładu przez miasto, świadczą o całkowitym braku zainteresowania gdańskich czynników decyzyjnych innym modelem finansowania. Nie jest to równoznaczne z całkowitą akceptacją istniejącego stanu rzeczy. Najpełniejszy wyraz znalazło to w broszurze polemicznej wydanej w 1870 r. przez r. Steimmiga, w której autor uważał *dieses System der Zuschüsse, wenn auch in der alten Städte-Ordnung vorgeesehen, für höchst schädlich und zwar für beide Theile* (tzn. gminę miejską i Lazaret). Powodem tego był między innymi fakt, że *ein ordentlicher Etat läßt sich bei dem nach Jahren und Jahreszeiten wechselnden Krankenstande nicht aufstellen, sollte also mit dem genehmigten Kämmererzuschüsse ausgereicht werden, so mußten mehr oder weniger nothwendige Verbesserungen vertragen werden, während andererseits Manches durch größere Peinlichkeit bei der Aufnahme selbst wohl hätte erspart werden können*¹³⁸.

Dofinansowanie zakładu odbywało się poprzez subwencje z kasy miejskiej¹³⁹, wypłacane zaliczkowo z kamlarii (*Kämmererzuschüsse*). Pierwsza taka kwota pojawia się w 1815 r., kiedy to miasto przejęło na siebie obowiązek pokrywania części zobowiązań szpitala¹⁴⁰. W 1830 r. kwota dofinansowania wynosiła nieco ponad 8046 reichstalarów (rthlr.) na 20 114 rthlr. 27 srebrnych groszy (sgr.) wszystkich dochodów szpitala (40%)¹⁴¹, w 1835 r. około 12 000 rthlr. na około 28 000 rthlr. dochodów (również 40%)¹⁴². W 1857 r. zaliczka wynosiła 23 666 rthlr. na 55 658 rthlr. 29 sgr. dochodów (42,5%), przy czym jednocześnie pojawia się dodatkowa kwota z kasy miejskiej (koszty leczenia, tzw. *Kurkosten*, 8489 rthlr.), co podwyższyło procentowy udział kas miejskich

wercks-Geld ihnen wird abgefordert werden, sie für jeden Monat an[n]och eben so viel an Gelde dem Lazareth zum Besten ohne irgeine Veigerung und Widerrede zu entrichten haben werden; wobey einem Jeden freystehen wird, auch den ganzen jähr[lichen] Beytrag für das Lazareth so fort in dem ersten Monat auf einmal abzugeben u[nd] solches in das Einnahme-Buch des einsam[m]lenden Rottmeisters einzuzeichnen. Wornach sich ein Jeder zu richten haben wird. Gegeben auf unserm Rahthause den 19. MonatsTag Decembris Ao. 1768. Burgermeister und Raht der Stadt Dantzig.

¹³⁶ Dann 1835, s. 308.

¹³⁷ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., projekt budżetu Lazaretu za 1863 r.

¹³⁸ Steimmig 1870, s. 7.

¹³⁹ Por. tab. 20.

¹⁴⁰ Dann 1835, s. 308. Poprzednio spotykamy jedynie niewielkie wsparcie z kasy miasta, między innymi 75 rthlr. tzw. *Brotgeld* oraz 35 rthlr. na utrzymanie konnego wozu; w 1805 r. było to sumarycznie 266 rthlr. APG, 300, R/LI, 96, s. 386.

¹⁴¹ *Nachrichten* 1830, s. 59.

¹⁴² Dann 1835, s. 308.

w dochodach zakładu do 57,7%¹⁴³. Podobna struktura kształtowała się w 1858 r., gdy zaliczka z kasy miejskiej wynosiła około 20 186 rthlr., na 49 099 rthlr. dochodów, a po powiększeniu o koszty leczenia (5387 rthlr.¹⁴⁴) całkowita kwota dofinansowania przez miasto stanowiła 52% dochodów szpitala¹⁴⁵ oraz w 1859 r. (analogicznie: subwencje: 16 066 rthlr., 40 450 rthlr. całkowite dochody, koszty leczenia 5285 rthlr., całkowity udział dofinansowania ze strony miasta: 53%). Od 1858 r. subwencje miejskie nieznacznie malały (20 186 rthlr. w 1858 r., 16 066 rthlr. w 1859 r., 17 890 rthlr. w 1860 r., 18 098 rthlr. w 1861 r., 18 500 rthlr. w 1862 r. oraz 17 207 rthlr. w 1863 r.¹⁴⁶). Wysokość udziału miasta w pokrywaniu tzw. *Kurkosten* za lata 1860–1862 nie jest znana. W 1863 r. wnioskowano o pokrycie przez miasto w 1864 r. 63% wydatków wyłącznie poprzez zwrot kosztów leczenia (24 812 rthlr., na 39 200 rthlr. wydatków)¹⁴⁷. Nie wiadomo, ile tą drogą ostatecznie przekazano¹⁴⁸, lecz rzeczywiście w latach 1864 i 1865 subsydiowanie szpitala przez gminę ustalo (por. tab. 20)¹⁴⁹.

Dodać należy, że zmiana formy dofinansowania (z subsydiowania na zwrot kosztów leczenia) forsowana była przez wiele gmin. Ten ostatni sposób stosowano np. od 1851 r. w szpitalu ogólnym w Bremie za kurację przeciwświerzbową. W szpitalu powszechnym w Augsburgu udział w całości dochodów zakładu zwrotu poniesionych kosztów w latach 1856–1857 wynosił 10%, zaś już w latach 1863–1864 – 20%¹⁵⁰. Oba systemy dofinansowania stosowano zamiennie, bądź równolegle nie tylko w Niemczech. Np. w Królestwie Polskim w 1843 r. 42,8% dochodów wszystkich tamtejszych szpitali stanowiły dotacje władz i organizacji, zaś w 1858 r. 37,7%. Jednocześnie gminy były zobowiązane do zwrotu poniesionych przez szpitale kosztów za leczenie. Kwoty te stanowiły odpowiednio 7,2% w 1843 r. oraz 23,2% w 1858 r.¹⁵¹ Zaprezentowane różnice w strukturze dochodów szpitali Królestwa pomiędzy rokiem 1843 a 1858 r. ukazują typową przemianę w systemie dofinansowania szpitali. Doszło do tego, że subsydia udzielane z kas miejskich w Królestwie Polskim na progu XX wieku stanowiły przeciętnie zaledwie 5,2% budżetu szpitali¹⁵². Podobnie było w Galicji, gdzie np. finansowanie szpitala krajowego we Lwowie odbywało się zarówno poprzez zaliczki jak i zwrot kosztów z gali-

¹⁴³ *Zusammenstellung 1858*, s. 53–54.

¹⁴⁴ Jak jednak wyliczono, suma ta była znacznie zaniżona w stosunku do wymaganej. Kwota rzeczywistych wydatków na koszty leczenia, owych *Kurkosten*, w 1859 r. wyniosła 8720 rthlr. A więc miasto pokryło wydatki szpitala w tym względzie zaledwie w 60%. *Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig im Jahre 1859*. Danzig: A. Schroth, 1860, s. 66.

¹⁴⁵ *Zusammenstellung 1858*, s. 53–54.

¹⁴⁶ *Zusammenstellung 1859*, s. 64; *Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1861*. Danzig: A. Schroth, 1862, s. 34; *Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1863*. Danzig: A. Schroth, 1864, s. 29; GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 24 stycznia 1866 r.

¹⁴⁷ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., projekt budżetu Lazaretu na 1864 r.

¹⁴⁸ Z zestawienia wydatków gminnych za 1864 r. wynika, że dotacja miejska dla wszystkich zakładów (*Zur Behandlung der städtischen Kranken und Ortsarmen in verschiedenen Heilanstalten*) wynosiła zaledwie 5949 rthlr. i 22 sgr. *Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1864*. Danzig: A. Schroth, 1865, s. 29

¹⁴⁹ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 24 stycznia 1866 r.; *Zusammenstellung 1864*, s. 29, tamże wymieniane jest już tylko 207 rthlr. i 20 sgr. subwencji.

¹⁵⁰ Langefeld 1995, s. 128.

¹⁵¹ Jachowicz 1984, s. 15, 17.

¹⁵² Męczkowski 1905, s. 80.

cyjskiego funduszu zdrowia. Jednak proporcje między poszczególnymi grupami dochodów w kolejnych latach (1870–1912) były bardzo zróżnicowane. Początkowo preferowany system zaliczkowy (64,4% wszystkich dochodów lwowskiego szpitala; 1871 r.) stopniowo zamieniano na system polegający na zwrotach wydatkowanych sum, dzięki czemu subsydia wynosiły jedynie 1,7%, zaś zwroty aż 78,4% wszystkich dochodów szpitala (1887 r.)¹⁵³. Podobny rozkład źródeł finansowania istniał w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, gdzie system zaliczkowy uległ zmianie w system polegający na zwrotach poniesionych kosztów w tych samych co szpital lwowski latach, w podobnych proporcjach¹⁵⁴.

System ten krytykowany był między innymi za to, że *jakkolwiek chorzy za szpital nie płacą, to jednak instytucje, na których ciąży obowiązek opłaty za chorych* [autor ma tu na myśli *towarzystwa ubezpieczeń, związki zawodowe, kasy chorych, różne towarzystwa samopomocy*], *czynią zawsze pewne trudności, gdy chodzi o skierowanie chorych do szpitali*¹⁵⁵. W przypadku gdańskim zastrzeżenie to sprawdza się w pełni. W tym samym czasie, w jakim dokonywana jest zmiana sposobu dofinansowania Lazaretu, gwałtownie spada ilość kierowanych do zakładu chorych. W 1856 r. przyjęto trzy tysiące siedmuset dwudziestu czterech chorych (dziennie: pięciuset dwudziestu trzech), w 1860 r. dwa tysiące ośmuset dziewięćdziesięciu trzech (dziennie: trzystu pięćdziesięciu trzech), w 1864 r. dwa tysiące siedemdziesięciu (dziennie: stu sześćdziesięciu ośmiu), a w 1865 r. zaledwie tysiąc czterystu sześciu (dziennie jedynie stu szesnastu; por. tab. 10). Ostatnie dwa z wymienionych lat, jak wspomniano, były już latami bezzaliczkowymi¹⁵⁶. W zamian chorzy ubodzy kierowani byli do szpitala boromeuszek i diakonis, a od 1868 r. do powstałej w budynkach dawnego szpitala św. Elżbiety *die städtische Krankenstation*¹⁵⁷. Wydzielana z rachunków zarządzania funduszami gminnymi, a przypisana w 1857 r. pozycja *Kurkosten* zamieniona została na przypisaną ogólnym funduszom ubogim (*Armen-Fonds*) pozycję *Zur Behandlung der städtischen Kranken und Ortsarmen in verschiedenen Heilanstalten*¹⁵⁸.

W przypadku gdańskiego Lazaretu przywołany już R. Steimmig jednak nie miał złudzeń. Jego zdaniem *ob dieser für einen angenehmen Krankenstand durch die Zuschüsse oder durch der Kurkostensatz ergänzt wird, ist theoretisch gleichgültig*¹⁵⁹.

Równocześnie wzrastała wyznaczona taksa za leczenie. W przeliczeniu stawki na jednego pacjenta na jeden dzień w 1856 r. i 1860 r. wynosiła ona 9 sgr., w 1861 r. nieco poniżej 11 sgr., w 1862 r. 11 sgr. i 1 fenig (d.), w 1863 r. 12 sgr. i 9 d., 1864 r. 13 sgr. i 2 d., a w 1865 r. aż 16 sgr.¹⁶⁰ Jest to oczywiste: wraz ze spadkiem ilości przyjmowanych pacjentów wzrastała równolegle obsługa każdego pacjenta wynikająca z ogólnych kosztów zarządzania i utrzymania szpitala. Dobrze obrazuje to porównanie dwóch rachunków. W 1859 r. taksa za leczenie wynosiła dziennie 9 sgr. na osobę, na co składały się:

¹⁵³ Franaszek 2002, s. 103–104.

¹⁵⁴ Franaszek 2002, s. 104–105.

¹⁵⁵ Męczkowski 1905, s. 78.

¹⁵⁶ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 24 stycznia 1866 r.

¹⁵⁷ *Danzig* 1880, s. 275.

¹⁵⁸ *Zusammenstellung 1859*, s. 64; *Zusammenstellung 1864*, s. 28–29.

¹⁵⁹ Steimmig 1870, s. 10.

¹⁶⁰ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 24 stycznia 1866 r.

- a. koszty zaopatrzenia jednego chorego wliczając w to koszty wynikające z zatrudniania personelu średniego (2 sgr., 2,5 d.) +
- b. koszty lekarstw (2 sgr., 3 d.) +
- c. koszty ogólne zarządzania (4 sgr., 6,5 d.)¹⁶¹.

Dla 1865 r. taksa, wynosząca 16 sgr., została obliczona w sposób następujący:

- a. koszty zaopatrzenia jednego chorego wliczając w to koszty wynikające z zatrudniania personelu średniego (4 sgr., 8 d.) +
- b. koszty lekarstw (2 sgr., 3 d.) +
- c. koszty ogólne zarządzania (9 sgr., 1 d.)¹⁶².

Otrzymujemy w ten sposób ogólne koszty zarządzania (na 1 pacjenta na dobę) w 1859 r. = 4 sgr. i 6,5 d. vs. ogólne koszty zarządzania w 1865 r. = 9 sgr. i 1 d.

Zwraca także uwagę relatywnie wzrastający udział w dochodach zakładu dofinansowania przez władze miejskie (ca. 40% – 50% – 60%), przy gwałtownie malejących kwotach bezwzględnych i spadającym ogólnym dochodzie Lazaretu (w tym dochodach własnych; por. tab. 20).

Wobec przytoczonych faktów trudno się dziwić opinii ministerstwa spraw wewnętrznych, wedle której dalsze podwyższanie kosztów zarządzania zakładem, z towarzyszącym zmniejszaniem się ilości chorych (w tym „chorych płacących”) groziło tym, iż szpital stanie się prędzej czy później niezdolnym do dalszego istnienia¹⁶³. Zaprezentowane dramatyczne ciągi matematyczne (drastyczny spadek ilości pacjentów Lazaretu, narastające lawinowo koszty utrzymania zakładu, gwałtowne obniżenie współfinansowania kosztów przez gminę miejską, wbrew zobowiązaniom z 1815 r.) w pełni obrazują sytuację kryzysu, jaki pojawił się w Gdańsku na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XIX wieku.

Sytuacja ta zmusiła tak rejencję, jak i władze miejskie oraz zarząd fundacji do poszukiwań choćby tymczasowych rozwiązań. Świadczy o tym bogata korespondencja z tego okresu¹⁶⁴, a wśród niej pismo ministra spraw wewnętrznych skierowane do ministra ds. wyznań i zdrowia z 17 listopada 1865 r.¹⁶⁵ Autor dokumentu, ubolewając nad faktem, iż ówczesny stan Lazaretu i jego fundacyjna skuteczność zagrożone zostały sporem pomiędzy szpitalem a miastem, skonstatował fakt, iż za zaistniały stan rzeczy winne były zarówno władze miejskie, jak i zarząd placówki. Z jednej strony bowiem gmina nie zapewniała stosownego do wydatków i regularnego dofinansowania szpitala, z drugiej zaś Lazaret nie zapewniał stosownej do sytuacji zdrowotnej populacji miejskich ubogich opieki i leczenia. W opinii ministra należało przede wszystkim powrócić do systemu zaliczkowego, płacąc na każdego zakontraktowanego chorego 12,5 sgr. dziennie, zaś Lazaret należało zobowiązać do rzetelnego wypełniania kontraktu. Zresztą owo wypełnianie kontraktu – dodał minister – wynikało nie tylko z umowy z gminą, ale należało wręcz do statutowych działań fundacji. Autor podkreślił w tym miejscu dobitnie, iż

¹⁶¹ *Zusammenstellung 1859*, s. 66.

¹⁶² GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 24 stycznia 1866 r.

¹⁶³ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., pismo z 17 listopada 1865 r.: *Es steht also zu besorgen, daß die Anstalt bei der grosten Höhe ihrer General-Verwaltungs-Kosten einerseits, und bei der geringen Anzahl zahlender Pflinglinge anderseits, früher oder später in die Lage kommen kann, bestandsunfähig zu werden.*

¹⁶⁴ Zwłaszcza pisma zawarte w: APG, 6/1236 oraz GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625.

¹⁶⁵ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin.

skoro Lazaret na to został powołany, aby przyjmować nieodpłatnie chorych ubogich z tego terenu, to nawet w sytuacji chwilowego braku stosownego wsparcia ze strony gminy, szpital musi nadal przyjmować ubogich chorych miejskich. Jednocześnie minister poruszył ważne zagadnienie, nawiązując do poprzedniego pisma swego interlokutora, w którym stwierdzono możliwość nadmiernego obciążenia szpitala opieką nad ubogimi „zdanymi na pastwę losu” (*hilflosen Armen*). Otóż minister spraw wewnętrznych uściślił w swoim liście, iż pod tym pojęciem można rozumieć wyłącznie takich chorych ubogich, w stosunku do których nie była zobowiązana do niesienia pomocy żadna instytucja prawna. Otóż – replikował autor – takowy „zdany na pastwę losu ubogi” w tym czasie już nie istniał, gdyż zawsze można było pozyskać finansowanie od osób trzecich, zwłaszcza zaś od miejscowego związku ubogich (*Armenverband*).

Jednocześnie warto zacytować inną opinię, wedle której *die Mitglieder der Gesellen-Kranken-Kassen aber nicht in die Kategorie der Armen gehören, erscheint uns unzweifelhaft, da dieselben nicht nur in einer grösserer oder geringerer Lohne und in fester Engagement bei ihrer Arbeitgebere stehen, sonder gerade durch ihre Mitgliedschaft bei einer Krankheitskasse ein Recht darauf haben, daß in Krankheitsfällen für sie gesorgt wird. Durch die Gewährung der Wohlthat an die Gesellen-Kranken-Kassen wird also gegen die Bestimmung der Stiftung verstossen und den Armen das entzogen, was seit Jahrhunderten durch milde Gaben für dieselben gesammelt ist*¹⁶⁶. Otrzymujemy więc dwugłos w sprawie kto jest, a kto nie jest takim chorym ubogim, któremu można przyznać dobrodziejstwo bezpłatnego leczenia w Lazarecie, co stawało się niezwykle istotne w kontekście finansowania jego leczenia. Z jednej strony prawo do bezpłatnego leczenia miał właściwie każdy, gdyż zawsze znalazła się organizacja, która za pacjenta mogła zapłacić (przynajmniej w teorii), a jednocześnie do takiego prawa nie mieli „ubodzy pracujący” (*labouring poor*) gdyż wypracowywali dla siebie mniejszy czy większy zarobek i posiadali stałe zatrudnienie u swych pracodawców, a ponadto dzięki współczłonkom w kasie chorych mieli prawo do tego, aby w przypadku choroby otoczeni zostali opieką. W przeciwnym wypadku „prawdziwym” ubogim odebrano by to, co od stuleci ofiarowywała im dobroczynność.

Ważne jest w tym miejscu pytanie o zdolność ponoszenia kosztów leczenia w Lazarecie przez ustawowo zobligowane do tego podmioty.

Niestety, nie zachowały się dane ukazujące wzajemne proporcje pomiędzy chorymi leczonymi z innych źródeł a ubogimi miejskimi. Obrazowałyoby to zdolność ekonomiczną Lazaretu do samodzielnego prowadzenia działań medycznych w oparciu o pierwszy podmiot, czyli o fundacje oraz o dochody wewnętrzne. Jedynymi, szczerkowymi danymi dysponujemy za 1865 r. Wówczas zakład objął leczeniem tysiąc czterystu sześciu pacjentów¹⁶⁷, z czego dziewięciuset czterdziestu sześciu było chorymi miejskimi¹⁶⁸, co stanowi 67%. Dane powyższe nie są jednak reprezentatywne, z uwagi na to, iż w tym czasie miasto znacząco ograniczyło przyjmowanie do Lazaretu chorych ubogich leczonych na koszt gminy. Można jednakże poczynić pewną symulację, polegającą na zsumowaniu całej populacji ubogich miejskich wymagających w tym roku leczenia stacjonarnego (dwa tysiące dwustu siedemnastu pacjentów), którzy przy odmiennej

¹⁶⁶ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin.

¹⁶⁷ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 24 stycznia 1866 r.

¹⁶⁸ *Verwaltungs-Bericht des Magistrats zu Danzig für das Jahr 1866*. Danzig: A. Schroth, 1867, s. 30.

koniunkturze trafiliby do Lazaretu. Przy założeniu, iż leczeni byłiby w swoim szpitalu gminnym (czyli Lazarecie), daje to 77% udziału ubogich chorych w stosunku do 23% chorych płacących. Jeśli powyższa symulacja odzwierciedla stan faktyczny, to szpital był w tym czasie zdolny prowadzić działalność terapeutyczną w oparciu o fundacje i dochody własne w stosunku nielicznej grupy (czterystu sześćdziesięciu) chorych. Jak nieliczna była to grupa, unaocznij porównanie z jeszcze jedną liczbą: sumaryczną ilością wszystkich chorych hospitalizowanych tego roku w Gdańsku (około trzy tysiące siedemdziesięciu pacjentów¹⁶⁹). Stanowiło to zaledwie 15% osób wymagających leczenia w tym roku w Gdańsku w warunkach stacjonarnych. Pamiętać przy tym należy, że w omawianym roku wiele łóżek w szpitalu pozostawało wolnych, co świadczy o tym, że na przeszkodzie hospitalizacji stała nie szczupłość miejsca, lecz albo bariera ekonomiczna, albo zła sława, jaka w tym czasie stała się udziałem Lazaretu.

W przypadku kasy miejskiej w Gdańsku, a więc drugiego podmiotu, kształtowało się to w sposób następujący. Przykładowo: w 1857 r. na całą opiekę społeczną wydatkowano 76 453 rthlr. przy 509 186 rthlr. dochodów miejskich (15%), zaś w 1858 r. 70 340 rthlr. przy 499 616 rthlr. dochodów gminnych (14%). Z czego w 1857 r. na zaliczkę dla Lazaretu przeznaczono 23 666 rthlr. co stanowiło 31% wszystkich wydatków na opiekę społeczną ponoszoną przez miasto (a 4,6% wszystkich wydatków miejskich), zaś w 1858 r. 20 186 rthlr., co stanowiło analogicznie 29% (4,0%)¹⁷⁰. Jeśli jednak uwzględnić ponoszony przez miasto także zwrot kosztów leczenia, to za rok 1857 kwota sumaryczna dofinansowania szpitala przez miasto pochłonęła 42% funduszy opieki społecznej, zaś w 1858 r. 36%.

W 1861 r. wydatki na całą opiekę społeczną wyniosły 76 700 rthlr., zaś zaliczka dla Lazaretu 18 207 rthlr., co stanowiło 24% wydatków ponoszonych przez gminę na ubogich¹⁷¹.

W 1866 r. tzw. *Armen-Fonds* wyniosły 115 512 rthlr., przy dochodach miejskich w wysokości 661 253 rthlr. (17%), z czego na zwrot kosztów leczenia ubogich we wszystkich szpitalach miasta wydatkowano 23 752 rthlr., co stanowiło 20,5% wszystkich wydatków ponoszonych na opiekę społeczną, zaś 3,6% wszystkich wydatków miejskich¹⁷².

Wnioski, jakie można wysnuć z powyższego zestawienia danych są następujące:

1. koszty opieki społecznej ponoszonej przez gminę były stosunkowo wysokie i pochłaniały 14–17% budżetu miasta;
2. udział powyższych kosztów wzrastał wraz ze wzrostem dochodów miasta;
3. finansowanie stacjonarnej opieki medycznej ubogich w tym samym okresie relatywnie malało, co odbyło się zwłaszcza kosztem Lazaretu.

Postulowaną już w 1864 r. przez ministra umowę pomiędzy Magistratem a zarządem Lazaretu, regulującą ilość zaopatrywanych chorych miejskich oraz określającą wycenę za tę usługę zawarto dopiero w 1867 r.¹⁷³ Stosownie do jej postanowień Lazaret zobowiązany został do przyjmowania chorych miejskich celem opieki i leczenia do

¹⁶⁹ Szpital boromeuszek – tysiąc czterystu sześćdziesięciu dziewięciu pacjentów. Dla szpitala diakonis dane niepewne, szacunkowa ilość – dwustu pacjentów. Steffen 1927, s. 124–125; Hülsen, von 1907, s. 180.

¹⁷⁰ *Zusammenstellung 1858*, s. 54, 61.

¹⁷¹ *Zusammenstellung 1861*, s. 33.

¹⁷² *Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1866*. Danzig: A. Schroth, 1867, s. 15, 35, 37.

¹⁷³ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 26 marca 1867 r.

wysokości limitu dwustu czterdziestu osób. Przy przyjmowaniu do Lazaretu nie obowiązywała kategoryzacja chorych, także w stosunku do więźniów. Na koszty leczenia i opieki, wliczając w to wszystkie koszty poboczne, Lazaret miał otrzymać na pacjenta na dzień 7 sgr. Jedynie dla świerzbowatych, ospowatych, umyślowo chorych, ciężarnych oraz chorych na cholere (dla tych ostatnich podczas pierwszego tygodnia leczenia) wypłacane miało być 10 sgr. W tych wypłacanych sumach zawarto rekompensatę za transport chorych, za wyjątkiem chorych na cholere, za których transport wewnątrz obwarowań miejskich wynosił 10 sgr. Za wszystkich chorych z przedmieść spoza obwarowań miejskich miasto powinno płacić 1 rthlr. Ponadto Lazaret był zobowiązany chorym z komunalnych okręgów ubogich, którzy poza zakładem leczenia byli przez komunalnych lekarzy ubogich, dawać lekarstwa z apteki Lazaretu. Miasto było zobowiązane zapłacić za każde lekarstwo 3 sgr. Umowę zawarto na dwanaście lat z rocznym terminem wypowiedzenia. Powyższa umowa nie rozwiązała problemu, bo rozwiązać nie mogła. Bardzo niska kwota wynegocjowana na jeden dzień leczenia jednego chorego nie otwierała przez fundacją oszałamiających perspektyw finansowych. Sytuacja miała ulec zmianie dopiero po 1874 r.

Oszacowanie zdolności trzeciego podmiotu, gdańskich kas chorych i związków czeladniczych, do realnego finansowania opieki szpitalnej jest bardzo trudne, wobec braku źródeł. Wspomniano już ogólnikowo o ich niewielkich możliwościach ekonomicznych, omówionych w 1872 r. przez Heinricha Rickerta. Jedynie zachowane szczątkowe dane to spis dwudziestu ośmiu osób które przebywały w Lazarecie w dniu 01 czerwca 1864 r. i opłacane były z kas czeladniczych (*Mauergesellen Kasse*, *Schmiedegesellen Kasse*, *Vereinigte Gesellen Kasse*, *Tischlergesellen Kasse*), z kas wójtostw (*Schulzamt zu Sape*, *Schulzamt zu Oliva*). Koszt pobytu wynosił 12 sgr. i 6 d. dziennie za jednego chorego. Wiadomo także, iż w kwietniu 1864 r. hospitalizowano sto trzydzieści osób płacących za leczenie wyłącznie ze środków prywatnych, choć nie wiadomo, ile pod tym pojęciem skrywało się „chorych płacących za samych siebie”, a ile takich, których koszty leczenia pokrywały osoby trzecie¹⁷⁴.

W tym samym czasie, gdy gdański Lazaret pogrążał się w chaosie, szpital boromeuszek i szpital diakonis były w stanie nie tylko świadczyć coraz większą ilość usług medycznych, ale także poszerzać zakres działań o usługi hospicyjne. Oczywiście ich działalność opierała się w dużej mierze na wpływach z fundacji i zbiórek dokonywanych na rzecz zakładów. Ponadto szpital boromeuszek wykorzystał koniunkturę, jaka zaistniała w latach 1864–1869 i przejął część subwencji gminnej w czasie, gdy spór o Lazaret spowodował przeniesienie przez miasto ubogich chorych do zakładu (ilość chorych wzrosła gwałtownie z tysiąca trzydziestu w 1863 r. do tysiąca czterystu sześćdziesięciu dziewięciu w 1865 r., a po przejęciu zadań szpitala boromeuszek przez *Städtisches Krankenhaus* w 1869 r. spadła do ośmiuset dziewięćdziesięciu trzech pacjentów rocznie¹⁷⁵). Wysokość tych dotacji jest trudna do oszacowania. Dysponujemy bowiem tylko ogólnikowymi zapisami kwot wydatkowanych przez miasto *zur Behandlung und Verpflegung der städtischen Kranken und Ortsarmen in Heil-Anstalten*, pod którym to

¹⁷⁴ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 01 czerwca 1864 r.

¹⁷⁵ *Danzig* 1880, s. 280; Steffen 1927, s. 124. Zdecydowana większość byli to chorzy płacący (ośmiuset dziewięćdziesięciu pięciu w 1863 r. i tysiąc czterystu osiemnastu w 1865 r.). Ibidem, s. 125.

ostatnim pojęciem należy rozumieć, poza dotacją dla szpitala boromeuszek i szpitala diakonis, zarówno pewne kwoty przekazywane nadal do Lazaretu jako zwrot kosztów leczenia, jak i (zapewne niewielkie) sumy wydatkowane na opiekę nad chorymi w prywatnych szpitalach¹⁷⁶. Pośrednio można jedynie wnioskować z następujących dwóch zestawień.

1. w 1866 r. (a więc za rok 1865) miasto zwróciło wszystkim zakładom leczniczym Gdańska 23 752 rthlr., z czego 12 019 rthlr. Lazaretowi¹⁷⁷. Zakładając stosunkowo niewielki udział szpitali prywatnych można w przybliżeniu oszacować udział w finansowaniu szpitala boromeuszek na 10 000 rthlr. W roku 1865 szpital objął opieką tysiąc czterystu siedemnastu chorych, co czyniło 34 210 dni opieki szpitalnej. Wziąwszy pod uwagę stabilne w poprzednich latach, w których szpital nie świadczył usług na rzecz miasta, ilości dni opieki (ok. 24 000) i wiedząc, że w tym roku szpital przyjął chorych zakontraktowanych z gminą miejską w ilości 492¹⁷⁸, można przyjąć, że efektem kontraktu z gminą było zwiększenie dni opieki o około 12 500. Daje to w przybliżeniu około 1 rthlr. na osobę/dzień.

2. w 1869 r. miasto w rozliczeniu przy wyżej wymienionej pozycji wymieniło około 18 665 rthlr., zaś w 1871 r., gdy zrezygnowało z usług szpitala boromeuszek (być może także z usług szpitali prywatnych, które jednak stanowiły margines), podało kwotę nieco ponad 8814 rthlr.¹⁷⁹ Można więc przyjąć, że orientacyjna kwota dotacji miejskiej w 1869 r. dla szpitala Najświętszej Maryi Panny wyniosła 10 000 rthlr. rocznie. Biorąc pod uwagę zakres świadczonej opieki medycznej w analizowanych latach oznaczałoby to, że dotacja miejska wyniosła około 1 rthlr. na osobę/dzień¹⁸⁰.

Uzyskane dwoma różnymi drogami wysokości kwot przeznaczanych na jednego chorego na jeden dzień leczenia są porównywalne, co czyni powyższe obliczenia dość wiarygodnymi. Kwota około 1 rthlr. na osobę/dzień należała do wysokich, dlatego też nie dziwi, że miasto postanowiło otworzyć w dawnych budynkach szpitala św. Elżbiety jako pomocniczy zakład tańszą *die städtische Krankenstation*.

Równocześnie szpital rozwijał wprowadzony w 1861 r. system abonamentowy. Dotyczył on służących, bez różnicy z uwagi na wyznanie. Głównym warunkiem przynależności było płacenie przez samych zainteresowanych lub ich pracodawców 2 rthlr. rocznie (jednorazowo lub w dwóch ratach). W zamian ubezpieczony otrzymywał prawo do

¹⁷⁶ Wiadomość o podpisanych kontraktach z zakładami prywatnymi zawdzięczamy między innymi notatce w rocznym sprawozdaniu finansowym gminy miejskiej za 1864 r. *Verwaltungs-Bericht des Magistrats zu Danzig für die Jahre 1864/65*. Danzig: A. Schroth, 1866, s. 47. W tym czasie czynne były następujące (nie-wielkie zresztą) zakłady: prywatny szpital chirurgiczny dr. Starcka (w 1867 r. przyjął sześćdziesięciu pięciu chorych), klinika okulistyczna dr. Schnellera (w 1867 r. przyjęła stu osiemdziesięciu czterech chorych) oraz zaalud leczniczy na Polankach (w 1867 r. przyjął sześćdziesięciu trzech chorych). *Topographisch-statistisches Handbuch* 1869, s. 31. Jednocześnie pod względem prawnym, do prywatnych fundacji należał zarówno szpital boromeuszek, jak i szpital diakonis.

¹⁷⁷ *Zusammenstellung 1866*, s. 15; GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 24 stycznia 1866 r.

¹⁷⁸ *Verwaltungs-Bericht 1866*, s. 30.

¹⁷⁹ *Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1869*. Danzig: A. Schroth, 1870, s. 15; *Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1871*. Danzig: A. Schroth, 1872, s. 15.

¹⁸⁰ Steffen 1927, s. 124–125. W analizowanych latach wymieniono 40 663 dni vs. 30 128 dni opieki.

leczenia i opieki szpitalnej. Prawo to nabywał po czternastu dniach od zgłoszenia i opłacenia składki. Oczywiście ubezpieczenie było dobrowolne¹⁸¹.

W szpitalu utrzymywano także pewną ilość tzw. *Freibetten*, jednak przyjmowanie nieodpłatne możliwe było jedynie dzięki *Vincenz-Verein* oraz różnego rodzaju datkom. Na podstawie paragrafów 18 i 19 statutu z 1852 r. nieodpłatnych hospitalizacji dokonywano tylko w oparciu o fundusze dodatkowe (jak na przykład wyżej wymienione), natomiast sama fundacja nie była w stanie udźwignąć kosztów leczenia i opieki chorych, którzy nie mogli zapłacić¹⁸². Była to jednak ilość nieznaczna (w 1880 r. dwa łóżka), co w 1854 r. przeliczało się na 15% wszystkich świadczonych dni opieki nad chorymi (dziewięćdziesięciu czterech chorych na sześćuset siedemdziesięciu dziewięciu leczonych w szpitalu), w 1864 r. 3% (siedemdziesięciu czterech na tysiąc stu dwudziestu jeden), a w 1874 r. 11% (trzydziestu trzech na pięćuset osiemdziesięciu sześciu). Sumarycznie na przyjętych do szpitala w latach 1853–1901 niespełna pięćdziesiąt tysięcy chorych, chorzy przyjmowani dzięki zewnętrznym fundacjom dobroczynnym stanowili 6,98% wszystkich pacjentów zakładu¹⁸³. Średnio w latach 1854–1874 szpital udzielał bezpłatnych świadczeń na około 750 rthlr. (około 2250 m.) rocznie¹⁸⁴.

Dla porównania można przytoczyć dane dotyczące otwartego nieco wcześniej, bo w 1844 r., szpitala Sióstr Miłosierdzia w Essen, który oferował początkowo pięć łóżek. W 1847 r. zakład liczył dwadzieścia łóżek, a w 1852 r. (po ośmiu latach działalności) czterdzieści. W tym roku w szpitalu przebywało siedmiuset osiemdziesięciu pięciu chorych. Zakład przeznaczony był wyłącznie dla chorych uleczalnych, a więc dla tych, co do których istniała nadzieja na wyleczenie w ciągu trzech – czterech miesięcy, zaś ich choroby nie były tego rodzaju, że spowodowały na dłużej zajęcie łóżek potrzebnych dla innych chorych. Pacjenci niewypłacalni leczeni byli nieodpłatnie, pacjenci zamożniejsi wedle taksy (5 sgr. za dobę). Jak w przypadku Gdańska zbyt skąpe dotacje nie pozwoliły zrezygnować z pobierania opłat za opiekę. W związku z tym wprowadzono dobrowolne abonamenty dla robotników i czeladników. Roczna opłata wynosiła dla mężczyzn 1 rthlr., dla kobiet ½ rthlr. W 1863 r. ubezpieczyło się w ten sposób pięć tysięcy czterysta trzydzieści jeden osób¹⁸⁵.

Już w 1863 r. także gdański szpital diakonis wprowadził system abonamentowy dla służących oraz dla uczniów¹⁸⁶. Po opłaceniu rocznej składki ubezpieczony po czternastu dniach od dokonania wpłaty nabywał prawo do nieodpłatnego leczenia w szpitalu na wypadek choroby, wykluczając z tego choroby nieuleczalne, psychiczne, okulistyczne, padaczkę, ospę prawdziwą, cholera oraz kiłę¹⁸⁷. Poza chorobami nieuleczalnymi pozostałe schorzenia podlegały wykluczeniu z uwagi na nie przyjmowanie w ogóle chorych tego rodzaju do zakładu. Natomiast pierwszy warunek z grupy wykluczeń związany był,

¹⁸¹ Steffen 1927, s. 112.

¹⁸² *Statuten des St. Marienkrankenhauses* 1852; Lütcke 1902, s. 62–63, 71–73.

¹⁸³ *Danzig* 1880, s. 280; Steffen 1927, s. 124–125.

¹⁸⁴ Podstawą do wyliczenia tej kwoty była najniższa stawka dzienna (0, 75 marki i 1 marka w zależności od roku) przypadająca dla pacjentów klasy III.

¹⁸⁵ E. Gatz, *Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den Preussischen Provinzen Rheinland und Westfalen*. München, Paderborn, Wien: Verlag Ferdinand Schöningh, 1971, s. 553–554.

¹⁸⁶ Por. tab. 22.

¹⁸⁷ Hülsen, von 1907, s. 182–183.

jak to już opisano, z ogólnie panującą tendencją w systemach abonamentowych w szpitalach niemieckich. Ubezpieczenie było dobrowolne, ubezpieczyć mógł się sam zainteresowany, lub też w przypadku służących mógł to uczynić za niego jego pracodawca. Nabycie abonamentu nie uprawniało do bezpłatnego pochówku. W latach 1863–1906 dochód z tego źródła początkowo niemal nie wzrastał, a nawet okresowo zmniejszał się (1863 r., 152 rthlr., 1864 r., 202 rthlr. vs. 1874 r., 138 rthlr., 1875 r., 137 rthlr.). Pewien wzrost obserwować można dopiero w latach 1884–1906 (1874 r., 348 m. vs. 1906 r., 1 122 m)¹⁸⁸. Nigdy jednak nie była to pozycja znacząca w strukturze dochodów fundacji (do 0,4%, p. niżej).

Dokładniejsze dane dotyczące struktury dochodów zakładu diakonis posiadamy dla lat 1857–1863. W pierwszym roku niemal wszystkie dochody (2345 rthlr.) pochodziły, co jest oczywiste, z darowizn na rzecz fundacji (2154 rthlr., 92%). W roku następnym źródła przychodów (1230 rthlr.) były już bardziej zróżnicowane i stanowiły je: darowizny (397 rthlr., 32%), dochody z koncertów (266 rthlr., 22%) oraz tzw. *Freibetten*, tzn. ufundowane przez podmioty zewnętrzne „wolne łóżka” dla ubogich chorych (170 rthlr., 14%). W roku 1863 obserwowana jest wyraźna zmiana profilu dochodów, związana ze stabilizacją fundacji. Wśród całej kwoty (7567 rthlr.) na pierwsze miejsce wysunęły się odsetki od kwot lokowanych (2466 rthlr., 33%), na drugie legaty (1570 rthlr., 21%), na trzecie pieniądze pozyskane za opiekę (842 rthlr., 11%). Dochody z abonamentów (pierwszy rok działalności systemu) przyniosły 152 rthlr. (2%)¹⁸⁹.

Pod koniec lat sześćdziesiątych XIX wieku roczne wydatki ponoszone przez szpital diakonis na obsługę ubogich chorych wynosiły około 2400 rthlr.,¹⁹⁰ z czego 1500 rthlr. przynosił majątek wewnętrzny szpitala, zaś około 1000 rthl. kwoty pozyskane między innymi ze zbiórek oraz z abonamentów¹⁹¹.

Dla porównania w 1900 roku całkowity dochód fundacji diakonis wyniósł 211 856 m. Z czego opłaty za leczenie przysporzyły szpitalowi 77 374 m. (36,5% dochodów), dochody z terenowych oddziałów fundacji 53 418 m. (25%), dotacja z władz prowincji 6 000 m (2,8%), a dochody z abonamentów zaledwie 875 m (0,4%). Część opłat za leczenie pokrywana była przez fundacje w ramach wspomnianych „wolnych łóżek”. Koszt ufundowania jednego „łóżka wieczystego” dla dziecka wynosił 1 200 rthlr., dla dorosłego 1 600 rthlr. Ufundowanie jednego „łóżka czasowego” kosztowało miesięcznie 5 rthlr. dla dziecka i 6½ rthlr. dla dorosłego. W 1906 r. istniało osiemnaście „wolnych łóżek” obu rodzajów¹⁹².

Do ważnych źródeł finansowania należy zaliczyć też działalność merkantylną zorganizowaną pod patronatem fundacji diakonis, połączoną ze zbiórkami datków na rzecz fundacji. Były to tzw. bazy, prowadzone okresowo od 1877 r. Z reguły zebrane w ten sposób kwoty przeznaczane były na konkretne cele (wyposażenie sali operacyjnej, 1879 r.; nowe założenie kuchenne, 1883 r., etc.). Od początku lat dziewięćdziesiątych XIX w. bazy odbywały się niemal rokrocznie. W 1900 r. działalność ta przyniosła

¹⁸⁸ Hülsen, von 1907, s. 228.

¹⁸⁹ Hülsen, von 1907, s. 216–217.

¹⁹⁰ Por. tab.21.

¹⁹¹ Rickert 1869, s. 14.

¹⁹² APG, 977/5, s. 191–192; Hülsen, von 1907, s. 238–239.

10 076 m. dochodu (4,8% całego dochodu fundacji w tym roku)¹⁹³. Inicjatywy tego rodzaju spotykane były w różnych miejscowościach. Np. zasilenie kas szpitalnych w Piotrkowie, Radomiu i Kielcach na terenie Królestwa Polskiego odbywało się z dochodów przynoszonych przez tzw. „sklepy ubogich”¹⁹⁴.

Szpitaly erygowane przez związki wyznaniowe, (poza wąskimi ramami czasowymi – lata 1864–1869 – kiedy szpital boromeuszek i szpital diakonis pełniły rolę substytutu szpitala miejskiego oraz niewielką subwencją ze strony prowincji w przypadku szpitala diakonis), nie otrzymywały dotacji gminnej. Oprócz dochodów z nieruchomości czy też z lokat, utrzymywały się głównie z fundacji, ze zbiórek, z opłat wnoszonych przez kasy chorych czy kasy ubogich za leczenie oraz, w minimalnym wymiarze, z dobrowolnych abonamentów. Należy podkreślić, że system abonamentowy został wprowadzony w Lazarecie dopiero pod koniec XIX wieku¹⁹⁵, a więc do tego czasu funkcjonował całkowicie poza oficjalną dobroczynnością miejską.

¹⁹³ APG, 977/5, s. 191–192; Hülsen, von 1907, s. 225–226.

¹⁹⁴ Fijałek 1962, s. 77–78.

¹⁹⁵ A. Guttstadt, *Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich. Die Anstaltsfürsorge für Kranke und Gebrechliche und die hygienischen Einrichtungen der Städte im Deutschen Reich am Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts*. Berlin: Verlag von Georg Reimer, 1900, s. 120–121; Foltz 1912, s. 339.

8. OPIEKUNKI I LEKARZE

Oczywistym wyznacznikiem medykalizacji szpitali jest obecność w nich osób przeszkolonych we wdrażaniu w życie zarówno procedur opieki nad chorymi jak i procedur diagnostyczno-terapeutycznych. Na przestrzeni wieków kwestia wykwalifikowanej opieki medycznej kształtowała się rozmaicie, a w szpitalach obszaru niemieckojęzycznego od czasów średniowiecza wytworzył się kilkustopniowy system opieki nad chorymi w szpitalach: opiekunki chorych – zarządczyni – cyrulicy (czeladnicy) – lekarze – prowizorzy (zarządcy szpitali, *Vorsteher*). Rolę prowizorów o tyle należy łączyć z opieką medyczną, o ile sprawowali oni dozór chorych bezpośrednio, jak i pośrednio, poprzez nadzór nad personelem szpitalnym. Istniały różnorodne warianty tego schematu, począwszy od obecności jedynie opiekunek, poprzez opiekę cyrulicką, skończywszy na pełnym zaopatrzeniu medycznym pensjonariuszy. Ponadto bogatsi pensjonariusze czasami byli przyjmowani wraz ze swoim sługami, spełniającymi posługę pielęgniarską na wypadek choroby czy niedołożenia¹.

Z zachowanej dokumentacji z obszaru Gdańska wynika, że podany schemat struktury opieki nad pensjonariuszami szpitalnymi realizowany był od XVI wieku jedynie częściowo, gdyż (poza Lazaretem) opieka lekarza czy też cyrulika niemal nie istniała.

Bezpośrednio pacjentami zajmowały się opiekunki (lub, rzadziej, opiekunowie²), przy czym w dokumentach pochodzących z XVII i XVIII wieku najniżej w hierarchii szpitalnej stały dziewczki (*Mägde, Siegmägde*), używane do najprostszych posług. W 1610 r. w ordynacji Lazaretu wśród oficjantów wymieniane są dziewczki przeznaczone do opieki nad chorymi, otrzymujące za swe posługi kwartalnie dwie grzywny. Podlegały ona szafarce (*Speißemutter*). Dogładając pacjentów, powinny czynić to starannie, zwłaszcza wobec chorych obłożnie, winny zapewnić im pełną opiekę, przynosić i odnosić to, czego potrzebują, szczególnie tym, którzy nie mogą chodzić, a także obmywać i odziewać zwłoki, a co po zmarłych zostanie z ubrań, przekazać prowizorowi pełniącemu urząd zdrowia, aby nic nie zginęło. W tejże ordynacji poza dziewczkami do posługi chorych wymieniani są też pielęgniarze (*Wärtere*). Ilości osób opiekujących się chorymi nie znamy, w początkowych partiach ordynacji z 1610 r. wspomniana jest tylko jedna dziewczka do posługi chorym, choć w dalszej części tekstu używana jest już liczba mnoga³. W wykazie osób mieszkających w Lazarecie w latach 1681–1685⁴ wymienianych jest dziewięć osób określanych jako *Speise-Vater, Mutter, und Gesinde*. Do tych ostatnich wg ordynacji z 1610 r. zaliczano, oprócz opiekunek chorych, także odźwiernego (wraz z żoną; *Pförtner nebenst seinem Weibe*), pacholka koszarowego (*Korbträger*), piekarza (*Becker*), kobietę posługującą do stołu (*Weibe so mit der Taffel auffwartet*), świ-

¹ Mowa jest o tym między innymi w ordynacji szpitala św. Jakuba z 1548 r., w której fundacji wyznaczony został obowiązek wydzielenia izb dla chorych kupców i ich czeladzi, opiekującej się nimi w razie choroby. APG, 300, C/794, s. 3.

² Przy okazji warto przypomnieć, że na przestrzeni wieków jak zawód lekarki postrzegany był jako „męski”, tak zawód pielęgniarski jako „kobiecy”. O szczególnej predyspozycji kobiet do tej ostatniej roli pisano wielokrotnie. Bischoff 1997, s. 32–44, 81–86.

³ Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm fol, 76, s. 44, 50, 54; por. aneks, dok. nr 1.

⁴ Bibl.Gd.PAN, Ms1085 IV, s. 22–26.

niarków (prawdopodobnie dwóch; *Schweinhirtsche*) oraz woźnicę (*Fuhrknecht*) – łącznie osiem osób. Oznacza to, że w wymienionych latach nieznaną część oficjantów mieszkała poza zakładem, a zatem wyznaczenie tą drogą ilości opiekunek chorych jest niemożliwe.

W tym samym czasie w Szpitalu na Zapleczu (*Hinterspital*) (połączonym wspólnym zarządem z Lazaretem) wspomniany wykaz nie wymienia, poza szafarzem i szafarką, żadnych osób opiekujących się chorymi. Natomiast księgi rachunkowe szpitala Bożego Ciała z analogicznego okresu (lata 1608–1609) wykazują kwotę pięciu grzywien wydatkowaną kwartalnie na opłacenie jednej opiekunki chorych⁵. Tak skromna obsada niższego personelu opiekującego się chorymi utrzymała się w fundacji Bożego Ciała przez cały XVIII wiek⁶. W zjednoczonych szpitalach św. Ducha i św. Elżbiety wedle ordynacji z 1628 r. rokrocznie wybierano w każdym z obu zakładów spośród pensjonariuszy trzy kobiety i trzech mężczyzn do opieki nad chorymi, w tym opieki terminalnej⁷.

Wracając do Lazaretu. Uściśla ilość (trzy) opiekunek chorych wydana dla nich osobna ordynacja, pochodząca prawdopodobnie z połowy XVIII wieku⁸. Nazywane są tutaj *Krancken-Mutter*. Oprócz nich wymieniana jest jeszcze *Cur-Mutter*, wykonująca bardziej skomplikowane zabiegi na zlecenie czeladnika cyrulika. Łącznie wymieniane są więc cztery osoby bezpośrednio posługujące chorym⁹, przy czym w tejże ordynacji pojawia się jeszcze jeden podmiot: posługaczki (*Aufpaßerine*), podległe opiekunkom (*Krancken-Mutter*).

Napisana w 1701 r. ordynacja zarządcy i szafarki Lazaretu nie precyzuje ilości opiekunek¹⁰, podobnie jak niedatowana ordynacja zarządcy Lazaretu z pierwszej połowy XVIII wieku¹¹ oraz instrukcja dla zarządczyni z 1782 r.¹² Natomiast w tej ostatniej ponownie zróżnicowano niższy personel szpitalny: wymieniane są jako osobne podmioty osoby określane jako *Krancken-Mägde* (które należy traktować jako odpowiedniki osób określanych w starszej ordynacji jako *Aufpasserine*) oraz osoby określane jako *Krancken-Mutter*. W wykazie osób zamieszkujących Lazaret w 1776 r. wymieniane są: czterdziestoczteroletnia Euphrosina Elisabeth Lizelen, jako *Wittwe, die Man[n]s Krancken Mutter*, czterdziestopięcioletnia Dorothea Elisabeth Alberten, jako *Wittwe, die Frauens Krancken Mutter* oraz trzydziestoczteroletnia Catharina Elisabeth Alberten, jako *Wittwe, die Cur-Mutter*¹³. Również trzyosobowy skład opiekunek wymienia pochodząca z 1785 r. dokumentacja Johanna Beniamina Siebera, prowizora urzędu aprowizacji¹⁴. Ilości posługaczek (*Aufpaßerine*; *Krancken-Mägde*) nie precyzuje żaden z zachowanych dokumentów.

⁵ APG, 300, 61/95, k.18v.: *Adj 10. Aprilis der Siegmagd fur 1 Jar Ir Lon [mrc] 5.*

⁶ APG 300, 61/163, s. 29.

⁷ Bibl.Gd.PAN, Ms 724, k.584v.: 8. *Eß sollen in einem ieden Spital alle Jahr 6 Personen Drey Männer und Drey Frawen geordnet werden. Die bey den krancken sollen auffwarten, ihnen nottürfßige Handtreichung thun, und auff alles ein gutte auge haben, und so es keme, daß der krancke abstürbe, sollen sie in beysein des Speise Vaters, alles Verschließen, und die Schließel nebenst dem Speise Vater ins SpeißeAmbt lieffern.*

⁸ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 232–254; por. aneks, dok. nr 3.

⁹ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 237; por. aneks, dok. nr 3, paragraf 7.

¹⁰ APG, 300, R/Q, 17, k.75r.

¹¹ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 165.

¹² Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 172.

¹³ APG, 300, 87/3, s. 6.

¹⁴ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 151.

Podsumowując: powyższe dane wskazują na to, iż w największej fundacji szpitalnej Gdańska wykształcił się dwustopniowy system bezpośredniej opieki nad chorymi: do każdej z wytypowanych izb (Izba Chorych Kobiet – *Krancken Frauen Stube*, Izba Chorych Mężczyzn – *Krancken Mannes Stube* i Izba Zabiegów – *Cur-Stube*) przydzielano osobną, mieszkającą na stałe w szpitalu, opiekunkę nadzorującą (*Krancken-Mutter* lub, dla ostatniej z wymienionych izb, *Cur-Mutter*), której podlegały opiekunki (*Aufpaßerine*; *Krancken-Mägde*), prawdopodobnie dochodzące z miasta. Ilość ich była nieznana i prawdopodobnie zmienna. System ten funkcjonował najpóźniej od początku XVIII wieku.

Zarząd Lazaretu przywiązywał szczególną wagę do doboru opiekunek. Obowiązek taki spoczywał na szafarce (*Speißemutter*), która zobligowana została do nadzoru nad opiekunkami, a w przypadku, gdy któraś nie spełniała stosownych kryteriów moralnych, miała wystarać się o inną, bardziej stosowną, gdyż „niesolidna i zła opiekunka może przysporzyć chorym wiele męczarni”¹⁵.

Zachowało się kilka dokumentów precyzujących obowiązki opiekunek chorych Lazaretu. Najstarszy to wspomniana już ordynacja z 1610 r.¹⁶ Późniejsze akty prawne znacząco poszerzają zakres obowiązków. W ordynacji z 1701 r. zwracano uwagę na utrzymywanie przez nie (*Siegmägde*) w czystości izb chorych, dbanie o czystość osobistą samych pacjentów i ich łóżek, a także na kwalifikacje moralne. Nie wolno im było wymyślać, przeklinać, czy bluźnić, lecz miały chorym nieść wedle swej możliwości pokrzepienie, pociechę i pomoc¹⁷. Powinny także zwracać uwagę na indywidualne potrzeby chorych. Po śmierci obowiązane były myć zwłoki, odziać w czyste ubranie i złożyć do trumny¹⁸.

Najbardziej rozbudowany dokument, to pochodząca z pierwszej połowy XVIII wieku ordynacja opiekunek chorych Lazaretu (*Verordnung an die Kranken Mutter im Lazareth*)¹⁹. W trzydziestu czterech punktach ujęto obowiązki opiekunek względem pacjentów, począwszy od chwili przyjęcia, aż po śmierć lub wypisanie ze szpitala. Przy przyjęciu winny zadbać o mienie pacjenta, dokładne oznaczenie i przechowanie odzieży i innych przedmiotów, a także o poinformowanie czeladnika cyrulika o przybyciu nowego chorego (§1–§3). Po zbadaniu przez czeladnika, zgodnie z jego zaleceniami winny chorego umyć, czysto odziać i zaprowadzić do czystego łóżka. Miały wykazywać dbałość o czystość osobistą chorych, jak i o czystość posłań oraz izb (§4, §7, §8). Szczególną troskę powinny okazać osobom zniedołężniałym lub ciężko chorym, a także osobom chorym umysłowo. Tych ostatnich miały odrobaczać i co tydzień zaopatrywać w czyste pranie, jak również zapobiegać, aby przez osoby trzecie nie były pobudzane do gniewu. (§5–§6, §9–§10). Do szczególnych zadań należało podawanie leków o czasie i w przepisany sposób. Ponadto opiekunki powinny pilnować, aby nic z leków nie uległo zmarnowaniu czy rozkradaniu (§15). Osoba zajmująca się zabiegami (*Cur-Mutter*) miała obowiązek pilnowania, aby na podległej jej sali ciężko chorych nie dochodziło do naruszania spokoju chorych, a zwłaszcza aby chorzy ci nie spożywali zabronionych posiłków.

¹⁵ APG, 300, R/Q, 17, k.75r.–k.76r.; por. aneks, dok. nr 2, paragraf 2.

¹⁶ Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm fol, 76, s. 54 por. aneks, dok. nr 1.

¹⁷ APG, 300, R/Q, 17, k.70v.; por. aneks, dok. nr 2, paragraf 5.

¹⁸ APG, 300, R/Q, 17, k.75r.–k.76v.; por. aneks, dok. nr 2, paragrafy 2 i 3.

¹⁹ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 232–254; por. aneks, dok. nr 3.

Izba ta miała być wobec tego zawsze zamykana na klucz (§17). Miały zachodzić do izb pacjentów jak najczęściej, aby sprawdzić stan ich zdrowia (§23). Opiekunki chorych powinny cechować pobożność i miłosierdzie, troska o chorych oraz posłuszeństwo wobec zwierzchników. Nie wolno im było przyjmować żadnych korzyści materialnych, a szczególnie okradać chorych czy zmarłych (§10–§13, §30–§34). Powinny dbać o mienie szpitalne, zwłaszcza zaś o dobytek po zmarłych oraz o datki ofiarowywane przez darczyńców (§1, §13–§14, §19–§21). Do zadań opiekunek należało także taktowne postępowanie w razie sporów pacjentów, bezstronne rozdawnictwo pożywienia, a ponadto przestrzeganie zasad segregacji chorych (§24–§27), a szczególnie nadzór nad posługaczkami (*Aufpaßerine*; §32). Do praw opiekunek należało dorabianie sobie, poprzez wynajmowanie sztukców i talerzy chorem, jeśli takowych nie posiadali (§30).

Do obowiązków opiekunek chorych nawiązuje też ordynacja medyczna Lazaretu pochodząca z 1768 r.²⁰ Ostatni jej rozdział, składający się z czterech paragrafów, nakazuje opiekunkom (*Kranken-Mutter*) nadzorowanie zaopatrywania chorych wedle zaleceń lekarza i chirurga. Ponadto opiekunki zobligowane zostały do obecności w czasie obchodów lekarza czy chirurga, do trzymania czystości w izbach chorych, jak i samych chorych, a także wykonywania zabiegów zleconych przez lekarza lub chirurga, np. enem.

W tym samym mniej więcej okresie, kiedy powstawały dokumenty gdańskie, tak pisał o wymaganiach stawianych opiekunkom chorych Johann Storch w wydanym w Gotha w 1746 r. dziele *Die Wohl-unterrichtete Krancken-Wärterin*. Wedle jego wskazówek opiekunka chorych winna być w średnim wieku (30–60 lat), dobrej kondycji fizycznej, nie chora, a tak silna, aby pomagała chorym zwlec się z łóżka i na nie wracać, nie kulawa ani słaba w rękach, ma posiadać dobry wzrok, aby mogła dobrze odmierzać krople przepisane przez lekarza, a także spostrzec wysypki na ciałach pacjentów, nie może być lękliwa, lecz odważna, gdyż bywa, że chorzy wpadają w szal, a wtedy musi się im przeciwstawić. Odwaga konieczna jest jej także w obliczu zarazy, gdyż wiele opiekunek wówczas umiera. Nie może być także brzydząca się, ponieważ ma do czynienia ustawicznie ze smrodem, z ekskrementami, jak i z krwawieniami kobiecymi, wrzodami i z posoką. Podobne wymogi stawiał w 1782 r. Franz May, który kazał eliminować z urzędu osoby pracujące tylko dla pieniędzy i służące tylko z miłości do swego żołądka²¹.

Podkreślanie wagi opieki szpitalnej, jako podstawowego elementu leczniczego, spotykamy między innymi w pracy dr. Bécu z 1807 r. Autor, podsumowując opiekę świadczoną w różnych krajach Europy, konstatuje fakt, iż *Anglicy, którzy nie łatwo przyznają pierwszeństwo drugim narodom, głośno wyznają, że jeżeli nie w innych rzeczach, tedy w tèm celu Szpitale Francuzkie nad Szpitalami Angielskimi, że do ich wewnętrznego zawiadywania, mają Zgromadzenia Siostr Miłosierdzia. Niemcy [...] niemogą się dotąd wytłómaczyć z tej kwestyi, dlaczego w ich Szpitalach większa jest śmiertelność, iak w Francuzkich; bo się niezastanawiali nad istotną przyczyną tej śmiertelności. Francya liczy do czterechset Szpitalów zawiadywanych przez same Siostry Miłosierdzia; i w tych to właśnie tak mała jest śmiertelność, którey poiąć nie mogą Niemcy; a która z zasad tu*

²⁰ APG, 300, 87/2, niepagin; por. aneks, dok. nr 8.

²¹ Opracowane na podstawie: B. Panke-Kochinke, *Die Geschichte der Krankenpflege (1679–2000)*. Ein Quellenbuch. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2003, s. 45–46, 50.

*położonych iasno się tlómaczy, gdyż uzdrowienie chorego więcey zależy od prędkiego ratunku i przychylney posługi, iak od mnóstwa lekarstw, lub niewczesnego starania Doktorskiego*²².

Wspomniana ordynacja opiekunek chorych Lazaretu, sformułowana zapewne na przełomie XVII i XVIII wieku²³, w swej warstwie treściowej o około sto lat wyprzedza pracę Carla Emila Gedickiego²⁴, uznawanego za niemieckojęzycznego pioniera w definiowaniu zakresu zadań pielęgniarstwa. Także wyznaczane przezeń kwalifikacje moralne stawiane pielęgniarce, znakomicie współbrzmia z pouczeniami zapisanymi w ostatnim paragrafie ordynacji, stanowiącymi wyznacznik duchowej drogi dla opiekunek ubogich gdańskiego Lazaretu²⁵.

Na marginesie trzeba odnotować fakt, że problem opieki nad chorymi w szpitalach obszaru niemieckojęzycznego nie znalazł należytego miejsca w dwóch podstawowych opracowaniach dotyczących niemieckiego prawa szpitalnego²⁶. Nieliczne wzmianki w obu dziełach nie tylko że nie wyczerpują zagadnienia, ale nawet nie przekazują podstawowego zasobu informacji o tym ważnym elemencie szpitalnictwa tak w średniowieczu, jak i w okresie nowożytnym.

Z analizy wspomnianych tekstów źródłowych wynika, że w gdańskich szpitalach stosunkowo wcześniej podjęto próby ujęcia w przepisach prawa istoty posługi chorym. Pomimo powszechnej dążności do traktowania zagadnienia opieki nad ludźmi cierpiącymi z punktu widzenia uwznioślającej, lecz jednocześnie skłonnej do nadmiernego uogólniania, etyki chrześcijańskiej, na pierwszy plan wysuwają się paragrafy podejmujące przyziemną, praktyczną stronę problemu. Nie można jednak pomijać faktu, że w ówczesnej mentalności „praktyczność” oznaczała zarówno należyta dbałość o dobro doczesne, jak i o dobro wieczne. Stąd ordynacje jednym tchem wymieniają tak konieczność niesienia pociechy duchowej chorym (z szacunkiem dla odmienności wyznania), jak i dbałość o mienie pensjonariusza, potencjalnie przypadające w spadku szpitalowi.

Jednocześnie przytoczone przykłady prezentują pewien etap ewolucji opieki nad chorymi: początkowo uczestnictwo opiekunek sprowadza się do utrzymania czystości, karmienia, do niesienia pociechy duchowej oraz do zadbania o zwłoki. Ostatecznie jednak w ordynacjach pochodzących z XVIII wieku pojawia się współuczestnictwo w procesie terapeutycznym. Opiekunki mają podawać stosowne leki i wykonywać proste zabiegi. Tym ostatnim nie były zapewne zbyt zachwycone, skoro wyraźnie podkreślono obowiązek wykonywania przez nie tak powszechnie stosowanych w tym okresie enem. Owo współuczestniczenie w leczeniu podkreślone zostało koniecznością brania udziału w obchodach lekarskich, „aby mogły wysłuchać poleceń”²⁷.

²² Bécu 1807, s. 26–27.

²³ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 232–254; por. aneks, dok. nr 3.

²⁴ C. E. Gedicke, *Anleitung zur Krankenwartung: Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der Berliner Charité-Heilanstalt, sowie zum Selbstunterricht*. Berlin: Hirschwald, 1837; polskie wydanie: C. E. Gedicke, *Poradnik do pielęgnowania chorych do użytku w szkole posługi chorych berlińskiego zakładu Szarite, idziez własnej nauki*. Poznań: [b.w.] 1838.

²⁵ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 250–254; por. aneks, dok. nr 3. Gedicke 1838 s. 2–6. Por. także: Urbanek 2003, s. 117.

²⁶ Reicke 1932, passim; Begon 2002, passim.

²⁷ APG, 300, 87/2, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 8. Cap. V, paragraf 1.

Przy okazji trzeba podkreślić, że wykształcona struktura administracyjna szpitali siedemnasto- i osiemnastowiecznych, po większej części będąca kontynuacją struktury średniowiecznej, w zakresie opieki nad chorymi charakteryzuje się w znacznej części znamionami dozoru policyjnego²⁸. Dualizm opieki, pełniące funkcje medyczne w stosunku do ubogiej chorej jednostki i funkcje społeczne w stosunku do zbiorowości chorych ubogich miejskich, w ordynacjach podkreślony został szeregiem przepisów: z jednej strony ściśle medycznych, czyli choćby omówionych już paragrafów wydanych dla opiekunek chorych, z drugiej zaś policyjnych, wydanych między innymi dla porządkowych (*Stöckerknechte*), stojących do usług prowizorów. W 1608 r. Lazaret połączono z Urzędem Dobroczyńności, czego efektem były próby powiązania szpitala z instytucją o charakterze penitencjarno-wychowawczym (1629 r., *Arbeitshaus*)²⁹. Wprawdzie już w 1630 r. instytucję tę odseparowano od szpitala (Dom Poprawy – *Zuchthaus*), lecz nadal pozostali w ramach struktury Lazaretu porządkowi, zaś w powstających w latach następnych, aż do końca XVIII wieku ordynacjach silnie została wyeksponowana funkcja nadzorca tak prowizorów, jak i zarządcy oraz szafarki, a także pozostałych służb szpitalnych. Wspomniani porządkowi mieli za zadanie wyszukiwanie obcych żebraków w mieście, z następowym ich relegowaniem, ale także chorych żebraków miejscowych i doprowadzanie ich do Lazaretu lub Szpitala na Zapleczu. Chorych umysłowo powinni prowadzić bezpośrednio do cel w Lazarecie, zaś chorych „leżących w gnoju lub przed drzwiami” wpięrow do prowizora pełniącego urząd aprowizacji, aby ten podjął decyzję co do miejsca hospitalizacji³⁰.

Te same prerogatywy przyznano już w ordynacji z 1551 r. tzw. wójtom żebraczym (*Bettelvogte*), połączone z dokładnymi wytycznymi co do segregacji pensjonariuszy szpitali, w zależności od stanu potencjalnego pensjonariusza i rodzaju jego ewentualnych schorzeń³¹. Jednocześnie pojawia się istotny przepis, znacząco dyscyplinujący chorych: osoby, które nie zechcą poddać się leczeniu zostaną przez wójtów żebraczych toczone w beczce aż poza bramy miasta, bez prawa powrotu³². Podobny przepis znajdziemy w instrukcji dla chorych Lazaretu, wydanej dwieście lat później. Głosi on, że zarządzenia, które wyda czeladnik cyrulika, należy we wszystkim spełniać i nie wolno poprzez obnażanie się lub oziębianie utrudniać leczenia³³. Pochodząca z tego samego okresu ordynacja ubogich Lazaretu precyzuje przy tym, iż jedni chorzy wynoszą leki, zaś inni umyślnie zaniedbują swe rany, aby tylko móc zostać w Lazarecie do końca życia. Takie osoby – czytamy dalej w ordynacji – winny być stosownie do okoliczności dotkliwie ukarane³⁴.

²⁸ Szerzej o tym zagadnieniu patrz rozdział: *Statystyka szpitalna – w służbie administracji czy medycyny?*

²⁹ D. Kaczor, *Dom Poprawy (Zuchthaus) w Gdańsku w XVII–XVIII w.* „Rocznik Gdański”, 1996, LVI, 1, s. 43–63; A. Szarszewski 2006 (b), w druku.

³⁰ Niedatowane rozporządzenie (pomiędzy 1610 r. a 1622 r.), APG, 300, R/Pp, 4. s. 156–159.

³¹ Freytag 1899, s. 129–130; patrz rozdział: *Sztuka podziału*.

³² *Item welche de sinen gebreck vnd schaden nicht wil helen latent/ de sal mit der thonne vth der stadt verwesen werden.* Cyt. za: Freytag 1899, s. 129.

³³ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 264–265; por. aneks, dok. nr 5.

³⁴ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 258: *Und da vermercket worden, daß einige die Artzeneyen wegbringen, andere ihre Wunden und Schäden, damit sie nur lebenslang im Hause bleiben möchten, muthwilliger Weise verwehrlosen. Als sollen diejenigen so darüber betrogen werden, nach Beschaffenheit [s. 259] nachdrücklich gestraffet werden.*

Dyscyplinowanie chorych³⁵ pełniło ważną funkcję nie tylko jako element dyscypliny wewnątrzszpitalnej, lecz także jako element wychowawczy w ramach trwającej od czasów reformacji krucjaty przeciw ubogim. Zobligowanie chorych (jak i pensjonariuszy przyjętych na dożywocie) do odpracowywania kosztów hospitalizacji, choć spotykane powszechnie w średniowieczu³⁶, nabiera tu wymiaru nie tylko ekonomicznego, ale wręcz moralnego, w myśl zasady: kto nie pracuje, ten nie je³⁷. W proces dyscyplinowania chorych wprzęgnięte zostały także opiekunki chorych, a więc wszystkie osoby personelu szpitala, posługujące chorym tak bezpośrednio, jak i pośrednio (zarządca, szafarka, prowizorzy, także duchowni), stały się elementami polityki społecznej miasta względem ubogich. Mówiąc więc o opiece nad chorymi w szpitalu tak w XVI wieku jak i w wiekach XVII oraz XVIII, nie można pominąć jej funkcji wychowawczej. W przepisach prawa znajdowała również odzwierciedlenie dbałość o szpital, spełniająca się w odseparowywaniu fundacji od elementów niepożądanych³⁸. Służyć temu miały specjalne odznaki i zaświadczenia wydawane przez prowizorów (nie lekarzy, czy cyrulików) i surowe zakazy przyjmowania przez zarządcę wszystkich tych, którzy takich odznak i zaświadczeń nie posiadali³⁹.

Omówiony system opieki nad chorymi w Lazarecie przetrwał aż do początków XIX wieku. Niestety, w materiałach źródłowych występuje luka aż do 1826 r., kiedy to dr Eduard Dann wymienia czynnych w tym roku czterdzieści osiem osób personelu pomocniczego Lazaretu (*Dienstpersonale*), na który składały się opiekunowie i opiekunki chorych (*Krankenwärtern und Wärterinnen*), robotnicy (*Arbeitsleuten*), plastrownik (*Pflasterstreicher*) i inni. Do 1832 r. ilość ta wzrosła do sześćdziesięciu sześciu osób,

³⁵ Patrz: *Ordnung wornach sie die lieben Armen im Pockenhauffe zu verrichten haben*. APG, 300, R/Q, 7, s. 105–116; *Vorschrift nach welcher sich die in die Cur eingenom[m]ene Personen zu verhalten haben*. Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 264–265; por. aneks, dok. nr 5.

³⁶ Reicke 1932, s. 112, 203, 231.

³⁷ Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm. fol. 76, s. 53; por. aneks, dok. nr 1, paragraf III; Patrz także: ordynacja szpitala św. Barbary w Gdańsku, APG, 300, R/Rr, 1, s. 83: 6. *Weil auch der Müßigang so wol bey Junge alß bey alten vor ein großes laster gehalten wird, und auß demselben nichts denn böses entstehen kann, alß werden alle und jede Einwohners des Hospital auch fleißig ermahnet, daß ein jeder nach seinem Stande und Was ihnen zu thun möglich, sich allezeit der Arbeit und eines guten Vorhaben zu befleißigen bedacht seyn solle, damit nicht in Nachlaßung eines guten Gebühres, Gottes ernster Befehl und Wille verachtet, und man[n] auch selbst durch solche Sicherheit in andere [s. 84.] Sünde und Laster möge geleitet und geführet werden. Wem nun dieses Wolmeynen nicht gefallen und sich dar anstosen solte, dem würde nach der Regel S. Pauli, da Er spricht wer nicht arbeitet der soll auch nicht Eßen, zur Straffe zum Wenigsten die halbe Woche die Kost abgeschnitten und versaget werden.*

³⁸ Już w ordynacji szpitala św. Jakuba z 1458 r. spotykamy nakaz przyjmowania tylko tych z marynarzy, „którzy kupcom wiernie służyli”, APG, 300, 61/67, s. 5.

³⁹ We wzmiankowanym rozporządzeniu czytamy: *Imgleichen, das sie armen breshafften leuten die zeichen austheilen, vnd müglichen fleisses verhüten, das nicht starcke bettler in der Stadt herumb streichen, wiewol zu wunschen were, das die betler von den gassen gantzlich möchten abgeschaffet werden*. APG, 300, 61/170, s. 3–4; Patrz ponadto APG, 300, R/Q, 17, k.74v.; por. aneks, dok. nr 2, paragraf 1. Wydawanie stosownych odznak celem rozróżnienia poszczególnych rodzajów ubogich było powszechnie stosowaną praktyką w XVI–XVIII w. Begon 2002, s. 130–131. Interpretowane jest obecnie jako jedna z podstawowych technik ekskluzywnych nadzoru policyjnego. R. Jütte, *Powerty and deviance in early modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, s. 158–177.

brak jednak w relacji Danna precyzyjnego określenia ilości opiekunek i opiekunów chorych⁴⁰.

Zwraca przy tym uwagę zmiana terminologii. Zastosowane niemieckojęzyczne określenie *Krankenwärterin* (*Krankenwärter*) zamiast *Kranken-Mutter* czy *Krancken-Mägde* ujawniają tendencję do ujednoczenia mianownictwa personelu medycznego bezpośrednio posługującego chorym. Nazwy te zostały upowszechnione na obszarze niemieckojęzycznym pod koniec XVIII wieku i w przebiegu XIX wieku stały się obowiązujące. Wymienne stosowano jedynie określenie *Krankenpflegerin* (*Krankenpfleger*), przy czym *Krankenwärterin* i *Krankenpflegerin* były to określenia tożsame, w przeciwieństwie do np. równocześnie istniejących pojęć anglojęzycznych *nurse* i *sister*, gdzie istniała wyraźna gradacja w systemie opieki nad chorymi, podkreślona chociażby strojem, ujednoczonym dla wyżej stojącej w hierarchii grupy określanej mianem *sisters*⁴¹.

W 1859 r. wymienianych jest czterdzieści osób jako opiekunki chorych (*Wärterpersonals*; *Wärterinnen*) sprawujących pieczę nad czterystoma chorymi zakładu (jedna opiekunka na dziesięciu chorych), a równocześnie „niewiele mniej niższego personelu” (*Unterbeamten*)⁴². Niestety, o zhierarchizowaniu opiekunek nie zachowały się żadne dane.

W początkach lat sześćdziesiątych pojawiły się liczne głosy krytyczne dotyczące jakości usług świadczonych przez średni personel Lazaretu. Trudno jednak do czynników poprawiających opiekę nad chorymi zaliczyć wprowadzanie w życie w tym samym okresie pierwszych przepisów normalizujących ilościowy stosunek opiekunek do chorych. W 1863 r. ustalono ilość dwudziestu chorych przypadających na jedną osobę opiekującą⁴³, co w porównaniu z danymi z roku 1859 (jedna opiekunka na dziesięciu chorych) stanowi wyraźny regres i namacalny dowód na złą kondycję finansową fundacji. Potwierdza to wydany przez rejencję nakaz ograniczenia ilości chorych w 1864 r. do dwustu pięćdziesięciu⁴⁴.

Jednocześnie wraz z pojawieniem się „chorych samopłacących” pojawia się także instytucja zindywidualizowanej opieki nad chorymi. W wydzielonych około 1828 r. specjalnych pokojach dla osób opłacających swój pobyt można było zamówić sobie jako usługę specjalną opiekę wydzielonej do swoich indywidualnych potrzeb przeszkolonej osoby (*Wärter*). Koszt takiej usługi, wraz z własnym pokojem, wynosił tygodniowo 3 reichstalary⁴⁵.

W czasie kontroli przeprowadzanych w Lazarecie w latach pięćdziesiątych XIX wieku pośród wielu uchybień wymieniono także brak stosownych instrukcji dla pracowników⁴⁶. Brak jeszcze w tym czasie precyzyjnych, opartych o nowe poglądy medyczne

⁴⁰ Dann 1835, s. 306, 309.

⁴¹ Urbank 2003, s. 114–116.

⁴² APG, 6/1244, s. 457. Por. wyjaśnienie pojęcia w: Leidinger 2000, s. 59.

⁴³ APG, 6/1236, s. 575.

⁴⁴ APG, 6/1236, s. 865.

⁴⁵ „Chorzy płacący”, którzy nie posiadali indywidualnej opieki, płacili tygodniowo za łóżko, leki oraz wyżywienie 1 reichstalar (o ile byli mieszkańcami Gdańska) lub 1½ (o ile pochodzili spoza Gdańska). Dann 1835, s. 307.

⁴⁶ APG, 6/1244, s. 456–457.

instrukcji dla wszystkich etatowych pracowników Lazaretu, a zwłaszcza dla personelu średniego i lekarskiego, rzeczywiście musi budzić zdziwienie. Jak przedstawiono we wstępie, istniała już znakomita miejscowa tradycja w tym zakresie. Do tego dochodzi fakt, iż w XIX wieku w szpitalach obszaru niemieckojęzycznego podlegających procesowi medykalizacji instrukcje takie były wydawane od dawna. Np. w Hamburgu dla powstałego w miejsce dawnego *Pesthof* szpitala powszechnego (1823 r.) od początku jego działalności istniały dokumenty, ułatwiające profesjonalizację działań medycznych. Obok *Instruktionen für die Krankenwärter und Krankenwärterinnen im Allgemeinen Krankenhaus* z 1825 r., istniały szczegółowe instrukcje dla opiekunów na oddziale psychiatrycznym oraz oddziale dla chorych na świerzb i weneryków⁴⁷.

Stosowna instrukcja dla Lazaretu powstała dopiero w 12 lipcu 1862 r., na wyraźne polecenie władz miejskich⁴⁸. Ostatecznie projekt został zatwierdzony i wszedł w życie dopiero w 1864 r.⁴⁹

W dokumencie⁵⁰ czytamy, iż pierwszym obowiązkiem osób doglądających chorych było chrześcijańskie prowadzenie się, troskliwe i czułe opiekowanie się chorymi oraz dokładne wypełnianie zleceń lekarskich, wysokie morale i czystość, zarówno osobista, jak i w salach chorych. Dyżur osób doglądających chorych zaczynał się codziennie w lecie i w zimie o godzinie 5 rano. Najpierw osoby te miały same się umyć i odziać, jak również dbać o to, aby tak samo czynili chorzy. Ciężko chorym powinny były w tym pomagać. Następnie należało pościelić łóżka; ci, którzy nie byli są zbyt ciężko chorzy, ścielili je sobie sami. Punktualnie o godzinie 6 rano osoby doglądające chorych zjawiały się w kuchni i pobierały zupę lub kawę dla pacjentów i rozdelały wedle instrukcji. Kto się spóźnił w kuchni, karany był 2 ½ sgr. Potem pobrano chleb z piekarni.

W zimie należało palić w piecach, uprzednio wybrawszy z pieca popiół, składany następnie w stosownym miejscu. Drewno i torf składowane były przez robotników w specjalnych skrzyniach. Czyszczenie sal chorych i korytarzy, także nocników etc. pozostawało w gestii osób doglądających chorych. Miały też one zwracać uwagę, aby szmat czy też śmieci nie wrzucano do odpływów wody. Wszystkie pokrywy ubikacji czy odpływów musiały być zamykane. Wszystkie te prace należało wykonywać punktualnie, aby gdy lekarz na pierwszy obchód przyjdzie, zastał wszystko czyste i w najlepszym porządku.

W czasie obchodu osoby doglądające chorych miały baczyć na zlecenia lekarskie i dokładnie ich przestrzegać.

We wszystkie soboty osoby doglądające chorych musiały szczególnie dokładnie sprzątać sale chorych, a wszelkie niedokładności były karane grzywną.

Gdyby jakiś chorych nie chciał przestrzegać zaleceń lekarskich, wzbraniał się przyjmować leki etc., to osoby doglądające chorych musiały przez przyjacielską rozmowę nakłaniać go do leczenia, ale przy dłuższej trwającym oporze miały złożyć o tym raport asystentowi dyżurnemu. To samo miały czynić, gdyby w stanie zdrowia chorego zaszły

⁴⁷ H. Rodegra, *Qualitätssicherung unter medizinhistorischen Aspekten. „Neuordnung der Medizinalgesetzgebung“ und „Umstrukturierung im Krankenhauswesen“ in Hamburg zu Beginn des 19. Jahrhunderts unter Berücksichtigung qualitätssichernder Maßnahmen*. „Historia Hospitalium”, 2002/2003, 23, s. 38–39; Stollberg, Tamm 2001, s. 435.

⁴⁸ APG, 6/1236, s. 574–576.

⁴⁹ „Danziger Zeitung”, *Beilage zu No. 3088*, 04 lipca 1865 r., s. 2.

⁵⁰ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 11.

niepokojące zmiany. Osoby dogląające chorych były zobowiązane osobiście każdemu choremu podawać lekarstwa w wyznaczonym czasie. Lekarstwa miały być przechowywane w specjalnej do tego celu przygotowanej, stale zamkniętej szafie w sali chorych. Osoby dogląające chorych powinny były zawsze przy sobie nosić klucz, celem zapobiegania nadużyciom. Lekarstwa dostarczano z apteki przez upoważnioną do tego osobę. Osoby dogląające chorych winny były także zwracać ustawicznie uwagę na czystość ubrań i pościeli. O godzinie 11 w południe osoby dogląające chorych, w przypadku gdy nie odbywał się w tej chwili obchód w salach chorych, miały udać się do kuchni, aby ugotować posiłek dla chorych i samych siebie oraz powinny były dokonać sumiennego podziału czynności wedle instrukcji. Miały też dokładnie zwracać uwagę, aby gdy jakiś chory swego posiłku nie spożywał, nie dzielił się nim z innym chorym, lecz aby niespożyty posiłek zwrócony został do kuchni. Tak samo należało postępować z chlebem rozdzielanym chorym. Zzabroniono, aby chorzy sprzedawali swe pożywienie innym chorym czy osobom dogląającym chorych.

W czasie zmywania chorzy wydawali osobom dogląającym chorych swe noże, widelce, łyżki, talerze i szklanki. Chorzy, którzy sami jeść nie mogli, musieli być karmieni przez osoby dogląające chorych. O godzinie 16 osoby dogląające chorych otrzymywały kawę w kuchni a wieczorem o godzinie 18 kolację dla chorych i siebie samych wedle instrukcji. Rano, w południe, popołudniu i wieczorem były zobowiązane dokładnie wymyć sprzęty i złożyć je w stosownym miejscu. Miały też dogląać, czy chorzy, którzy spędzali dzień poza łóżkiem, udali na spoczynek w zimie o godzinie 20, zaś w lecie o godzinie 21. Zobowiązane były swe przepierzenie trzymać na noc w zamknięciu i nie przyjmować tam żadnych osób. Następnym obowiązkiem osób dogląających chorych było wietrzenie sal chorych wedle zaleceń lekarskich, natomiast zabronione było nakładanie. Z ogniem i światłem należało obchodzić się ostrożnie.

Osoby dogląające chorych powinny baczyć, aby chorzy ściśle przestrzegali ordynacji zawieszonych w salach chorych. Gdyby jakiś chory pozwolił sobie przeciw niej postępować, osoby te miały go napomnieć, a jeśli to nie pomagało, donieść o tym nadinspektorowi.

Osoby dogląające chorych miały zwracać uwagę na to, aby odwiedzający chorych nie przynosili ani środków żywnościowych, ani pieniędzy, chyba że zdarzyło się, że lekarz na coś szczególnego zezwolił. Nie wolno im było przyjmować podarunków od chorych lub od odwiedzających, a tym bardziej się ich domagać. Zabroniono osobom dogląającym chorych wchodzić w zażyłość z pacjentami lub też informować o ich stanie zdrowia. O chorobie i stosunkach chorych osoby te musiały zachować dyskrecję.

Każdej osobie dogląającej chorych została wręczana książka w której zawarto inwentarz wszystkich jej przedmiotów, a o które była zobowiązany dbać. Osoby dogląające chorych nie mogły jej sobie wzajemnie użyczać. Jeśli coś się zużyło, należało zgłosić to nadinspektorowi wraz z książką i w niej odnotować wymianę.

Zabroniono osobom dogląającym chorych używania bielizny, pantofli etc. należących do szpitala pod karą 2½ sgr., która to kwota mogła zostać podwyższona w razie recydywy.

Nie można było zabrudzonej bielizny pozostawiać w salach chorych, lecz natychmiast trzeba ją było wkładać do przygotowanych do tego celu skrzyniach.

Gdyby się zdarzyło, że chory zachorował na ospę lub inną chorobę zakaźną, to jego brudna bielizna nie miała być chowana razem z inną brudną bielizną, lecz należało to zgłosić nadinspektorowi lub zarządcy, aby uzyskać instrukcję, co dalej czynić. Co ty-

dzień w piątki popołudniu brudna bielizna miała być dostarczana do pralni, gdzie wymieniano ją na czystą, każda sztuka za sztukę. Wszystko to trzeba było odnotować w księdze.

Gdy chory przybywał do oddziału, co zwyczajowo następowało z łaźni, łaźniemu należało oddać to, w co chorzy zostali odziani. Zaraz potem należało zgłosić nadinspektorowi o przyjęciu chorego, celem wydania dokumentu przyjęcia.

W przypadku śmierci chorego należało sporządzić stosowne zaświadczenie oraz zawiadomić tak lekarza, jak i nadinspektora. Ciało trzeba było wywieźć z oddziału i odziać w koszulę, którą jednak należało zabrać z powrotem z kostnicy. Osoba dogląająca chorych miała do każdego ciała zawiesić na paluchu kartkę z nazwiskiem.

Jeśli jakiś chory został wypisany, osoba dogląająca chorych musiała powiadomić o tym nadinspektora, celem wystawienia dokumentu odejścia ze szpitala, a także recept, które zostały wręczone choremu przez zarządcę. Odzież szpitalną należało zabrać z powrotem. Następnie po odejściu chorego jego pościel trzeba było oddać do pralni. W każdym przypadku zgonu cały podkład etc. należało usunąć i zastąpić innym, a osoba dogląająca chorych miała pilnować, aby posłanie zostało przywrócone użytku i nie pozostawało w nieporządku.

Jeśli jakaś pacjentka została przez lekarza przydzielona do szycia, podlegała kobiecie zarządzającej pralnią, a osoba dogląająca chorych kobiet musiała pilnować, aby dana pacjentka pracowała pilnie i porządnie. Zabronione było pod karą, aby pacjentka wykonywała jakąś pracę dla osoby dogląającej chorych.

Jeśli chory domagał się pociechy duchowej, osoba dogląająca chorych po zapytaniu lekarza i po uzyskaniu jego zgody winna była zgłosić to nadinspektorowi.

Osoby dogląające chorych mające dyżur nocny, nie mogły się na noc rozbierać, ani kłaść się do łóżka, lecz musiały cały czas być gotowe do pracy.

Ponieważ osoby dogląające chorych otrzymywały ze szpitala wszystko, czego im potrzeba, nie wolno im było przygotowywać sobie ani pożywienia, ani napojów w kuchni na korytarzu. Osoba dogląająca chorych mogła uzyskać wolne od ordynatora i nadinspektora; z reguły wolnego udzielano do godziny dziewiątej wieczorem. Przy wyjściu poza zakład osoby dogląające chorych musiały odziać się w swe własne ubranie, zaś ubranie szpitalne zostawić.

Na koniec wspomniano, że osoby dogląające chorych, o ile obowiązki im na to pozwoliły, mogły uczestniczyć w nabożeństwie w Lazarecie.

Przedstawiona instrukcja dla osób dogląających chorych w Lazarecie w zasadzie nie różni się od podobnych aktów prawnych wydanych dla tego zakładu już w XVII i XVIII wieku. Poruszane są tu zarówno zagadnienia moralnych kwalifikacji osób dogląających chorych, jak i przestrzegania zasad czystości, tak osobistej pacjentów, ich pościeli, jak sal chorych i Lazaretu jako całości. Do podstawowych zadań należała oczywiście opieka nad chorymi, polegająca między innymi na dokonywaniu zabiegów zgodnie z zaleceniami lekarskimi, rozdawnictwa posiłków i karmienia wymagających tego chorych, nadzorowania przyjmowania leków przez pacjentów, kładzenia do łóżek o wyznaczonych porach, regulowanie ruchem osób odwiedzających. Wszystkie tego rodzaju przepisy prawne, wprawdzie obecnie podane w bardziej czytelnej i uporządkowanej postaci, mają jednak swe odpowiedniki już w siedemnasto- i osiemnastowiecznych aktach prawa szpitalnego Gdańska.

Do relikwów dawnego prawa należy niewątpliwie nakaz mieszkania personelu średniego w salach chorych, z tą jedynie różnicą, iż w oddzielnym od przestrzeni zajmowanej przez pacjentów drewnianym przepierzeniem pomieszczeniu⁵¹. Także powiązany z powyższym zakaz opuszczania szpitala bez specjalnego pozwolenia i bezwzględnej konieczności powrotu na noc należy do przepisów trudno akceptowalnych w nowoczesnych systemach szpitalnych. Podobnie zakaz spożywania na terenie szpitala innych posiłków, niż otrzymanych w ramach kontraktu zawartego z zakładem. Zwłaszcza wykonywanie przez osoby doglądające chorych funkcji przydzielanych osobom zaliczanym do niższego personelu (szczególnie sprzątanie sal i korytarzy szpitalnych, palenie w piecach, przygotowywanie posiłków) świadczy o nie do końca dokonanym procesie profesjonalizacji. Wprawdzie wiemy skądinąd, że Lazaret zatrudniał też osoby personelu pomocniczego, jednak przedłożona władzom miejskim instrukcja dotyczy czynności precyzyjnie przypisanych personelowi średniemu. Nie pozostawia to wątpliwości, że opisany brak rozdziału na czynności ściśle związane z opieką nad chorymi od czynności nie wymagających specjalnych kwalifikacji, świadczy o braku świadomości czynników decyzyjnych o nowoczesnym pielęgniarstwie, a to z powodu, że głównymi autorami dokumentu byli ludzie zawodowo zupełnie niezwiązani z profesją medyczną.

Do podobnych wniosków można dojść analizując to, czego w instrukcji zabrakło. Dokument niemal wcale nie precyzuje czynności pielęgniarских, skupiając się li tylko na ogólnikach. Jedną z nielicznych czynności pielęgniarских, przywoływanych przez autorów to... wietrzenie sal chorych. Nie opisana jest podstawowa czynność należąca do tego, co w tym właśnie czasie jest coraz bardziej postrzegane jako podstawa dobrego pielęgniarstwa, to znaczy dogłądanie i czuwanie nad stanem chorego⁵². Jedynie w jednym punkcie wspomina się o nadzorze nad przyjmowaniem leków przez pacjentów i zaraz jednym tchem, jakby były to czynności równoważne, o konieczności zgłaszania lekarzowi pogorszenia stanu pacjenta. Wzmiankowana jest tylko jeszcze konieczność podawania leków pacjentom, mycie pacjenta, zmiana zabrudzonego pościela, karmienie chorych. Ale wszystko są to czynności bardzo proste, o których wspominają już siedemnastowieczne ordynacje gdańskiego Lazaretu. Nie wspomina się przede wszystkim zupełnie o kwalifikowanych czynnościach pielęgniarских, polegających na wykonywaniu czynności leczniczych zleczanych przez lekarzy. Wydaje się dość oczywiste, że czynności takie były wykonywane, lecz z prezentowanego dokumentu zupełnie to nie wynika. Nie ma też mowy o asyście w trakcie zabiegów operacyjnych, choć przecież w szpitalu operowano. Nie wiadomo więc, jak dalece sprofesjonalizowaną kadrą średniego personelu dysponował w połowie XIX wieku gdański Lazaret, a przynajmniej czego od niej w tym czasie oczekiwano⁵³.

Stworzony w 1862 r. i długo oczekiwany także przez środowisko medyczne akt prawny był więc w zasadzie wyłącznie zbiorem przepisów administracyjnych, nie

⁵¹ Był to wymóg wynikający ze sprawozdania pokontrolnego dr. Karla Heinricha Essego w 1859 r., który wytknął niestosowność dotychczasowego systemu separacji, zwłaszcza w salach męczyzn. APG, 6/1244, s. 490.

⁵² Urbanek 2003, s. 139–141.

⁵³ O pochodzącym niemal z tego samego okresu wzorcowym formularzu raportu pielęgniarского, uwzględniającym zarówno szczegółowy opis pacjenta, historię jego choroby, jak i dziennik dokonywanych czynności pielęgniarских patrz: B. Urbanek, *Inspiracje społeczno-medyczne w kształtowaniu systemu opieki nad chorym w Europie w XIX w.* „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki”, 1993, 38, 152–153.

wpływających na profesjonalizację personelu średniego, a jedynie pozwalających na usunięcie pewnych nieprawidłowości czy też zapobieganie powstawaniu nowych. Wiemy zaś skądinąd, że w praktyce opieka pielęgniarska Lazaretu pozostawała w tym czasie wiele do życzenia. W raportach pokontrolnych z końca lat pięćdziesiątych odnotowano, iż dla osób opiekujących się chorymi (*Warterpersonen*) brakuje prawie wszystkiego. Jako budzący szczególne zgorzsenie zauważony został fakt, że łóżka młodych pielęgniarek (*Wärterinnen*) stały obok łóżek chorych mężczyzn oddzielone jedynie niskim parawanikiem, co, jako całkowicie sprzeczne z wymogami przyzwoitości, zalecono natychmiast naprawić⁵⁴. Wskazywano też na niski poziom moralny niektórych osób posługujących chorym⁵⁵. Narzekano na brak kandydatek, a zwłaszcza kandydatów, zupełny brak przygotowania do zawodu, brak stosownego nadzoru nad chorymi, na dorabianie sobie sprzedając pożywienia chorym, na nienależyte prowadzenie inwentarzy szpitalnych, w tym bielizny chorych. Lekarze zarzucali zarządowi brak podejmowania stosownych kroków, lecz jedyne, co osiągnęli, to zatrudnienie przełożonej nad personelem doglądającym chorych (*Oberwärterin*), która miała nauczać nieprzygotowane zupełnie do zawodu kobiety. Z drugiej strony osoby doglądające chorych były źle opłacane i dopiero na początku lat sześćdziesiątych zarabiały 3 reichstalary miesięcznie, co uznano za wielki sukces lekarzy, starających się o właściwe ich wynagradzanie. Uprzednio bowiem otrzymywały zaledwie 20 srebrnych groszy (1 reichstalar = 28 srebrnych groszy), przy czym same musiały zadbać o odzienie, odrębne na zewnątrz zakładu, odrębne wewnątrz⁵⁶.

Wydaje się, że postawiony przez lekarzy Lazaretu prowizorom zarzut, iż zupełnie nie mają pojęcia o prawidłowym funkcjonowaniu personelu doglądającego chorych oraz o nowoczesnym podejściu do zagadnienia pielęgniarstwa, był ze wszech miar słuszny⁵⁷. O tym, że stworzona w 1862 r. i wprowadzona w życie w 1864 r., pełna czysto administracyjnych nakazów i zakazów instrukcja dla osób doglądających chorych nie poprawiła jakości usług pielęgniarskich świadczy najlepiej fakt, że po reorganizacji Lazaretu po 1874 r. zrezygnowano niemal całkowicie ze świeckiego personelu średniego, przekazując opiekę nad chorymi profesjonalnie przygotowanym diakonisom ewangelickim⁵⁸.

Gdański Lazaret nie był jedynym zakładem szpitalnym, w którym brak stosownych osób do opieki nad chorymi był poddany surowej krytyce. Można nawet postawić tezę, że narzekania na usługę pielęgniarską były w tym czasie regułą. W połowie lat dwudziestych w hamburskim szpitalu powszechnym pielęgniarze rekrutowali się przede wszystkim spośród przeniesionych do rezerwy żołnierzy, pielęgniarki natomiast spośród zgromadzeń zakonnych. Jednak usługi jednych i drugich pozostawały wiele do życzenia. Efektem tego były poszukiwania najlepszej drogi do profesjonalizacji usług pielęgniarskich, co ostatecznie zakończyło się nawiązaniem współpracy z diakonisami ewan-

⁵⁴ APG, 6/1244, s. 490. Np. w tym samym okresie w szpitalu ogólnym w Bremie pielęgniarki miały do dyspozycji dwuosobowe pokoje, zamykane na drzwi, z oknem wychodzącym na salę chorych. Leidinger 2000, s. 59.

⁵⁵ APG, 6/1244, s. 456–457.

⁵⁶ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., odpis artykułu z „Allgemeine Medizinische Central Zeitung”, 1863, XXXII.

⁵⁷ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., odpis artykułu z „Allgemeine Medizinische Central Zeitung”, 1863, XXXII.

⁵⁸ Guttstadt 1900, s. 120–121.

gelickimi⁵⁹. Średni personel szpitala powszechnego w Bremie (założonego w tym samym czasie co gdański szpital diakonis – 1851 r.) składał się początkowo z osób świeckich, potem z diakonis ewangelickich. We wstępnej fazie rozwoju szpitala nadzór pełniła przełożona (*Oberwärterin*), mająca pod sobą jedenastu opiekunów (*Wärter*) i siedem opiekunek (*Wärterinnen*). W 1862 r. poza przełożoną posługę chorym pełniło jedenastu opiekunów (*Pfleger*) i czternaście opiekunek (*Pflegerinnen*). Mieli oni do dyspozycji dwuosobowe pokoje, zamykane na drzwi z oknem wychodzącym na salę chorych. Jednak powszechnie skarżyli się na mizerne wynagrodzenie⁶⁰, złą płacę i brak uznania. Ta grupa personelu szpitala pochodziła z niższych warstw społecznych i krytykowano jej niedostateczne wykształcenie w zakresie pielęgniarstwa. Do tego niskie uposażenie powodowało występowanie łapownictwa, bezskutecznie tępionego przez przełożonych. Dlatego kwestia stosownego średniego personelu była ustawicznie poruszonym tematem aż do 1879 r., czyli do przejścia obowiązków średniego personelu przez diakonisy z Bielefeld w oddziale dla chorych wenerycznie, kobiet w położu i na niektórych oddziałach męskich. W 1892 r. czynnych było sumarycznie dziewięćdziesiąt trzy osoby personelu średniego, z czego czterdzieści dwie diakonisy i dziesięciu diakonów, pozostały personel stanowiły osoby świeckie (dwadzieścia dwie opiekunki i dziewiętnastu opiekunów)⁶¹.

Krytyka dotyczyła nie tylko personelu świeckiego. W 1870 r. skarży się dr Zygmunt Dobieszewski, że choć siostry służebne posługujące w szpitalach *nie cofną się przed najciężliwszą i najgrubszą posługą, ale nie umieją obchodzić się z chorym, a nawet polecenia lekarza nie są w stanie zrozumieć. Zdaje mi się, że te, które ja widziałem, nie należały do wyjątków, gdyż o ile mi wiadomo, stowarzyszenie to, jak sama nazwa wskazuje, ma za zadanie posługę, a nie opiekę nad choremi*⁶². Zdaniem autora nie tylko tego typu zgromadzenia nie są przygotowane do pełnienia służby szpitalnej. Jeszcze gorzej bowiem ocenia personel średni opiekujący się chorymi w szpitalu zarobkowo: *Najmniej stosowne do pielęgnowania wydały mi się osoby świeckie [...]. Kto ma wyobrażenie jakiej opieki mamy prawo wymagać w szpitalu, niebędzie się dziwił mojemu przekonaniu: tylko ostateczny brak utrzymania zmusza do oddawania się podobnie mozolnemu zarobkowi, wówczas nieumiejętność staje na zawadzie do dokładnego wypełnienia podjętych obowiązków, gdy zaś bięda do tego nie zmusza, trudność i nieprzyjemności zawodu potrafią złamać najwytrwalsze chęci*⁶³.

W niektórych szpitalach brak należytej opieki był wręcz dramatyczny. Jeszcze na początku XX wieku można spotkać następujące opisy: *Opieki nad chorymi nie ma [w szpitalu] właściwie wcale. Siostry miłosierdzia zajęte są gospodarstwem, kuchnią, bielizną, pralnią, apteką. Jest ich mało: trzy, cztery na całe gospodarstwo szpitalne z 50-ma chorymi. Wciąż tylko jedna z nich poświęca się na usługi chorych [...]. A ci salowi posługacze i posługaczki mają tyle roboty przez dzień cały, że o jakiegokolwiek opiece nad chorymi myśleć nie mogą. Muszą oni myć, froterować wszystkie sale chorych, korytarze,*

⁵⁹ Stollberg, Tamm 2001, s. 435.

⁶⁰ W 1852 r. opiekun chorych otrzymywał rocznie od 40 do 60 reichstalarów. Dla porównania: przeciętne roczne wynagrodzenie czeladnika wynosiło 200 reichstalarów. Leidinger 2000, s. 58.

⁶¹ Leidinger 2000, s. 59–65.

⁶² Dobieszewski 1870, s. 82–83.

⁶³ Dobieszewski 1870, s. 83.

*schody, roznosić trzy razy dziennie z kuchni pożywienie chorym, zmywać naczynia po nich, pompować wodę do ustępów, nalewać naftę i zapalać lampy na salach, przynosić węgiel, drzewo ze dworu i palić w piecach, myć okna, ściany, wnosić nieboszczyków, przenosić chorych na salę opatrunkową lub operacyjną, obsłużyć te sale, przenosić i pilnować w kąpeli chorych, prać bandaże i.t.p.*⁶⁴

Fali krytyki towarzyszyło jednocześnie tworzenie wzorca idealnej opiekunki. Warto tu przytoczyć jako przykład najważniejsze wymogi stawiane pielęgniarce przez Friedricha Wilhelma Ravotha w jego podręczniku opieki nad chorymi, wydanym dla państwa pruskiego w 1868 r.: wiek 25–55 lat, mocna konstrukcja ciała, aby miała siłę dźwigać chorych, winna cieszyć się doskonałym zdrowiem, cechować mocnym, szczerym charakterem, ma zawsze wiedzieć, czego chce, aby być niezawodną w trudnościach życiowych, musi być przyjazna, a nieobludna, serdeczna, a bez komedianstwa, na jej obliczu ma się malować uczciwość, gdy zaś chorzy kapryszą, nie może pozbyć się łagodnych i uprzejmych manier. Nie może w salach chorych ani palić tytoniu, ani zażywać tabaki, gdyż przez to dla wielu chorych byłaby nie do wytrzymania. Ma wykazywać się śmiałością i roztropnością, nie może za to okazywać odrazy i wstrętu. Musi być uczciwa, nie powinna plotkować, musi mieć zamiłowanie do porządku, ma być zawsze trzeźwa, punktualna, czysta. Każdego dnia winna zbierać nowe doświadczenie, aby swe zadania coraz to lepiej wypełniać, lecz nie wolno jej swego doświadczenia wykorzystać na wyrokowanie o rodzaju schorzenia. Musi zwracać uwagę na poszczególne punkty w stanie chorego, a mianowicie na: ułożenie chorego w łóżku, stan ogólny, zachowanie, stan umysłu i ducha, siły chorego, sen, na wygląd twarzy, apetyt, pragnienie, trawienie, oddychanie, głos, kaszel, płwocinę, bicie serca, podbrzusze, wypróżnianie, mocz, skórę, bóle, patologiczne wydzieliny i inne objawy chorobowe. O wszystkich tych szczegółach musi lekarzowi zdawać relację albo ustnie, albo pisemnie⁶⁵.

W połowie XIX wieku powstają w Gdańsku oba szpitale fundacji związków wyznaniowych, w których opieka nad chorymi oparta została na działalności żeńskich zgromadzeń religijnych. W przypadku szpitala Najświętszej Maryi Panny były to siostry bormeuszki (*Die Barmherzigen Schwestern; Borromäerinnen*).

Początek tego zgromadzenia sięga czasów św. Wincentego de Paul, który zorganizował zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia (*Soeurs de la Charité*) celem opieki nad ubogimi. O jego założeniach najlepiej świadczy słynne zdanie świętego, iż klasztorem dla tych panien winny być domy chorych, krużgankami ulice miast, klauzurą posłuszeństwo, welonem skromność⁶⁶. W nawiązaniu do tej działalności powstało ufundowane przez Emanuela Chauvenel w 1652 r. w Nancy stowarzyszenie *Soeurs de la Charité* w fundacji *Maison de Charité*. Celem jego była domowa opieka nad ubogimi chorymi. Pozostało w zasadzie strukturą świecką, działającą w ramach Kościoła (*ni couvent, ni monastère*), co wyraźnie zostało podkreślone w piśmie z 1663 r. W dokumencie tym określone zostało jako stowarzyszenie świeckie panien i wdów żyjących według reguły napisanej przez

⁶⁴ S. Stanisławski, lekarz Szpitala Powiatowego św. Tadeusza w Łowiczu, 1903 r., cyt. za: R. Jachowicz, *Warunki pobytu chorych w dawnych polskich szpitalach*. „Szpitalnictwo Polskie”, 1983, 27, s. 12.

⁶⁵ Opracowane na podstawie: Panke-Kochinke 2003, s. 61–62.

⁶⁶ Gatz 1971, s. 259.

św. Franciszka Salezego⁶⁷. Stopniowy rozwój zgromadzenia spowodował poszerzenie zakresu jego działań – 1702 r. objęło swą działalnością opiekę stacjonarną nad chorymi w *Hôpital St. Julien* w Nancy⁶⁸. Zainicjowało to wielowiekową obecność boromeuszek w szpitalach. Działalność ta została przyhamowana przez terror w czasie francuskiej rewolucji, choć w wielu szpitalach w zasadzie pozostawiano siostry w spokoju.

W obszarze niemieckojęzycznym pierwsze boromeuszki pojawiły się w 1810 r. Były to cztery siostry przybyłe do Saarlouis na wniosek tamtejszej Komisji ds. Szpitali. Ponieważ jednak tamtejszy szpital był zniszczony, prowadziły tylko działalność w ambulatorium, w szkole i w aptece⁶⁹.

Pierwszym z prawdziwego zdarzenia ośrodkiem działalności boromeuszek na terenie Niemiec był Trewir. Dwie pierwsze siostry władające językiem niemieckim zostały sprowadzone z Nancy w 1810 r. przez tamtejszego biskupa, Charlesa Mannay'a. W 1811 r. następujących sześć sióstr wraz z przełożoną generalną Augustine Cordier przybyło do Trewiru, aby wprowadzić w życie regulamin zgromadzenia. Siostry szybko zdobyły sobie zaufanie, dzięki dyscyplinie i przestrzeganiu niemal zakonnej reguły, a także porządkowi i czystości w podległych im szpitalach św. Katarzyny i św. Agnieszki. Następne ośrodki powstały w Koblencji (1826 r., szpital miejski), Akwizgranie (1838 r., Instytut Józefiński), Essen (1844 r.), Andernach (1845 r., niewielki szpital miejski) oraz w Berlinie (1846 r., szpital św. Jadwigi). Ta ostatnia placówka początkowo obsadzona została przez cztery siostry. Przełożoną została mianowana siostra Xaveria Rudler, która później, w 1852 r., jako przełożona prowincjalna w Trewirze, zaangażowała się w tworzeniu placówki w Gdańsku⁷⁰.

Lata pięćdziesiąte i początek lat sześćdziesiątych to okres intensywnej ekspansji zgromadzenia na terenie Niemiec, co stało się możliwe dzięki przywróceniu w 1850 r. kościołowi katolickiemu w Niemczech prawa do naboru do zakonów⁷¹. W 1851 r. powstała placówka w Osnabrück, w latach 1852–1853 w Gdańsku, w 1859 r. w Sagan, w 1861 r. w Hamburgu, w 1862 r. w Poczdamie i w 1864 r. w Braunsbergu⁷².

Rozwój ten został przyhamowany gwałtownie w połowie lat siedemdziesiątych przez ogłoszenie przez kanclerza Bismarcka *Kulturkampfu*. Wielu placówkom groziło zamknięcie⁷³. Zwłaszcza dotkliwie zgromadzenie odczuło wprowadzenie w życie wynikającej z założeń *Kulturkampfu* ustawy z 31 maja 1875 r., uniemożliwiającej zgromadzeniom katolickim wychowanie i nauczanie dzieci. Na jej podstawie ze szpitali dawnego typu (*Hospitaler*) oraz sierocińców kierowanych przez zakony i zgromadzenia wyprawiano dzieci, kierując je do ośrodków państwowych lub protestanckich. Likwidacja ośrodków katolickich miała nastąpić w ciągu sześciu miesięcy. W wyjątkowych przypadkach okres ten wydłużano do czterech lat. Z likwidacji wyłączono jednak zakła-

⁶⁷ Gatz 1971, s. 262.

⁶⁸ Gatz 1971, s. 263.

⁶⁹ Gatz 1971, s. 268–269.

⁷⁰ Gatz 1971, s. 268–282, 299; Lüdtke 1902, s. 35.

⁷¹ J. Marecki, *Zakony żeńskie w Polsce*. Kraków: Universitas, 1997, s. 18–19.

⁷² Gatz 1971, s. 299.

⁷³ Gatz 1971, s. 300; A. Maziarz, *Zgromadzenie sióstr boromeuszek kongregacji trzebnickiej w polityce władz państwowych w latach 1870–1954*. [w:] M. Derwich, A. Pobóg-Lenartowicz [red.], *Klasztor w państwie średniowiecznym i nowożytnym*. „Opera ad historiam monasticam spectantia” Series I: Colloquia 5. Wrocław, Opole, Warszawa: Larheor; Wydawnictwo DIG 2005, s. 315.

dy opiekujące się wyłącznie chorymi, pod warunkiem, że zaniechały innych działań dobroczynnych. Czasami zezwolono na nauczanie opieki nad chorymi, ale tego rodzaju ustępstwa należały do rzadkości. Efektem tej ustawy była eliminacja wielu mniejszych zakładów, zaś duże fundacje przetrwały o tyle, o ile ograniczyły zasięg swej działalności do zadań *sensu stricte* medycznych⁷⁴. Z drugiej strony ustawa z 31 maja 1875 r., znacząco ograniczająca działalność zgromadzeń katolickich, uznała jednak sprawowaną przez nie opiekę szpitalną za mało szkodliwą dla państwa i, jako jeden z nielicznych wyjątków, pozostawiła w ich gestii⁷⁵. Dlatego też skupienie się na tej problematyce pozwoliło na większą profesjonalizację opieki nad chorymi świadczonymi przez żeńskie zgromadzenia katolickie, w tym boromeuski. Dodatkowym efektem była też emigracja części zgromadzeń poza obszar Prus⁷⁶. Wszystkie te wydarzenia stały się istotne w dziejach gdańskiego zgromadzenia.

Na marginesie warto dodać, że działania podejmowane przeciwko katolickim zgromadzeniom zakonnym działającym na rzecz chorych były nie tylko domeną Niemiec. Ciekawy przykład walki ze zgromadzeniami katolickimi (w tym przypadku na terenie Królestwa Polskiego) podaje Wacław Męczkowski w artykule poświęconym prywatnemu szpitalowi w Milanówku. Powołana do życia w 1858 r. fundacja została oddana pod opiekę Siostrze Miłosierdzia Wincentego de Paul. Jednak w dokumencie fundacyjnym nie podano precyzyjnie nazwy zgromadzenia, ograniczając się jedynie do pierwszych dwóch wyrazów (Siostry Miłosierdzia). Po usunięciu sióstr ze szpitala przez władze państwowe (1889 r.), ten właśnie brak precyzji stał się podstawą do oddalenia zażalenia składanego przed sądy wszystkich instancji. Izba Sądowa wręcz stwierdziła, że *wobec opuszczenia wyrazów „św. Wincentego à Paulo” interpretacja służy sądowi [...]. [Ten zaś doszedł] do wniosku, że niepodobna przypuścić, aby osoba tak zacnego i dobroczynnego serca, jak [fundatorka] ś.p. Hrabina Caboga [...] mogła kierować się tak jednostronnym poglądem i fanatyzmem religijnym. Wobec tego przez usunięcie sióstr Miłosierdzia św. Wincentego à Paulo zasadnicza myśl i cel testatorki nie zostały obrażone. Należy dodać, że usunięcie sióstr spowodowało zamknięcie zakładu, a cyniczne stanowisko władz, wyrażone w orzeczeniu sądowym, spotęgowane zostało nakazem natychmiastowego otwarcia szpitala przez spadkobierców hrabiny, oczywiście bez możliwości zatrudnienia sióstr, za to pod kuratelą państwa*⁷⁷.

Działalność katolickich zgromadzeń żeńskich powołanych do profesjonalnej opieki nad osobami chorymi tak charakteryzują XIX-wieczne przepisy stowarzyszenia: *Główny cel dla którego Bóg powołał i zebrał stowarzyszenie sióstr miłosierdzia jest [...] służenie mu ciałem i duszą w osobie ubogich chorych, podrzutków, sierot i innych ludzi wstydzających się żebrac. [...] Siostry miłosierdzia powinny pojmować to dokładnie, że jakkolwiek*

⁷⁴ Nawet tak ograniczone działania spotykały się jednak z krytyką. Dla pełnego obrazu dodać trzeba, że krytyka dotyczyła niejednokrotnie wszystkich zgromadzeń prowadzących działalność medyczną, niezależnie od wyznania. Rzecznikiem takiej postawy był między innymi Rudolph Virchow, który uważał, że należy oddzielić opiekę nad chorymi od opieki Kościoła (tak katolickiego, jak i ewangelickiego). Działalność na rzecz zdrowia pacjenta winny, jego zdaniem, wypływać z pobudek czysto humanitarnych, nie zaś religijnych. R. Virchow, *Ueber Hospitäler und Lazarette*. Berlin: C.G. Lüderitz'sche Verlagsbuchhandlung. A. Charituis, 1869, s. 21–24.

⁷⁵ Klinkenberg 1983, 15, s. 218.

⁷⁶ Gatz 1971, s. 572, 588–589.

⁷⁷ Męczkowski 1907 (a), s. 141–142.

nie składają one zakonnego stowarzyszenia, gdyż nie byłoby to zgodne z obowiązkami ich powołania, niemniej jednakże z tego względu, że wystawiane są na daleko większe pokusy niżli zakonnice [...] powinny prowadzić tak bogobojne życie, jak gdyby przyjęły na się obowiązki klasztorne⁷⁸.

Początki gdańskiego domu zgromadzenia boromeuszek związane są z działalnością Towarzystwa Piusa IX (*Piusverein*)⁷⁹, które usiłowało w latach pięćdziesiątych XIX wieku założyć kilka zakładów użyteczności publicznej dla gdańskich katolików, między innymi szkołę, sierociniec i szpital. Jednak wobec negatywnej postawy władz państwowych pierwszą możliwą fundacją stała się tylko fundacja szpitalna. Do jej prowadzenia zaproszono siostry boromeuszki z Trewiru które objęły nowo powstającą gdańską placówkę w 1853 r.⁸⁰

Początkowo (1853 r.) chorym posługiwały trzy siostry oraz jeden świecki opiekun chorych (*Krankenwärter*), jednak już wkrótce ilość sióstr wzrosła do czterech (1854 r.), pięciu (1858 r.), sześciu (1860 r.), potem ośmiu (1863 r.). Ponadto zatrudniono jednego świeckiego opiekuna chorych i dwie świeckie opiekunki (*Krankenwärterinnen*). W 1874 r. w szpitalu pracowało dziesięć sióstr, trzech świeckich opiekunów i dwie świeckie opiekunki chorych, a także pięcioro osób obsługi technicznej⁸¹. W przypadku boromeuszek zwyczajowo używano określenia *Schwester*⁸². Wszystkie siostry podlegały, analogicznie jak w pozostałych zgromadzeniach zakonnych, siostrze przełożonej (*Oberin*).

Zgromadzenie diakonis ewangelickich sięga korzeniami lat trzydziestych XVI wieku, gdy powstała pierwsza organizacja skupiająca kobiety wyznania reformowanego, stawiających sobie za cel opiekę nad chorymi⁸³. Jednak prawdziwy rozkwit tej formacji nastąpił w XIX wieku, gdy w 1836 r. powołano do życia w Kaiserswerth (Nadrenia-Westfalia) zakład nauczania dla diakonis luterzańskich⁸⁴. Theodor Fliedner, pomysłodawca przedsięwzięcia, pisał o nowej fundacji, iż została powołana na to, aby *den hilfsbedürftigen und leidenden Teilen der bürgerlichen Gesellschaft, vorzugsweise den armen Kranken, Hilfe zu leisten mittelst evangelischer Pflegerinnen, welche das Diakonissen-Amt im apostolischen Sinne unter ihnen verwalten, sowohl in Krankenhäusern als in den Wohnungen derselben*. Uważał także, iż należało, aby *solche Pflegerinnen zu bilden, zuerst an einem geeigneten Orte eine Pflegerinnen-Anstalt errichtet, und mit einem Krankenhause in Verbindung gesetzt [werden], worin Kranke aufgenommen und von den ersteren unter Befolgung der ärztlichen Vorschriften verpflegt werden, die Armen unentgeltlich, die Bemittelten aber, sowohl die Einheimischen als die Auswärtigen, gegen Vergütung*⁸⁵. Fliedner, opisując zadania i rolę diakonis, używał retoryki niemal katolic-

⁷⁸ Cyt. za: Dobieszewski 1870, s. 22.

⁷⁹ Towarzystwo Piusa zostało erygowane w 1848 r. jako reakcja niemieckiego społeczeństwa katolickiego zachodnich landów na wydarzenia Wiosny Ludów. Wkrótce Towarzystwo objęło swym zasięgiem cały obszar ówczesnych Niemiec, w tym i Gdańsk. Steffen 1927, s. 22–24.

⁸⁰ Steffen 1927, s. 40.

⁸¹ Steffen 1927, s. 118.

⁸² Steffen 1927, s. 50.

⁸³ Dzierżanowski 1983, s. 51.

⁸⁴ Paul 1998, s. 147.

⁸⁵ Cyt. za: Paul 1998, s. 149–150.

kiej⁸⁶, niewątpliwie czerpiąc wiele pomysłów formacyjnych, prawnych i organizacyjnych z żeńskich zgromadzeń zakonnych kościoła katolickiego (zwłaszcza siostr boromeuszek).

Podstawowa różnica pomiędzy diakonisami ewangelickimi a katolickimi zgromadzeniami zakonnymi polegała na swobodzie dysponowania swoją osobą oraz własnym majątkiem. Brak ślubów diakonis rekompensowany był wprawdzie ograniczeniami dobrowolności posługi (zobowiązanie do pełnienia jej minimum przez pięć lat), jednak okres ten mógł ulec skróceniu. Po tym czasie diakonisy mogły zawierać związki małżeńskie, ale mogły także pozostać w diakonii, dalej pełniąc posługę zgodnie z powołaniem⁸⁷. *Djakońska* – pisano – *zostać może panna lub wdowa w wieku od lat 18–36, odpowiednia pod względem duchowym, wyznaniowym, społecznym i fizycznym. Aspirantka posiadać powinna skromne lecz solidne wyposażenie. Pierwsze sześć tygodni pobytu aspirantki w zakładzie decyduje o tem, czy przyjęta zostanie na czas próbny. W drugim roku próbnym aspirantka przywdziewa pełny strój djakonisy i zowie się odtąd nowicjuszką. Dla nowicjatu żaden czasokres nie jest przewidziany. Po kilku latach nowicjuszka dopuszczona zostaje do ślubowania, w którym przyrzeka posłuszeństwo, dobrą wolę i wierność. Bezzębności nie ślubuje, jednak tkwi ona w istocie powołania djakonisy. Ślubowanie nie jest bezwzględnie wiążące, wystąpienie w celu zamążpójścia jest dopuszczalne*⁸⁸.

Źródłem inspiracji do tworzenia struktur i ram organizacyjnych diakonii w Kaiserswerth Fliedner poszukiwał także w niemal równocześnie powoływanym do życia przez Edwarda Pusey'a w ramach kościoła anglikańskiego oksfordzkiego *Sisterhood of the Holy Cross*⁸⁹. Fliedner charakteryzował sprawowaną przez diakonisy opiekę nad chorymi jako chrześcijański urząd kobiecy pełniony dla miłości bliźniego. Z takiego podejścia do problemu brał się nakaz profesjonalizacji opieki medycznej dokonywanej przez diakonisy. Nie jest więc przypadkiem, iż jako jedna z pierwszych diakonis w Kaiserswerth działała Gertrud Reichardt, najstarsza córka chirurga z Wesel, która asystowała ojcu i bratu przy zabiegach⁹⁰. Lekturą obowiązkową zakładu stało się dzieło o pielęgniarstwie Dieffenbacha, a później oparta na nim *Anleitung zur Krankenwartung* Karla Emila Gedike. Probandki po półrocznym okresie w zakładzie musiały wykazać się rozmaitymi umiejętnościami pielęgniarstwowymi (opatrkiwanie, stosowanie plastrów, kąpienie, nacieranie, pomiary temperatury, wykonywanie enem, przystawianie pijawek, stawianie baniek, podstawy ziołolecznictwa)⁹¹. Zakres schorzeń podlegających opiece medycznej świadczonej w Kaiserswerth obejmował: gorączki nerwowe (*Nervenfieber*), gorączki gastryczne (*gastrisches Fieber*), gruźlicę, choroby przebiegające z obrzękami (*Gliedwas-*

⁸⁶ Powstanie zakładu diakonis opisywał jako *Werk der göttlichen Vorsehung*, diakonisy nauczał, iż powinny być *Mägde der Kranken nicht um der Kranken willen, sondern nur um Jesu willen*, zaś ideałem diakonisy była dlań *Krankenmutter der Gemeinde*. Cyt. za: Paul 1998, s. 151.

⁸⁷ Urbanek 2003, s. 65–66.

⁸⁸ K. Śmigielski, *Ewangelicki zakład djakonisy w Poznaniu a organizacja szpitalnictwa polskiego*. Jan Jachowski. Poznań: Księgarnia Uniwersytecka, 1932, s. 9.

⁸⁹ M. Keller, *Die Diakonissen-Krankenhäuser Deutscher Staaten (1836–1900). Mit einer Liste der wichtigsten Diakonissenhäuser in aller Welt*. Köln: [b.w.] 1994, s. 24.

⁹⁰ Gertrud Reichardt nie spełniła jednak pokładanych w niej nadziei, nie posiadając stosownej do swego urzędu formacji duchowej, podobnie jak i sześć innych diakonis, które charakteryzowało wygodnictwo, wyniosłość, gadulstwo, nieposłuszeństwo i inne przywary. Paul 1998, s. 152–156.

⁹¹ Paul 1998, s. 156–157.

ser), choroby okulistyczne i wysypkowe oraz psychiczne⁹². Opiekę lekarską sprawował początkowo jeden lekarz, który przynajmniej raz dziennie powinien odwiedzać zakład o określonej godzinie. Kładziono duży nacisk na czystość, aby zapobiegać złemu powietrzu szpitalnemu, jak i złym sokom, które miałyby zakażać rany⁹³.

W roku śmierci założyciela diakonii w Kaiserswerth (1864 r.) ilość diakonis rozsianych w różnych krajach niemieckojęzycznych oraz poza nimi (placówki w Brnie, w Jerozolimie oraz w St. Petersburgu) wynosiła czterysta dwadzieścia pięć kobiet⁹⁴. W 1897 r. zgromadzenie liczyło sobie około czternastu tysięcy diakonis, skupionych w osiemdziesięciu domach⁹⁵.

Działalność zgromadzenia została sprzężona z działalnością berlińskiej *Charité*, co wydatnie poprawiło przygotowanie do zawodu. Diakonisy w stolicy Prus pojawiły się na wezwanie króla pruskiego Friedricha Wilhelma IV. Zaowocowało to powstaniem w latach 1845–1847 fundacji *Zentraldiakonissenhaus und Krankenhaus Bethanien*. Zakład stał się wzorcem dla podobnych założeń diakonijnych w całym Niemczech⁹⁶.

Również w przypadku tej formacji tradycyjnie używano określenia: *Schwester*. Wszystkie diakonisy podlegały, podobnie jak w zgromadzeniach katolickich, siostrze przełożonej (*Oberin*). W hierarchii zgromadzenia najniżej znajdowały się uczennice (*Diakonissenschülerinnen*), następnie probantki (*Probeschwestern*, por. rycina 26) oraz siostry towarzyszące (*Beischwestern*), będące odpowiednikiem nowicjuszek z katolickich zgromadzeń zakonnych. Drogę w dochodzeniu do pełnego uczestnictwa w formacji wieńczyło uzyskanie statusu diakonisy⁹⁷. Jednocześnie siostry nabywały umiejętności w zakresie pielęgnacji chorych. Początkowo duży nacisk kładziono na naukę podstaw chirurgii, zwłaszcza urazowej, oraz umiejętność asysty przy zabiegach operacyjnych (por. rycina 25), a także wykonywania prostych zabiegów, między innymi opatrywania ran oraz stosowania plastrów leczniczych. W zakresie chorób wewnętrznych do podstawowego zakresu wiedzy należały wiadomości z dziedziny higieny osobistej pacjentów i utrzymania w czystości placówek chorych, ponadto stosowania leków, kąpeli leczniczych i innych zabiegów internistycznych, uwzględniając przy tym wiek (także specyfikę okresu dziecięcego), płeć i stan chorych. Specjalizowano diakonisy w zakresie administracji szpitalnej, obsługi apteki, a także zaplecza technicznego⁹⁸.

Tak profesjonalnie przeszkolona w pielęgniarstwie grupa diakonis objęła placówkę gdańską w 1857 r. Szpital ten był dwudziestą pierwszą fundacją zgromadzenia. W tym samym roku założono jeszcze siostrzany zakład w Wiesbaden, rok później w Darmstademie i ZÜRICHU-Neumünster⁹⁹. W 1861 r. w Gdańsku czynne były tylko dwie osoby, natomiast w 1874 r. posługę pełniło już dwanaście diakonis. Początkowo zajmowały się jedynie opieką nad chorymi dziećmi, od 1860 r. także nad chorymi kobietami, zaś w 1875 r. placówkę przekształcono w szpital ogólny. Stąd też już w 1877 r. w Gdańsku

⁹² Keller 1994, s. 15, 18.

⁹³ Keller 1994, s. 17.

⁹⁴ Keller 1994, s. 24.

⁹⁵ Bischoff 1997, s. 28.

⁹⁶ Keller 1994, 34–38, 44. Osobna sala operacyjna w Bethanii powstała dopiero po 1900 r. *Ibidem*, s. 38.

⁹⁷ Hülsen, von 1907, s. 112.

⁹⁸ Urbank 2003, s. 64–65.

⁹⁹ Keller 1994, s. 128–132. Autor podaje przy tym błędną datę powstania gdańskiego założenia (1860 r.), *ibidem*, s. 127, 132.

czynnych było aż czterdzieści diakonis¹⁰⁰. Pośród nich pracowały pierwsze diakonisy pochodzące z Gdańska¹⁰¹.

Całość organizacji wewnętrznej diakonii gdańskiej wzorowano na domu w Kaiserswerth¹⁰². Także strój tutejszych diakonis nawiązywał do stroju sióstr z Kaiserswerth. Składały się nań: duży, czarny kapelusz, biały czepek, błękitna, muślinowa suknia jako strój na dni robocze, błękitna, wełniana suknia na dni świąteczne. Probantki posiadały dodatkowo czarną, podbitą futrem pelerynę.

Jednocześnie na podkreślenie zasługuje fakt, iż erygowanie w tak nieodległym czasie dwóch szpitali katolickiej i protestanckiej proveniencji należy niewątpliwie rozpatrywać w szerszym kontekście konkurencji, jaka istniała od końca lat dwudziestych XIX wieku między oboma wyznaniem na polu dobroczynności¹⁰³.

Analizując profesjonalizację opieki nad chorymi w Gdańsku w XIX wieku, nie sposób nie zauważyć, że w mieście istniał w tym czasie istotny brak wykwalifikowanego personelu średniego. Sięganie po pochodzące z innych obszarów państwa tak siostry zakonne, jak i diakonisy, wprawdzie z jednej strony wskazuje na prężność organizacji zarówno kościoła katolickiego, jak i luteranckiego w kwestii szeroko rozumianej dobroczynności i posługi bliźniemu, jednak z drugiej obnaża słabość miejscowych świeckich profesjonalnych opiekunek chorych. Potwierdzeniem tej tezy jest objęcie w 1886 r. nowo otwartej placówki, Lazaretu przy *Sandgrube*, także przez diakonisy¹⁰⁴. Jeśli się zważy przy tym, iż zbiegło się to w czasie z rozbudową szpitala diakonis (w 1887 r. oddano do użytku wschodnie skrzydło, tzw. *Klassenhaus*), objęciem przez dwadzieścia jeden sióstr posługi w szpitalu powszechnym w Szczecinie¹⁰⁵, czy też powstaniem licznych placówek wokół Gdańska, nie można odmówić podziwu dla wysiłku organizacyjnego i edukacyjnego zgromadzenia. W Gdańsku posługiwało wówczas sto trzydzieści pięć sióstr¹⁰⁶. Powstawały także liczne placówki towarzyszące, zarówno w samym Gdańsku, jak i w okolicy. W 1932 r. na obszarze ówczesnego Wolnego Miasta Gdańska wymie-

¹⁰⁰ *Nach 75 Jahren* 1932, s. 17.

¹⁰¹ Jako pierwsze probantki wymieniane są (1861 r.) Auguste Anders i Luiza Dąbrowska, ta ostatnia z gdańskiej gminy św. Barbary. *Nach 75 Jahren* 1932, s. 13.

¹⁰² Hülsen, von 1907, s. 110–112.

¹⁰³ Paul 1998, s. 148. Znaczące dysproporcje w dynamice procesu rozwoju obu gdańskich zgromadzeń, wyrażające się choćby we wzajemnych stosunkach liczebności obu grup (w 1887 r. młodsze o kilka lat gdańskie zgromadzenie ewangelickie liczyło dziesięć razy więcej członkiń niż starsze zgromadzenie boromeuszek w Gdańsku) potwierdza trafność uwagi poczynionej przez Bożenę Urbanek o faworyzowaniu diakonis przez państwo w ówczesnych realiach politycznych, celem osiągnięcia ukrytego celu *wytworzenia w społeczeństwie świadomości wyższości protestantyzmu nad katolicyzmem*. Urbanek 2003, s. 66. Także: Maziarz 2005, s. 314. Z drugiej strony istniały przykłady na doskonałą współpracę obu zgromadzeń w obrębie jednej placówki leczniczej (por. Langefeld 1995, 20, s. 115).

¹⁰⁴ Diakonisy gdańskie wspomagały także diakonisy przybyłe z Herborn, a następnie z Zehlendorf pod Berlinem, zwłaszcza w zakresie opieki nad chorymi w Lazarecie przy Bramie Oliwskiej i w Lazarecie przy *Sandgrube*. Guttstadt 1900, s. 120–121; *Danzig und seine Bauten*. Westpreussischen Architekten- und Ingenieur-Verein zu Danzig [Hg.]. Berlin: W. Ernst 1908, s. 182.

¹⁰⁵ *Chronik vom Diaconissen-Mutterhause zu Danzig. Geschrieben von zwei Töchtern des Hauses*. Danzig: [b.w.] 1892, s. 32, 33, 44.

¹⁰⁶ *Nach 75 Jahren* 1932, s. 17.

nianych jest (poza macierzystym domem i szpitalem przy *Neugarten*) pięćdziesiąt placówek, w których pracowało dziewięćdziesiąt osiem diakonis¹⁰⁷.

Gdański zakład nie był jedynym szpitalem w tym regionie ówczesnego państwa niemieckiego. Wkrótce założono szpital diakonis w Elblągu, który w 1886 r. prowadził leczenie dwustu sześćdziesięciu dwóch chorych, dwa lata później dwustu trzydziestu dwóch pacjentów rocznie¹⁰⁸. Analogiczny zakład w Malborku w 1886 r. i w 1888 r. hospitalizował rocznie siedemset dziewięć osób¹⁰⁹.

Jak już wspomniano, przybliżona ilość pacjentów przypadająca na jedną osobę średniego personelu medycznego w gdańskim Lazarecie wynosiła zarówno w 1835 r. jak i w 1859 r. dziesięciu chorych, zaś w 1863 r. dwukrotnie więcej¹¹⁰. W 1900 r. po przejęciu opieki nad chorymi przez diakonisy ewangelickie, zakład zatrudniał do opieki nad dwustu sześcioma chorymi w Lazarecie przy Bramie Oliwskiej i dwustu dwudziestu trzema chorymi w Lazarecie przy *Sandgrube* sześciu świeckich opiekunów oraz sześćdziesiąt trzy diakonis¹¹¹. W 1901 r. sam Lazaret przy Bramie Oliwskiej zatrudniał trzech świeckich opiekunów i trzydzieści trzy siostry¹¹². Sumarycznie, na jedną osobę personelu średniego w obu placówkach przypadało w tym czasie sześciu chorych.

W szpitalu boromeuszek przypadało w 1854 r. około ośmiu chorych na jedną osobę personelu średniego, zaś rok później, wobec przepełnienia szpitala, do jedenastu osób jednocześnie¹¹³. Jednak po rozbudowie w 1857 r., która umożliwiła podwojenie ilości łóżek, wobec zwiększenia ilości sióstr z czterech zaledwie do pięciu, na jedną osobę personelu średniego przypadało aż piętnastu chorych. W 1864 r., gdy szpital przejął część chorych Lazaretu, jedna osoba średniego personelu opiekowała się przeciętnie dziesięcioma chorymi równocześnie¹¹⁴. Powyższe obliczenia obarczone są pewnym błędem, wynikającym z nieuwzględnienia obciążenia sióstr działalnością w związanym od 1856 r. domu dla starszych samotnych osób (*Hospital*), aczkolwiek ilość takich osób nie przekraczała dziesięciu, oraz od 1862 r. opieką nad sierocińcem, choć i tu ilość dzieci nie przekraczała dziesięciorgo¹¹⁵. W 1900 r. do posługi dla stu trzydziestu czterech chorych szpital posiadał dwadzieścia pięć sióstr i pięć osób personelu świeckiego. Średnio na jedną osobę personelu średniego przypadało w tym czasie nieco ponad czterech chorych¹¹⁶.

W szpitalu diakonis w 1858 r. ilość chorych na jedną osobę personelu średniego wynosiła (wyłącznie dzieci) siedem (dwanaście łóżek i dwie kołyski oraz dwie siostry). W 1860 r. nieco zwiększono ilość łóżek (do osiemnastu), jednocześnie zwiększając ilość

¹⁰⁷ Łącznie z diakonisami w domu macierzystym przy *Neugarten* oraz pracującymi poza terenem Wolnego Miasta Gdańska wymieniono czynnych w 1932 r. czterysta trzy siostry. *Nach 75 Jahren* 1932, s. 17, 18.

¹⁰⁸ Zeuschner 1891, s. 63.

¹⁰⁹ Zeuschner 1891, s. 64.

¹¹⁰ APG, 6/1236, s. 575; APG, 6/1244, s. 457. Dla 1835 r. obliczenia dokonano w oparciu o dane z: Dann 1835, s. 306, w przybliżeniu szacując ilość średniego personelu na pięćdziesiąt osób.

¹¹¹ Guttstadt 1900, s. 120–121.

¹¹² GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3628, nie pagin., *Diät-Zettel für Personal des städtischen Lazarets am Olivaer Thor* (25 listopada 1901 r.).

¹¹³ Steffen 1927, s. 59, 60, 118.

¹¹⁴ Steffen 1927, s. 118.

¹¹⁵ Lüdtko 1902, s. 107; Steffen 1927, s. 118.

¹¹⁶ Guttstadt 1900, s. 121.

personelu do trzech sióstr (lecz nowo przybyła siostra została zaangażowana nie do posługi w szpitalu, a jedynie do prywatnej opieki świadczonej odtąd przez diakonisy w mieście) oraz zatrudniono dwóch służących¹¹⁷. W 1876 r., po rozbudowie zakładu posiadającego odtąd sto łóżek, ilość sióstr zwiększono do szesnastu diakonis, dwudziestu czterech nowicjuszek i dziewiętnastu sióstr w okresie próbnym, ponadto zatrudniano trzy osoby świeckie¹¹⁸. Trudność z ustaleniem ilości chorych przypadających na jedną osobę personelu średniego wynika z braku wydzielenia w źródłach spośród wszystkich diakonis tych sióstr, które zajmowały się chorymi, a tymi, które udzielały świadczeń wśród chorych w mieście oraz w szkołach. W 1900 r. do posługi dla stu osiemdziesięciu pięciu chorych szpital zatrudniał siedemdziesiąt trzy siostry, dwie johannitanki i dwie osoby personelu świeckiego. Średnio na jedną osobę personelu średniego przypadało w tym czasie nieco ponad dwóch chorych¹¹⁹.

Kwestia ilości chorych przypadających na jedną osobę personelu średniego kształtowała się rozmaicie w różnych szpitalach Niemiec i krajów przyległych. Np. w szpitalu w Bambergu jedna osoba opiekująca się pacjentami przypadała na dziesięciu chorych¹²⁰. Średni personel szpitala ogólnego w Bremie (założonego w podobnym czasie co gdański szpital diakonis – 1851 r.) składał się początkowo z osób świeckich, potem z diakonis ewangelickich. We wstępnej fazie rozwoju szpitala nadzór pełniła przełożona (*Oberwärterin*), mająca pod sobą jedenastu opiekunów (*Wärter*) i siedem opiekunek (*Wärterinnen*). W 1862 r. poza przełożoną posługę chorym pełniło jedenastu opiekunów (*Pfleger*) i czternaście opiekunek (*Pflegerinnen*)¹²¹. W powstałym w latach 1822–1823 szpitalu Przemienienia Pańskiego w Poznaniu początkowo opiekę nad sześćdziesięcioma chorymi sprawowało osiem Sióstr Miłosierdzia (szarytki) oraz czterech opiekunów chorych (jedna osoba personelu średniego przypadała na nieco ponad czterech chorych)¹²². W 1861 r. na sto dwadzieścia siedem łóżek przypadały dwadzieścia dwie osoby średniego personelu medycznego (jedna osoba na niemal sześciu chorych)¹²³.

Nie zachowały się niestety przepisy dotyczące posługi chorym świadczonej przez personel średni szpitala boromeuszek. Natomiast poza omówioną już instrukcją dla Lazaretu dane takie posiadamy (w streszczeniu) w stosunku do szpitala diakonis. Pochodząca z 1866 r. *Hausordnung und Dienstanweisung* obok paragrafów dotyczących różnych kwestii działalności sióstr, zawierała szereg przepisów dotyczących posługi chorym. Wzorowana na podobnych dokumentach obowiązujących w Kasierswerth, została dostosowana do miejscowych warunków. Poza nakazami moralnymi dotyczącymi posługi chorym, wyznaczała zakres obowiązków w samym szpitalu jak i w stosunku do osób chorych poza nim. Między innymi zachował się rozkład dnia sióstr posługujących

¹¹⁷ Hülsen, von 1907, s. 10–11, 109, 180, 193.

¹¹⁸ *Danzig* 1880, s. 281; Hülsen, von 1907, s. 21, 113–115, 180, 194.

¹¹⁹ Guttstadt 1900, s. 121.

¹²⁰ Tsouyopoulos 1976, 11, s. 103.

¹²¹ W 1852 r. opiekun chorych otrzymywał rocznie od 40 do 60 reichstalarów. Dla porównania: przeciętne roczne wynagrodzenie czeladnika wynosiło 200 reichstalarów. Leidinger 2000, s. 58.

¹²² R. Meissner, *Dzieje Szpitala Przemienienia Pańskiego w Poznaniu do roku 1950*. [w:] *Szpital Przemienienia Pańskiego 1823–2003. 180 lat działalności. Przeszłość. Teraźniejszość. Dla przyszłości*. Poznań: Wydawnictwo Kontekst, 2003, s. 19–21.

¹²³ Meissner 2003, s. 29, 32.

w szpitalu. Miały one wstać o godzinie w pół do piątej w lecie, lub o piątej w zimie, odmówić modlitwy, pościelić łóżka i umyć się. O godzinie 6¹⁵ siostry jadły śniadanie, od 6³⁰ do 7 odprawiały nabożeństwo i od godzinie 7 udawały się do sal chorych. Chorzy jedli śniadanie o godzinie 7, potem przeprowadzane były zabiegi pielęgnacyjne. Obiad dla chorych podawano o godzinie 11 (dla siostr pół godziny później), po czym obowiązywała kilkugodzinna cisza poobiednia. W tym czasie diakonisy dokonywały prac w oddziałach szpitalnych. O godzinie 15 podawano chorym kawę (piętnaście minut później siostronom). Znowu następowała obowiązująca chorych cisza (półgodzinna). Od godziny 16 do 19 siostry pracowały w oddziałach. O godzinie 17 odprawiano w salach chorych nabożeństwo, o 18 wydawano pacjentom kolację. Od godziny 19 obowiązywała cisza nocna. Siostry kolację spożywały o godzinie 19, po czym jeszcze pracowały w szpitalu lub domu zgromadzenia do godziny 21. Wówczas odmawiały modlitwy i po wieczornej toalecie udawały się spać (godzina 21³⁰).¹²⁴

Niestety, nie zachowały się informacje mówiące o rodzajach zabiegów pielęgnacyjnych, choć najprawdopodobniej nie różniły się zasadniczo od wspomnianych wyżej dokonywanych w samym Kaiserswerth. Natomiast przy lekturze powyższego streszczenia zwraca uwagę znaczna ilość godzin poświęconych przez chorych na odpoczynek, w rytmie i zakresie wymuszonych przez dyscyplinę szpitalną.

Obsada medyczna szpitali gdańskich do XVIII wieku jest słabo udokumentowana w źródłach. Wiadomo, że najczęściej byli to cyrulicy, rzadziej lekarze, jednak zbyt wielu szczegółów nie znamy. W 1599 r. zatrudniano w Domu Dziecka cyrulika, z rocznym uposażeniem trzydziestu grzywien. Nie jest jasny jednak zapis z tego samego roku, dotyczący niejakiego doktora Waltmana, gdyż nie wiadomo, czy był on lekarzem. Pozycja w bilansie rocznym sierocińca przypisuje mu rocznie osiem grzywien uposażenia¹²⁵. W ordynacji Lazaretu z 1610 r. nakazano, aby wszyscy ubodzy chorzy byli leczeni przez wyznaczonego przez Radę lekarza. Mowa jest tam także o umowie pomiędzy prowizorami, a cyrulikiem. Ten ostatni miał sprawować swą funkcję również w Szpitalu na Zapleczu¹²⁶.

Powszechnie przyjmuje się, że zapisy ordynacji z 1610 r. zostały wprowadzone w życie¹²⁷. Jednak pewne wzmianki poddają w wątpliwość fakt zarówno obsadzania stanowiska cyrulika, jak i lekarza, a co najmniej wskazują na przejściowe trudności w tym zakresie. Mianowicie w 1634 r. Rada Miejska poleciła wybudować domek w pobliżu Lazaretu łąziebnikowi imieniem Kasper aby mógł chodzić do szpitala i opatrywać chorych jako *Pestarzt*¹²⁸. W 1652 r. bezsprzecznie udzielał świadczeń medycznych pensjonariuszom Lazaretu tylko cyrulik. Prowizorzy, prosząc Radę Miejską o lekarza, podkreślili jednocześnie, że w związku z tym chorzy szpitala doznają opieki jedynie w zakresie kompetencji chirurga (czytaj: leczenia chorób zewnętrznych), inni zaś (czytaj: chorzy wewnętrznie) umierają wśród żalonych westchnień¹²⁹. Zaś kilkadziesiąt lat później

¹²⁴ Hülsen, von 1907, s. 196–199.

¹²⁵ APG, 300, 61/175, s. 54: *Dem Balbirer sein Jahr geldt fl. 30 [...] Doctor Waltman sein Jahr gelt fl. 8.*

¹²⁶ Bibl. Gd.PAN, Ms Ortm. fol. 76, s. 49; por. aneks, dok. nr 1.

¹²⁷ P. Simson, *Geschichte der Stadt Danzig*. Bd. 2. Danzig: A.W. Kafemann, 1918, s. 529–530.

¹²⁸ Sokół 1957, s. 152.

¹²⁹ APG, 300, R/Rr, 1, s. 194: 7. *Das die Kranken-Cur so woll in- als außerhalb des Pockenhaus, erheischender nohturfft nach nicht behörllich gnugsam bestellet, in dem dieselbe schlechtes vnd bloß auf einem*

czasie epidemii dżumy w 1709 r. zaproponowano doktorowi Johannowi Christophowi Gottwaldowi stanowisko lekarza Lazaretu, gdyż w tym czasie w szpitalu był czynny tylko czeladnik cyrulika. Gottwald zresztą propozycję odrzucił¹³⁰.

Co do braku opieki lekarskiej w pozostałych szpitalach, nie pozostawia wątpliwości inny zapis z 1652 r., dotyczący narad w łonie władz miejskich nad zorganizowaniem wizytowania wszystkich szpitali przez lekarza. Potwierdza to przypuszczenie, że powszechnie takiej pomocy nie udzielano, a jednocześnie, iż dostrzegano jej konieczność¹³¹. Zdarzały się oczywiście w szpitalach interwencje lekarskie, ale dokonywało się to zapewne wyłącznie na prośbę i koszt osoby chorej¹³². Trudno powiedzieć, czy postulaty z 1652 r. weszły w życie i w jakim stopniu. W latach 1681–1688 w Szpitalu na Zapleczu istniała izba cyrulika, lecz prawdopodobnie nadal działał tam ten sam chirurg, co w Lazarecie¹³³. W ordynacji zarządcy i szafarki Lazaretu z 1701 roku wspomniane są dwie izby, którymi „cyrulik zarządza”¹³⁴. Ponadto zarządcy nakazano radzić się cyrulika w sprawach umysłowo chorych, zaś szafarce pokazywanie każdego pacjenta czeladnikowi cyrulika, który kwalifikował delikwenta do umieszczenia w którejś z izb szpitala. Szafarka miała też za zadanie bezzwłoczne wzywianie cyrulika w razie choroby dziecka. Nie wymieniany jest natomiast w tej ordynacji ani razu lekarz. Zaprezentowane dane wskazują więc na to, że obsada Lazaretu na progu XVIII wieku składała się z cyrulika i jego czeladnika. Dwa lata później, w 1703 r. wydano ordynację medyczną miasta Gdańska, w której między innymi nakazano młodszemu fizykowi miejskiemu regularny nadzór nad Lazaretem oraz Domem Dobroczyńności (*Spendhaus*) oraz, w miarę możliwości, nad pozostałymi szpitalami¹³⁵. Kiedy ten akt prawny praktycznie wszedł w życie – nie wiadomo. Prawdopodobnie jednak od tego mniej więcej czasu Lazaret zatrudniał własnego lekarza, nie będącego fizykiem miejskim, lecz jedynie przezeń nadzorowanego.

W czasie epidemii dżumy w 1709 r. czeladnik cyrulika Manasse Stöckel został wydelegowany do Lazaretu, celem leczenia zakażonych¹³⁶. W latach 1742–1746 mistrzem

Chyrrurgum welcher sich doch mit nichten auf alle sondern nur die zu seiner Kunst gehörige Kranckheiten versteht, einzigt vnd allein ankompt, vnterdeßen aber eines verständigen dazu vnd dabey mit verordneten Medici gar schädlichen mangel vnd gebrechen empfindet. Daher so woll der Armen Kranken habende schwachheiten vnd beschwerden nicht wenig verlänget, als auch des Pockenhauß vnd Armen-Schaales (woraus nemlich dieselbe, so lange sie ihnen nicht selber nohttürffigen auffenthalt zu erwerben vermögen, behülffliche Verpflegung genießen) ohne das schwere Aufgaben merklich vermehret vnd vergrößert werden. Zu geschweigen wie viell Arme-Krancken vberaus großer menge vnd viellheit halber, gantz vnd gar CUR-pflege- vnd hülfloöß mit jämmerlichem wieselen vnd seufftzen fast dahin sterben. Wie den auch hievon vnd solcher meinung bey E.E.Hw.Raht albereit fürm Jahr der hiesigen H.H.Stadt-Physicorum gantz heyllsame Errinerung gleichfals eingelaget, wie auch von den Kirchen-Cantzelen dergleichen noch offtmals geschieht.

¹³⁰ Sokół 1957, s. 104–105.

¹³¹ APG, 300, R/Rr, 1, s. 202.

¹³² M. Bogucka, *Gdańscy ludzie morza w XVI–XVII w.* Gdańsk: Wydawnictwo Morskie 1984, s. 104–105.

¹³³ Bibl.Gd.PAN, Ms1085 IV, s. 22–26; Bibl.Gd.PAN, Ms1086 IV, s. 164–166.

¹³⁴ APG, 300, R/Q, 17, k.72r., k.73r.–k.73v., k.74v., k.78r.; por. aneks, dok. nr 2.

¹³⁵ APG, 300, 93/44, *Medicinal-Ordnung E.E. Raths Der Stadt Dantzig publiciret Anno 1703*. Dantzig, 1703. s. 228: *Cap. I. Von den Physicis und andern Medicis. I. [...] wird nimh E. Raht, nach Befinden, die Freyheit zu practiciren dergestalt vergönnen, daß er diese Ordnung seines theiles nachzuleben, anbey auch vor solche Vergünstigung, so lange er der Jungste verbleibet, die Hospitale dieser Stadt, sonderlich das Pocken- und Spend-Haus fleißig zu besuchen, und der Armuth daselbst mit treuen Raht bezuzuspringen, mit gegebener Handpflicht verspreche. Wer sich ohne diese Vergünstigung die Artzney-Kunst zu exerciren hinkünftig unternimmt, wird solches jedesmahl mit 30. Fl. zu verbüssen haben.*

¹³⁶ Sokół 1957, s. 105–106.

cyrulikiem był Hansohn, zaś jego czeladnikiem, Helbing. W tym czasie odnotowano nazwisko lekarza Lazaretu – dr Gelentina¹³⁷. W 1763 r. jako *Medicus des hiesigen Lazareths* wymieniany jest Ephraim Krüger¹³⁸. W latach 1765–1775 funkcję cyrulika w Lazarecie pełnił Ludolf Remmers, starzy cechu, otrzymujący rocznie 1200 guldenów¹³⁹.

O potrójnej obsadzie (lekarz, cyrulik, czeladnik cyrulika) w XVIII-wiecznym Lazarecie, dowiadujemy się także z innych źródeł, a mianowicie z wydanych pomiędzy 1755 a 1785 r. trzech ważnych dokumentów: instrukcji cyrulika, ordynacji lekarza Lazaretu oraz instrukcji dla czeladnika cyrulika¹⁴⁰.

Z pierwszego aktu prawnego wynika, że cyrulik na swój urząd w Lazarecie powoływany był przez prowizorów. Miał obowiązek odwiedzania Lazaretu dwa – trzy razy w tygodniu, a nawet częściej, jeśli zachodziła taka potrzeba, zwłaszcza jeśli przyjmowanych był chory ze złamaniami. Z tej działalności powinien złożyć sprawozdanie lekarzowi Lazaretu, a ponadto być obecnym przy pierwszym zaopatrzeniu chorego.

W czasie wizytowania szpitala miał sprawdzać stan wszystkich chorych, a także sprawować ścisły nadzór opiekunkami chorych, nad swoim czeladnikiem oraz nad apteką. Nie wolno mu było wykorzystywać leków z tejże apteki do swego użytku, kłócić się z lekarzem, ani samowolnie przenosić chorych z jednej izby do drugiej. W razie choroby czeladnika musiał zapewnić zastępstwo. W razie rezygnacji z urzędu obowiązywał go półroczny okres wypowiedzenia¹⁴¹.

Drugi akt prawny, ordynacja przeznaczona dla lekarza Lazaretu, informuje, że był on zobowiązany do dwukrotnego w ciągu tygodnia wizytowania szpitala i dopilnowania wszystkich znajdujących się tam pacjentów. Miał także nadzorować jakość leków zakupionych dla szpitalnej apteki, a także bezpłatnie zaopatrywać w leki oficjantów Lazaretu w razie ich choroby. Nie wolno mu było zrezygnować z urzędu w czasie zarazy, choć jego uposażenie powinno być podwyższone „sprawiedliwie”. W zwykłym czasie w razie rezygnacji z urzędu obowiązywał go trzymiesięczny okres wypowiedzenia¹⁴².

Trzeci akt prawny jest najobszerniejszy. Wynika z niego, że główną osobą odpowiedzialną za chorych Lazaretu był czeladnik cyrulika. Mieszkał on na stałe w szpitalu i był zobowiązany do udzielania pomocy chorym o każdej porze dnia i nocy. Zobowiązany został do nadzorowania prawidłowego rozmieszczenia pacjentów w zakładzie oraz do prowadzenia rejestru pacjentów. Powinien być zawsze obecnym na obchodach lekarskich i chirurga, referować stan poszczególnych chorych (tak zewnętrznych jak i wewnętrznych!), zapisywać zlecenia lekarskie i chirurga oraz nadzorować prawidłowe ich wykonywanie. Powinien dwa razy dziennie wizytować wszystkie izby Lazaretu, nadzorować opiekunki chorych oraz prowizora apteki, nadzorować jakość posiłków, jak także leków zamówionych przez lekarza i chirurga.

Nie wolno mu było przyjmować, ani wypisywać żadnych pacjentów bez wiedzy i woli prowizorów, jak także wykorzystywać leków z apteki Lazaretu do swoich celów. Nie mógł opuszczać szpitala bez wiedzy prowizorów, a jeśli taką zgodę uzyskał, musiał

¹³⁷ Sokół 1957, s. 107.

¹³⁸ APG, 300, 87/1, s. 185.

¹³⁹ Sokół 1957, s. 107–208.

¹⁴⁰ Być może są to poszerzone dla potrzeb wewnętrznych zakładu wersje przepisów prawnych, zawartych w ordynacji medycznej Lazaretu, pochodzącej z 1768 r., patrz niżej.

¹⁴¹ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 208–214; por. aneks, dok. nr 6.

¹⁴² Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 202–204; por. aneks, dok. nr 4.

prosić cyrulika o wyznaczenie zastępstwa. Nie wolno mu było się upijać, ani prowadzić gorszącego trybu życia¹⁴³. W razie rezygnacji z urzędu obowiązywał go trzymiesięczny okres wypowiedzenia.

Podobny podział ról w opiece medycznej Lazaretu prezentuje wydana w 1768 r. ordynacja medyczna szpitala. Dokument powstał w czasie, gdy rozgorzał spór o obsadę medyczną Lazaretu. Proponowano między innymi ustanowienie organu nadzorczego, składającego się z czterech lekarzy, któremu podlegaliby dwaj chirurdzy i do tego jeszcze nie należący do cechu¹⁴⁴. Wzbudziło to oczywisty niepokój w cechu cyrulików i szereg związanych z tym protestów. Ostatecznie z pomysłu zrezygnowano, natomiast jako efekt prób reform podupadającego w tym czasie szpitala powstała wzmiankowana ordynacja.

Sklada się ona z pięciu części: pierwszej dotyczącej lekarza, drugiej dotyczącej chirurga, trzeciej prowizora apteki, czwartej czeladnika cyrulika oraz piątej, wspomnianej już części omawiającej zadania opiekunek chorych.

W części dotyczącej zadań lekarza zaznaczono, że podlegają mu wszelkie sprawy medyczne Lazaretu, podporządkowany mu został zarówno prowizor apteki, jak i czeladnik cyrulika „w sprawach, które doń należą”. Podobnie jak w pierwszej ordynacji lekarza wyznaczono mu obowiązek dwukrotnego w tygodniu odwiedzania izb Lazaretu, dodatkowo wzbogacony o nakaz przychodzenia na wezwanie do nagłych przypadków, obowiązek nadzoru nad apteką, a także, co jest nowością, udzielono mu zgody na dokonywanie przenosin chorego, jeśli uzna to za przydatne dla procesu leczenia. Winien był także nadzorować opiekunki chorych, a ponadto zgłaszać rzadkie i nietypowe przypadki chorób, choć bez rozgłosu. Nie mógł za to bez zezwolenia prezydującego burmistrza dokonywać sekcji zwłok.

Część dokumentu mówiąca o zadaniach chirurga jest mniej rozbudowana. Ordynacja nakładała nań obowiązek dwukrotnego w ciągu tygodnia wizytowania szpitala i nadzorowania pracy czeladnika, jak także przybywania do nagłych przypadków na wezwanie. Ponadto nakazano przeprowadzanie mu własnoręcznie wszystkich bez wyjątku zabiegów operacyjnych. Jeśli uzgodniłby to z lekarzem, miał także odwiedzać chorych internistycznych.

Zadania czeladnika cyrulika zgromadzone zostały w zbiorze paragrafów podsumowujących wspomniane już przepisy prawne.

Po pierwsze, czeladnik cyrulika miał obowiązek pomagania prowizorowi apteki Lazaretu. Po drugie, wyznaczono mu za miejsce zamieszkania osobną izbę w szpitalu, który mu wolno było opuszczać tylko pod specjalnymi warunkami. Po trzecie, zabroniono mu leczenia chorych spoza zakładu. Po czwarte, spoczywał na nim obowiązek zaopatrywania chorych zewnątrz, a w cięższych przypadkach powiadomienie o sytuacji chirurga. Podobnie miał powiadamiać (listownie) o ciężkich przypadkach internistycznych lekarza. Po piąte, miał uczestniczyć w obchodach tak lekarza, jak i chirurga. Po szóste, w przypadku, gdy lekarz nie mógłby przybyć do szpitala, czeladnik cyrulika miał obowiązek go zastąpić w obchodzie. Po siódme, kategorycznie zabroniono mu wykonywanie zabiegów operacyjnych. Po ósme, miał leczyć także chorych dotkniętych zarazą.

¹⁴³ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 215–232; por. aneks, dok. nr 7.

¹⁴⁴ APG, 300, 87/2, nie pagin., por. także Sokół 1957, s. 109.

Po dziewiąte, czeladnik cyrulika powinien zdawać sprawozdanie ze swych poczynań tak lekarzowi, jak i chirurgowi.

Powyższe postanowienia ordynacji medycznej Lazaretu zostały podtrzymane w ordynacji wydanej przez Radę Miejską dla prowizorów szpitala w 1779 r.¹⁴⁵

Tak więc w XVIII wieku ustalono następujący skład wyższego personelu medycznego Lazaretu:

1. lekarz
2. chirurg (cyrulik)
3. czeladnik cyrulika.

Zwraca przy tym uwagę zakres obowiązków czeladnika cyrulika. Był jedynym członkiem zespołu mającym obowiązek mieszkania w szpitalu na stałe, a co za tym idzie, spadał na jego barki ciężar opieki zarówno nad pacjentami chorymi zewnątrznie, jak i wewnątrznie. W kontekście ścisłego rozdzielenia w tym czasie obu dziedzin medycyny, jak również sporów kompetencyjnych między lekarzami a chirurgami, a także w świetle cytowanego dokumentu z 1652 r. w którym nakreślono obraz chorych internistycznych umierających z powodu braku lekarza, podczas gdy chorzy chirurgiczni mają zaspokojone swe potrzeby, budzi to niejaki zdziwienie. Wydaje się, że wzięły tu górę względy pragmatyczne, a ściślej rzecz ujmując – ekonomiczne.

W początkach XIX wieku podany powyżej skład podlegał pewnym, czasem nieprzewidywalnym, zmianom. W 1807 r. podczas bombardowania Gdańska został w szpitalu tylko czeladnik, skoro tak lekarz, jak i chirurg uciekli¹⁴⁶. Wedle von Duisburga w 1808 r. w szpitalu czynni byli: chirurg oraz dwóch młodszych lekarzy, pozostający pod nadzorem fizyka miejskiego¹⁴⁷, ale już rok później ten sam autor (skądinąd znany z wiarygodności przekazu) wymienia jednego lekarza i jednego chirurga¹⁴⁸. Trudna sytuacja ekonomiczna zakładu oraz inne okoliczności wymuszały więc szereg odstępstw od przepisów prawnych.

W historiografii problemu panuje powszechne przekonanie, iż na przełomie XVIII i XIX wieku istniał dość powszechny kryzys w zakresie obsady lekarskiej szpitali, zarówno jako rezultat dawnych jeszcze struktur panujących w zakładach, jak i jako efekt burzliwych czasów. W Hamburgu na początku XIX wieku ówczesny *Kranken Hof*, późniejszy szpital powszechny, był wizytowany trzykrotnie w ciągu tygodnia przez fizyka miejskiego. Opieka medyczna tej placówki spoczywała zasadniczo na chirurgu (*Wundarzt*), będącym jednocześnie ekonomem szpitalnym. Sytuacja ta powodowała dominację ekonomii nad medycyną, czego efektem było, że (jak odnotował jeden z ówczesnych leka-

¹⁴⁵ APG, 300, 87/6, nie pagin.: XII. *Das ganze Medicinal – Wesen wird künftig nicht anders als mit Zuziehung des Herrn Medici ordinarii zu besorgen und dabey nach Anleitung der in den Beylagen A. und B. enthaltenen Medicinal-Ordnung so wohl des Lazareths als der Armen außer dem Lazareth zu verfahren seyn; Und werden die Vorstehere mit demselben gemeinschaftlich alles, was dem zufolge zur beßerer Einrichtung der Apotheke und überhaupt des gesam[m]ten Medicinal-Wesens darein festgesetzt worden zu bereden und auf die dem Hause vortheilhafteste Art ins Werck zu richten haben.*

¹⁴⁶ Sokół 1957, s. 206.

¹⁴⁷ F.K.G von Duisburg, *Danzig, eine Skizze in Briefen: geschrieben vor, während und nach der Belagerung im Jahr 1807*. Amsterdam, Hamburg: [b.w.] 1808, s. 80: *Es [Lazareth] ist mit einer Apotheke versehen, hat einen Chirurgus, einen eigenen Prediger, und zwei der jüngsten Aerzte, unter Anleitung des Stadtphysicus, behandeln die Kranken.*

¹⁴⁸ Duisburg, von 1809, s. 255: *Auch wurde ein Arzt und ein Chirurgus bei dem Hause angestellt.*

rzy) *der Name Krankenhaus war ein Wort des Schreckens für die hilflosen Kranken*¹⁴⁹. Pod koniec XVIII wieku w wüzburgskim *Juliussspital* zatrudnionych było zaledwie dwóch lekarzy, z różnorodnym zakresem udzielanych przez nich świadczeń. Pierwszy lekarz opiekował się chorymi leczonymi w ramach miejskiej opieki społecznej, chorymi, których leczenie opłacane było przez *Kranken-Gesellen-Institut* oraz *Kranken-Dienstboten-Institut*, a także chorymi zakaźnymi. Drugi lekarz także zajmował się chorymi czeladnikami oraz służącymi opłacanymi z ich kas, a ponadto prebendaruszami oraz chorymi umysłowo oraz chorymi płacącymi za swoje leczenie¹⁵⁰. Podane przykłady są jednym z setek, jakie można by zacytować.

W okresie najbardziej nas interesującym, a więc od 1796 r. do 1874 r. skład wyższego personelu medycznego Lazaretu wyglądał następująco.

W 1796 r. wymieniani są w Lazarecie:

1. lekarze (*Medici*)
 - a. Ephraim Phillip Blech (*Erster Stadt Physicus und Ober-Arzt des Lazareths*);
 - b. Joseph Adalbert Matthy (*Zweyter Arzt des Lazareths*);
2. chirurdzy (*Chirurgi*)
 - a. Christian David Nicksius (*Ober-Wund Arzt des Lazareths*);
 - b. Johann George Melchior Hesse, będący jednocześnie prowizorem apteki (*Chirurgus und Provisor der Apotheke*)¹⁵¹.

Co do tego ostatniego, wiadomo, iż łączenie obu funkcji było przewidziane prawem, przy czym przypisywano je czeladnikowi cyrulika¹⁵². Sugeruje to, że wspomniany Johann George Melchior Hesse był czeladnikiem profesji chirurgicznej, tym bardziej, że wiadomo, iż mieszkał w szpitalu, co też było zgodne z obowiązkami czeladnika¹⁵³. Pozostali lekarze mieszkali poza zakładem.

W 1797 r. wymieniani są w Lazarecie:

1. lekarze (*Medici*)
 - a. Ephraim Phillip Blech (*Erster Stadt Physicus und Ober-Arzt des Lazareths*);
 - b. Joseph Adalbert Matthy (*Zweyter Arzt des Lazareths*);
2. chirurdzy (*Chirurgi*)
 - a. Christian David Nicksius (*Ober-Wund Arzt des Lazareths*);

¹⁴⁹ Cyt. za: Stollberg, Tamm 2001, s. 428.

¹⁵⁰ Brinkschulte 1995, s. 37–38.

¹⁵¹ *Adreßbuch der König[ichen] West-Preußischen See- und Handelstadt Danzig und der combinirten Städte Stolzenberg fürs Jahr 1796*. Danzig: Ferdinand Trochsel, 1796, s. 19. Nawiasem mówiąc, księgi adresowe są ważnym źródłem dziejów szpitalnictwa w Gdańsku, informując między innymi o składzie osobowym poszczególnych placówek szpitalnych w mieście. Niestety, funkcji tej nie pełnią najstarsze zachowane księgi adresowe z 1770 r. Choć ukazują dość dokładnie strukturę zawodową mieszkańców Gdańska, jednak dla niniejszych badań są nieprzydatne, gdyż 1. wymieniają jedynie jednego lekarza, jednego chirurga i jednego cyrulika, co, jak wiemy z innych źródeł, nie było zgodne ze stanem faktycznym; 2. nie rozdzielają czeladników poszczególnych cechów czy gildii, a więc nie wyodrębniają też populacji czeladników cyrulickich. A. Groth, K. Wanta, J. Włodarski, *Ein Einwohnerverzeichnis der Stadt Danzig aus dem Jahre 1770*. „Altpreußische Geschlechterkunde”, 2000, 30, s. 201–284.

¹⁵² Świadczy o tym tytuł i tekst instrukcji pochodzącej z II połowy XVIII wieku. Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 215–232; por. aneks, dok. nr 7.

¹⁵³ Obowiązek wyznaczony w instrukcji wymienionej w poprzednim przypisie. Ponadto wiadomo, że szpital zaaprowiantował w 1785 r. poza jeden aptekarzem także jednego czeladnika cyrulika. Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 72.

- b. David Nathanael Nicksius, także będący jednocześnie prowizorem apteki (*Chirurgus und Provisor der Apotheke*)¹⁵⁴.

W 1800 r. wspomniani są jako czynni w Lazarecie

1. lekarze

- a. Ephraim Phillip Blech (*Erster Stadt Physicus und Ober-Arzt des Lazareths*);
b. Gottfried Götze (*Zweyter Arzt des Lazareths*)

2. chirurdzy (*Chirurgi*)

- a. Christian David Nicksius (*Ober-Wund Arzt des Lazareths*);
b. David Nathanael Nicksius, chirurg, będący jednocześnie prowizorem apteki, (*Chirurgus und Provisor der Apotheke*)¹⁵⁵.

W 1805 r. wzmiankowany jest

1. lekarz (*Medicus ordinarius*), otrzymujący z kamlarii rocznie 50 reichstalarów oraz
2. chirurg (*Ober-Chirurgus*), otrzymujący z tej samej kasy miejskiej 50 reichstalarów¹⁵⁶.

Dla tego samego okresu (lata 1800–1805) inne źródło wymienia:

1. lekarza (*Oberarzt*);
2. drugiego lekarza (*zweiter Arzt*);
3. chirurga (*Oberwundarzt*)¹⁵⁷.

W 1817 r. źródła wymieniają:

1. lekarza (*Arzt*), mieszkającego poza szpitalem (dr Eduard Ferdinand Geiseler¹⁵⁸)
2. lekarza (*Arzt*), mieszkającego poza szpitalem (dr T. Fischer)
3. chirurga (*Chirurgus*), mieszkającego w szpitalu (D. Technau)¹⁵⁹.

W 1826 r. w szpitalu czynni byli:

1. lekarz (*Arzt*) oraz
2. chirurg (*Wundarzt*).

Obaj mieszkali w zakładzie¹⁶⁰.

W 1835 r. wymienieni zostali:

1. ordynator (*Oberarzt*), leczący zarówno chorych wewnątrznie, jak i zewnątrznie, który z racji zajmowanego stanowiska musiał ograniczyć swe czynności lekarskie poza Lazaretem do konsultacji i sporadycznych zabiegów operacyjnych;
2. chirurg (*Oberchirurgus*),
3. chirurg pierwszej klasy (*Chirurgus erster Klasse*);
4. trzech pomocników chirurga (*Hilfsschirurgen*)¹⁶¹.

¹⁵⁴ *Adreßbuch der Königl[ichen] West-Preußischen See- und Handelstadt Danzig und der combinirten Städte Stolzenberg fürs Jahr 1797*. Danzig: Ferdinand Trochsel, 1797, s. 19.

¹⁵⁵ GStAPK, II. HA *Generaldirektorium, Westpreußen und Netzedistrict, Stadt Danzig*, Nr 78, k.28r.–k30v. *Adreßbuch der Königl[ichen] West-Preußischen See- und Handelstadt Danzig und der combinirten Städte Stolzenberg fürs Jahr 1800*. Danzig: Ferdinand Trochsel, 1800, s. 17–18.

¹⁵⁶ *Reglement 1805*, s. 7.

¹⁵⁷ APG, 300, R/LI, 96, s. 390.

¹⁵⁸ Por. rycina 23.

¹⁵⁹ *Adreß-Buch für das Königlich Danziger Regierungs-Departement mit besonderer Berücksichtigung der Stadt Danzig und ihres Polizei-Bezirks*. Danzig: Verlag des Königlich Preußischen Intelligenz-Comtoirs, 1817, s. 33.

¹⁶⁰ Löschin 1825–1829, T.3, 1827, s. 29–30. Identyczny skład wymieniany jest w 1828 r. *Nachrichten* 1830, 3, s. 58.

Wszystkich sześciu lekarzy mieszkało w Lazarecie. Ponadto ówczasie praktykujący dr Baum, celem uzupełnienia niedoborów kadrowych zwłaszcza przy asyście chirurgicznej, wprowadził praktykę, że *gebildete junge Leute, die sich diesem Fache widmen wollen, den Krankenbesuchen, Operationen und Sectionen beiwohnen dürfen, nachdem sie zuvor eine Zeitlang als Lehrlinge in der Apotheke fungirt haben. Aus ihnen werden die fähigsten als Hülfeschirurgen im Lazareth angestellt, wenn sie nicht vorher schon, was häufig geschieht, ihr Examen als Compagniechirurgen machen, was bei der vielseitigen Gelegenheit zu praktischer anatomischer, medicinischer, chirurgischer und pharmaceutischer Ausbildung, die das Lazareth darbietet, in der Regel in anderthalb bis zwei Jahren möglich ist.*¹⁶²

W 1839 r. wymieniani są:

1. ordynator (*Oberarzt*), dr Wilhelm Baum¹⁶³,
2. chirurg (*Oberwundarzt*), J.D. Borgius,
3. dwaj pomocnicy chirurga (*Hülf-Chirurgen*), Dross i E. von Kapf¹⁶⁴.

W 1844 r. dr E. Götz wzmiankuje:

1. oprócz swej osoby jako ordynatora
2. chirurga (dr Krause) oraz
3. dwóch „młodych lekarzy” (dr Bramsohn i dr Piwko)¹⁶⁵.

W 1854 r. źródła wymieniają:

1. ordynatora (*Dirigirender Ober Arzt*, dr Albrecht Wagner);
2. chirurga (dr J.D. Borgius);
3. czterech asystentów (*Hülfsärzte*, Frank, Gensch, Graff i Sarazen)¹⁶⁶.

W 1858 r. rozdzielono ogólną ordynaturę Lazaretu na osobną ordynaturę oddziału wewnętrznego (*Ober-Arzt*, dr Albrecht Wagner) i osobną ordynaturę oddziału chirurgicznego (*Ober-Wundarzt*, dr J.D. Borgius)¹⁶⁷. Każdemu z ordynatorów podlegali asystenci w zmiennej ilości. W 1858 r. sumarycznie Lazaret zatrudniał czterech asystentów¹⁶⁸. Po 1859 r., wobec narastającego kryzysu finansowego szpitala doszło do redukcji obsady asystenckiej Lazaretu. W 1863 r. proponowano wprowadzenie pozostawienie zatrudnienia asystentów w podanym wymiarze (przy czym co najmniej dwóch z nich musiało posiadać status lekarza praktykującego, *praktizierender Arzt*), ostatecznie jednak ilość etatów asystenckich władze miejskie ograniczyły do dwóch¹⁶⁹. Od 1864 r. jeden z

¹⁶¹ Dann 1835, s. 305.

¹⁶² Cyt. za: Dann 1835, s. 305–306.

¹⁶³ Por. rycina 22.

¹⁶⁴ *Adress-Buch der Stadt Danzig und dazu gehörigen Vorstädte*. Danzig: Louis Botzon, 1839, s. 52.

¹⁶⁵ Götz 1845, s. 28, 33.

¹⁶⁶ *Allgemeiner Wohnungs-Anzeiger für Danzig und dessen Vorstädte auf das Jahr 1854*. P.A. Weier [Hg.], Danzig: D.L. Wedel, 1854, s. 325–327.

¹⁶⁷ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin. *Statistisch-topographisches Adreß-Handbuch* 1858, s. 37. Powstanie stanowiska ordynatora planowane było już około roku 1844. Götz 1845, s. 30.

¹⁶⁸ *Statistisch-topographisches Adreß-Handbuch* 1858, s. 37: Dr. Häse, Hein, Helbeck oraz Rosenstein. Już pod koniec tego roku (1858) ordynatorem oddziału internistycznego był dr Ernst Adolph Stich, zaś jego asystentami dr Greeff i dr Schönbeck. *Prozess wider den Obearzt des Städtischen Lazareths zu Danzig Herrn Dr. Ernst Adolph Stich: verhandelt vor dem Kriminalgerichtshof zu Danzig am. 4., 5 und 6. Juli 1861*. Danzig: A.W.Kafemann, 1861, s. 3.

¹⁶⁹ APG, 6/1236, s. 574, 576; GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3624, nie pagin., projekt budżetu za 1864 r.

nich określany był jako *erster Assistenzarzt* (dr Kirchner), drugi jako *zweiter Assistenzarzt* (dr Böhnke), co przekładało się na znaczącą różnicę w dochodach¹⁷⁰. Lecz już w 1867 r. wymieniani są tylko:

1. dwaj ordynatorzy (*Oberärzte*, dr Ernst Adolph Stich, internista oraz dr Georg Friedrich Häser, chirurg);
2. pierwszy asystent (*I. Assistenzarzt*), dr Kirchner¹⁷¹, co świadczy o dalszym ograniczeniu zatrudnienia, nie wiadomo jednak czy z racji świadomych działań władz miejskich, czy też z powodu braku chętnych do pracy w warunkach permanentnego kryzysu.

Po przemianach organizacyjnych w 1874 r. istniały nadal trudności kadrowe, skoro w 1877 r. wymieniani są tylko dwaj ordynatorzy (*Oberärzte*, dr Georg Friedrich Häser oraz dr Georg Wilhelm Baum), natomiast w źródle (oficjalny spis urzędników miejskich) przy dwóch skrótach: „Dr.” pozostawiono wolne miejsca dla nazwisk asystentów¹⁷². Dwa lata później to samo, zaktualizowane źródło wymienia poza wspomnianymi ordynatorami jako asystentów dr. Stobbe'a i dr. Knippinga¹⁷³.

Dodać wypada, że od 1880 r., wymieniany jest urząd lekarza nadzorującego (*Chefarzt*), któremu podlegał cały personel medyczny szpitala. Bezpośrednio nad czynnościami leczniczymi opiekę sprawował ordynator (*Ordinirender Arzt*), mieszkający poza szpitalem z podległymi mu trzema asystentami (*Assistenzärzte*), mieszkającymi na terenie placówki¹⁷⁴. W 1884 r. stanowisko pierwszego asystenta objął dr Paul Schröter¹⁷⁵. Po rozdzieleniu Lazaretu na Lazaret przy Bramie Oliwskiej, będący przede wszystkim szpitalem internistycznym, oraz na Lazaret przy *Sandgrube*, będący zarówno szpitalem chirurgicznym, jak i położniczym (otwarty w grudniu 1887 r.), w tym pierwszym czynny byli: w 1889 r. *Chef-Arzt* dr Georg Wilhelm Baum, *Oberarzt* dr Isidor Freymuth, *Assistenz-Arzt* Dreyling, w drugim natomiast *Chef-Arzt* dr Georg Wilhelm Baum, *Ordinir-Arzt* dr Paul Schröter oraz dwaj *Assistenz-Ärzte*: dr Wittig i dr Reinke¹⁷⁶. Około roku 1899 r. w Lazarecie przy Bramie Oliwskiej czynny był lekarz prowadzący (*Leitender Arzt*) i podlegli mu dwaj asystenci oraz jeden wolontariusz (*Volontärarzt*), zaś w Lazarecie przy *Sandgrube* lekarz prowadzący i podlegający mu asystenci w liczbie pięciu oraz jeden wolontariusz¹⁷⁷.

Posadę lekarza ordynującego Lazaretu można było otrzymać między innymi uprzednio pracując jako lekarz w rewirach ubogich. Taką drogę przebył na przykład dr Emil Friedrich Götz, zatrudniony w drugiej połowie lat trzydziestych przez miasto *zur*

¹⁷⁰ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3624, nie pagin., projekt budżetu za 1864 r.; *Allgemeiner Wohnungs-Anzeiger für Danzig und dessen Vorstädte pro 1864/65*. C.E. Eyff [Hg.]. Danzig: L. Saunier in Commission, 1864, s. 41, 108.

¹⁷¹ *Wohnungs-Anzeiger vor der See- und Handelsstadt Danzig nebst den Vorstädten pro 1867/68*. E. Eyff [Hg.]. Danzig, L. Saunier in Commission, 1867, s. 192, 243–244.

¹⁷² *Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1877*. Danzig: A. Schroth, 1877, s. 9.

¹⁷³ *Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1879*. Danzig: A. Schroth, 1879, s. 9.

¹⁷⁴ *Danzig 1880*, s. 274. *Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1881*. Danzig: A. Schroth, 1881, s. 9, wymienia tylko dwóch asystentów (dr Winselmann i dr Schmidt). Natomiast w 1883 r. ponownie wzmiankowanych jest trzech asystentów (dr Koehn, dr Samter, dr Temme, *Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1883*. Danzig: A. Schroth, 1883, s. 9).

¹⁷⁵ *Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1885*. Danzig: A. Schroth, 1885, s. 9.

¹⁷⁶ *Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1889*. Danzig: A. Schroth, 1889, s. 9.

¹⁷⁷ Guttstadt 1900, s. 121–122.

Versorgung der Kranken außer dem Institut (Lazaretem), zanim w 1842 r. został lekarzem samego Lazaretu¹⁷⁸.

Zwraca uwagę duża fluktuacja kadry asystenckiej. Na przykład w 1883 r. wzmiankowanych jest trzech asystentów: dr Koehn, dr Samter, dr Temme¹⁷⁹, w 1885 r. asystentami są: dr Paul Schröter (wzmiankowany jako *I. Assistenzarzt*), dr Rosenstein, dr Schindler, dr Samuelson¹⁸⁰, a już w 1887 r. niezmienione pozostaje jedynie stanowisko pierwszego asystenta, natomiast na trzech pozostałych urzędach pojawiają się znów nowe nazwiska: dr. Fischera, dr. Samtera i dr. Wallenberga¹⁸¹. Zjawisko to obserwuje się w przeciągu niemal całego XIX wieku i związane jest ze wspomnianym już przez dr. Danna sposobem rekrutacji i kształcenia asystentów,

Lekarze zakładu opłacani byli przez miasto, lecz status urzędnika miejskiego uzyskali dopiero po przejęciu samego zakładu przez gminę (1874 r.). Podlegali odąd Komisji ds. Szpitali Miejskich oraz Domu Pracy (*Commission für die städtischen Kranken-Anstalten nebst Arbeitshaus*)¹⁸².

W pozostałych gdańskich szpitalach rozwój wyższego personelu medycznego kształtował się następująco:

W szpitalu Najświętszej Maryi Panny od 1853 r. czynny był tylko jeden lekarz, dr Eduard Hildebrandt (rycina 24), działający w pierwszym roku nieodpłatnie, natomiast w 1854–1855 za sumę niemal symboliczną¹⁸³. W 1880 r. odnotowana jest obecność drugiego lekarza (*Zweiter Arzt*, dr Loch)¹⁸⁴, a od 1883 r. zatrudniono na to stanowisko dr. Emila Friedricha Götza juniora. Tym samym stworzono prostą hierarchię: ordynator (*Chefarzt*) i drugi lekarz (*Zweiter Arzt*). Gdy w 1894 r. dr Eduard Hildebrandt musiał z racji poważnej choroby bardzo ograniczyć swą aktywność zawodową, dr. Götza mianowano ordynatorem oddziału wewnętrznego (*Chefarzt der inneren Abteilung*), zaś ordynatorem oddziału chirurgicznego (*Chefarzt der Station für äußere Kranke*) dr. Paula Schrötera. W tym też roku zatrudniono jako asystenta dr. Antona Schultza, który do 1896 r. podlegał obu ordynatorom, wykonując pracę na obu oddziałach. Dopiero po dwóch latach pracy został na stałe przypisany wyłącznie do oddziału chirurgicznego, zaś drugiego asystenta (dla oddziału internistycznego) zatrudniano dopiero od 1903 r. W 1926 r. zatrudnionych było łącznie na stałych etatach: dwóch ordynatorów i czterech asystentów, jeden specjalista-radiolog i sześciu „innych specjalistów”¹⁸⁵.

W szpitalu diakonis przy *Neugarten* pierwotnie nie było stałego lekarza. W czasie, gdy placówka zajmowała się wyłącznie opieką nad dziećmi (lata 1857–1863), co pół roku zmieniało się dwóch lekarzy, zaszczytnie nazywanych ordynatorami (Dr Eduard Victor Glasser i dr Georg Friedrich Heinrich Abegg). Potem (lata 1863–1878) w szpitalu

¹⁷⁸ *Adress-Buch der Stadt Danzig und dazu gehörigen Vorstädte*. Danzig: Louis Botzon, 1839 s. 53.

¹⁷⁹ *Danzig's Communal-Behörden 1883*, s. 9.

¹⁸⁰ *Danzig's Communal-Behörden 1885*, s. 9.

¹⁸¹ *Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1887*. Danzig: A. Schroth, 1887, s. 9.

¹⁸² *Danzig's Communal-Behörden 1877*, s. 9.

¹⁸³ Z wręcz żądaniem spełniania funkcji lekarza (chirurga) szpitalnego nieodpłatnie spotykano się dość często. A nawet jeśli płacono, to i tak zdarzały się sytuacje patologiczne, takie jak np. w 1842 r. dr. Wilhelmowi Malczowi ze szpitala św. Rocha w Warszawie, który został tak obciążony obowiązkami, iż przekazał swoje pobory na rzecz innego lekarza po to tylko, aby uzyskać pomoc w zakładzie. Czajewicz 1872, s. 69–70; Podgórska-Klawe 1981, s. 187–188.

¹⁸⁴ *Danzig 1880* s. 280.

¹⁸⁵ Steffen 1927, s. 108, 154–158.

zatrudniano jednego lekarza (dr Georg Friedrich Heinrich Abegg, lata 1863–1866; dr Carl August von Bockelmann, lata 1866–1867; dr Karl Richard Günther, lata 1867–1879). W latach 1879–1884 w szpitalu czynnych było dwóch ordynatorów oraz jeden asystent (ordynator oddziału wewnętrznego, *Chefarzt der inneren Abteilung*, dr Karl Richard Günther, lata 1879–1882; dr Karl Wilhelm Scheele, lata 1882–1898; ordynator oddziału chirurgicznego, *Chefarzt der äußeren Abteilung*, dr Georg Wilhelm Baum, 1879 r.; dr Karl Georg Starck, lata 1879–1895, ordynator oddziału chirurgicznego, *Chefarzt der äußeren Abteilung*; dr Döppner, asystent, czynny na oddziale chirurgicznym, *Assistent der äußeren Abteilung*, lata 1879–1880; jego następcą został Dr. Lenzner, lata 1881–1884). W latach 1884–1894 obsadę wzbogacono o jednego asystenta oddziału internistycznego (*Assistent der inneren Abteilung*), zaś od 1894 r. o jeszcze jednego asystenta oddziału chirurgicznego (*Zweiter Assistent der äußeren Abteilung*)¹⁸⁶.

Ów rozdział na opiekę lekarską oddziału wewnętrznego i oddziału chirurgicznego, czy też ginekologicznego w szpitalu diakonis nie był całkowity. Gdy diakonisy nakłoniły spotkanego w 1870 r. czasie wojny niemiecko-francuskiej dr. Karla Georga Starcka do użyczenia swych umiejętności chorym nowo powstałego szpitala, ten zobowiązał się (i zobowiązania dotrzymał, 1879 r.) do wspierania w razie potrzeby tamtejszego oddziału ginekologicznego, choć *de facto* zatrudniony był jako chirurg. Także zatrudniony tamże na oddziale chirurgicznym w roku 1879 asystent został zobowiązany do pracy na oddziale internistycznym w razie potrzeby¹⁸⁷. Podobnie było w szpitalu boromeuszek, gdzie pełniący obowiązki asystenta dr Anton Schultz przez pierwsze dziewięć lat pracował na obu oddziałach szpitalnych, dopóki nie został w 1905 r. zatrudniony wyłącznie jako chirurg¹⁸⁸. Wobec tak skromnej obsady lekarskiej fakty powyższe nie mogą dziwić.

Zaprezentowane przemiany w zakresie świadczonych usług lekarskich w Lazarecie w porównaniu z przemianami w innych tego typu zakładach obszaru niemieckojęzycznego wydają się być typowe, choć oczywiście istniały zakłady które radziły sobie z problemem lepiej.

W szpitalu ogólnym w Monachium w latach dwudziestych XIX wieku na oddziale wewnętrznym poza ordynatorem (*Oberarzt*) pracowało tylko dwóch podległych mu lekarzy (*Sekundärärzte*), mieszkających w szpitalu. Natomiast lepiej obsadzony był oddział chirurgiczny, gdzie poza ordynatorem (*Oberwundarzt*) operowało początkowo dwóch chirurgów (*Wundärzte*) i jeden lekarz-chirurg drugiego stopnia (*Sekundärwundarzt*), a wkrótce, poza ordynatorem, dwóch lekarzy-chirurgów drugiego stopnia (*Sekundärwundärzte*) oraz czterech asystentów (*Assistenten*)¹⁸⁹.

W hamburskim szpitalu powszechnym w 1824 r. czynni byli: ordynator oddziału internistycznego (i jednocześnie oddziału chorych psychicznie) wraz z podległymi mu trzema asystentami (*dirigirender Arzt und 3 Assistenzärzte*) oraz ordynator oddziału chirurgicznego także z trzema asystentami (*Oberwundarzt und 3 Assistenzärzte*). Zaopa-

¹⁸⁶ *Chronik* 1892, s. 12; Hülsen, von 1907, s. 167–179; *Nach 75 Jahren* 1932, s. 12–13.

¹⁸⁷ *Chronik* 1892, s. 12; Hülsen, von 1907, s. 169.

¹⁸⁸ Steffen 1927, s. 158–159.

¹⁸⁹ Wagner, Spree 2001, s. 97; Stollberg, Tamm 2001, s. 48.

trywali oni jednocześnie około tysiąca trzystu pacjentów, w tym czterystu chorych psychicznie. Ponadto szpital zatrudniał czterech aptekarzy¹⁹⁰.

W szpitalu powszechnym w Bremie (*die Allgemeine Krankenanstalt Bremen*), powstałym w 1851 r., początkowo czynnych było trzech lekarzy: lekarz (*Arzt*), prowadzący oddział chorych oraz oddział chorych psychicznie, chirurg (*Wundarzt*) oraz asystent (*Assistenzarzt*). Szpital przyjmował wówczas zarówno chorych internistycznych, chirurgicznych i chorych psychicznie, jak również chorych dermatologicznie, a także kobiety ciężarne. Poza chorymi chirurgicznymi, pozostałymi grupami pacjentów zajmował się lekarz. Wprowadzone w Bremie w 1852 r. zniesienie zawodu chirurga w dawnym tego słowa rozumieniu (*Wundarzt*) i zunifikowanie zawodu lekarza wymogło podporządkowanie się temu wymogowi chirurga bremeńskiego szpitala, choć nie zmieniło to w niczym jego pozycji zawodowej. Do jego obowiązków należało więc jedynie leczenie pacjentów chirurgicznych. W 1895 r. zatrudniano dziesięciu lekarzy, w tym: dyrektora szpitala, będącego ordynatorem oddziału psychiatrycznego, jednego internistę, jednego chirurga, jednego okulistę, konsultanta ginekologa oraz pięciu zatrudnionych na stałe asystentów¹⁹¹.

Założony w 1802 r. na surowym gruncie lazaret w Poznaniu początkowo posiadał tylko dwadzieścia łóżek, przeznaczonych dla chorych ubogich i zatrudniał lekarza oraz chirurga. Właściwy szpital miejski powstał w 1854 r. dla stu osiemdziesięciu chorych. Mimo rozbudowy bazy łóżkowej nie zwiększono obsady lekarskiej (jeden lekarz i jeden chirurg)¹⁹². Powstały w latach 1822–1823 szpital Przemienienia Pańskiego w Poznaniu początkowo posiadał sześćdziesiąt łóżek, zaś opieka lekarska była pełniona przez jednego lekarza i jednego chirurga. Podobnie w 1861 r., kiedy to na sto dwadzieścia siedem łóżek przypadał jeden ordynator oddziału wewnętrznego i jeden ordynator oddziału chirurgicznego¹⁹³.

Powyższe dane można porównać z danymi dotyczącymi ościennego Królestwa Polskiego. Tamże za stosunek optymalny uznawano stosunek: jeden lekarz na stu chorych i jako taki został zapisany w „Ustawie dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskim” z 1842 r., pierwszym tego rodzaju dokumencie wydanym w Europie¹⁹⁴. Ponadto na pięćdziesięciu chorych przypadał jeden felczer¹⁹⁵.

Szpital psychiatryczny św. Jana Bożego w Warszawie zatrudniał w końcu lat sześćdziesiątych i na początku lat siedemdziesiątych XIX wieku lekarza naczelnego, dwóch ordynatorów, jednego asystenta, trzech felczerów, dwadzieścia osób opiekujących się chorymi oraz, z racji specyfiki zakładu, dwóch dozorców i dwóch ich pomocników.

¹⁹⁰ Stollberg, Tamm 2001, s. 433.

¹⁹¹ Leidinger 2000, s. 48–57.

¹⁹² Obecnie szpital im. Józefa Strusia. Ritter, *Das städtische Krankenhaus und seine Entwicklung*. [In:] B. Franke [Hg.], *Die Residenzstadt Posen und ihre Verwaltung im Jahre 1911*. Posen: W. Decker, 1911, s. 278–279, 282; J. Kaliszewski, I. Reszel, A. Szymczak, *Zarys historii szpitala im. Józefa Strusia*. [w:] *Z dziejów szpitali poznańskich*. Poznań: [b.w.] 1983, s. 33. Szpital pozyskał dwa dodatkowe etaty lekarskie (asystenckie) dopiero w 1884 r., po rozbudowie szpitala do dwustu sześćdziesięciu siedmiu łóżek. Ritter 1911, s. 283–284.

¹⁹³ Meissner 2003, s. s. 19–21, 29, 32.

¹⁹⁴ Podgórska-Klawe 1975, s. 186–187.

¹⁹⁵ Pomaska 1981, s. 438.

Hospitalizowano w tym czasie (dane za lata 1860–1866) od dwustu pięćdziesięciu jeden do trzystu pięćdziesięciu jeden chorych rocznie¹⁹⁶.

W Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, już po jego pełnej medykalizacji na przełomie lat trzydziestych i czterdziestych XIX wieku, na pięciuset chorych pracowało pięciu lekarzy i czterech felczerów. Zakład w tym czasie – dodajmy – zaliczany był do ważniejszych placówek europejskich¹⁹⁷. Szpital w drugiej połowie XIX wieku zatrudniał lekarza naczelnego, piętnastu ordynatorów, jednego asystenta (na oddziale położniczym) oraz dziesięciu felczerów. Hospitalizowano w tym czasie (dane za lata 1860–1869) od sześciu tysięcy pięciuset trzydziestu pięciu do dwunastu tysięcy dziewięćset dziewięćdziesięciu jeden chorych rocznie chorych dorosłych, zaś dzieci od pięciu tysięcy siedemset pięćdziesięciu jeden do ośmiu tysięcy stu sześćdziesięciu pięciu¹⁹⁸.

Szpital Ewangelicki w Warszawie zatrudniał pod koniec lat sześćdziesiątych XIX wieku trzech lekarzy (na etatach lekarza naczelnego i ordynatorów), dwóch felczerów oraz jedenaście osób opiekujących się bezpośrednio chorymi. Wydzielono oddział internistyczny i oddział chirurgiczny. Rocznie szpital przyjmował do tysiąca dwustu sześćdziesięciu ośmiu pacjentów (1857 r.)¹⁹⁹.

Skromność obsady lekarskiej i chirurgicznej w szpitalach aż do początków XX wieku jest zjawiskiem powszechnym²⁰⁰. W gdańskim Lazarecie problem był wielokrotnie podnoszony, jednak aż do czasu reorganizacji i rozbudowy zakładu (lata 1874–1887) placówka ta zatrudniała, jak wspomniano, od czterech do sześciu lekarzy. W 1863 r. ilość chorych przypadających na jednego asystenta ustalono na około 100 osób²⁰¹. Jednocześnie podkreślić trzeba specyfikę gdańskiego zakładu, w którym w latach sześćdziesiątych zredukowano ilość łóżek, tak że pierwotnie przyjmujący jednocześnie do pięciuset chorych szpital, w roku 1863 hospitalizował tylko dwustu pięćdziesięciu siedmiu pacjentów, zaś w 1865 r. stu szesnastu. W ten sposób wskaźnik lekarz/pacjent uległ poprawie (w 1863 r. na jednego lekarza przypadało w tej sytuacji sześćdziesięciu chorych, zaś w 1865 r. zaledwie trzydziestu²⁰²).

Niekorzystny stosunek ilości personelu wyższego do ilości chorych stwarzał z reguły trudną sytuację, którą dobrze obrazuje przykład placówek galicyjskich, nakreślony w drugiej połowie XIX wieku, gdzie *na 600 chorych, z których 200 jest obłąkanych, znajdujemy: jednego lekarza (primariusze) do chorób wewnętrznych, jednego do chirurgicznych, jednego do położnictwa, są to profesorowie szkoły chirurgów. Oprócz tego jeden primariusz ordynuje w oddziale chorób ocznych, jeden w oddziale chorób syfilitycznych, jeden w oddziale chorych umysłowo [...]. Tym sposobem na 600 chorych przypada sześciu lekarzy, czyli 100 chorych na jednego*". Taka organizacja powoduje, że „chorzy [są] zostawieni niemal na łaskę i niełaskę posługaczy. Nadzór dyrektora nad sześćdziesięcioma posługaczami i posługaczkami jest, zdaniem autora powyższych słów, fikcją. Jakaż gwarancja, że chory zostanie dobrze obsłużonym, że otrzyma lekarstwo we właści-

¹⁹⁶ Rothe 1872, s. 11–12, 23.

¹⁹⁷ Podgórska-Klawe 1975, s. 185.

¹⁹⁸ Bartoszewicz 1872, s. 483, 492.

¹⁹⁹ Spiess 1872, s. 51–55, 60.

²⁰⁰ Podgórska-Klawe 1981, s. 185–192.

²⁰¹ APG, 6/1236, s. 575.

²⁰² GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin., dokument z 17 listopada 1865 r.

*iwéj porze, że mu nie przyniosą wódki albo wieprzowiny, gdy tego specjału w szpitalu dostanie*²⁰³. To ostatnie, pełne sceptycyzmu zdanie można w pełni rozciągnąć na wszystkie gdańskie placówki opieki stacjonarnej w XIX wieku, w tym bardziej nawet na zakłady zawiadywane przez związki wyznaniowe, aniżeli sam Lazaret. W efekcie rocznicowe publikacje, wydawane przez szpital boromeuszek czy też zakład diakonis, pełne są zwrotów dotyczących lekarzy, takich jak *ein treuer, in allen Fällen bewährter Freund* (dr Günther ze szpitala diakonis)²⁰⁴, *ein Mann von [...] treuer Hingebung für seinen Beruf bekannt* (dr Eduard Hildebrandt ze szpitala boromeuszek)²⁰⁵, czy też *tüchtiger Arzt, ein warmherziger Freund* (dr Paul Schröter ze szpitala boromeuszek)²⁰⁶. Jednak za tą frazeologią kryje się wyteżona, codzienna, źle opłacana praca²⁰⁷ w przepełnionym niejednokrotnie szpitalu²⁰⁸. Jakże gorzko brzmią słowa praktykującego w latach czterdziestych XIX wieku Franza von Waltera, który sarkastycznie skonstatował, iż żaden z lekarzy posiadający prawdziwe umiejętności i zdolności nie może być zmuszony do pracy za liche wynagrodzenie proponowane przez szpitale²⁰⁹.

Wynagrodzenie lekarza zatrudnionego w zakładach stacjonarnych było zróżnicowane i zależało zarówno od samego szpitala, jak i od zajmowanego w nim stanowiska.

W Lazarecie wynagrodzenie lekarza ordynatora w 1864 r. wynosiło rocznie 800 reichstalarów (rthlr.). taką samą kwotę wypłacano zarówno ordynatorowi oddziału internistycznego, jak i oddziału chirurgicznego²¹⁰.

Wynagrodzenie asystenta Lazaretu zostało ustalone na podstawie paragrafu 50 instrukcji dla asystentów Lazaretu z dnia 22 grudnia 1853 r. na 180 rthlr. rocznie²¹¹. Takie też uposażenie było zakładane w budżecie szpitala na rok 1863²¹². Jednak w 1864 r., wobec redukcji zatrudnienia na stanowiskach asystenckich (do dwóch lekarzy), z jednoczesnym wyróżnieniem pierwszego i drugiego asystenta, zróżnicowano też dochody: pierwszy asystent miał otrzymywać rocznie 400 rthlr., zaś drugi 180 rthlr.²¹³

Dla porównania, zarobki innych urzędników miejskich, jakimi byli nauczyciele gdańskich szkół, w 1862 r. wynosiły: dyrektora szkoły realnej – 1400 rthl., nauczyciela tejże szkoły 1200–1400 rthl., tamże nauczyciela śpiewu – 100 rthlr. rocznie; dyrektora gimnazjum – 1600 rthlr., profesora gimnazjum – 1400–1000 rthlr., tamże nauczyciela

²⁰³ Dobieszewski 1870, s. 75–76.

²⁰⁴ Hülsen, von 1907, s. 169.

²⁰⁵ Lüdtke 1902, s. 75.

²⁰⁶ Steffen 1927, s. 158.

²⁰⁷ Wspomnienie o dr. Güntherze ze szpitala diakonis: *Wie alle unsere Chefärzte bis auf den heutigen Tag nahm er bei dieser geringen Besoldung auf die besondere Lage der Anstalt als einer aus milden Gaben bestehenden in dankenswertester Weise Rücksicht*. Cyt. za: Hülsen, von 1907, s. 168.

²⁰⁸ O znacznym przepełnieniu placówki boromeuszek w 1855 r. i wynikających z tego trudnościach p. Steffen 1927, s. 60. Podobnie w 1894 r., *ibidem*, s. 72

²⁰⁹ Bleker 1997, s. 24. Jeszcze w 1899 r. w warszawskim Szpitalu Dzieciątka Jezus nieodpłatnie pracowało aż szesnastu lekarzy; Podgórska-Klawe 1981, s. 195–196.

²¹⁰ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3624, nie pagin. projekt budżetu za 1863 r.

²¹¹ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.

²¹² GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., projekt budżetu za 1863 r.

²¹³ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3624, nie pagin., projekt budżetu za 1864 r.

hebrajskiego – 100 rthlr. rocznie²¹⁴. Dla odmiany: przeciętny zarobek roczny niewykwalifikowanego robotnika wynosił około 35 rthlr.²¹⁵.

Dr Eduard Hildebrandt, aż do 1883 r. jedyny lekarz szpitala boromeuszek, w pierwszym roku po erygowaniu zakładu (1853 r.) działał nieodpłatnie, w 1854 r. otrzymywał rocznie 80 reichstalarów (rthlr.), w 1855 r. 100 rthlr., od 1864 r. 300 rthlr., a później 500 rthlr. Tak niskie uposażenie uznane zostało przez współczesnych za wielką ofiarę, gdyż *seine erwähnte Tätigkeit selbstredend ihm eine größere und umfangreichere Praxis entzogen hat*²¹⁶.

Jeszcze niższe było uposażenie ordynatora szpitala diakonis, gdyż aż do 1881 r. wynosiło zaledwie 120 rthlr. rocznie. Dopiero w tym roku podwyższono je do 1000 marek (m.) (=333 rthlr.) rocznie. Zatrudniany od 1879 r. ordynator chirurgii otrzymywał rocznie początkowo 1200 m. (=400 rthlr.), od 1880 r. 2000 m. (=666 rthlr.), zaś od 1888 r. 3000 m. (=1000 rthlr.). Tamże asystent w 1879 r. utrzymywał 800 m. (=266 rthlr.), w 1881 r. 1000 m. (=333 rthlr.) rocznie²¹⁷.

O zakresie świadczonych usług przez lekarza, chirurga i jego czeladnika w Lazarecie aż do końca XVIII wieku była już mowa. W okresie późniejszym prawdopodobnie nie wydawano dokumentów regulujących prawa i obowiązki zarówno lekarzy, jak i chirurgów. Wydaje się, że pierwszy taki akt prawny powstał dopiero w 1853 r. (instrukcja dla asystentów). Natomiast obowiązki ordynatorów regulowała instrukcja zredagowana dopiero w 1861 r.²¹⁸ Autorem jej była magistracka komisja ds. Lazaretu powołana w marcu tego roku, która jako projekt zgłosiła dokument podczas posiedzenia radnych miejskich w dniu 13 czerwca 1861 r. wraz z pakietem innych projektów instrukcji oraz projektem nowego statutu Lazaretu. Ostatecznie projekt został zatwierdzony i wszedł w życie dopiero w 1864 r.²¹⁹

Na wstępie instrukcji zapisano, że obaj ordynatorzy Lazaretu (tzn. oddziału wewnętrzznego i oddziału chirurgicznego) byli pierwszymi urzędnikami zakładu dla opieki nad chorymi pod względem medycznym. Podlegali bezpośrednio zarządowi i byli zobowiązani do wcielania w życie jego postanowień. Z tym zastrzeżeniem ich miejsce należało traktować jako samodzielne i byli w pełni odpowiedzialni za zarządzanie sprawami medycznymi, stosownie do omawianej instrukcji oraz statutu Lazaretu.

Na posiedzeniach zarządu obaj ordynatorzy mieli głos doradczy, natomiast ostateczne postanowienia podejmował zarząd. Obu ordynatorom przysługiwało prawo do odwołania się od decyzji zarządu składane na ręce Magistratu.

Obu ordynatorów ustanowiono przełożonymi asystentów, co obligowało ich do nadzorowania podejmowanych przez asystentów czynności. Stanowili instancję pośrednią pomiędzy zarządem a asystentami i od ordynatorów otrzymywali zasady postępowania i polecenia. Ordynatorom podlegał także nadzór nad apteką. Do koordynacji ich działań przydzielono im nadinspektora. Jednocześnie we wszystkich sprawach dotyczących

²¹⁴ *Verwaltungs Bericht des Magistrats zu Danzig für das Jahr 1862/63*. Danzig: A. Schroth, 1863, s. 26–27.

²¹⁵ J. Jasiński, *Kłęska głodu. Niepokoje społeczne 1847 roku*. [w:] G. Labuda [red.], *Historia Pomorza*. T.III/2. Poznań: Wydawnictwo Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. 1996, s. 275.

²¹⁶ Steffen 1927, s. 155.

²¹⁷ Hülsen, von 1907, s. 168–170.

²¹⁸ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3622, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 10.

²¹⁹ „Danziger Zeitung”, *Beilage zu No. 3088*, 04 lipca 1865 r., s. 2.

bezpośrednio opieki nad chorymi, a także obłożenia łóżek ordynatorzy musieli zasięgać opinii nadinspektora. W razie rozbieżności zdań głos rozstrzygający należał do zarządu. Wszelkie nieprawidłowości w działaniach urzędników, które zostałyby zauważone przez ordynatorów, winny być zgłaszane nadinspektorowi. Bezpośrednie kroki dyscyplinujące ordynatorzy mogli podejmować tylko w stosunku do personelu dogląającego chorych.

Przyjmowanie i zwalnianie osób dogląających chorych następowało na wniosek i po wysłuchaniu opinii zarówno ordynatorów, jak i nadinspektora, ale decyzje podejmował zarząd. Ordynatorzy byli zobowiązani do nadzoru personelu średniego i zobligowano ich do egzekwowania punktualności i stosownego postępowania osób dogląających chorych względem pacjentów. Posiadali jednocześnie prawo do zwalniania personelu średniego.

Ordynatorowi oddziału chirurgicznemu podlegał oddział na którym leczono chorych chirurgicznie ostro i przewlekle, pacjentów wenerycznych i zaświerzbionych. Ordynatorowi oddziału podlegał oddział wewnętrzny na którym leczono chorych internistycznie ostro i przewlekle, pacjentów psychiatrycznych, epileptyków oraz chorych zakaźnie. Oddział dziecięcy został podobnie rozdzielony pomiędzy obu ordynatorów. Wszelkie zmiany w tym zakresie podejmował wyłącznie zarząd.

Obaj ordynatorzy byli odpowiedzialni przed zarządem za czynności podejmowane na podległych im oddziałach. Przydzielanie pacjentów do poszczególnych oddziałów, jak i sal chorych należało do ordynatorów. Ordynatorzy odpowiedzialni byli za leczenie pacjentów, a decyzje w tym względzie podejmowali samodzielnie. Wszelkie zarządzenia co do zastosowania leków miały być wydawane wyłącznie przez ordynatorów. Jedynie w nagłych przypadkach prawo to scedowano na asystentów, przy czym recepta dotycząca takiego leku musiała być potem przez asystenta przedstawiana ordynatorowi, który czynił na niej adnotację „widziałem” (*vidi*). Książka, w której odnotowywano zlecenia wydawane na porannym obchodzie, musiała być dostarczana do apteki najpóźniej do godziny 12. Zlecenia wieczorne musiała być przekazywane do apteki pomiędzy godziną 19 a 20. Przedłużanie zleceń także należało do ordynatorów. W tym celu z opakowania, w którym znajdował się lek zdejmowano receptę i zanoszono ją do apteki, celem powtórzenia zlecenia, co asystent pełniący tego dnia dyżur odnotowywał w książce zleceń. Wieczorne wpisy kontrolowane były następnego dnia rano przez ordynatora.

Przy ordynowaniu diet ordynatorzy winni się kierować regulaminami z 01 maja 1854 r. oraz 26 maja 1855 r.²²⁰ Wydawanie zleceń w tym zakresie należało do samodzielnych decyzji ordynatorów, przy czym w ordynowaniu specjalnych diet leczniczych należało mieć wzgląd na fundusze szpitalne. Jeśli brakowało czegoś do realizacji zlecenia, ordynator informował o tym nadinspektora. Także w tym wypadku, gdyby nie mógł decyzji podejmować ordynator, prawo do zlecenia diety przysługiwało asystentowi, jednak i tu należało ją potem przedstawić ordynatorowi, który czynił na niej adnotację *vidi*. Wszystkie zalecenia dietetyczne miały być wypełniane.

Wszelkie zapotrzebowania na niezbędne artykuły do opieki nad chorymi miały być wypisywane na specjalnych formularzach i realizowane za pośrednictwem nadinspektora. Wyjątkowo prawo takie przysługiwało asystentom, także z następową koniecznością sygnowania przez ordynatora.

²²⁰ Niezachowane.

Do podstawowych obowiązków ordynatora należało przeprowadzanie obchodu na swoim oddziale przynajmniej raz dziennie, to znaczy między godziną 9 a 12. Częstsze dokonywanie obchodów pozostawiono do decyzji ordynatorów.

Przyjmowanie i wypisywanie chorych należało do nadinspektora, zgodnie ze statutem oraz instrukcją dla nadinspektora, z którą ordynatorzy mieli się zaznajomić. Ordynator nie mógł wypisać chorego w przypadku, gdy mimo braku postępów w leczeniu uzyskano zgodę Magistratu na pobyt chorego w szpitalu. Decyzja o przeniesieniu chorego do innego oddziału należała do ordynatorów, przy czym istniał obowiązek powiadomienia o tym nadinspektora. Wypis chorych psychicznie dokonywał się na podstawie regulaminu wydanego przez rejencję 02 lutego 1860 r.²²¹

Wydawanie przepustek w trakcie leczenia należało do nadinspektora, o ile ordynator poświadczył, że nie wpływało to negatywnie na skutki leczenia.

Bezpośrednie dyscyplinowanie chorych, którzy nie podporządkowują się zaleceniom lekarskim, należało do ordynatora, tak jak i wybór środka dyscyplinującego. Ze wszystkich czynności dyscyplinujących ordynator miał składać sprawozdanie zarządowi.

Do obowiązków ordynatora należało prowadzenie historii choroby każdego przyjętego chorego, jak także dokonywanie sprawozdań z czynności ordynatorskich, przedkładanych Magistratowi. Do lutego mieli oni przedłożyć roczne sprawozdanie z ważnych wydarzeń, jakie miały miejsce w ich oddziałach w roku poprzednim.

Ordynatorzy odpowiedzialni byli także za sprzęt medyczny znajdujący się na podległych im oddziałach.

Ordynatorzy mieli także przestrzegać postanowień regulaminu z 08 sierpnia 1835 r. dotyczące chorych zakaźnie.

Zmarli mieli być sekcjonowani, a wyniki sekcji protokołowane.

W przypadku choroby bądź innego powodu nieobecności ordynatorzy zastępowali siebie wzajemnie. O powrocie do czynności służbowych ordynator miał informować zarząd pisemnie.

Ordynatorom nie wolno było prowadzić praktyki prywatnej²²², jednak dozwalano na konsultowanie poza Lazaretem, a wewnątrz rewirów ubogich, co jednak nigdy nie mogło stać na przeszkodzie dokonywaniu porannych obchodów.

Obowiązki asystenta Lazaretu regulowała instrukcja z 22 grudnia 1853 r.²²³ Dokument ten otwiera informacja, iż władze miejskie powierzyły kierownictwo nad asystentami ordynatorowi. Dlatego też asystenci mieli we wszystkich sprawach, przy których wyższe decyzje stawały się niezbędne, zwracać się do ordynatora, od którego też wyłącznie otrzymywali polecenia służbowe.

Przypisanie asystentów do poszczególnych oddziałów przysługiwało ordynatorowi. Zatrudnienie następowało na czas nieokreślony z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia przez obie strony. Przy dłuższej trwającej nieobecności któregoś z asystentów zabezpieczenie danego oddziału następowało wedle ustalonego następstwa jednego miesz-

²²¹ Niezachowany.

²²² Podobny zakaz panował dość powszechnie. Np. w Monachium zakaz prowadzenia praktyk prywatnych przez ordynatorów istniał już przed 1830 r. Stollberg, Tamm 2001, s. 119.

²²³ *Instruction für die Assistenz-Aerzte in dem Stadt-Lazareth zu Danzig*. Danzig: Wedel, 1853; por. aneks, dok. nr 9.

kającego w zakładzie asystenta, który pełnił dyżur. Każdy asystent natomiast był zobowiązany zastępować urlopowanego lub chorego kolegę na polecenie ordynatora.

Następnie wyznaczono zakres kompetencji asystentów. Personel średni został podporządkowany asystentom w zakresie bezpośrednio wykonywanych czynności służbowych. Asystenci mieli obowiązek nadzoru nad osobami opiekującymi się chorymi, jak także byli uprawnieni do zwracania im uwagi. Natomiast w przypadku, gdy zwykle napomnienie przez asystenta nie wystarczało, wszczęcie dalszych kroków należało do ordynatora, z zastrzeżeniem powiadomienia o tym prowizorów.

Asystent pełniący dyżur powinien zgłosić się rano do ordynatora przed głównym obchodem, a następnie miał zapisać swe nazwisko na czarnej tablicy w biurze. W czasie dyżuru asystent nie mógł w zasadzie opuszczać szpitala. W nieuniknionych wyjątkowych przypadkach asystent taki powinien pisemnie powiadomić ordynatora o poruczonego koledze zastępstwie.

Przyjmowanie chorych następowało z reguły przez inspektora. Przy przyjęciu było wymagane uprzednie badanie lekarskie, które przeprowadzał asystent na zlecenie stosownego urzędnika zarządzającego, a wynik badania należało opisać²²⁴. Nowo przyjęci chorzy, o ile ich stan na to pozwalał, bez wyjątku przyjmowani byli w izbie przyjęć Lazaretu, tamże zapisani w książce przyjęć i odesłani do tej sali chorych, jaka została im wyznaczona przez ordynatora lub, w czasie jego nieobecności, przez asystenta. Asystent miał dopilnować, aby chorzy natychmiast po swym przyjęciu zostali zaopatrzeni we wszystko, czego wymagają. Asystent musiał zaraz zająć się chorym i zbadać jego stan, o ile ordynator nie postanowił inaczej. Jeśli asystent uznał, że pacjent wymaga natychmiastowej pomocy, miał go niezwłocznie zaopatrzyć, o ile nie mógł tego w tej chwili bądź w krótkim czasie uczynić ordynator.

Jeśli asystentowi nie przysługiwało prawo do samodzielnego leczenia pacjentów, był zobowiązany wszystkie zarządzenia ordynatora w stosunku do chorych sumiennie i punktualnie wprowadzać w życie i temuż zdawać sprawozdanie z postępu w leczeniu. Musiał w tym celu towarzyszyć ordynatorowi w czasie obchodów, udzielać mu informacji o nowo przyjętych oraz stacjonarnych chorych udzielać niezbędnych informacji o rodzaju, przyczynach, przebiegu i terapii choroby.

Asystenci mieli obowiązek dokonywania obchodów na podległym im oddziale co najmniej dwa razy dziennie (poza obchodami czynionymi przez ordynatora), tzn. o godzinie 8 rano i o 5 po południu. Poza tym powinni swe oddziały wizytować niezapowiedzianie.

Jeśli w przebiegu choroby nastąpiła zmiana stanu pacjenta wymagająca korekty terapii, to asystent w czasie nieobecności ordynatora mógł na własną odpowiedzialność wprowadzić, musiał jednak zdać mu z tego relację w czasie najbliższego obchodu.

W przypadku nieobecności ordynatora pacjentów nowoprzyjętych, tak jak i chorych z nagłym pogorszeniem zdrowia, asystent miał obowiązek natychmiast zaopatrzyć. Asystentowi nie wolno było kategorycznie pozwalać, aby ich pokoje były odwiedzane przez chorych.

Przeniesienie chorego na inny oddział mogło nastąpić tylko za wiedzą ordynatora.

²²⁴ Jedyna znana dziś historia choroby pacjenta Lazaretu, prowadzona w 1858 r., zachowała się z racji opublikowania jej w sprawozdaniu procesu, jaki w 1861 r. został wytoczony ówczesnemu ordynatorowi dr. Ernstowi Adolphowi Stichowi. *Prozess 1861*, s. 4–7; por. aneks, dok. nr 14.

Asystent w oddziale dla umysłowo chorych miał troszczyć się o to, aby personel średni w stosunku do chorych nie stosował nieuzasadnionej przemocy. Karanie dyscyplinarne chorych umysłowo należało wyłącznie do ordynatora. Asystent powinien pilnować, aby chorzy umysłowo mieli stały nadzór, zarówno ci, którzy w ramach procedury terapeutycznej byli kierowani do prac domowych czy ogrodowych, jak i ci skierowani do rąbania drewna i aby zawsze drzwi do tego oddziału były zamknięte.

Wszystkie zarządzenia co do leków musiały być zlecane nie tylko przez asystenta, ale także przez ordynatora. Tylko w nagłych przypadkach, w czasie nieobecności ordynatora, można było leki zaordynować samodzielnie.

Asystenci byli odpowiedzialni za kontrolę jakości, odpowiednie przygotowanie i prawidłowe oznaczanie leków. W razie stwierdzenia braków mieli natychmiast powiadamiać o nich ordynatora. Asystenci powinni pilnować, aby naczynia i urządzenia, w których lekarstwa są przepisywane dla poszczególnych oddziałów, były wydawane zgodnie ze zleceniami, a po użyciu zwracane do apteki.

Wypisanie ze szpitala wyzdrowiałych i nieuleczalnych chorych następowało wyłącznie za zgodą ordynatora. Dla każdego odchodzącego pacjenta wykonywany był przez asystenta wypis, podpisany przez ordynatora i zaraz powinien być wysłany do biura przyjęć. W tym dokumencie powinien być określony aktualny stan chorego (np. chory zdrowy, z poprawą etc.)

Przy łóżku każdego chorego pod tablicą u wezłowania powinna leżeć historia choroby. Asystent miał zapisywać w tablicy aktualne dane, między innymi dotyczące stosowanej diety. Ponadto dla każdego przyjmowanego do szpitala chorego, z wyjątkiem leczonych zwyczajową metodą chorych na świerzb, była przy przyjęciu sporządzana przez asystenta historia choroby. Asystent winien historie chorób gruntownie, z naukową powagą prowadzić, aby mogły być użyte do rocznych sprawozdań zakładu. Ta pilność miała być przestrzegana być zwłaszcza w tych historiach chorób, które związane są ze sprawami policyjnymi lub sądowymi. Codziennie do godziny 16 historie chorób aktualnie leżących na oddziale pacjentów powinny być przeglądane przez ordynatora.

Orzeczenia lekarskie pacjentów znajdujących się w szpitalu lub kiedyś tam przebywających, powinny być dokonywane przez asystenta jedynie na szczególne zlecenie ordynatora i zawsze musiały być przez niego podpisywane.

Jeśli jakiś chory by uciekł, to asystent miał natychmiast zawiadomić o tym ordynatora i inspektora. To samo należało uczynić przy odkryciu prób ucieczki, jak przy wszystkich innych zdarzeniach natury policyjnej i sądowej.

Każdy asystent dokonywał sekcji zmarłych ze swego oddziału, o ile ordynator nie zarządził inaczej. Dyktował w razie nieobecności ordynatora lub na jego polecenieownik sekcji do protokołu. Protokół ten należało przedłożyć ordynatorowi do przejrzania do godziny szesnastej. Wyznaczony przez ordynatora asystent był zobowiązany ważne i rzadkie zmiany znajdowane w czasie sekcji zbierać i w stosowny sposób przechowywać i wystawiać, prowadzić dziennik o zbiorach i każdy poszczególny preparat krótko wraz z datą opisać w dzienniku. Ciała osób zmarłych w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub z winy osób trzecich, po dostarczeniu do kostnicy miały być natychmiast zamknięte i wolno dopiero było rozpocząć sekcję po otrzymaniu stosownego dokumentu sądowego. W czasie sekcji nie można było kaleczyć zwłok, a ciała tych osób, które zapłaciły za swe leczenie i opiekę ze swych własnych środków lub swoich krewnych, nie powinny być wykorzystywane poza zwykłą sekcją do żadnych dalszych ćwiczeń.

Każdy asystent powinien codziennie o godzinie 10 składać ustne sprawozdanie o stanie swego oddziału ordynatorowi. Miał także przekazywać ordynatorowi poprzez osobę z personelu średniego pisemną notatkę o ważniejszych przypadkach, w której zapisywał nazwisko chorego, chorobę oraz numer pokoju. O osobach z wypadków czy też poszkodowanych w wyniku przestępstw, a przyjmowanych do Lazaretu, był zobowiązany natychmiast informować ustnie lub pisemnie ordynatora.

Asystent był zobowiązany do mieszkania w szpitalu, pilnowania, aby łóżka i bielizna przez zastosowanie środków zewnętrznych, o ile to jest możliwe, nie zostały uszkodzone i niezdatne do dalszego użytku, jak także do oględnego obchodzenia się z instrumentarium objętym inwentarzem. Uszkodzenia, jeśli wynikały z nieprawidłowego ich używania, miały być pokrywane przez sprawcę szkody.

Każdy z asystentów w zamian otrzymywał od szpitala wolne mieszkanie, opał, światło i 15 rthlr. miesięcznego uposażenia.

Przedstawione powyżej dwa akty prawne w konfrontacji z XVIII-wiecznymi ordynacjami wydawanymi dla personelu medycznego Lazaretu z jednej strony unaoczniają przemiany, jakie w szpitalu zaistniały w przeciągu około stu lat, a z drugiej zaś pokazują kontynuację procesu przejmowania odpowiedzialności za losy podopiecznych zakładu przez lekarzy.

To, co stanowi nową jakość, to przede wszystkim szczegółowy wykaz nakazanych, dozwolonych oraz niedozwolonych czynności, jakie dotyczyły zarówno ordynatorów, jak i asystentów. Nasuwa się tu pewna analogia z zależnością, jaka istniała w XVIII wieku pomiędzy cyrulikiem i jego czeladnikiem (także między lekarzem a czeladnikiem cyrulika). Czeladnik zobowiązany został do mieszkania w Lazarecie i był pierwszą osobą, która wykonywała czynności lekarskie w stosunku do nowo przyjętego pacjenta. Z drugiej strony istniała ograniczona autonomia jego poczynań, nadzorowanych, czy wręcz scedowanych na cyrulika bądź lekarza. Asystent w XIX wieku, choć nieporównanie bardziej zawodowo usamodzielniony, nadal podlegał ścisłemu nadzorowi przez ordynatora i każdy krok musiał z nim konsultować, poza nagłymi przypadkami, gdy nie starczało po prostu czasu na poszukiwanie ordynatora. Kontynuacją XVIII-wiecznych przepisów jest znaczne zaangażowanie asystenta w prowadzenie dokumentacji chorych, czy też obarczenie go nadzorem nad personelem średnim, nadzorowanie działalności apteki, czy też samych chorych poprzez dwukrotne obchody w ciągu dnia. To kontinuum nie przeszkadzało projektodawcom instrukcji wypełnić dawne paragrafy nową treścią. Asystenci sami dokonywali sekcji, sami ze zwłok wybierali preparaty do celów edukacyjnych. Jeśli mieli uprawnienia (*practinierendere Ärzte*) prowadzili działania diagnostyczno-terapeutyczne z dość dużym marginesem swobody. Jednocześnie jednak na przykładzie tego dokumentu widać kształtowanie się hierarchii prowadzącej do feudalnych wręcz zależności panujących w szpitalach pomiędzy ordynatorami a podległymi im asystentami, pokutujących zresztą w wielu ośrodkach (zwłaszcza polskich) po dziś dzień.

Trzeba w tym miejscu mocno podkreślić, że do najważniejszych elementów świadczących o medykalizacji szpitali należy ściśle przypisanie im lekarza (lekarza posiadającego prawo do ordynowania leków, a więc ordynatora). Ewolucja stanowiska lekarza

Lazaretu w Gdańsku stanowi dobry przykład przeorientowania postrzegania szpitali przez czynniki decyzyjne. Droga od przypisania młodszemu fizykowi miejskiemu obowiązku wizytowania Lazaret (1703 r.)²²⁵, poprzez przepis, aby cała opieka medyczna odbywała się z przywołaniem pana medyka (1779 r.)²²⁶, zaś obchody lekarskie winny być dokonywane dwa razy w tygodniu (1768 r.)²²⁷, skończywszy na zatrudnieniu lekarza wyłącznie celem leczenia chorych w Lazarecie, z obowiązkiem codziennego dokonywania obchodów, ukazuje jednocześnie stopniowe zawłaszczanie szpitalnych działań medycznych przez profesjonalnie przygotowanego do tego celu lekarza. Z drugiej strony obserwujemy zawłaszczenie osoby lekarza przez sam szpital – fizyk miejski, pełniący dodatkową funkcję lekarza Lazaretu, przekształcił się w ordynatora, który żadnej funkcji dodatkowej pełnić nie mógł²²⁸.

Należy też zaznaczyć, że w przeciwieństwie do późniejszej o kilka lat instrukcji dla osób doglądających chorych, zarówno instrukcja dla ordynatorów jak i instrukcja dla asystentów są ważnymi dokumentami, unaoczniającymi zwiększającą się rolę lekarzy obu szczebli w diagnozowaniu i leczeniu w obszarze szpitalnym. Na tym tle staroświecka instrukcja dla osób doglądających chorych świadczy dobitnie o niedocenianiu roli personelu średniego w strukturze usług medycznych świadczonych w tym czasie przez szpital.

Wspomniana zwiększająca się rola lekarza ma niewątpliwie bezpośredni związek z profesjonalizacją zawodu. Owo zawłaszczenie obszaru szpitalnego przez lekarza odbyło się z jednoczasowym przejściem tego obszaru z rąk czeladnika chirurga i jednocześnie z przemianą chirurga jako takiego. Z pomocą w ocenie powyższego faktu na gruncie Lazaretu przychodzi uświadomienie sobie tej przemiany, zachodzącej w całym systemie medycznym Europy, szczególnie zaś w Prusach.

Punktem wyjścia do dalszych rozważań niech będzie fakt, iż do cech charakterystycznych szpitali XVII–XVIII wieku należy powszechna przewaga zatrudnianych w nich chirurgów czy też cyrulików. To, co w sytuacji gdańskiej jest ledwo uchwytne z uwagi na skromną obsadę Lazaretu, w przykładach innych, większych zakładów rysuje się z całą wyrazistością. Najlepszym wzorem jest tu Hotel-Dieu w Paryżu, gdzie w XVI wieku zatrudniano początkowo dwóch, potem czterech czeladników chirurgicznych (*garcon*), a w XVIII wieku ilość ich została z wielokrotnioną do siedemdziesięciu czterech. Tworzona przez wieki, charakterystyczna hierarchia w strukturze tego szpitala, umożliwiała z jednej strony kształcenie wysoko wykwalifikowanych chirurgów, z drugiej zaś niesienie pomocy ogromnej rzeszy chorych. I jakkolwiek stawiano kwestię edukacji na poczesnym miejscu, to jednak zarząd szpitala stale przypominał, iż pierwszym i głównym celem chirurgów szpitala jest leczenie pacjentów²²⁹. Jest jednocześnie istotne, iż aż do drugiej połowy XVII wieku tak prowincjonalny szpital gdański²³⁰, jak i szpital

²²⁵ APG, 300, 93/44, s. 228.

²²⁶ APG, 300, 87/6, §12.

²²⁷ APG, 300, 87/2; por. aneks, dok. nr 8, I Cap., paragraf II.

²²⁸ Poza wspomnianą funkcją konsultacyjną. Ograniczanie praktyki ordynatorów do działań wyłącznie na terenie podległej im placówki było stosowane bardzo często. Np. w Monachium likwidacja prywatnych praktyk ordynatorów nastąpiła w 1830 r. Stollberg, Tamm 2001, s. 119

²²⁹ T. Gelfand, *Gestation of the Clinic*. „Medical History”, 1981, 25, s. 171–172.

²³⁰ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 202–204; APG, 87/2, nie pagin.

paryski, jeden z największych ówczesnych szpitali europejskich²³¹, nie zatrudniały stałego lekarza, a jedynie medyków okresowo przeprowadzający wizytacje i udzielających porad medycznych, wspierających działania chirurgiczne. W paryskim Hotel-Dieu sytuacja ta była dalece niezadowalająca, skoro niektórzy z lekarzy prowadzili obchody raz na kilka miesięcy. Efektem marginalizacji poczucia odpowiedzialności za losy ubogich ze strony lekarzy było przerzucenie niemal całej odpowiedzialności za stan zdrowia pacjentów na barki czeladników chirurgicznych mieszkających na stałe w szpitalu, zjawisko zarysowane wyraziście tak w Paryżu²³², jak i w Gdańsku²³³. Sytuację należy uznać za typową w większości szpitalnych ośrodków Europy dla XVIII wieku. Zjawisko to znajduje swe potwierdzenie także w następującym fakcie: w latach 1742–1746 mistrz Hansohn otrzymywał z kas miejskich za opiekę nad chorymi gdańskiego Lazaretu rocznie 300 guldenów, zaś jego czeladnik, Helbing, 255 guldenów rocznie. W tym czasie lekarzem Lazaretu był dr Gelentin, który otrzymywał rocznie zaledwie 100 guldenów²³⁴. Tak znaczące różnice w wypłacanych przez miasto wynagrodzeniach doskonale ilustrują odmienną rolę chirurgii i medycyny zachowawczej w ówczesnej opiece stacjonarnej.

Wydaje się, że nie bez znaczenia była też autoocena środowiska lekarskiego, dobitnie scharakteryzowana przez Joannę Schopenhauer w jej pamiętnikach²³⁵. Zjadliwy, wręcz molierowski – jak go podsumowuje Aleksander Drygas²³⁶ – opis podkreśla zadufanie, przy całkowitym braku kompetencji. Jeśli nawet wziąć poprawkę na podporządkowanie ścisłych faktów literackiemu opisowi i na stronniczość Schopenhauer, to mimo wszystko trudno przypuszczać, że osoba każąca tytułować się *ekscelencja*, była doskonałym materiałem na lekarza ubogich²³⁷. Tezę tę potwierdza zachowanie medyków w czasie dżumy w 1709 r., masowo opuszczających miasto, wbrew prawu. Dodać można na marginesie – szkoda, że tego ostatniego faktu Schopenhauer nie знаła.

Odmienne prace w Lazarecie traktowali czeladnicy cyrulików. Wydaje się, że zwłaszcza w XVIII wieku była to posada pożądana, albowiem wielu młodym ludziom umożliwiała osiągnięcie stopnia mistrzowskiego²³⁸. Na przełomie XVIII i XIX wieku doszło nawet do tego, że Johann Daniel Technau, czeladnik cyrulika w Lazarecie, pomimo że nie był członkiem cechu, nabył oficynę cyrulika w 1809 r. Powoływał się na swą nienaganą służbę, zwłaszcza kiedy w 1807 r. z narażeniem życia podczas bombar-

²³¹ Gelfand 1981, s. 174.

²³² Gelfand 1981, s. 174.

²³³ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 215–232; por. aneks, dok. nr 7.

²³⁴ Sokół 1957, s. 107.

²³⁵ J. Schopenhauer, *Gdańskie wspomnienia młodości*. Przekład: T. Kruszyński. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1959, s. 80.

²³⁶ A. Drygas, *Medycyna i farmacja jako dziedziny zainteresowań Towarzystwa*. [w:] J. Szukalski (red.) *Towarzystwo Przyrodnicze w Gdańsku (w 250. rocznicę jego założenia)*. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskie, 1993, s. 74.

²³⁷ Na ten aspekt zwraca uwagę Thomas Broman, konstatując przy tym fakt, że ówczesne biografie lekarskie opisują szczegółowo przebieg studiów oraz późniejszą karierę, znajomość z innymi lekarzami oraz dorobek naukowy, natomiast nie uwzględniają wcale zdolności, jakimi wykazywali się lekarze przy łóżku chorego. Nawet powstające w tym czasie definicje zawodu lekarskiego – pisze dalej autor – „unaoczniają zasadniczy konflikt pomiędzy egalitarnymi a elitarnymi prądami oświecenia”. (T. Broman, *Der ärztliche Beruf zwischen 1750 und 1820: Einige Bemerkungen zum Thema „Professionalisierung”*. [In:] P. Schneck, H.-U. Lammel, *Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810–1850*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften“, H. 67. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s. 244–245).

²³⁸ Sokół 1957, s. 110.

dowania miasta posługiwał chorym, podczas gdy lekarz, mistrz cyrulik i aptekarz uciekli²³⁹. Pomimo oporu cechu Technau oficynę cyrulika nabył²⁴⁰.

W tym miejscu przypomnieć wypada przepis z ordynacji medycznej z 1768 r., zakazujący wykonywanie czeladnikom cyrulickim wykonywanie poważniejszych operacji, scedowującym jednocześnie ten obowiązek wyłącznie na chirurgów. Trudno dziś jednoznacznie wyznaczyć zakres zabiegów wykonywanych w tym czasie w Lazarecie. Posiłkować się można jedynie pewnymi wskazówkami. Między innymi poziom wykształcenia zawodowego przeciętnego chirurga na początku XIX wieku (1808 r.) ukazuje przypadek niejakiego Müllera: w czasie egzaminu²⁴¹ uprawniającego go do osiedlenia się w Gdańsku, wykazał się znajomością sposobów leczenia przepuklin, wykonywania upustów krwi i leczenia zaćmy²⁴². Z wykazu pacjentów Lazaretu z 1776 r. dowiadujemy się, że dokonywano tam operacji amputacji kończyn, czy też amputacji sutka²⁴³.

W ciągu następnych kilkudziesięciu lat jakość usług medycznych w zakresie chirurgii świadczona w Lazarecie uległa niewątpliwie poprawie. Stało się tak między innymi za sprawą zmiany przepisów prawnych w Prusach, czyniących z chirurgii jedną z gałęzi medycyny uniwersyteckiej. Za przykład pierwszych kroków tym kierunku może posłużyć wydana w Hamburgu w 1818 r. ordynacja medyczna. Na podstawie jej przepisów wydzielono trzy klasy praktykujących w zawodzie chirurga. Do pierwszej klasy należały osoby posiadające umiejętności w całym zakresie ówczesnie praktykowanej chirurgii. Do klasy drugiej osoby wykonujące proste zabiegi chirurgiczne. Dokonywane przez nich operacje mogły być przeprowadzane tylko pod nadzorem. Do klasy trzeciej zaliczono osoby umiejące (i posiadające prawo) jedynie puszczać krew, stawiać bańki i wykonywać najprostsze zabiegi. Przepis ten miał oczywiście za zadanie zapewnienie pacjentom większego bezpieczeństwa, ale jednocześnie reglamentował rynek usług chirurgicznych²⁴⁴. Dodatkowo istniał przepis tejże ordynacji głoszący, że istnieje możliwość prowadzenia praktyki internistycznej przez chirurgów po uprzednim zdaniu odpowiedniego egzaminu. Z jednej strony miało zapobiegać pokątnym działaniom niedouczonej cyrulików, a z drugiej otwierało drogę do połączenia umiejętności chirurgicznych z wiedzą lekarską²⁴⁵.

W 1825 r. władze pruskie wydały rozporządzenie, na mocy którego uporządkowano sytuację prawną osób zajmujących się zawodowo wykonywaniem zawodów medycznych. Do najważniejszych postanowień rozporządzenia należało usankcjonowanie zawodu chirurga jako zawodu lekarskiego. Stworzenie grupy tzw. chirurgów pierwszej klasy (*Wundärzte erster Klasse*) spowodowało wyodrębnienie profesjonalistów mających zarówno wykształcenie medyczne, jak i posiadających umiejętności chirurgiczne (*Mediko-Chirurgen*). Zlikwidowano tym samym dawną opozycję lekarz-chirurg, choć

²³⁹ Sokół 1957, s. 206.

²⁴⁰ Sokół 1957, s. 207. Technau czynny był jeszcze w 1817 r. *Adreß-Buch für das Königlich Danziger Regierungs-Departement mit besonderer Berücksichtigung der Stadt Danzig und ihres Polizei-Bezirks*. Danzig: Verlag des Königlich Preußischen Intelligenz-Comtoirs, 1817, s. 33.

²⁴¹ Obowiązek względem egzaminowania kandydatów na mistrzów chirurgii, bądź obcych mistrzów chcących osiedlić się w Gdańsku, spoczywał na fizykach miejskich. Sokół 1957, s. 88.

²⁴² Sokół 1957, s. 89.

²⁴³ APG, 300, 87/3 s. 2–6.

²⁴⁴ Rodegra 2002, s. 28–29.

²⁴⁵ Rodegra 2002, s. 31.

nadal utrzymano osobną specjalność – lekarza „czystego” (*medicus purus*). Kandydat do tej ostatniej specjalności podczas składania egzaminu państwowego nie musiał wykazać się opanowaniem technik chirurgicznych²⁴⁶. W praktyce jednak często nie spełniały się teoretyczne założenia: chirurdzy pierwszej klasy nie uzyskiwali pożądaných kwalifikacji ogólnomedycznych²⁴⁷, zaś widzący w nich konkurentów lekarze starali się na drodze prawnej do ograniczania ich obszaru działań jedynie w obrębie chirurgii²⁴⁸. Istniało też przekonanie, iż „choroby wiejskie”, jak też w małych miastach raczej są schorzeniami chirurgicznymi lub też są prostszej natury, niż „choroby miejskie”, dlatego też tam należy kierować raczej chirurgów (w tym chirurgów pierwszej klasy)²⁴⁹.

Chirurdzy drugiej klasy (*Wundärzte zweiter Klasse*), z uwagi na ograniczony zakres kształcenia, przeznaczeni byli do wykonywania prostych zabiegów chirurgicznych oraz do wykonywania czynności pomocniczych przy zabiegach przeprowadzanych przez chirurgów pierwszej klasy.

Tak więc obowiązujące od 1825 r. przepisy prawne spowodowały zniesienie separacji chirurgii i medycyny, jak również obostwienie wymagań egzaminacyjnych. Z drugiej strony powstanie instytutów dla chirurgów pierwszej klasy należy postrzegać krytycznie, tym bardziej że nie są jasne motywy tego kroku. Samo określenie „chirurg pierwszej klasy” jest mylące, gdyż w ramach nauczania zawodu wykładano zarówno internę jak i chirurgię. Wymogi, które stawiano przed kandydatami, były niejednokrotnie nie do spełnienia (np. umiejętność posługiwania się łaciną, wobec faktu, że głównymi kandydatami byli absolwenci jedynie szkół powszechnych)²⁵⁰.

Efektom reformy nauczania medycyny z 1825 r. była stopniowa profesjonalizacja zawodu, przejawiająca się między innymi stopniowym zmniejszaniem się ilości chirurgów drugiej klasy, przy jednoczesnym wzroście ilości chirurgów pierwszej klasy oraz doktorów medycyny (*die promovierten Ärzte*). Wśród tych ostatnich wzrastał zwłaszcza udział takich osób, które oprócz wiedzy internistycznej posiadały wiedzę chirurgiczną i położniczą. W 1828 r. w Prusach było dziewięćset czterdziestu siedmiu takich lekarzy (na tysiąc dziewięćset osiemdziesięciu sześciu doktorów medycyny), dwanaście lat później już tysiąc osiemset dziewięćdziesięciu trzech (na dwa tysiące siedmiuset dwudziestu sześciu doktorów medycyny). Oznacza to, że proporcjonalnie gwałtownie spadała ilość doktorów medycyny nieuprawiających jednocześnie chirurgii (*medici puri*). Podobnie ilość chirurgów pierwszej klasy wzrosła z trzystu siedemdziesięciu dziewięciu w 1828 r. do ośmiuset dwudziestu siedmiu w 1846 r., zaś chirurgów drugiej klasy zmalała w tych samych latach z dwóch tysięcy pięćdziesięciu ośmiu do tysiąca stu czterdziestu czterech. Jednocześnie jednak wzrosła ilość mieszkańców przypadająca na jednego lekarza. Nie

²⁴⁶ Huerkamp 1985, s. 45.

²⁴⁷ Jednym z powodów tego stanu rzeczy było wyodrębnienie instytutów medykochirurgicznych (*mediko-chirurgischen Lehranstalten*), z ograniczonym programem nauczania (w Münster – 1822 r., Wrocławiu – 1823 r., Magdeburgu – 1827 r. oraz w Greifswaldzie – 1831 r.). Huerkamp 1985, s. 48. Także na terenie Królestwa Polskiego postrzegano inne, jakościowo gorsze przygotowanie chirurgów do studiów medycznych. Efektom tego było między innymi brak wymogu znajomości przez nich języka łacińskiego. T. Brzeziński, *Polskie peregrynacje po dyplomy lekarskie: od średniowiecza po odzyskanie niepodległości w 1918 r.* Warszawa: Retro-Art, 1999, s. 58–59.

²⁴⁸ Huerkamp 1985, s. 49.

²⁴⁹ Huerkamp 1985, s. 49.

²⁵⁰ Biadała 1976, s. 921–922; Huerkamp 1985, s. 47–48.

rozdzielając lekarzy na poszczególne kategorie, przeciętnie w Prusach w 1828 r. na jednego lekarza przypadało dwa tysiące ośmiuset siedemdziesięciu siedmiu mieszkańców, w 1846 r. dwa tysiące dziewięćset pięćdziesięciu dwóch. Z drugiej strony na jednego doktora medycyny w 1828 r. przypadało aż sześć tysięcy czterystu ośmiu mieszkańców, zaś w 1846 r. znacząco mniej: pięć tysięcy sto trzydziestu sześciu²⁵¹.

Zjawisku szybkiego rozwoju kadr medycznych w Prusach towarzyszyło jednak i niekorzystne zjawisko: w prowincjach, w których pracowało wielu doktorów medycyny, jednocześnie skupionych było wielu chirurgów pierwszej klasy. W prowincjach, w których zatrudnionych zostało mniej doktorów, równocześnie zatrudniano mniej chirurgów pierwszej klasy. Tak więc zamiar, aby chirurdzy pierwszej klasy wypełniali lukę tam, gdzie istniał niedobór internistów, nie został zrealizowany. W efekcie tereny wiejskie i małych miast w prowincjach, których gorsza była obsada lekarska (czasem jeden doktor medycyny przypadał na niemal trzysta tysięcy mieszkańców), zaopatrywane były przede wszystkim przez słabo wykształconych chirurgów drugiej klasy. W efekcie, pomimo że w 1825 r. kategorycznie zakazano tymże chirurgom uprawiania specjalności internistycznej, to już w 1828 r. wydano rozporządzenie, na mocy którego w przypadku braku w pobliżu lekarza, w nagłych przypadkach mieli oni nie tylko prawo, ale wręcz nakaz udzielania pomocy internistycznej wedle swej najlepszej wiedzy²⁵².

Następnym krokiem w kierunku profesjonalizacji zawodu lekarskiego w Prusach stała się likwidacja dwustopniowej hierarchii panującej w chirurgii. Odbyło się to w latach 1851 i 1852 na drodze ustawowego zniesienia profesji chirurga drugiej klasy i przemianowania jej na felczera (*Heildiener*). Zlikwidowano też instytuty medyko-chirurgiczne (lata 1848–1852)²⁵³.

W okręgu gdańskim (*Bezirk*) w 1825 r. było czynnych siedemdziesięciu siedmiu lekarzy, w 1849 r. stu piętnastu, w 1852 r. stu czterdziestu jeden, zaś w 1861 r. stu sześćdziesięciu trzech. W tym ostatnim roku czynnych było w tym okręgu stu dwudziestu czterech doktorów medycyny (*promovirten Ärzte*) oraz trzydziestu dziewięciu chirurgów pierwszej i drugiej klasy. Na jednego lekarza przypadało w tym roku dwa tysiące dziewięćset siedemnaście mieszkańców. W tym samym czasie przeciętna dla całego państwa pruskiego wynosiła trzy tysiące siedemdziesiąt sześciu mieszkańców na jednego lekarza. Wkrótce potem doszło do gwałtownego spadku ilości lekarzy okręgu gdańskiego i od 1867 r. było ich tylko około stu trzydziestu (w 1876 r. przeciętna dla całego państwa pruskiego wynosiła trzy tysiące dwustu dwudziestu dziewięciu mieszkańców na jednego lekarza, w okręgu gdańskim zaś na jednego lekarza przypadało cztery tysiące siedemdziesięciu ośmiu mieszkańców)²⁵⁴.

Wspomniany powyżej czterocłonowy rozdział na lekarzy upoważnionych zarówno do leczenia internistycznego, jak i chirurgicznego, na lekarzy posiadających tylko prawo do leczenia internistycznego, na chirurgów I klasy oraz na chirurgów II klasy w połącze-

²⁵¹ Huerkamp 1985, s. 50.

²⁵² Huerkamp 1985, s. 51, 53.

²⁵³ Huerkamp 1985, s. 57–58. Dla porównania: w Galicji separacja chirurgów od lekarzy medycyny (przynajmniej prawna) istniała aż do 1901 r., pomimo że na Uniwersytecie Jagiellońskim nie nadawano tytułu doktora chirurgii już do 1843 r. Franaszek 2002, s. 138

²⁵⁴ „Zeitschrift des Königlich Preussischen Statistischen Bureaus”, 1863, 3, s. 235; *Statistisches Handbuch für den Preussischen Staat*. Bd. 1. Berlin: Verlag des Königlichen Statistischen Bureaus, 1888, s. 372.

niu z wymogami, stawianymi w całych Prusach wyszczególnionym kategoriom medyków, zaowocował w Gdańsku obsadzeniem stanowisk lekarskich Lazaretu wysoko kwalifikowaną kadrą lekarską. Nie jest prawdą twierdzenie Eugeniusza Biadały, że w Gdańsku w pierwszej połowie XIX wieku żaden z chirurgów nie wyróżniał się specjalnymi zdolnościami²⁵⁵. Można wymienić co najmniej dwa nazwiska, oba zresztą skojarzone z Lazaretem, wybitnych lekarzy odnoszących sukcesy zwłaszcza na polu chirurgii. Byli to Wilhelm Baum (1799–1883) oraz Albrecht Wagner (1827–1871)²⁵⁶. Dla drugiej połowy XIX wieku należy wymienić jeszcze dwie osobowości: Georga Wilhelma Bauma (1836–1896), syna Wilhelma oraz Paula Schrötera (1853–1913).

Wilhelm Baum (por. rycina 22) związał się z gdańskim Lazaretem w 1830 r., gdy na dwanaście lat objął kierownictwo zarówno oddziału internistycznego, chirurgicznego, jak i całego szpitala. Stosował nowatorskie metody chirurgiczne, w tym polipektomii i litotrypsji. Sam przeprowadzał sekcje zwłok wszystkich zmarłych pacjentów Lazaretu. Wszechstronnie uzdolniony, otaczany był szczególnie rodzaju czcią. Wedle Theodora Billrotha, skądinąd ucznia i przyjaciela Bauma, cechowała go pewnego rodzaju mania wielkości i poczucie niesienia misji. Po opuszczeniu Gdańska pełnił obowiązki profesora medycyny – chirurgii uniwersytetu w Greifswaldzie (do 1848 r.), a następnie w Getyndze²⁵⁷.

Albrecht Wagner pełnił swe obowiązki naczelnego lekarza Lazaretu w latach 1853–1858. Jego kunszt chirurgiczny skłonił władze uniwersyteckie w Królewcu do powierzenia mu kierownictwa kliniki chirurgicznej. Z powodu bardzo częstych infekcyjnych powikłań pooperacyjnych znajdowała się ona w bardzo trudnej sytuacji. Wagner doprowadził do zamknięcia starych budynków i budowy nowej kliniki w 1864 r. Rygorystyczne przestrzeganie zasad aseptyki doprowadziło do utrzymania wysokiego standardu i uzyskania minimalnej ilości powikłań infekcyjnych²⁵⁸.

Georg Wilhelm Baum początkowo pracował w Lazarecie, wspomagając od 1875 r. nowo otwarty oddział chirurgiczny szpitala diakonis²⁵⁹, a w 1876 r. został starszym lekarzem Lazaretu. W połowie lat osiemdziesiątych XIX wieku zorganizował filię Lazaretu przy *Sandgrube*. Uważany był za wybitnego chirurga, zapraszanego także do innych miast Prus Zachodnich²⁶⁰.

Paul Schröter medycynę studiował w Berlinie. Początkowo pracował jako lekarz wojskowy, następnie asystentem Georga Wilhelma Bauma w Lazarecie. Od 1894 r. aż do nagłej śmierci w 1913 r. pełnił funkcję ordynatora szpitala boromeuszek. Uważany był za niezwykle uzdolnionego operatora, a także wybitnego organizatora (rozbudował znacząco bazę chirurgiczną szpitala Najświętszej Maryi Panny)²⁶¹.

Ostatnie ważne zagadnienie, bardzo ściśle związane z procesem medykalizacji szpitali, to miejsce lekarzy w strukturze zarządzania.

²⁵⁵ Biadała 1998, s. 174.

²⁵⁶ H. Klose, *Zur Geschichte der Chirurgie in Danzig*. „Danziger Ärzteblatt”, 1934/1935, 2, s. 32–34.

²⁵⁷ Klose 1934, s. 32–34; Gliński 1994, s. 15–16.

²⁵⁸ Klose 1934, s. 32; Gliński 1994, s. 99.

²⁵⁹ Hülsen, von 1907, s. 168.

²⁶⁰ Gliński 1994, s. 15.

²⁶¹ Steffen 1927, s. 157–158.

Otóż aż do XIX wieku wpływ lekarzy na kształtowanie wewnętrznego środowiska szpitalnego był w Gdańsku (jak i w większości placówek europejskich) znikomy. Wspomniano już, że akt przyjęcia chorego do Lazaretu w swej istocie był aktem administracyjnym. W ordynacji Lazaretu z 27 stycznia 1779 r.²⁶² wyraźnie wskazano na źródło takiego stanu rzeczy – nadużywanie dobrodziejstwa hospitalizacji przez ubogich. W rzeczywistości chodziło o wydzielenie z grupy ubogich chorych tych osób, które nie miały prawa do bezpłatnej opieki w Lazarecie. Tak więc administracyjny nakaz selekcji brał się z prawnych systemów klasyfikacji ubogich, te zaś z realiów ekonomicznych. Osobą kierującą do Lazaretu daleko poza 1800 r. nie był lekarz, a urzędnik miejski. Podobnie zarządy szpitali składały się z osób zupełnie niezwiązanych profesją z zawodem lekarza, czego przykłady znajdujemy na każdym kroku, w tym także w gdańskim Lazarecie. Do wyjątków należy paragraf we wspomnianej już ordynacji z 1779 r., gdzie zobligowano prowizorów aby wszelkie sprawy medyczne Lazaretu rozstrzygane były wyłącznie w obecności lekarza²⁶³. Postanowienie to było pewnego rodzaju kompromisem, jaki został podjęty w związku z próbą podporządkowania Lazaretu w kwestiach medycznych komisji Rady złożonej z czterech lekarzy²⁶⁴. Ponieważ projekt nie został zrealizowany, w ordynacji tej wprowadzono wspomniany zapis ograniczający kompetencje prowizorów w zakresie kwestii medycznych. Jest to istotny trop, ukazujący załączek stopniowego oddzielania zakresu działań administracyjnych od medycznych.

Niestety, w praktyce po 1800 r. niewiele się w tej dziedzinie zmieniło. Pewne światło na stosunki panujące w Lazarecie w latach trzydziestych i czterdziestych XIX wieku rzuca tekst pochodzący z 1863 r. w którym znaczną rolę w kształtowaniu się relacji pomiędzy zarządem a lekarzami przypisano nie tyle uregulowaniom prawnym, ile cechom osobowym ówczesnych ordynatorów. Byli nimi, jak już wspomniano, wybitni lekarze: Wilhelm Baum i Emil Götz, którzy posiadali wpływy w mieście z racji koligacji rodzinnych i osobistych walorów. Otóż, jak donosi wspomniany tekst, lekarze ci tak korzystnie wpływali na zarząd, że mimo wielu mankamentów udawało się wówczas wypełniać statutowe zadania placówki. Ich następcą, dr Wagner, nie był już tak korzystnie postrzegany, gdyż ganił zastane w szpitalu nieprawidłowości, czym narażał się wielu prominentnym osobom. Po jego odejściu w 1858 r. powstała tam, jak to określono, lekarska koteria, która do tego dążyła, aby podzielić stanowisko ordynatora na dwa odrębne stanowiska ordynatorskie. Działo się tak dlatego, iż silnie stanowisko ordynatora Lazaretu (zapewne jako jeden z elementów nadzoru medycznego w mieście) dla wielu było niedogodne. Jednocześnie zadaniem owej koterii było, jak głosi dalej omawiany tekst, pozabawienie wpływu lekarzy na zarządzanie zakładem, co się dokonało z dużą szkodą dla fundacji²⁶⁵.

²⁶² APG, 300, 87/6, nie pagin.

²⁶³ APG, 300, 87/6, nie pagin.

²⁶⁴ Zdarzenie miało miejsce jedenaście lat wstecz (1768 r.), gdy tworzono ordynację medyczną Lazaretu. Z pomysłu zrezygnowano, między innymi z powodu gwałtownego oporu cechu cyrulików, stawianego wobec zamiaru wprowadzania do szpitala na stanowisko chirurga osób spoza tej korporacji. APG, 300, 87/2, nie pagin. (1768 r.). Sokół 1957, s. 109.

²⁶⁵ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., odpis artykułu z „Allgemeine Medizinische Central Zeitung”, 1863, XXXII: *Es war der Oberarzt des Lazareths bis dahin der Arzt gewesen, den nothwendigen Rathgeber betrachtete. Diese Stellung der Oberärzte war einem Theil der Danziger Aerzte unbeuem. Man setzte deshalb diese Theilung der Stelle durch, und gab die innere Station dem Dr. Stich, die äußere dem Prof.*

Jak wspomniano, lekarze byli urzędnikami miejskimi, a więc ich zatrudnianie i zwalnianie należało do kompetencji Magistratu. Jednak ich wpływ na funkcjonowanie szpitala pozostawał bardzo niewielki. Najlepiej kwestię tę obrazuje wprowadzony w życie w 1861 r. statut, w myśl którego zatrudnianie ordynatorów czy też nadinspektora przynależało do Magistratu, przy czym w przypadku obsadzania tych stanowisk należało zasięgać opinii zarządu (nie lekarzy). Zatrudnianie i zwalnianie pozostałych pracowników szpitala, a mianowicie zarządcy (*Hausmeister*), szafarki (*Speiseverwalterin*), nadzorczynie pralni (*Wäscheverwalterin*) oraz pomocników biurowych, dokonywane było przez zarząd po propozycji ewentualnie zasięgnięciu opinii nadinspektora, zaś asystentów i pomocników aptekarskich po propozycji ewentualnie zasięgnięciu opinii ordynatora. Osoby doglądające chorych były zatrudniane i zwalniane na wspólny wniosek ewentualnie po zasięgnięciu opinii zarówno nadinspektora, jak i ordynatora. Zarząd podejmował ważne decyzje kolegialnie i w razie potrzeby miał obowiązek zapraszać nadinspektora i ordynatora. Jednak ci ostatni mieli zaledwie głos doradczy²⁶⁶.

Warto jednak zauważyć, że w tym ostatnim punkcie dostrzec można początki tego, co miało się pojawić trzy lata później. W 1864 r. wprowadzono w życie prowizoryczny statut Lazaretu. W myśl jego postanowień nadzór nad zakładem należał nadal do kolegium prowizorów, lecz pojawia się tu istotne *novum*, a mianowicie bezpośrednie prowadzenie zakładu powierzono administracji, składającej się z ordynatora (w przypadku gdy w szpitalu czynnych było dwóch ordynatorów – tego, który pierwszy został powołany na to stanowisko, *ältester Oberarzt*) i nadinspektora (*Oberinspektor*). Obaj członkowie administracji byli jako urzędnicy państwowi czynni do czasu wypowiedzenia lub też dożywności. Ich zatrudnienie dokonywane było nadal przez kolegium prowizorskie z uprzednią akceptacją Magistratu²⁶⁷.

Uprawnienia i obowiązki administratorów regulowane zostały osobną instrukcją wydaną dla niej przez Magistrat i Rejencję. W jej wstępie raz jeszcze podkreślono, że administracja Lazaretu składała się z najstarszego ordynatora oraz nadinspektora zakładu. Obu przypadają bezpośrednio kierownictwo zakładem, natomiast obaj byli bezpośrednio podporządkowani kolegium prowizorów. Administratorzy zarządzali sprawami zakładu samodzielnie, z własną odpowiedzialnością. Obaj członkowie administracji mieli za zadanie wzajemnie się koordynować. Wszelkie wspólne zarządzenia administratorów musiały być poddane wzajemnej konsultacji. Jeśli w następstwie tego nie uzyskano aprobaty, to rozstrzygnięcie przysługiwało kolegium prowizorów. Jeśli jednak sprawa była niecierpiąca zwłoki, jak również interes zakładu lub pozostałych uczestników wymagały natychmiastowego rozstrzygnięcia, to należało postąpić w sprawach medyczno-technicznych wedle zdania ordynatora, zaś w sprawach administracyjnych wedle zdania nadinspektora. Administratorzy byli bezpośrednio ustanowioną władzą nad wszystkim urzędami w Lazarecie, nad zatrudnionymi lekarzami, aptekarzami, urzędni-

Pohl. Nebenbei wirkte diese ärztliche Coterie dahin, daß den beiden Oberärzten eine Instruction gegeben wurde, die eine wortgetreue Abschrift der Instruction der dirigirenden Aerzte der Charité war, durch welche den Oberärzten ein jeder Einfluß auf Verwaltung der Anstalt entzogen war. Nachdem so der letzte Halt, der die morsche Anstalt zusammenhielt, der ärztliche Einfluß auf Verwaltung, gänzlich vernichtet war, traten die grellen Schattenseiten dieser traurigen Krankenanstalt immer schärfer hervor.

²⁶⁶ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3622, nie pagin., statut dla zarządu Lazaretu z 1861 r.

²⁶⁷ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3624, nie pagin., prowizoryczny statut Lazaretu, z 09 czerwca 1864 r.

kami oraz osobami przyjętymi na służbę w domu. Ich władzy dyscyplinującej podlegali lekarze, aptekarze i urzędnicy zakładu. Administratorom przysługiwało przyjmowanie personelu dogląającego chorych oraz posługującego, jednocześnie jednak z obowiązkiem przedstawiania go kolegium prowizorskiemu. Przyjmowanie lekarzy-asystentów i urzędników etatowych pozostało przy prowizorach, przy czym administratorzy byli uprawnieni do proponowania kandydatów. Administratorzy mieli przy poważnych wykroczeniach możliwość podjęcia decyzji o natychmiastowym zwolnieniu winnego. O zwolnieniu takiej osoby kolegium prowizorskie winno być informowane bezzwłocznie. Administratorom przypadało prowadzenie i zarządzanie znajdującymi się w zakładzie oddziałami. Mieli oni nadzorować prowadzenie zakładu przez lekarzy i czuwać nad tym, a zwłaszcza na ordynatorami, aby personel lekarski okazywał najwyższą staranność w leczeniu chorych. Obaj członkowie administracji, zarówno osobno, jak i wspólnie, mieli kontrolować oddziały szpitalne. Wyłącznie do administratorów należało przyjmowanie chorych, w oparciu o osobny statut, bez ujmy dla praw prowizorów w szczególnych przypadkach ubogich chorych tego miasta. Natomiast zatrudnianie osób dogląających chorych i pozostałych osób obsługi należało wyłącznie do nadinspektora. W rękach obu członków administracji spoczywało dyscyplinowanie personelu posługującego oraz pomocniczego, łącznie ze zwolnieniem z pracy²⁶⁸.

Taki stan rzeczy przetrwał przez dziesięć lat. Przejęcie w 1874 r. przez miasto Lazaretu i likwidacja prowizoratu skutkowałą koniecznością stworzenia nowego ciała zarządzającego (*Commission für die städtischen Kranken-Anstalten nebst Arbeitshaus*), w skład którego wchodził: prezes (*Präses*), jego zastępca (*Stellvertreter*), radni miejscy (*Stadtverordneter*) w zmiennej ilości dwóch – trzech urzędników oraz przedstawiciele mieszczaństwa (*Bürgermitglieder*) w ilości trzech członków²⁶⁹. Żaden z nich nie był lekarzem. Utrzymano za to wprowadzony w życie w 1864 r. system bezpośredniego administrowania, w skład którego wchodził lekarz i urzędnik (nadinspektor), przy czym dawny urząd najstarszego ordynatora nazywany był odtąd urzędem lekarza nadzorującego (*Chefarzt*)²⁷⁰.

Dla odmiany warto się przypatrzeć szpitalom nieobciążonym wielowiekową instytucją prowizoratu.

W szpitalu Najświętszej Maryi Panny siostr boromeuszek wedle statutu z 1852 r. zarząd, znajdujący się zarówno pod nadzorem władzy kościelnej biskupa (§2) i świeckiej państwa (§3), składał się z katolickich duchownych oraz świeckich obywateli Gdańska i Nowych Szkotów (§7). W skład pierwszego zarządu weszli proboszczowie oraz kupcy. Był także jeden lekarz (*Kreisarzt* dr Lenz), jednak niepowiązany ze szpitalem zawodowo. Stan taki obowiązywał w latach następnych (w 1924 r. wybrany został weterynarz)²⁷¹. Przyjmowanie chorych odbywało się natomiast w oparciu o pisemne orzeczenie lekarskie (§12). Zabronione było wychodzenie rekonwalescentów na przepustkę bez wyraźnego zezwolenia wydanego przez lekarza lub siostrę przełożoną (§16). Tak cho-

²⁶⁸ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3624, nie pagin., instrukcja dla administratorów Lazaretu, 1864 r.

²⁶⁹ *Danzig's Communal-Behörden 1877*, s. 9; *Danzig's Communal-Behörden 1879*, s. 9; *Danzig's Communal-Behörden 1881*, s. 9. Por. także tomy następne.

²⁷⁰ *Danzig 1880*, s. 274.

²⁷¹ Steffen 1927, s. 142.

rzy, jak i rekonwalescenci i odwiedzający musieli podporządkowywać się zaleceniom lekarskim oraz siostry przełożonej (§17)²⁷².

W szpitalu diakonis statutem z 1860 r. zarząd składał się wyłącznie z obywateli gdańskich (§4–§9), przy czym choć pierwotnie prawnie nie ograniczono tej grupy zawodo-wo, to jednak w jej skład nie wchodził przedstawiciele środowiska medycznego. Nadzór nad wszelkimi działaniami diagnostycznymi i leczniczymi przyznany został wyłącznie lekarzowi (§10–§11). Jednocześnie ten sam statut określił rolę duchownego domu, pełniącego posługę duszpasterską, rozumianą jako opiekę duchową chorych (§12). Opieka pielęgniarska, jak i wszelkie sprawy wewnętrzne domu w myśl następnego paragrafu (§13) należały do diakonis²⁷³. Ten układ wzajemnych stosunków poszczególnych podmiotów szpitala został podtrzymany w wydanym pięć lat później (13 marca 1865 r.) statucie, zatwierdzonym przez nadprezydenta prowincji 04 kwietnia 1865 r.²⁷⁴ Co godne podkreślenia, w następnej redakcji statutu szpitala diakonis w 1879 r. dobitnie zaznaczono, że obaj ordynatorzy nie mogą być członkami zarządu, podobnie zresztą jak pastor zakładu oraz siostra przełożona²⁷⁵.

Jak widać, tak w Lazarecie, jak i w szpitalu boromeuszek oraz zakładzie diakonis, istniała ścisła separacja zarządu od urzędów medycznych. Cezurą stało się wprowadzenie do zarządu Lazaretu w obrębie administracji lekarza, którego partnerem był jednak urzędnik pionu administracyjnego (nadinspektor). W szpitalu diakonis natomiast separacja obu pionów w 1879 r. została zawarowana prawnie.

Zasada ta była zresztą częsta. We Francji drugiej połowy XIX wieku istniała ścisła separacja kompetencji lekarskich od kompetencji zarządu. Działalność lekarska ograniczała się tylko do działalności medycznej, bez wpływu nawet na działanie i obsadę średniego i niższego personelu szpitalnego²⁷⁶. Przeprowadzona w 1870 r. w Królestwie Polskim reforma szpitalnictwa nie uwzględniła możliwości uczestnictwa w Radach Dobroczynności Publicznej (organie nadzorczym szpitali) jakiegokolwiek lekarza, choć już w 1832 r. wskazywano na fakt, że Rady złożone wyłącznie z urzędników *nie mogą mieć wpływu na polepszenie szpitali*. W efekcie jedynym kompetentnym czynnikiem w administracji stał się odtąd urząd inspektora szpitalnego, obsadzany przez lekarza. Wszystko to stwarzało taką sytuację, że, jak to podsumowuje Wacław Męczkowski, *według ustawy lekarz szpitala do Rady Dobroczynności Publicznej nie należy, do zarządu nie może się wtrącać a spełnia jedynie czynności lekarskie w szpitalu*²⁷⁷. Jeszcze w 1903 r. tworzenie choćby tylko ciał doradczych w szpitalach, pod postacią rad ordynatorów, pozostawało zazwyczaj w sferze postulatów²⁷⁸. Podobne trudności przeżywały szpitale zarządzane przez zgromadzenia kościelne, szczególnie odporne na wprowadzane w nich przemiany

²⁷² *Statuten des St. Marienkrankenhauses* 1852.

²⁷³ *Statut des Diakonissen-Krankenhauses* 1860.

²⁷⁴ *Statut des Diakonissen-Krankenhauses für Kinder und Erwachsene in Danzig*. Danzig: Edwin Groening, 1865.

²⁷⁵ *Statut des Diakonissen-Krankenhauses (Westpreussisches Diakonissen-Mutterhaus) zu Danzig*. Danzig: [b.w.] 1879, §6.

²⁷⁶ Dobieszewski 1870, s. 36–37.

²⁷⁷ Męczkowski 1905, s. 14–16. Autor podaje przy tym przykładowy skład takich Rad w różnych miejscowościach. Zazwyczaj dwu–czterooosobowe, składały się z urzędników miejskich, duchownych, żołnierzy, prawników, inżynierów, kupców etc.

²⁷⁸ *Ibidem*, s. 84, 88.

związane z procesem medykalizacji. Jednym z ważnych powodów była silnie akcentowana przez stronę kościelną, jako powiernika testatorów szpitalnych, rozbieżność pomiędzy przeznaczeniem fundacji zawartym w dokumentach założycielskich, a ograniczoną do jednego tylko zadania (leczenia) działalnością medyczną. Celem usunięcia tych rozbieżności w rozumieniu istoty szpitala nowego typu, w Warszawie już na początku XIX wieku postulowano przekazanie zarządów medykalizowanych instytucji z rąk zarządców duchownych lekarzom²⁷⁹.

Z drugiej strony Zofia Podgórska-Klawe, analizując rozkwit warszawskiego szpitalnictwa pomiędzy 1831 r. a 1870 r., uważa, że jednym z elementów znacząco wpływających pozytywnie na rozwój zakładów leczniczych było wprowadzenie w tym okresie do zarządów szpitali (czyli do tzw. Rad Szczegółowych), oprócz trzech *miłosiernych obywateli*, także jednego lekarza. Jedną z ważnych prerogatyw, jaką zyskiwał lekarz zasiadający w Radzie, była możliwość doboru lekarzy, chirurgów, felczerów i akuszerok²⁸⁰.

W 1870 r., a więc w okresie, w którym w gdańskim Lazarecie rozstrzygano (nie mogąc jednak przebrnąć przez pewne schematy myślowe) o miejscu lekarza w strukturze szpitalnej, w nieodległym Królestwie Polskim dr Zygmunt Dobieszewski tak pisał: *Szpital [...] jest instytucją lekarsko-państwową, powtarzamy raz jeszcze, że go za instytucję dobroczynną, w ogólnym tego słowa znaczeniu, uważać nie możemy, działać w nim więc musi lekarz i państwo, czyli nauka medycyny i administracja. Zarząd jego musi być dwojaki: miejscowy i ogólny. Na czele pierwszego musi stać lekarz, albo raczej korporacja lekarska, a pod tym wyrazem rozumiemy grono wszystkich lekarzy leczących w danym szpitalu*²⁸¹.

²⁷⁹ Podgórska-Klawe 1975, s. 145. W przypadku byłego Królestwa Polskiego istniał odrębny problem – odseparowania od zarządzania szpitalami lekarzy polskich na rzecz rosyjskich, jako wyraz rusyfikacyjnej polityki caratu. Podgórska-Klawe 1981, s. 195.

²⁸⁰ Podgórska-Klawe 1975, s. 174, 178–179.

²⁸¹ Dobieszewski 1870, s. 88–90.

9. SZTUKA PODZIAŁU¹

Wg Roberta Jüttego² jednym z ważnych elementów w procesie medykalizacji było doskonalenie podziału w obrębie poszczególnych zakładów medycznych. Nie sposób nie zgodzić się z jego argumentacją. Klasyfikacja chorych stwarzała przesłanki do segregacji. W miarę zmiany systemów klasyfikacyjnych z administracyjnych na administracyjno-medyczne, na koniec zaś czysto medyczne, przesuwały się także wewnętrzne podziały szpitalne³.

W Gdańsku proces ten daje się prześledzić z całą wyrazistością.

Początki wewnętrznych podziałów w szpitalach sięgają czasów średniowiecza i dają się opisać najprościej jako układ wydzielonych przestrzeni wspierający administracyjny system podziału pensjonariuszy. Sam system natomiast zależał od tego, gdzie przebiegała linia owych podziałów, a więc co stanowiło podstawowe kryterium segregacji klientów średniowiecznego czy wczesnonowożytnego zakładu. Wydzielenie odrębnych izb, a czasem całych budynków, stawało się naturalną konsekwencją przeznaczania ich dla osób chorych, dla prebendaruszy, pielgrzymów, dobroczyńców, czy też dla członków korporacji wykupujących swym współbraciom nie tylko łóżka, ale i całe sale. U św. Ducha w 1422 r. kapłan Johann Spiritus otrzymał od Rady Miejskiej jako prebendę własną izbę⁴. W szpitalu św. Elżbiety w 1398 r. łaźniebnicy wykupili sobie tylko jedno łóżko⁵, lecz półtora wieku później (1553 r.) czeladnicy tkaczy nabyli prawo do całej izby w szpitalu św. Barbary⁶. U św. Jakuba wedle ordynacji z 1548 r. należało wydzielić izby dla będących w podróży kupców i ich czeladzi, żeglarzy-rozbitków oraz dla członków ławy szyprów⁷.

Za przykład zmieniających się układów przestrzennych w obrębie jednego zakładu może posłużyć szpital św. Elżbiety. Pierwotnie (przełom XIV i XV wieku) podstawowy kompleks stanowił budynek szpitalny dowiązany prostopadłe do budynku świątyni. Z pewnością był to tradycyjny średniowieczny układ otwierający przestrzeń sakralną do przestrzeni wspólnej izby dla pensjonariuszy⁸. Jednak już w 1416 r. w skład kompleksu szpitalnego wchodziły osobne domy, przeznaczone: dla chorych (*sichhowse*), dla dzieci, dla prebendaruszy (określone po prostu jako: *gemache*) oraz dwa domy dla pielgrzymów

¹ Tytuł zaczerpnięto z dzieła M. Foucault'a *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*. Przekład: T. Komendant. Warszawa: Aletheia-Spacja, 1993, s. 168 (tłumacz użył nieco innego sformułowania: *Sztuka reparycji*).

² Jütte 1996, s. 35–40.

³ Jetter 1966, s. 38–130; D. Jetter, *Grundzüge der Hospitalgeschichte*. „Grundzüge“, Bd.22. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1973, s. 1–84; D. Jetter, *Gemeinschaft und Absonderung der Kranken als antagonistische Faktoren historischer Hospitäler (1500–1900)*. „Medizin historisches Journal“, 1987, 22, s. 121–138; K. Watzka, *Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag, 2005, s. 69–79.

⁴ APG, 300, D/70, 62.

⁵ APG, 300, D/70, 30.

⁶ Simson 1918, s. 191.

⁷ APG, 300, C/794, s. 3.

⁸ J. Deurer, *Gdańsk i jego kościoły. Dokumentacja 56 zabytkowych istniejących i nieistniejących kościołów Gdańska*. Gdańsk: Gdański Bówka, 2003, s.

(*pilgerymmehowse*; jeden dla kobiet, drugi dla mężczyzn)⁹. W 1450 r. wzmiankowana jest ponadto izba dla kobiet w ciąży i położnic, wraz z położną oraz opiekunką dzieci¹⁰.

W okresie wczesnonowożytnym zagmatwane linie podziałów przebiegające wedle niespójnych koncepcji, kreślone z doraźnych potrzeb, wydają się ulegać pewnemu uporządkowaniu. Tam, gdzie u podstaw leżało uznanie prebendariaży za głównych klientów szpitala i marginalizacja innych grup, podział dokonany został w oparciu o status materialny pensjonariuszy. W szpitalu Bożego Ciała bogatsi prebendariaże, w kupujący się za wyższe kwoty, mieli do dyspozycji własne mieszkanie (np. mieszkanie na dole – *vnterwonung*), biedniejsi zaś otrzymali tylko miejsce we wspólnej izbie (*gemeine Stube*)¹¹. W szpitalu św. Jakuba po odbudowie z pożaru w 1636 r. w głównym, przyległym do północnej ściany kościoła budynku, na parterze i piętrze wydzielono osobne mieszkania oraz jedną izbę wspólną, służącą pensjonariuszom w czasie zimy do ogrzewania się. Jednak już w połowie XVII wieku po stronie południowej świątyni wybudowano dom dla prowizorów, dom dla kaznodziei i dwa domy z mieszkaniami dla bogatszych prebendariaży¹².

Najczytelniej linie podziału wystąpiły w Lazarecie (rycina 1), gdzie spotykamy obok ubogich przyjmowanych celem leczenia, ubogich, prebendariaży przyjmowanych dożywno oraz sieroty i ubogie, chore dzieci. Niestety, dysponujemy danymi dopiero od 1681 r. W tym roku do dyspozycji dorosłych pensjonariuszy znajdowało się w zakładzie trzynaście izb, posiadających od ośmiu do dwudziestu dziewięciu łóżek. Nosiły one charakterystyczne nazwy (Izba Polska – *Polnische Stube*, Izba Szyprów – *Schipper-Stube*, Izby pod Kościołem – *Unter der Kirche*¹³, Izba Kobiet – *Frauen Stube*, Wielka Izba – *Grosse Stube*, Izba Świniarków – *Schweinhirts-Stube*, Izba Fajek – *Pfeiffen-Stube*, Izba Kaczek – *Krick-Stube*, Izba Widel – *Forck-Stube*, izba przeznaczona na leczenie ciężko chorych – Izba Zabiegów, inaczej Izba Potów – *Cur-Stube oder Schwitz-Stube*, Izba dla Chorych Mężczyzn – *Krancken Mannes Stube*, Izba dla Chorych Kobiet – *Krancken Frauen Stube*). Istniały także dwa pomieszczenia dla nieletnich pensjonariuszy (Izba Dzieci – *Kinder-Stube* i Izba Sierot – *Waysen-Stube*) liczące po dwadzieścia kilka łóżek. W 1684 r. wydzielono jeszcze jedną izbę dla dzieci (Prawa Izba Dzieci – *Rechte Kinder Stube*. Od tego też roku wzmiankowana jest ponadto Izba Nożyc, *Scheer-Stube*, jak i następne dwie izby, określane enigmatycznie: „przy cyruliku” (*beym Barbier*) lub po prostu: „na górze” (*ober diese Stube*)¹⁴. Sugeruje to we wspomnianym czasie rozbudowę zakładu, jednak innych danych na ten temat nie posiadamy. W 1685 r. wymienio-

⁹ Ziesemer 1921, s. 711–712,

¹⁰ Ch. Probst, *Der Deutsche Orden und sein Medizinalwesen in Preussen. Hospital, Firmarie und Arzt bis 1525. „Quellen und Studien zur Geschichte des Deutschen Ordens”*. Bd. 29. Bad Godesberg: Verlag Wissenschaftliches Archiv, 1969, s. 60.

¹¹ APG, 300, 61/95, k.3r.: *Adj. 12 Juny [1608] hat sich Albrecht Ellert mit seiner Ehfraw Gertrud Inn eine vnterwonung (laut Irem Brieff) eingekauft. Sie haben geben [mrc] 170. Adj 3. Octobris hat sich ein Ehrliche Fraw Anna genandt, des Bartolomei Kleicheußers nachgelaßene Widtwe Inn die Gemein geKauft (laut Irem Brieff). Sie hat geben [mrc] 30. Adj 19. Nouembris hat sich eine ehrliche Fraw Gertruda Seliges Peter Stoppen nachgelaßene Widtwe Inn die gemeine Stube gekauft. Hat geben [mrc]20.*

¹² Szarszewski 2000, s. 76–77.

¹³ Źródła wymieniają dwie izby *Unter der Kirche: Männer oraz daselbs Frauen*.

¹⁴ Bibl.Gd.PAN, Ms 1085 IV, s. 22–26.

no w sumie dwadzieścia jeden pomieszczeń dla pensjonariuszy, nie licząc cel dla umysłowo chorych¹⁵.

Większość wymienionych izb rozdzielona została pomiędzy dwa główne gmachy. Starszy, powstały prawdopodobnie w 1543 r. jako budynek szachulcowy, mieścił na parterze obie Izby pod Kościołem, Izbę Kobiet (którą Theodor Beniamin Meissner określa jako mniejszą¹⁶), na górze zaś salę świątyni¹⁷. Młodszy, kamienny, wymurowano w 1649 r. i przeznaczono dla chorych¹⁸. Prawdopodobnie zlokalizowane w nim były: na parterze Izba dla Chorych Mężczyzn oraz Izba dla Chorych Kobiet, zaś na piętrze Izba Polska i Izba Szyprów. Umiejscowienia pozostałych izb nie można na tym etapie badań ustalić.

Poza tymi dwoma głównymi gmachami Lazaretu wymieniano także znajdujące się na posesji domki (*Häuschen*) dla kilkorga pensjonariuszy. Ponadto istniały cele dla chorych umysłowo (*Klause*), zlokalizowane prawdopodobnie niedaleko wejścia do zakładu¹⁹.

Do rozstrzygnięcia pozostaje problem, które z pomieszczeń przeznaczono dla chorych, a które dla ubogich dorosłych i prebendariuszy. Czytelny rozdział izb dotyczył jedynie dzieci i osób umysłowo chorych.

Cztery izby dla chorych wymienia ordynacja zarządcy i szafarki z 1701 r., (Izba dla Chorych Mężczyzn – *Krancken Mannes Stube*, Izba dla Chorych Kobiet – *Krancken Frauen Stube* oraz dwie izby „na górze”²⁰). Podobnie cztery izby chorych wymienia (bez szczegółów) instrukcja dla zarządczyni z 1782 r.²¹ Ordynacja opiekunek chorych z XVIII wieku wymienia jako izby chorych (Izba Polska – *Polnische Stube*, Izba Szyprów – *Schipper-Stube*)²², a pełen wykaz podaje ordynacja medyczna Lazaretu z 1768 r. oraz instrukcja dla czeladnika cyrulika, pochodząca także z XVIII wieku²³. Ten ostatni dokument wzmiankuje również wydzielenie części izb dla osób przyjętych na dożywocie (prebendariusze)²⁴. Tak więc można przyjąć, że z wymienionych izb przeznaczono dla chorych: leżące na parterze Izbę dla Chorych Mężczyzn oraz Izbę dla Chorych Kobiet, a ponadto znajdujące się na piętrze Izbę Polską i Izbę Szyprów. Wydzielono też Izbę Zabiegów (*Cur-Stube*), przeznaczoną dla ciężko chorych, zamykaną na klucz celem lepszego nadzoru nad przestrzeganiem przez pacjentów zaleceń lekarskich²⁵. Pozostałe izby

¹⁵ Bibl.Gd.PAN, Ms 1085 IV, s. 26; por. tab.1.

¹⁶ APG, 300, R/Pp, 52b, s. 200.

¹⁷ Bibl.Gd.PAN, Ms 428, k.565v.: *Das Gebäude selbst dieses Pockenhauses ist also formiret, daß unten Wohnungen für die armen Spital-Leute, und oben der vorgedachte große Saal zur Kirchen befindlich ist, in welchem der Prediger jetz aus seinem nahe anliegenden Wohnhause von oben durch einen dahin führenden besondern Gang vermittelst der Dreßkam[m]er gar bequemlich kam[m]en kan.; ibidem, k.557r.: Im obgedachten 1543sten Jahr ist dieses Lazareth auch mit einem großen Gemach oder Saal zur Kirchen versehen worden, daß daselbst geprediget und die Leute in Gottes Wort unterrichtet werden solten.* Datę powstania budynku istniejącego w czasach Prätoriusa poddaje wątpliwość T.B. Meissner, przesuując ją raczej na 1578 r. APG, 300, R/Pp, 52b, s. 200.

¹⁸ Curicke 1687, s. 344.

¹⁹ Bibl.Gd.PAN, Ms 1085 IV, s. 22–26; Szarszewski 2005, s. 142.

²⁰ APG, 300, R/Q, 17, k.80r.–k.81r.

²¹ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 171.

²² Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 236.

²³ APG, 300, 87/2, nie pagin.; Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 220.

²⁴ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 216–217.

²⁵ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 242.

(Izby pod Kościołem, Izba Kobiet, Wielka Izba, Izba Świniarek, Izba Fajek, Izba Kaczków oraz Izba Widel) przeznaczono dla prebendarjuszy. Wynika z tego, że z wymienionych w 1681 r. trzystu dwudziestu osób zamieszkujących Lazaret, dwanaścioro to personel zakładu, siedmioro to umyślowo chorzy, sto czterdzieścioro to stali rezydenci, sto czworo to chorzy internistyczni i chirurgiczni, a dziewięcioro to osoby o niejasnym statusie (zamieszkujący domki poza głównym gmachem – prebendarjusze?)²⁶.

Jednak tak teoretycznie przeprowadzony podział stał w wyraźnej opozycji do praktyki. Zachowany spis klientów Lazaretu sporządzony podczas kontroli w 1776 r.²⁷ dokładnie obrazuje brak jakiegokolwiek myśli przewodniej w rozdziale pensjonariuszy fundacji, poza czysto utylitarnym zaspokajaniem doraźnych potrzeb zakładu. Wykaz wymienia dwadzieścia dwie izby²⁸, w dużej mierze pokrywając się z wykazem z lat 1681–1706. Czytelny pozostał pierwotny zamysł wydzielania niektórych pomieszczeń dla prebendarjuszy, a niektórych dla chorych²⁹. Jednak po wielokroć doszło do wymieszania obu rodzajów klientów fundacji, czasem tylko nieznacznie, co pozwala na określenie pierwotnego przeznaczenia izby³⁰, lecz czasem tak dalece, iż rozdział taki pozostaje niemożliwy do ustalenia³¹.

Jednocześnie nie do końca czytelny jest rozdział w łonie samych prebendarjuszy. Wykaz zatytułowany został: *Richtiges Verzeichniß aller derer Personen, die [...] am Leben sich befunden, welche nach dem Verzeichniß derer Vorsteher [...] auf Lebenslang angenom[m]en worden, und wieviel davor an das Lazareth gegeben ist*. Część z tych przyjętych na dożywocie osób to po prostu: *eine arme Wittwe, eine alte Magd* lub *contract[lich]*. Jednak stosunkowo liczna grupa posiadała schorzenia, przewlekłe i poważne: *Sophia Kornitzsche [...] ist ganz blind; Catharina Köstern [...] ist Blödsin[n]ig, Anna Petersche [...] hat die Glieder-Kranckheit*. Najmłodszy prebendarjusz, to, zapewne wkupiona przez rodzinę, nie radzącą sobie z problemem, piętnastoletnia *Rahel [sic!] Watzmannen*³² [...] *taub und stum[m]*. Otóż zarówno sale chorych zamieszkiwały osoby

²⁶ Pozostałe czterdzieści osiem osób stanowiły dzieci. Bibl.Gd.PAN, Ms 1085 IV, s. 22–26; Bibl.Gd.PAN, Ms 1086 IV, s. 164–184.

²⁷ APG, 300, 87/3, s. 2–6.

²⁸ Nie jest jasny rozdział na dwie izby. Autor wykazu operuje zamiast nazwami jedynie dwoma odrębnymi skrótami (*unt. d. K. Man[n]s [Stube]* oraz *Man[n]s Stub. unt. d. K*) które można rozwiązać w ten sam sposób: *Unter der Kirche Männer Stube*. Że chodzi o dwa odrębne pomieszczenia może świadczyć fakt, że jedno z nich przeznaczono wyłącznie dla pensjonariuszy dożywcotnych, zaś drugie wyłącznie dla chorych. Por. tab. 2.

²⁹ Izby wyłącznie dla prebendarjuszy: *Alte Operation Stube, Unter der Kirche Männer Stube* [a]. Izby wyłącznie dla chorych: *Fischer Stube, Frauen Cur Stube, Krancken Männer Stube, Männer Cur Stube, Pfeiffen Stube, Polnische Stube, Schweinhirts Stube, Unter der Kirche Männer Stube* [b], *Warm Clause*.

³⁰ Izby ze zdecydowaną przewagą prebendarjuszy: *Grosse Frauen Stube, Kleine Frauen Stube*. Izby ze zdecydowaną przewagą osób chorych: *Krancken Frauen Stube, Schiffer Stube, Spinn Stube, Waisen Stube, Woll Stube* oraz pomieszczenia szkoły.

³¹ *Grosse Ober Stube, Kleine Neue Stube* oraz izby rezerwowe.

³² W Lazarecie przebywała w tym czasie także Maria Watzmannen, przyjęta na podstawie kontraktu wkupna. Obie osoby zamieszkiwały oddzielnie, nie jest jasny stopień pokrewieństwa.

wkupione na dożywocie i (prawdopodobnie) zdrowe³³, jak i w salach dla prebendariuszy przebywali w kupieni pensjonariusze z różnorodnymi schorzeniami³⁴.

Pewne próby wstępnej selekcji chorych znajdujemy w ordynacji z 1701 r. Szczegółowa instrukcja nakazywała czeladnikowi cyrulika rozdzielić chorych na trzy grupy: chorych wenerycznie, chorych wymagających zabiegów oraz pozostałych chorych. Pierwsi trafiali do osobnych, nie wymienionych z nazwy izb, drudzy do Izby Zabiegów (*Cur-Stube*), trzeci zaś do Izby Chorych Mężczyzn lub Izby Chorych Kobiet. Po okresie wstępnego leczenia, gdy stan pacjentów się poprawiał, mogli zostać przeniesieni do innych (nie wymienionych z nazwy) izb, czyniąc miejsce dla nowych, ciężiej chorych ubogich³⁵.

Jednak pod koniec XVIII wieku nie przestrzegano żadnych zasad segregacji chorych. W jednej izbie (*Polnische Stube*) leżeli: *ein Bäcker Gesell* [...] *gestöhr*, *ein Knecht mit unheilbaren Schaden an den Füßen*, trzynastoletni *Wayse, dem man beyde Füße im Laz[areth] abgenom[m]en*, ponadto *Zeugmacher Gesell, mit Brust-Kranckheit*, a także niejaki Friedrich Dragheim, który *hat den Durchfall*. Przebywanie w jednym pomieszczeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby z nieuleczalnymi obrażeniami, dziecka po obustronnej amputacji stóp, pacjenta z „chorobą piersiową” oraz chorego na biegunkę unaocznia całkowity brak jakichkolwiek kryteriów kwalifikacyjnych. Po prostu kolejny chory otrzymywał to łóżko, które aktualnie było wolne. Nie zostało zachowane ani odseparowanie chorych wewnątrznie od chorych zewnątrznie, ani chorych psychicznie od pozostałych pacjentów, ani niepełnoletnich³⁶ od dorosłych.

Nie powinno budzić to zdziwienia. Wyznaczanie łóżek chorym w poszczególnych izbach należało do obowiązku (a zarazem i prawa) prowizora pełniącego urząd zdrowia, a nie personelu medycznego. Ponadto wszelkie samowolne zmiany były niedopuszczalne, nie mógł ich dokonywać nawet cyrulik leczący swoich pacjentów³⁷. Ordynacje z drugiej połowy XVIII wieku, kierując się źle rozumianym pragmatyzmem, nie wspominają już o respektowaniu konieczności wstępnej hospitalizacji w Izbie Zabiegów czy Izbie Chorych Mężczyzn lub Izbie Chorych Kobiet, wymienianej w 1701 r.

Dla uzupełnienia obrazu dodać jednak trzeba, że konieczność segregacji chorych była postrzegana przez ówczesne czynniki decyzyjne bardzo wyraziście. Znalazło to swe odzwierciedlenie zarówno w odezwie napisanej w 1740 r.³⁸ przez prowizorów Lazaretu, proszących o wsparcie ofiarnych gdańszczan, jak i w analogicznych dokumentach wydanych 09 kwietnia 1787 r.³⁹ oraz około roku 1800⁴⁰. Za przyczynę niemożności segre-

³³ Np. w Izbie dla Chorych Kobiet przebywała *Catherina Steffanen* [...] *eine arme Wittwe*.

³⁴ Np. w Wielkiej Izbie dla Kobiet mieszkała Anna Maria Eggerten, która *hat eine offenen Schaden am Fuß*, a w Małej Izbie dla Kobiet Louisa Gastriken, która *ist gantz blind vom 5ten J[ahren] ihres Alt*, a więc osoby zarówno chore ostro, jak i przewlekle.

³⁵ APG, 300, R/Q, 17, k.74v.; por. aneks, dok. nr 2, paragraf 1.

³⁶ W uzupełnieniu dodać trzeba, że większość pacjentów nieletnich zgromadzono w pomieszczeniach szkoły.

³⁷ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 211; por. aneks, dok. nr 6, paragraf 10.

³⁸ Bibl.Gd.PAN, Od 13875, 8°.

³⁹ APG, 300, 93/52, s. 505: *Ueberdies ist die seit sehr langer Zeit fortgesetzte Einrichtung des Lazareths ein mit der gemeinen Wohlfahrt ganz unzertrennlich verknüpftes Theil des hiesigen Policy-Wesens, da die in demselben befindliche oder ferner aufzunehmende Schwache, Wahnsinnige und mit ungewöhnlichen auch zum Theil ansteckenden Krankheiten behaftete Personen Schrecken, Unsicherheit und gefährliche Seuchen*

gacji podano przede wszystkim czynnik ekonomiczny, zapewne zgodnie z istniejącym stanem rzeczy.

Niepełne dane co do segregacji zachowały się dla Szpitala na Zapleczu (*Hinterspital*). Dopóki nie został zamknięty w 1688 r., posiadał sześć izb dla pensjonariuszy (*Beth-Stube*, *Margreten-Stube*, *Barbier-Stube*, *Männer-Stube*, *Auff der Trepper über der Beth-Stube* oraz *Auff der Grossen Hinter Treppe*). Oprócz tego poza głównym budynkiem znajdowały się budy (*Buden*), w których z racji ciasnoty umieszczano nawet do dwudziestu siedmiu pensjonariuszy (1683 r.)⁴¹. Niestety, brak danych źródłowych uniemożliwia oddzielenie izb przeznaczonych dla chorych od izb dla prebendaruszy. Przykład ten nie jest więc zbyt przydatny w niniejszych badaniach. Można tylko przypuszczać, że część chorych zewnętrznie (tj. chirurgicznie) została odseparowana w izbie należącej do cyrulika (*Barbier-Stube*).

Jak już powiedziano, podział przeprowadzony w gdańskim Lazarecie był podziałem czysto administracyjnym. Dokonany pomiędzy rokiem 1649⁴² a 1681, trwał nadal w 1785 r. Istotna separacja przestrzeni przeprowadzona została (już w 1542 r.) tylko pomiędzy osobami chorymi umysłowo (na tyle uciążliwymi, że umieszczano ich w osobnych celach), a pozostałymi pensjonariuszami. W 1755 r. wydzielono w jakiś pomieszczeniach aptekę, lecz nie zmieniło to zasadniczej koncepcji szpitala multipotencjalnego, a nawet ją rozszerzyło. Na progu XIX wieku Lazaret gromadził swoich mieszkańców przede wszystkim w dwóch głównych budynkach, bez szczególnych oznak segregacji. Była to cecha charakterystyczna wielu ówczesnych szpitali w Europie, dziś, z punktu widzenia epidemiologicznego, niedopuszczalna. W 1800 r. prowizorzy Lazaretu, relacjonując stan zakładu, wzdychają: *Doch viele Wünsche für zweckmäßigere Absonderung der Kranken in mehreren Zimmern, angemessnere Diät auf einzelne Fälle, und andere vortheilhafte Einrichtungen blieben zur Zeit noch – fromme Wünsche*⁴³. Sytuacja ta przypomina jako żywo opis szpitala w Padeborn, pochodzący z 1798 r.: *Innerliche Kranke mußten neben äußerlichen ruhen, ansteckende neben nicht ansteckende, Reconvaleszenten neben wirklich Kranken. Die, welche einen üblen Geruch verbreiten, verpesteten die Luft zum Nachtheile der übrigen, solche, welche bei Nacht Aufwartung erforderten, oder im Delirio tobten, benahmen den anderen Schlaf und Ruhe, die oft mehr werth ist als Arznei*⁴⁴.

Dwa wyjątki nie zmieniają istotnie obrazu całości.

Pierwszy wyjątek związany jest z przepisem dotyczącym pomieszczenia gdzie leżeli najciężej chorzy (*Cur-Stube*), które przez opiekunkę tej izby miało być trzymane pod kluczem, a to z racji, aby pacjenci w nim leżący nie spożywali ani szkodliwego poży-

über die Bürger und Einwohner dieser Stadt geewis genug ausbreiten müsten, wann nicht für ihre Absonderung und Nothdurft im Lazareth gesorget würde.

⁴⁰ *An Danzigs wohlthätige Bürger*. Danzig: [b.w.] 1800; *Fortgesetzte Nachricht* 1803; *Fortgesetzte Nachricht* 1805; Hartmann 1999, s. 119.

⁴¹ Bibl.Gd.PAN, Ms 1085 IV, s. 22–26; Bibl.Gd.PAN, Ms 1086 IV, s. 164–166.

⁴² Data wystawienia kamiennego gmachu Lazaretu. Curicke 1687, s. 344.

⁴³ GStAPK, II. HA Generaldirektorium, Westpreußen und Netzedistrict, Stadt Danzig, Nr 78, k.28r.

⁴⁴ Cyt. za: Wagner 1994, s. 48.

wienia, ani jeszcze bardziej szkodliwych napojów. Dla komfortu tamtejszych pacjentów przydzielano suche drewno na opał i dobre, jasne piwo⁴⁵.

Drugi to sugerowane brakiem wymieniania w spisie z 1776 r. chorych wenerycznych i chorych na świerzb rzeczywiste przestrzeganie segregacji tych chorób w osobnym budynku⁴⁶.

Dane ze spisu dokonanego w 1776 r. potwierdza ordynacja lekarza Lazaretu. Zgodnie z nią medyk zobligowany został do dwukrotnego w tygodniu odwiedzania wszystkich bez wyjątku izb szpitala, najlepiej w tym samym czasie w jakim czyni to chirurg⁴⁷. I tak samo czeladnik cyrulika: miał wizytować wszystkie bez wyjątku izby Lazaretu, codziennie rano i wieczorem⁴⁸. Świadczy to o wymieszaniu wszelkich przypadków we wspomnianych izbach.

Status quo został utrzymany w ordynacji medycznej z 1768 r. Ponownie zobligowano lekarza do dwukrotnego w tygodniu wizytowania zakładu, tym razem jednak ze szczególnym uwzględnieniem Izby Polskiej, Izby Szyprów i obu Izb Chorych, a pozostałe o tyle, o ile znajdujący się w nich chorzy wymagali pomocy⁴⁹. Chirurgowi zaś nakazano, aby także dwukrotnie w tygodniu odwiedzał cztery izby chorych i leczył leżących w nich chorych zewnętrznie. Owe cztery izby to bez wątpienia te same pomieszczenia, jakie zajmowali pacjenci lekarza⁵⁰. Ordynacja Lazaretu z 1779 r. podtrzymała tylko postanowienia dokumentu z 1768 r.⁵¹

Zachował się też opis Lazaretu dokonany tuż przed zmianami, jakie miały niebawem nastąpić. 26 czerwca 1794 r. von Schrott, snując plany na przyszłość i podsumowując stan, jaki zastał, wśród budynków wymienił:

1. kościół,
2. dom kaznodziei,
3. duży budynek szpitalny z dwunastoma pokojami,
4. budynek dla chorych wenerycznie i zaświerzbionych,
5. budynek apteki, szkoły, także z mieszkaniami dla personelu medycznego,
6. dom prowizorów z mieszkaniami dla oficjantów,
7. dom służący lekarzowi szpitala,
8. dom z salą operacyjną i kostnicą, skąd było wejście do dużego ogrodu, którego jednak w tym czasie nie udostępniano pacjentom⁵².

⁴⁵ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 242; por. aneks, dok. nr 3, paragraf 17.

⁴⁶ GStAPK, II. HA Generaldirektorium, Westpreußen und Netzedistrict, Stadt Danzig, Nr 78, k.1r.

⁴⁷ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 202; por. aneks, dok. nr 4, paragraf 1.

⁴⁸ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 218; por. aneks, dok. nr 7, paragraf 7.

⁴⁹ APG, 300, 87/2, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 8, Cap. 1, paragraf II.

⁵⁰ APG, 300, 87/2, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 8, Cap. 2, paragraf I.

⁵¹ APG, 200, 87, 6, s. 7–8.

⁵² GStAPK, II. HA Generaldirektorium, Westpreußen und Netzedistrict, Stadt Danzig, Nr 78, k.1r.: *Jetzo bestehet das Institut anfolgenden Gebäuden: der Lazareth Kirche, dem Prediger Hause, dem großen Krankenhause mit 12. Kranken Zimmern, dem Gebäude für die venerischen und krätzigen Kranken, dem Hause für die Apotheke, Schule und den Wohnungen einiger Medicinal Personen, dem Hause mit den Versammlungs-Zimmer der Vorsteher und den Wohnungen oeconomischen Officianten, [k.1v.] einem Hause welches zu einer Arzt von Hospital dienet, dem Hause mit der Operations Stube und der Todten Kammer wozu noch ein großer Garten kommt, welcher aber den Patienten nicht offen stehet.* Por. tab. 3.

W tym samym mniej więcej czasie (około roku 1800) w *Kranken Hof* w Hamburgu, późniejszym szpitalu powszechnym, istniał szereg oddzielnych budynków, w których znajdowały się dwie sale dla chorych mężczyzn, trzy dla chorych kobiet, ponadto osobne pomieszczenia dla: chorych na świerzb, chorych „cuchnących”. Do klienteli szpitala zaliczali się w tym okresie chorzy, ubodzy, ułomni, niewidomi i chorzy psychicznie. Z zasady ubodzy pacjenci leżeli we wspólnych salach, natomiast zamożniejsi, w tym w znaczącej ilości spoza Hamburga, w separatkach, za które płacili⁵³. Natomiast w berlińskiej *Charité*, instytucji o podobnym do gdańskiego Lazaretu charakterze i podobnej ilości łóżek (dwieście), istniał dość ścisły podział strukturalny zakładu, z wyodrębnieniem parteru dla prebendariuszy oraz pięter dla chorych wewnątrz, zewnątrz, wenerycznie, cierpiących na świerzb i dla położnic. W osobnym skrzydle budynku istniały pomieszczenia dla chorych zakaźnie. Już w 1727 r. szpital zaopatrzoneo w salę operacyjną⁵⁴.

Zapewne dzięki takim i podobnym wzorcom około roku 1802 r. dokonano w gdańskim Lazarecie pierwszej zasadniczej zmiany. Dotyczyła ona zarówno segregacji chorych, jak i znaczącego poszerzenia przeznaczonej dla nich bazy łóżkowej Lazaretu. Jak już powiedziano, od 1802 r. w Lazarecie nie przyjmowano już prebendariuszy. Wydarzenia polityczne, które zmusiły władze miejskie i zarząd do rezygnacji z tych klientów szpitala, odpowiedzialne były za wzrost ilości chorych i rannych. Na ich potrzeby przekazano trzydzieści izb z trzydziestu dwóch do tego zdatnych. Jedynie w dwóch pozostałych umieszczono piętnastoro prebendariuszy wykupionych przed 1802 r. za czterysta czy pięćset guldenów każdy (sześciu mężczyzn i dziewięć kobiet), w oczekiwaniu, aż umrą, gdyż wtedy, jak dobitnie zaznaczono, *soll das Local dieses Hospitals zu Krankenzimmern eingerichtet werden*⁵⁵.

Wymienionych trzydzieści sal rozdzielono następująco: piętnaście przeznaczono dla chorych wewnątrz i zewnątrz, siedem dla kobiet chorych wenerycznie⁵⁶, jedną na izbę porodową, cztery dla chorych nieuleczalnie, którym zapewniano dożywną opiekę hospicyjną, jedną salę dla chorych wenerycznie mężczyzn, jedną na salę operacyjną. Jedną salę wydzielono na kaplicę⁵⁷. Wykaz nie wymienia cel dla osób chorych umysłowo.

Niestety, nie jest nam dane prześledzić, co się stało pomiędzy rokiem 1785 a 1809. Nie wiemy gdzie wygospodarowano dodatkowe izby. Wiemy tylko, że wymienione w spisie z 1685 r. dwadzieścia jeden pomieszczeń (w tym przeznaczone dla prebendariuszy) niemal wszystkie zawłaszczono dla chorych. Prawdopodobnie rozparcelowano salę kościelną na piętrze w starym budynku, skoro von Duisburg wymienia tylko skromną izbę jako kaplicę, wobec zbombardowania w 1807 r. wolno stojącego, pochodzącego z 1745 r. budynku kościelnego⁵⁸. Zwłaszcza interesuje nas wydzielenie sali operacyjnej

⁵³ Stollberg, Tamm 2001, s. 427.

⁵⁴ Murken 1979, s. 35.

⁵⁵ Duisburg, von 1809, s. 257.

⁵⁶ W spisie chorych z 1776 r. nie została wspomniana ani jedna osoba, jako chora wenerycznie. APG, 300, 87/3, s. 2–6.

⁵⁷ Duisburg, von 1809, s. 255.

⁵⁸ APG, 300, R/Rr, 1, s. 109; Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm fol, 92a, fasc.III, k.10r.–11r. Duisburg, von 1809, s. 255.

(*Operationsstube*). O starej sali operacyjnej, wydzielonej wówczas już tylko jako sala dla prebendaria, wspomina spis z 1776 r.⁵⁹

Opisany przez von Duisburga podział⁶⁰ zachował się do 1826 r. W tym czasie doszło do ostatecznego przekazania na rzecz Lazaretu majątku klasztoru bonifratrów zniszczonego w 1807 r.⁶¹ Zasilenie funduszy szpitalnych znacznymi kwotami⁶² zaowocowało rozbudową kompleksu szpitalnego, którego rozplanowanie znamy z opisu dr. Eduarda O. Danna z 1835 r.⁶³

Największym budynkiem, o jaki wzbogaciła się baza łóżkowa Lazaretu, stał się odbudowany w tym czasie gmach kościoła z 1745 r. Nie przywrócono już jego funkcji sakralnej, lecz wydzielono w nim pięć dużych sal, mogących pomieścić łącznie od osiemdziesięciu do stu chorych.

Ponadto dr Dann wymienia innych szesnaście budynków, z których dziesięć przeznaczono jako budynki gospodarcze czy domy dla oficjantów. Znajdowały się w nich także: apteka, sala służąca prowizorom za salę posiedzeń, laboratorium, piekarnia, pralnia, sala sekcyjna (z 1831 r.), mieszkanie i warsztat dla dwóch mieszkających w Lazarecie stolarzy, a także szopy i stajnie.

Do dyspozycji chorych stało więc siedem budynków:

1. dawny budynek kościoła (*die neue Kirche*, z 1745 r.; por. rycina 7) – pięć sal, łącznie około dziewięćdziesiąt dwa łóżka;
2. dawny budynek o konstrukcji szachulcowej (nazwany przez dr. Danna *die alte Kirche* z racji wspomnianego dawnego kościoła, zlokalizowanego na piętrze; por. rycina 8) – cztery sale, łącznie siedemdziesiąt łóżek;
3. budynek przeznaczony na leczenie (*Kurhaus*) – osiem sal, łącznie dziewięćdziesiąt cztery łóżka;
4. największy budynek fundacji (*Mittelhaus*; por. rycina 5) – jedenaście sal, łącznie sto pięćdziesiąt łóżek;
5. tzw. nowy dom (*neue Haus*) – cztery sale, łącznie sześćdziesiąt dwa łóżka;
6. dom dla chorych zakaźnie (*Pockenhaus*) – dwie sale, łącznie dwadzieścia łóżek;
7. dawna zakrystia, z jedną salą i jednym łóżkiem.

Trzydzieści pięć sal chorych podzielonych zostało zgodnie z rodzajami schorzeń oraz z uwagi na płeć (por. tab. 5).

Dr Dann chwali przy tym rozległość terenu, na jakim zostały rozłożone poszczególne budowle. Z jednej strony zapewniało to świeżość powietrza w salach chorych, a z drugiej zapobiegało rozprzestrzenianiu się pożaru, który – jak zaznacza autor – nigdy się jeszcze nie zdarzył, pomimo przepelnienia szpitala. O ogromnej roli jaką przypisywano w tym czasie lokalizacji szpitali, a zwłaszcza o roli świeżego powietrza, świadczy choć-

⁵⁹ APG, 300, 87/3, s. 3.

⁶⁰ Por. tab. 4.

⁶¹ Proces sekularyzacji majątku klasztornego nastąpił już w latach 1803–1806. Czterech ostatnich zakonników otrzymało dożywotnie pensje w wysokości 30–50 guldenów. Jako oficjalny powód podano utratę zdolności opieki nad chorymi tak z powodu wieku braci, jak i z powodu braku nowych powołań zakonnych. APG, 6/1243, s. 24; GStAPK, I. HA, Rep. 77, Tit. 2173 Nr. 9, nie pagin.; Hartmann 1999, s. 120–122.

⁶² GStAPK, I. HA Rep. 77, Tit. 2173, Nr 9, nie pagin., pismo z dn. 30 maja 1818 r. Kwestia sfinansowania rozbudowy Lazaretu budziła szereg kontrowersji jeszcze w 1870 r., Steimmig 1870, s. 11–12.

⁶³ Dann 1835, s. 303–307.

by pochodzący z 1818 r. wykaz warunków, jakie spełniać miał nowo budowany szpital ogólny w Hamburgu: *Zum Platz, wo ein Krankenhaus stehen soll, ist folgende zu sagen: 1. Der Ort muß vorzüglich gesund seyn, keine Moräste oder solche Anlagen in seiner Nähe haben, welche die Luft verderben könnten; 2. er muß trocken seyn; 3. erhaben; 4. nicht niedriger als seine Umgebungen; [...] 7. in seiner Nähe keine Anlagen oder Fabriken, welche Geräusche machen; daher auch besonders; 8. von einer belebten Straße hinreichend entfernt; und schließlich 9. wenn es seyn kann, nicht so weit von einem fließenden Wasser*⁶⁴.

Niestety, nieliczne zachowane szkice sytuacyjne Lazaretu, pochodzące zresztą dopiero z lat osiemdziesiątych XIX wieku (ryciny 2–5) nie grzeszą precyzją odwzorowania, ani opisu. Większość z nich (wyjąwszy ryciny 3 i 5) pozbawiona jest niemal opisu, a wspomniane wyjątki o tyle różnią się od pozostałych schematów, iż ukazują lokalizację dwóch budynków szpitalnych powstałych z adaptacji dawnych budynków sakralnych. Tych właśnie obiektów zachowały się osobne schematy (ryciny 7 i 8). Jednak i w nich nie odwzorowano wielu szczegółów. Czytelne jest za to ukazanie sposobu adaptacji dawnego tzw. nowego kościoła (*die neue Kirche*, rycina 7), które dokonało się nie tylko poprzez podział istniejącego pierwotnie wnętrza, ale także poprzez poszerzenie jego przestrzeni o trzy przybudówki, mieszczące łaźnie, ubikacje oraz o pomieszczenia do przebiegania się chorych i składowania ich ubrań, a także klatki schodowe. Aneksy owe czytelne są także na pochodzącej z 1850 r. rycinie (rycina 6). Natomiast tzw. stary kościół (*die alte Kirche*, rycina 8), został dostosowany do potrzeb szpitalnych głównie poprzez dokonanie podziałów wewnętrznych. Ich charakteru wspomniana rycina nie dokumentuje. Wyjątek stanowi niewielki aneks zawierający, analogicznie do aneksów nowego kościoła, łaźnie i ubikację.

W 1858 r. dokonano podziału organizacyjnego gdańskiego Lazaretu na dwa oddziały z dwoma ordynatorami. Pierwszy oddział obejmował opieką *die akuten und chronisch-chirurgischen, die syphilitischen und die Krätzkranken*. W drugim przebywali *die akuten und chronisch-inneren Kranken, die Geistes- und epileptischen Kranken, die Pocken- und Cholera-kranken, endlich die Gebär-Abteilung*⁶⁵.

Powyższy podział zasadniczo przetrwał aż do 1874 r.

Dokonany opis rozwoju organizacji Lazaretu, zakładu o średniowiecznej proweniencji, rozwoju doznającego gwałtownego przyspieszenia w latach 1826–1828, unaocznia, jak głębokie przemiany dokonały się w pierwszym kwartale XIX wieku także w świadomości czynników władnych podejmować stosowne decyzje. Niestety, nie zachowała się żadna dokumentacja pozwalająca prześledzić ten proces szczegółowo. Że był to proces w pełni świadomy, świadczy uwaga dr. Danna, poczyniona przy okazji omówienia rozbudowy zakładu: *Im Jahre 1826 aber wurde ein [...] Kapital [...] dazu angewandt, dasselbe den Forderungen, welche neuere Ansichten und Erfahrungen einer solchen Anstalt unerlässlich machen, möglichst nahe zu bringen*.

Etapy rozwoju, jakim podlegał Lazaret, dają nam przy tym możliwość uzmysłowienia sobie stopnia komplikacji, jaki towarzyszył temu procesowi. Pierwszy z tych etapów (rozpoczęty w drugiej połowie XVIII wieku) polegał na przejściu z dobrodziejstwem

⁶⁴ Cyt. za: Stollberg, Tamm 2001, s. 429.

⁶⁵ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3622, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 10, paragraf 7.

inwentarza dawnego, zakorzenionego w podziałach XVI–XVII-wiecznych, systemu organizacyjnego, przez tworzącą się w drugiej połowie XVIII wieku obsadę medyczną Lazaretu. Jest rzeczą oczywistą, że obsada ta (dwóch lekarzy dochodzących z miasta, cyrulik i czeladnik cyrulika mieszkający w końcu XVIII wieku w zakładzie, prowizor apteki⁶⁶) nie miała żadnego wpływu na wydzielenie izb poszczególnym grupom chorych. Wydzielanie nadal było podyktowane tylko względami administracyjnymi, uwzględniającymi wprawdzie pewien rodzaj logiki medycznej (separacja chorych umysłowo od innych chorych), lecz w sposób daleki od doskonałości (brak separacji prebendaruszy, brak separacji chorych zewnętrznie od chorych wewnętrznie, a zwłaszcza brak separacji chorych zakaźnie). Silne piętno wywierała tu tradycja, której zewnętrznych oznak można dopatrzeć się w specyficznych nazwach własnych poszczególnych izb.

Drugi etap (przełom XVIII i XIX wieku) obejmował wydzielenie z obszaru zajmowanego dotąd przez prebendaruszy izb dla zwiększającej się ilości chorych, podzielonych wedle przyjętej powszechnie klasyfikacji. Etap ten można więc ująć następująco: w oparciu o starą substancję zakładu i dzięki zmianie klienteli szpitala, dokonano zagospodarowania przestrzeni Lazaretu zgodnie z logiką administracyjno-medyczną w takim zakresie, jakim to było w zaistniałej sytuacji możliwe. W tym etapie doszło do zaistnienia jeszcze jednego ważnego faktu. Do 1822 r. w szpitalu pojawiła się po raz pierwszy grupa osób płacąca za leczenie⁶⁷.

Trzeci etap, etap przebudowy zakładu (lata 1826–1828), polegał na podporządkowaniu całej dającej się do tego wykorzystać przestrzeni Lazaretu działaniom medycznym. Etap ten poprzedzony został znaczącą reorganizacją personelu medycznego (poszerzenie zdolności zakładu do opieki lekarskiej oraz reorganizacja działalności i zwiększenie ilości personelu pomocniczego).

W tym samym czasie w Hamburgu, nieco zbliżona do gdańskiej sytuacja wymusiła daleko idącą restrukturyzację starego obiektu. W 1813 r. uległ spaleniemu wspomniany już *Kranken Hof*. W efekcie tamtejsze Towarzystwo Patriotyczne (*Patriotischen Gesellschaft*) wysunęło propozycję budowy nowego szpitala. Ostatecznie (1823 r.) powstało założenie szpitalne na tysiąc łóżek. W budynku głównym urzędował zarząd szpitala, umieszczono kościół, aptekę i mieszkania dla personelu. Na piętrach znajdowały się także małe pokoje dla płacących pacjentów. Po bokach głównego budynku postawiono skrzydła w których znajdowały się trzy rodzaje sal: dwadzieścia osiem dużych sal chorych trzynastołóżkowych, przeznaczonych na sześciuset siedemdziesięciu ośmiu pacjentów, dwadzieścia dwie sale średnie pięć–siedmiołóżkowe, przeznaczone na stu trzydziestu pacjentów oraz pięćdziesiąt małych sal, sumarycznie mieszczących dwieście łóżek dla chorych płacących i dla chorych wymagających izolacji ze względów medycznych (sale trzyłóżkowe i separatki). Sale te rozdzielono pomiędzy oddział wewnętrzny (na czterysta osiemdziesiąt łóżek i oddział chirurgiczny (na dwieście łóżek). Część pomieszczeń wydzielono także na szeroko rozbudowany oddział dla chorych psychicznie, do którego należał także ogród. Część chorych psychicznie (tzw. cisi chorzy, *die ruhige Geisteskranken*) przebywała także na oddziale wewnętrznym. W obrębie każdego ze skrzydeł jeden ciąg pokoi przeznaczono dla mężczyzn, przeciwległy zaś dla kobiet. W

⁶⁶ Duisburg, von 1809, s. 257.

⁶⁷ Dann 1835, s. 307. Steimmig 1870, s. 5.

osobnym pawilonie znajdowały się sale dla chorych wenerycznie (na sto łóżek) oraz chorych na świerzb (na pięćdziesiąt pięć łóżek)⁶⁸. Separacja chorych zakaźnie, a zwłaszcza chorych na świerzb była tu przestrzegana niezwykle rygorystycznie. Chorzy leżeli w pomieszczeniach do których drzwi były otwierane tylko na moment pojawiania się personelu medycznego⁶⁹.

Czasem separacja szła jeszcze dalej i w kilku kierunkach. W szpitalach monachijskich dotyczyła przede wszystkim chorych nieuleczalnych oraz niektórych chorych zakaźnie (świerzb i choroby weneryczne). Królewski zakaz przyjmowania chorych nieuleczalnie do nowo erygowanego w 1813 r. szpitala powszechnego zaowocował powstaniem osobnego szpitala, przeznaczonego wyłącznie dla opieki hospicyjnej. Chorzy zakaźnie znaleźli lokum w *Station für Krätze- und Syphiliskranke*⁷⁰. Z drugiej strony szpital monachijski, jako przeznaczony dla ubogich pracujących (*labouring poor*), wytyczył podział ze względów ekonomicznych, dzięki czemu wytyczono obszar obecności ubogich we wspólnych salach, podczas gdy chorzy płacący otrzymywali świadczenie usług medycznych w separatkach⁷¹. Jednak nawet w obszarze powszechnie dostępnym istniało rozróżnienie: poprzez zróżnicowanie wykupionych abonamentów (4 lub 8 guldenów) chory ubogi uzyskiwał dostęp do dwunastołóżkowej sali ogólnej, bądź bardziej kameralnej sali sześciolóżkowej⁷². Prawdą jest jednak i to, że bariera ekonomiczna powodowała, iż chorzy w separatkach stanowili zaledwie od 1% do 3% wszystkich pacjentów szpitala⁷³.

Podobne kilkukierunkowe linie podziałów wytyczono w wüzburgskim *Juliusspital*, co uwarunkowane były specyfiką instytucji. Tamże na początku XIX wieku spośród pięćdziesięciu dwóch sal chorych wydzielono izby dla ubogich chorych, którzy leczeni byli na koszt fundacji, sale dla chorych, których leczenie opłacane było przez wspomniane już *Kranken-Gesellen-Institut* oraz *Kranken-Dienstboten-Institut*, izby dla chorych umysłowo, chorych na choroby wysypkowe, epileptyków, a także osobne sale dla chorych płacących za swoje leczenie⁷⁴. Jednocześnie istniał równoległy podział na sale, do których wstęp mieli studenci (szpital był szpitalem klinicznym) oraz na sale, gdzie wstęp był im wzbroniony. Tego ostatniego rozdziału zaniechano w latach dwudziestych XIX w.⁷⁵

W pochodzącym z 1813 r. szpitalu powszechnym w Monachium, będącym także placówką akademicką, w 1832 r. znajdowało się pięć oddziałów: dwa oddziały internistyczne (*erste und zweite medizinische Abteilung*), oddział chirurgiczny i okulistyczny (*chirurgische und ophtalmologische Abteilung*), oddział chorych wenerycznie (*Abteilung der syphilitischen Kranken*) oraz oddział zakaźny (*Abteilung der Blatterkranken*). Natomiast już w planach szpitala z 1799 r. wymieniane są separatki (*Separatzimmer*), do których należało kwalifikować chorych zarówno według kryterium medycznego (zakaźność), jak i ekonomicznego, czy też stanowego (chorzy płacący, chorzy z tzw. wyższych

⁶⁸ Murken 1979, s. 85–89; Spree 1997, s. 415–417; Stollberg, Tamm 2001, s. 430–431, 475.

⁶⁹ Stollberg, Tamm 2001, s. 459.

⁷⁰ Stollberg, Tamm 2001, s. 43.

⁷¹ Stollberg, Tamm 2001, s. 119.

⁷² Stollberg, Tamm 2001, s. 75.

⁷³ Stollberg, Tamm 2001, s. 81.

⁷⁴ Brinkschulte 1995, s. 38–39.

⁷⁵ Brinkschulte 1995, s. 39.

sfer)⁷⁶. Charakterystyczna jest przy tym definicja separatki, zawarta w podręczniku z 1813 r. założyciela szpitala ogólnego w Monachium dr. Häberla, wedle której izby te przeznaczone są *für solche Kranke, welche wegen der Qualität ihrer Krankheit den Kontubernalen in den Kommunzimmern lästig oder gar schädlich würden*⁷⁷. Za przykład stosowania w praktyce tej zasady niech posłuży wypowiedź ordynatora oddziału chirurgicznego szpitala ogólnego w Monachium, który w 1817 r. wspomina *eine Menge absonderter Zimmer, um einzelne oder sehr übelriechende, oder sehr unruhige oder bezahlende Kranke je nach Erfordernis unterbringen zu können*⁷⁸.

Ostatecznie utrwalił się w XIX wieku, stosowany po dziś dzień model podstawowy szpitala, w skład którego wchodził oddział internistyczny i chirurgiczny, ewentualnie z dodatkiem oddziału ginekologicznego i pediatrycznego oraz z wydzielonymi oddziałami zakaźnymi. Szpital powszechny w Bremie (*die Allgemeine Krankenanstalt Bremen*), erygowany w 1851 r., posiadał oddział wewnętrzny, chirurgiczny, położniczy oraz pediatryczny. Następujący potem rozwój zakładu, a więc powstanie oddziału ginekologicznego i okulistycznego było związane wyraźnie z rozwojem zawodowym poszczególnych lekarzy, kształcących się w tych nowo tworzonych w tym właśnie okresie specjalizacjach⁷⁹. Ów najprostszy system podziału stosowano powszechnie również w małych szpitalach terenowych. W ościennym Królestwie Polskim tzw. szpitale powiatowe składały się z reguły z trzech oddziałów (oddział internistyczny, chirurgiczny i chorób zakaźnych). W ramach tej struktury przyjmowano chorych jednak praktycznie z wszystkimi schorzeniami, w tym chorych wenerycznie, psychiatrycznie oraz ze świerzem⁸⁰.

Jak przedstawiono, władze gdańskie nie zdecydowały się na radykalny krok zburzenia starych, częściowo uszkodzonych budynków, a jedynie na remont zniszczonych obiektów i dodanie kilku nowszych. Była to sytuacja dość typowa dla ówczesnego szpitalnictwa, pomimo uświadamiania sobie przez władze lokalne potrzeb budowania tkanki szpitalnej od podstaw. Bardzo często z powodów finansowych możliwe było zaledwie modernizowanie starych zakładów, a więc dosłowna realizacja schematu *von Hospital zum Krankenhaus*, jak to miało miejsce w Gdańsku. Wydaje się z perspektywy czasu, że w tym przypadku nie była to decyzja słuszna. W obrębie Lazaretu powstał zupełnie chaotyczny kompleks, już przez poprzednie przez stulecia tworzony bez jakiegokolwiek planu. Powszechną w XIX wieku w Europie, ściśle przestrzeganą separację poszczególnych grup chorych, usiłowano przeprowadzić w ramach rozmaitych struktur architektonicznych, nawarstwiających się przez wieki na terenie szpitalnym. Tymczasem w Europie Zachodniej powstała w jeszcze przedrewolucyjnej Francji koncepcja szpitala-maszyny (*Hôpital machine*) w której doszedł do głosu prymat utylitaryzmu nad często zupełnie niefunkcjonalną, lecz za to zatopioną w tradycji formą szpitala, zaowocowała coraz to nowymi koncepcjami architektonicznymi. Miały one na celu przede wszystkim usprawnienie opieki i leczenia chorych, a oparte zostały na dwóch przesłankach: uzyskaniu jak najbardziej swobodnego przepływu powietrza w pomieszczeniach oraz odse-

⁷⁶ Stollberg, Tamm 2001, s. 67.

⁷⁷ Cyt. za: Stollberg, Tamm 2001, s. 67.

⁷⁸ Stollberg, Tamm 2001, s. 68.

⁷⁹ Leidinger 2000, s. 77–79.

⁸⁰ Pomaska 1981, s. 434. Poza szpitalami powiatowymi, wchodzącymi w skład tzw. szpitali ogólnych, w ramach tej grupy placówek wyodrębniano jeszcze szpitale nie posiadające oddziałów dla chorych wenerycznie oraz szpitale żydowskie. *Ibidem*.

parowaniu nie tylko poszczególnych sal chorych, ale także całych oddziałów szpitalnych. W związku z tym zakłady wyposażano w różnego rodzaju systemy wentylacyjne, kanalizacyjne wypełniające wymyślnie ukształtowane obiekty architektoniczne, ewoluujące od logicznie zwartej całości (schemat zastosowany np. w 1820 r. szpitalu powszechnym św. Jerzego w Hamburgu), ku całkowitej ich separacji (system pawilonowy, np. szpital w Hamburgu-Eppendorfie, 1884 r.)⁸¹. Zacytowane powyżej opisy szpitali ukazują na wybranych przykładach standardy panujące w pierwszej połowie XIX wieku w obszarze niemieckojęzycznym. Wyznaczyły one nowe kierunki rozwoju szpitalnictwa, a porównanie ich wewnętrznej struktury z gdańskim Lazaretem unaocznia, jak dalece niedostosowany do nowych tendencji był ten ostatni. Miało się to wkrótce zemścić, ale w Gdańsku przez wiele lat nie dostrzegano problemu. Jak pisano z przekąsem w 1863 r., wynikało to z faktu, że pochodziło stąd wielu tak zacnych nauczycieli lekarskich, jak profesor Baum, profesor Götz, czy profesor Wagner. Owa okoliczność dawała Lazaretowi dobrą reputację, kojarząc osobę prowadzącą z zakładem. Profesorowie Baum i Götz przez swe spokrewnienie z pierwszymi rodzinami gdańskimi wpływali na zarząd tak, iż mimo wszelkich wymienionych mankamentów, Lazaret jeszcze mógł sprostać wymaganiom. Ale już profesor Wagner, który przed przyjazdem do Gdańska w Berlinie poznał tamtejsze szpitale, był zmuszony wielokrotnie ganić stan Lazaretu. Jego osąd, iż gdański szpital przestał być już dawno zakładem wzorcowym nie spotkał się jednak ze zrozumieniem. Krytykowanie „lokalnej chluby”, jakim „wedle miejscowych przesądów” był Lazaret, naraziło dr. Wagnera na wiele przykrości⁸². Krótkowzroczność władz miejskich i zarządu zaowocowała tym, że kryzys zarządzania zakładem z przełomu lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych został spotęgowany kryzysem wynikłym z dekapitalizacji budynków szpitalnych. Krytykowano już wówczas wszystko. Wbrew temu, co trzydzieści lat wstecz chwalił dr Dann, skarżono się na złe położenie szpitala, zwłaszcza na niekorzystne posadowienie względem cieków wodnych, a w efekcie zupełnie nie działającą kanalizację⁸³. Daleko idąca separacja porozrzucanych na znacznym terenie budynków jawiła się jako istotna wada, utrudniająca poruszanie się po zakładzie. Trudno w tej sytuacji było mówić w kontekście podziału o jakiegokolwiek sztuce.

Erygowanie katolickiego szpitala Najświętszej Maryi Panny (*St. Marien-Krankenhaus*) nastąpiło w 1853 r. w wyniku podwójnego zapotrzebowania. Z jednej strony doszło do znaczącego zwiększenia się ilości mieszkańców, które to zjawisko nie szło w parze ze wzrostem ilości łóżek w Lazarecie. Z drugiej strony katolickie kręgi skupione w Gdańsku wokół Towarzystwa Piusa IX (*Piusverein*) uznały za szykanę, iż w

⁸¹ Jetter 1987, s. 133–136.

⁸² GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., odpis artykułu z „Allgemeine Medizinische Central Zeitung”, 1863, XXXII.

⁸³ Wnioski wyciągane przez lekarzy z danych epidemiologicznych doby cholery (lata trzydzieste XIX wieku), uczyliły ówczesne środowisko medyczne na inne drogi szerzenia się chorób zakaźnych niż powietrze, zwłaszcza na kanalizację. Na marginesie można dodać, że mimo oczywistości danych epidemiologicznych, niektórzy naukowcy, nawet tak wybitni jak Rudolf Virchow, skłonni byli niedoceniać roli prawidłowo wykonanego doprowadzania wody i odprowadzania ścieków, większe znaczenie w rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych przypisując choćby środkom spożywczym. Bleker 1983, s. 125.

jedynym szpitalu miejskim, czyli Lazarecie, chorzy wyznania katolickiego nie uzyskiwali należytej opieki duchownej, a czasem nawet byli jej zupełnie pozbawiani⁸⁴.

Początkowo skromna fundacja uzyskała kilka niewielkich budynków na rogu ulic *Schleusengasse* (obecnie ulica Kieturakisa) i *Weidengasse* (obecnie ulica Łąkowa), z których głównym obiektem była dawna siedziba rodziny Uphagenów⁸⁵. W dniu otwarcia 19 marca 1853 r. szpitalik posiadał zaledwie dwadzieścia cztery łóżka⁸⁶. Jeszcze w tym samym roku dobudowano skrzydło wzdłuż *Weidengasse*, co pozwoliło uzyskać miejsce dla następnych dwudziestu jeden łóżek. Łącznie zakład posiadał po dwie sale chorych w każdym z budynków. Brak sali operacyjnej oraz chirurga uniemożliwiał przyjmowanie chorych chirurgicznych. Dopiero dalsza rozbudowa w latach 1856–1857 przysporzyła miastu placówkę z łózkami dla chorych wymagających zabiegów operacyjnych. Był to trzykondygnacyjny budynek powstały przy *Schleusengasse* jako drugie skrzydło pierwotnego założenia (ryciny 12 i 13). Na parterze mieścił salę operacyjną, trzy sale chorych, na pierwszym piętrze trzy duże i dwie małe sale chorych, zaś na drugim piętrze trzy duże i cztery małe sale chorych. W sumie odtąd zakład przygotowany był do przyjmowania ponad stu chorych, tak chirurgicznych, jak i internistycznych⁸⁷. W 1865 r. wzrosła znamienne ilość chorych, kierowanych tu od 1864 r. z racji częściowego zamknięcia przez władze miejskie Lazaretu przy Bramie Oliwskiej. Tę funkcję zastępczą pełnił szpital do 1869 r.⁸⁸ Kompleks szpitalny rozbudowano dopiero w latach 1893–1894, między innymi znacząco poszerzając bazę łózkową oddziału chirurgicznego (rycina 15)⁸⁹.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że w 1853 r. erygowano szpital będący placówką medyczną w dzisiejszym tego słowa znaczeniu, stopniowo poszerzającą w latach następnych zakres usług medycznych. Problem w tym, że obraz, jaki nakreślono, jest niepełny. Pamiętać należy, że placówka ta powstała z inicjatywy stowarzyszenia religijnego. Efektem traktowania fundacji jako sposobu realizacji przykazania miłości bliźniego, stało się, podobnie jak to miało miejsce w średniowieczu, objęcie opieką także innych potrzebujących.

Nastąpiło jednak zetknięcie ideału z twardą rzeczywistością XIX wieku. Względy finansowe (inflacja) oraz niesprzyjająca katolicyzmowi koniunktura ideologiczna (*Kulturkampf*) do pewnego stopnia zahamowały pozamedyczne działania fundacji. W 1856 r. na terenie zakładu powstał szpital (*Hospital*). Zgodnie z przyjętą przez fundację terminologią pełnił funkcję przytułku, do którego niestety nie przyjmowano nieodpłatnie, a jedynie za wkupne (*Einkaufsgeld*). Rozwój placówki nastąpił dopiero na przełomie XIX i XX wieku. Możliwe nastąpiło wówczas przyjmowanie także osób nie posiadających kapitałów na zapłacenie wkupnego⁹⁰. Od początku natomiast problemem, z wspomnianych już powodów ideologicznych (*Kulturkampf*), stało się erygowanie sierocińca (*Wa-*

⁸⁴ Steffen 1927, s. 28–29.

⁸⁵ Por. rycina 11.

⁸⁶ Steffen 1927, s. 59.

⁸⁷ Steffen 1927, s. 60.

⁸⁸ *Danzig* 1880, s. 280.

⁸⁹ Steffen 1927, s. 67–69, 72–79.

⁹⁰ Steffen 1927, s. 110–112.

isenhaus)⁹¹. Zakład dla dzieci został otwarty 15 lutego 1867 r., zamknięty z polecenia władz 01 października 1877 r.⁹² i otwarty ponownie dopiero 15 listopada 1888 r.

Tak więc choć linia podziału dokonana została bardzo czytelnie, tak strukturalnie (osobne budynki), organizacyjnie, jak i poprzez opozycję nazw instytucji (*Krankenhaus-Hospital-Waisenhaus*), to jednak przykład ten unaocznia długie trwanie tradycji fundacji łączących funkcje czysto dobroczynne z funkcjami medycznymi.

Odrębny podział został dokonany w ramach samego szpitala (*Krankenhaus*). Czysto medyczny rozdział na chorych internistycznych i chorych chirurgicznych⁹³ szedł w parze z odrębnym podziałem, charakterystycznym dla ówczesnego systemu ochrony zdrowia, czyli system klas chorych, o czym już była mowa. Znamienne jest, że choć w sprawozdaniach ujmowany jest stary, XVI-wiecznej proveniencji, rozdział na chorych „swoich” i „obcych”, w szpitalu boromeuszek we wszystkich trzech klasach obowiązywały takie same taryfy dla obu grup pacjentów⁹⁴.

Pod względem architektonicznym kompleks budynków stanowił dość chaotyczną mieszaninę różnych budowli, powstających w miarę coraz bardziej sprzyjającej dla fundacji koniunktury (rycina 14). Owa niejednolitość była dostrzegana przez współczesnych, ale akceptowano ją, jako efekt trudnych dziejów zakładu⁹⁵.

Do istotnych zakładów opieki medycznej w Gdańsku należała instytucja nie będąca szpitalem w ścisłym tego słowa znaczeniu, której obecności nie można w tym miejscu pominąć. Był to powstały przy *Neugarten* (obecnie ul. Nowe Ogrody) w 1804 r. Zakład Położniczy (*Die Entbindungs-Lehranstalt*). Pełnił on zarówno funkcję szkoły położnych, jak i izby porodowej. Z tego też względu stworzono charakterystyczny podział: cztery pokoje dla uczennic oraz ciężarnych kobiet, sala lekcyjna, jedna izba przeznaczona na porody oraz izolatka dla chorych położnic⁹⁶. Zakład został rozbudowany dopiero w 1880 r., co wiązało się z jego przenosinami na nieodległą *Sandgrube*. Wydzielono dwa budynki połączone ze sobą łącznikiem. W pierwszym, frontowym mieścił się internat dla uczennic, w drugim pokoje dla rodzących, dla położnic, węzeł sanitarny, izba poro-

⁹¹ Steffen 1927, s. 201–218. Znamienne jest w kontekście zwalczania przez ówczesne władze pruskie Kościoła katolickiego stanowisko obu najstarszych sierocińców Gdańska (*Kinder- und Waisenhaus* oraz *Spend- und Waisenhaus*). Uznające się za fundacje wyłącznie protestanckie, „nie pozostawiały matkom oddawanych tam dzieci innego wyboru, jak albo po katolicku głodować, albo zezwalać po protestancku wychowywać” (G. Löschin, cyt. za: Steffen 1927, s. 200). Por. także Urbanek 2003, s. 60–62.

⁹² Niemal anegdotycznie brzmi obrona siostr boromeuszek, wobec których władze pruskie w ramach ideologii *Kulturkampfu* chciały zastosować zakaz zajmowania się nie tylko sierotami, ale i chorymi. Obrony podjął się ówczesny minister wojny, który na wieść o przygotowywanych planach, zaprotestował, gdyż, jak rzekł, bez siostr tych nie może prowadzić żadnej wojny. Steffen 1927, s. 217.

⁹³ Dopiero w latach dziewięćdziesiątych XIX wieku, na polecenie władz, wydzielono oddział dla chorych zakaźnie. Steffen 1927, s. 64–65.

⁹⁴ Steffen 1927, s. 114.

⁹⁵ Steffen 1927, s. 55: *Zwar steht unser Krankenhaus nicht, wie das Bild zeigt, als mächtiger, imposanter, einheitlich aufgeführter Prachtbau vor uns, wie so manches andere moderne Krankenhaus. Nach und nach ist es geworden, und sein Außeres trägt den Stempel des allmählichen Werdens an sich.*

⁹⁶ F.Ch. Brunatti, *Die Entbindungs-Lehranstalt von Westpreußen bis zum Jahre 1825*. „Sonder-Abdruck aus den Schriften der Naturforschenden Gesellschaft in Danzig”, 1904, Bd. XI, H.1/2, s. 41–47; Dann 1835, s. 316–317; J. Bitkowski, *Położnictwo w Gdańsku od XVI do końca XIX wieku*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1967, 30, s. 177–178.

dowa i sala lekcyjna (por. rycina 21)⁹⁷. Całość została podporządkowana specyfice zakładu.

Ważnym wydarzeniem w życiu Gdańska stało się powołanie do życia szpitala diakonis ewangelickich (*Diakonissen-Krankenhaus*).

Jak już wspomniano, zakład gdański powstał w trzech etapach (1857 r. – szpital dziecięcy, 1860 r. – szpital dziecięcy i chorób kobiecych, 1875 r. – szpital ogólny).

Pierwotny, mały budynek przy *Schwarzes Meer* (obecnie Aleja Armii Krajowej, por. ryciny 16 i 17), przeznaczony był początkowo wyłącznie dla dzieci. Łóżka i kołyski ustawiono w niewielkich pokojach na parterze i piętrze. Już wkrótce zakładem zainteresowali się także chorzy dorośli. Do 1859 r. koncesja została poszerzona o zezwolenie na leczenie kobiet. Złe warunki lokalowe spowodowały przenosiny zakładu na nowe miejsce przy *Neugarten 23* (obecnie ulica Nowe Ogrody, por. rycina 18), gdzie przez piętnaście lat leczono dzieci i kobiety (jedna trzecia łóżek przeznaczona została dla dorosłych). Zakład nie posiadał zaplecza chirurgicznego, dlatego też leczono tylko chorych internistycznych. Dopiero pozyskanie nowego lokum w okazałych budynkach przy *Neugarten 3–6* (obecnie obszar zajmowany przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika, ulica Nowe Ogrody 1/6, por. rycina 19) w 1875 r. umożliwiło fundacji znaczące poszerzenie zakresu usług medycznych. Główny budynek zawierał pomieszczenia dla diakonis, salę jadalną, biura, salę konferencyjną, salę operacyjną, salę opatrunkową i pokój lekarski. Do niego przylegał poświęcony w 1887 r. trzykondygnacyjny tzw. *Klassenkrankenhaus*, zawierający dwadzieścia sal chorych. I tu obowiązywała klasyfikacja pacjentów (klasy I–III; od 1889 r.). Ponadto budynek mieścił aptekę oraz szwalnię używaną dla potrzeb szpitala przez diakonisy i pomocnice. Z przeciwnej strony budynku głównego znajdował się budynek laboratorium oraz inne pomieszczenia (m. in. salę lekcyjną). W podwórzu wybudowano osobny budynek dla oddziału dziecięcego (parter, sala dwudziestoosiołżkowa, dwie izolatki) i kobiecego (piętro, sala dwudziestotrzyosiołżkowa)⁹⁸.

Ten medycznie logiczny podział budynków zajmowanych przez szpital trwał do 1901 r., kiedy przy *Neugarten 1* powstała nosząca imię cesarzowej Niemiec fundacja (*Auguste-Victoria Stift*) dla osób chorych, samotnych i ubogich, obojga płci, niezależnie od wyznania. Zarządzana przez diakonisy ewangelickie, posiadała trzy klasy podopiecznych (I i II klasa zaopiewantowanie łącznie z mieszkaniem, III klasa wyłącznie zaopiewantowanie). Ponadto fundacja obejmowała swą działalnością szkołę dla chorych dzieci oraz seminarium nauczycielskie⁹⁹.

Mamy więc ponownie do czynienia z fundacją, obejmującą swymi zadaniami nie tylko działania medyczne, ale także opiekę społeczną. Jednak droga do tak szerokiej gamy usług była inna, aniżeli w przypadku fundacji szpitala boromeuszek. Wynikała ona nie tyle z pierwotnego założenia, ile ze stopniowego poszerzania zadań, w miarę gromadzenia funduszy i pozyskiwania patronów przedsięwzięcia. Niemniej i tu podział prze-

⁹⁷ G.F.H. Abegg, *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Dritter Bericht über die Heb-Ammen-Lehranstalt zu Danzig (1873–1880)*. Danzig: Adolph Scheinert, 1882, s. 1–5.

⁹⁸ Hülsen, von 1907, s. 8–47. Całość założenia dokumentuje szkic sytuacyjny z ok. 1907 r., por. rycina 20.

⁹⁹ *Verzeichniß* 1903, s. 70–71.

biegał wedle tradycji (szpital – hospicjum czyli fundacja Augusty-Wiktorii), wedle kryteriów medycznych (oddział internistyczny, oddział pediatryczny, oddział chirurgiczny, oddział chorób kobiecych), jak i wedle kryteriów ekonomicznych (wydzielone sale dla pensjonariuszy poszczególnych klas, tak w obrębie szpitala, jak i fundacji imienia cesarzowej).

Jak już napisano, wzorcem dla tworzących się struktur organizacyjnych, a także dla ukształtowania poszczególnych placówek niemieckich był powstały w latach 1845–1847 berliński *Zentraldiakonissenhaus und Krankenhaus Bethanien*. Ta ważna siedziba diakonii składała się z głównego budynku w kształcie litery U, zawierającego czterdzieści sal (największe – dziesięciolóżkowe), sumarycznie na trzystu pięćdziesięciu czterech pacjentów. Oddziały chirurgiczny i internistyczny znajdowały się na oddzielnych piętrach, przestrzegano także podziału na pięć. Niedogodnością był brak sali operacyjnej, gdyż czynniki decyzyjne uznały ją *für nicht notwendig*. Niedogodności tej starano się zaradzić użyciem przenośnego stołu do zabiegów operacyjnych. Kształt budynku, nawiązujący do architektury katolickich zgromadzeń zakonnych, między innymi boromeuszek w Koblencji (1826 r.), wskazuje raz jeszcze, jak dalece ta formacja zapatrzona była we wzory konkurencyjnej proweniencji¹⁰⁰. Powstały niemal w tym samym czasie co zakład gdański (1865 r.), poznański szpital diakonis także był rozbudowywany etapami, przez co powstał, podobnie jak w Gdańsku, niezbyt spójny zespół architektoniczny, składający się z budynku głównego, uformowanego w literę U oraz szeregu budynków pomocniczych, służących zarówno szpitalowi jak i domowi diakonis. W jednym skrzydle budynku głównego umieszczono szpital, w drugim dom sióstr, zaś w łączniku administrację¹⁰¹.

Porównanie struktury architektonicznej modelu berlińskiego ze strukturą powstałą przy *Neugarten* w Gdańsku ukazuje, że na ostatecznym kształcie szpitala gdańskiego zaważyły dzieje ekonomiczne zakładu. Możliwość budowy poszczególnych obiektów jedynie partiami w miarę stopniowego gromadzenia funduszy, zaowocowała odmiennie niż wzorcowy zakład berliński ukształtowanym kompleksem raz odseparowanych od siebie, raz łączonych ze sobą budynków. Nie zdecydowano się na posadowienie gmachu głównego w charakterystycznym kształcie litery U, zawierającego podstawowe oddziały. Po raz kolejny powtarzała się sytuacja, znana zarówno z kilkusetletniego Lazaretu, jak i z nieco tylko starszego od placówki diakonis szpitala boromeuszek. Pierwotne oddziały: dziecięcy i chorób kobiecych wyizolowano w osobnym budynku, oddziały internistyczny i chirurgiczny zostały porzucane, pomieszczenia administracyjne i po części pomieszczenia dla diakonis zajmowały ten sam poziom, co pomieszczenia dla chorych i sale operacyjne. Oczywiście daleko tym brakom do nieuporządkowania Lazaretu, niemniej znacznie bogatsza fundacja gminy ewangelickiej zdolna była stworzyć zakład o równie zaburzonej strukturze, co biedniejsza fundacja gdańskiej gminy katolickiej. Nie fundusze zdają się więc być tu decydujące, a brak od początku spójnej koncepcji rozwoju.

¹⁰⁰ Jetter 1973, s. 33–36; Keller 1994, s. 34–38, 44. Osobna sala operacyjna w Bethanii powstała dopiero po 1900 r. *Ibidem*, s. 38.

¹⁰¹ Śmigielski 1932, s. 7, 19.

Być może na takim rozwoju strukturalnym obu szpitali zaważył też początkowo brak rozeznania co do realnych możliwości rozwoju, wobec dość skromnych założeń pierwotnych. Nie od rzeczy będzie tu nadmienić, że pierwsze etapy zarówno fundacji boromeuszek, jak i zakładu diakonis przebiegały, jak się wydaje, wedle dość typowego dla XIX wieku schematu, według którego dochodziło do zaszczerpienia na nowym gruncie placówek leczniczych kościelnej proveniencji. Zgromadzenia kupowały bądź wdzierzawiały niewielkie obiekty, często mieszkalne, i przekształcały je w kilkukilkunastołóżkowe szpitaliki. Dopiero napływające w następnych latach fundusze umożliwiały im rozbudowę placówek. Taką drogę przeszedł szpital boromeuszek, erygowany w 1899 r. we Wrocławiu, gdzie zgromadzenie zakupiło od jednego z kupców budynek, poddany adaptacji do celów szpitalnych. Szczupła powierzchnia wystarczyła na zaledwie sześć pierwszych lat działalności fundacji¹⁰². Mniej więcej w tym samym czasie i według tego samego schematu co w Gdańsku (1865 r.) powstał szpital diakonis ewangelickich w Poznaniu. Pierwotnie zakład zajmował niewielki budynek wykupiony z rąk prywatnych, który przeznaczony został dla panien z dziećmi. W ciągu dziesięciu lat zakład znacznie rozbudowano i w 1875 r. szpital posiadał już sto trzy łóżka¹⁰³.

Poszukując źródeł inspiracji szpitala diakonis trzeba pamiętać, że był to początkowo szpital pediatriczny. Za pierwszy z prawdziwego zdarzenia szpital dziecięcy uznaje się powszechnie szpital paryski, erygowany w 1802, posiadający trzysta łózek *Hôpital des Enfants Malades*. Jednak analogii, jak się wydaje, trzeba szukać gdzie indziej. Już w latach osiemdziesiątych XVIII wieku w Berlinie działał mały szpitalik dla dzieci emigrantów francuskich, otwarty przy szpitalu francuskim. Ale z założenia zakładami, które w okresie późniejszym tworzyły podstawy do rozwoju niemieckich szpitali dziecięcych stały się tzw. instytuty dla dzieci chorych (*Die Kinderkrankeninstitute*), erygowane w 1787 r. we Wiedniu, w 1790 r. we Wrocławiu, w 1818 r. w Monachium i we Freiburgu, a służące do opieki ambulatoryjnej nad pacjentami w wieku rozwojowym. To z części nich w latach późniejszych stworzono zakłady opieki stacjonarnej (np. w Monachium, 1836 r.). Za pierwszy prawdziwy oddział pediatriczny obszaru niemieckojęzycznego uznaje się powszechnie powstały w 1829 r. oddział kliniczny berlińskiej *Charité*¹⁰⁴. Warto przy okazji zaznaczyć, że jednym z pierwszych szpitali Europy wyłącznie pediatricznym był szpital św. Zofii we Lwowie, założony w 1845 r. Początkowo liczył zaledwie dwanaście łózek. Stopniowo rozbudowywany, ostatecznie został przekształcony w szpital krajowy (1908 r.), ale już od 1880 r. przyjmowano doń także chorych dorosłych¹⁰⁵.

Można założyć, że pierwotne skromne założenia szpitalne obu zgromadzeń nie dawały podstaw do snucia dalekosiężnych planów inwestycyjnych. Także początkowe trudności z gromadzeniem kadry lekarskiej utrudniały prawidłowe rozeznanie co do potencjału tkwiącego w obu placówkach. Rozziew pomiędzy teoretycznymi założeniami

¹⁰² T. Błaszczyk, *Zarys dziejów szpitala św. Jerzego Sióstr Boromeuszek we Wrocławiu*. „Perspectiva. Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne”, 2004, 3, s. 229–231.

¹⁰³ J. Hasik, R. Czarniecki, *Historia Szpitala Klinicznego nr 2 im. Heliodora Świąćckiego przy ul. Przybyszewskiego 49*. [w:] *Z dziejów szpitali poznańskich*. Poznań: [b.w.] 1983, s. 28.

¹⁰⁴ Murken 1988, s. 98–99.

¹⁰⁵ W 1863 r. przyjmowano doń również rannych powstańców, co jednak zaliczyć należy jedynie do epizodów. T. Rejmanowski, *Szpital dziecięcy św. Zofii we Lwowie (1845–1944)*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1992, 55, s. 169–171; Franaszek 2002, s. 88.

i marzeniami, a świadomością ograniczeń finansowych i kadrowych dotyczących faktycznej realizacji, zapewne wpływała na wizje architektoniczno-medyczne inwestorów. Efektem było stawianie nowych budynków w pobliżu starszych obiektów jako poprawianie skromniejszych założeń, co zapewne interpretowano jako rozwój, nie widząc jednak przy tym, iż tak tworzona tkanka architektoniczna nie stanowi spójnego, precyzyjnie podporządkowanego wymogom szpitalnym organizmu. Już chociażby usytuowanie sali operacyjnej w znacznej odległości od oddziału chirurgicznego szpitala diakonis unaocznia mankamenty takiego, dość przypadkowego konstruowania przestrzeni medycznej zakładu.

Następny punkt na planie Gdańska został wyznaczony w 1868 r. Do jego powstania przyczynił się spór o miejsce w gminie miejskiej Lazaretu, a zwłaszcza o prawo do zarządzania fundacją. Z uwagi na kontestowanie przez władze miejskie w tym czasie Lazaretu, część ubogich chorych umieszczano od 1864 r. w katolickim szpitalu Najświętszej Maryi Panny sióstr boromeuszek¹⁰⁶. Z racji znacznego obciążenia tego szpitala, postanowiono stworzyć osobną placówkę, podporządkowaną bezsprzecznie bezpośrednio władzom miejskim¹⁰⁷. Otrzymała ona oficjalną nazwę *die Krankenstation des Arbeitshäuses* i ulokowano ją w dawnym budynku Domu Dziecka (*Kinderhaus*) przy szpitalu św. Elżbiety. Miała za zadanie wspomóc działalność przepelnionego Lazaretu do czasu rozwiązania problemu zarządzania tą fundacją. Po przejściu Lazaretu w ręce magistratu, oddział został w 1875 r. podporządkowany zarządowi fundacji jako *die städtische Krankenstation*. Przyjmował tych wszystkich chorych, których wyłączono z Lazaretu: osoby z owrzodzeniami podudzi, chorych na świerzb, weneryków i chorych psychicznie. W 1880 r. znajdowało się tam około pięćdziesiąt osób z owrzodzeniami podudzi, dziesięć chorych na kiłę mężczyzn i osiemdziesiąt osób chorych psychicznie¹⁰⁸. Chorzy na świerzb przebywali w oddziale tylko przez jeden dzień. Nie znamy wewnętrznego podziału zakładu. Natomiast placówka stała się ważnym punktem na planie miasta z uwagi na wydzielenie spośród chorych Lazaretu pacjentów od dawna postrzeganych jako „nieczystych”. Ta zadziwiająca segregacja podyktowana była względami tyleż medycznymi, co i administracyjnymi.

Tego typu placówki były w XIX wieku otwierane stosunkowo często, np. jako tzw. szpitale pomocnicze (*Aushilfskrankenhaus*). Za przykład może posłużyć Monachium, gdzie w tym samym mniej więcej czasie co w Gdańsku 1864 r. ciasnota panująca w tamtejszym szpitalu ogólnym wymusiła na władzach miasta założenie podobnej placówki na sto łózek¹⁰⁹.

Także z rozwojem Lazaretu związane jest powstanie ważnej placówki, jakim stał się Lazaret przy *Sandgrube* (ob. ul. ks. Rogaczewskiego). Wprawdzie otwarto go 21 grudnia 1887¹¹⁰, a więc szczegółowa analiza rozwoju tego zakładu przekracza ramy niniejszego opracowania, niemniej nie sposób choć nie wzmiankować jego powstania, skoro od tego

¹⁰⁶ *Danzig* 1880, s. 280.

¹⁰⁷ APG, 6/1243, s. 41–42; Steimmig 1870, s. 14, 16.

¹⁰⁸ *Danzig* 1880, s. 275.

¹⁰⁹ Stollberg, Tamm 2001, s. 45.

¹¹⁰ Guttstadt 1900, s. 120.

czasu stanowił przez trzydzieści lat główną placówkę chirurgiczną w mieście. W cztero-kondygnacyjnym neorenesansowym budynku głównym znajdowały się po dwie sale szesnastołóżkowe na każdej z kondygnacji i pewna liczba pokoi pojedynczych. Na pierwszym piętrze umieszczono salę operacyjną. Obok budynku głównego wydzielono osobne budynki dla chorych infekcyjnych (z posocznicą) oraz budynek dla kobiet ze schorzeniami ginekologicznymi i położnictwem¹¹¹. Sumarycznie szpital dysponował dwustu dwudziestoma łózkami. Posiadał pracownię rentgenowską i mikrobiologiczną. Do szpitala przynależała poliklinika, zaopatrująca chorych ambulatoryjnie (zwłaszcza nieodpłatnie ubogich). Przyjmowała także osoby chore psychicznie przed przekazaniem do Prowincjonalnego Zakładu dla Psychiczenie Chorych. Ze szpitalem współpracowało pogotowie ratunkowe (*Unfallstation*) oraz zakład opieki społecznej położony na posesji szpitala (*Arbeits- und Siechenhaus*)¹¹².

Można powiedzieć, że był to w Gdańsku pierwszy szpital wybudowany wedle ścisłego zapotrzebowania na usługi medyczne, którego uporządkowanie nie grzeszyło przypadkowością rozwiązań znanych z pozostałych placówek. Całość została starannie rozplanowana i podporządkowana funkcjonalności, pod którym to pojęciem należy rozumieć dostosowanie do potrzeb medycznych personelu i chorych. Wprawdzie z punktu widzenia dzisiejszych norm sale szesnastołóżkowe, zwłaszcza na oddziale chirurgicznym, nie miałyby racji bytu, niemniej zwraca uwagę wyraźne odseparowanie się twórców projektu od chaosu otaczających ich założeń szpitalnych.

Problem w tym, że zaprezentowany kształt architektoniczny stawał się powoli przeżytkiem. W tym samym czasie powstają założenia stawiane systemem pawilonowym (szpital powszechny w Hamburgu-Eppendorf, lata 1884–1889; szpital miejski w Berlinie, lata 1887–1891¹¹³), zdecydowanie bardziej odpowiadające ówczesnym poglądom na nowoczesne założenia szpitalne. W efekcie, a także z powodu narastającej dekapitalizacji budynków przy Bramie Oliwskiej, już dwadzieścia lat później trzeba było postawić zupełnie nowy szpital (*Städtisches Krankenhaus*, otwarty w 1911 r.), tym razem będący wreszcie jednym z nowocześniejszych w tej części Europy.

I jeszcze jedno: erygowanemu w 1887 r. szpitalowi (w rozumieniu zakładu nowego typu) nadal towarzyszy placówka o charakterze ściśle socjalnym (*Arbeits- und Siechenhaus*). Linia podziału także i tu przebiega pomiędzy *Krankenhaus* a *Hospital*. Ale pojawia się i inny podział: szpital – zakład opieki ambulatoryjnej (poliklinika) – pogotowie ratunkowe. Ten układ również stanowi istotny wyróżnik, każący widzieć w placówce przy *Sandgrube* bardziej nowoczesny niż pozostałe obiekt medyczny.

Szczególne miejsce w topografii miasta zajmowały także niewielkie zakłady lecznicze. Były to prywatne szpitale, obsługujące zamożnych pacjentów, posiadające początkowo kilka–kilkanaście łóżek, z czasem zaś rozrastające się nawet do zakładów czterdziesto- czy pięćdziesięciołóżkowych.

W 1861 r. wymieniany jest jeden zakład, klinika okulistyczna dr. Schnellera (*Au- genklinik des Dr. Schneller*). W 1863 r. pojawia się druga prywatna placówka, szpital

¹¹¹ Por. ryciny 9 i 10.

¹¹² *Danzig* 1908, s. 182–183.

¹¹³ Jetter 1973, s. 130–137.

chirurgiczny dr. Starcka (*Privatheilanstalt des Dr. Starck*). W 1867 r. ten pierwszy przyjął stu osiemdziesięciu czterech pacjentów, drugi sześćdziesięciu pięciu¹¹⁴.

W 1900 r. wymieniane są:

1. szpital chirurgiczno-położniczy (*Privatheilanstalt für chirurgische und Frauen-Krankheiten*), dwadzieścia trzy łóżka;
2. szpital chirurgiczny dr. Ortmana (*Privatheilanstalt für chirurgische Krankheiten*), sześć łóżek;
3. instytut ortopedyczny Zandera (*Medico-mechanisches und ortopädisches Zander-Institut*), trzydzieści jeden łóżek;
4. szpital ginekologiczny (*Privatheilanstalt für Frauenkrankheiten*), dwadzieścia trzy łóżka;
5. szpital okulistyczny (*Privatheilanstalt für Augenkrankheiten*), sześćdziesiąt dwa łóżka¹¹⁵.

Warto podkreślić, że w latach następnych działalność prywatna środowiska medycznego rozwijała się bardzo szybko, zwłaszcza w okresie Wolnego Miasta Gdańska. W 1926 r. wymienianych jest siedemnaście takich zakładów, często zwanych szumnie klinikami. W sumie dysponowały około dwustoma łózkami¹¹⁶.

Rozważań na temat sztuki podziału nie można jednak ograniczyć li tylko do wewnętrznych podziałów poszczególnych zakładów. Sztuka podziału bowiem obejmowała całe miasto, jako efekt z jednej strony rozwoju przestrzennego i demograficznego miasta, a z drugiej jako wynik narastających żądań mieszkańców tegoż miasta o prawo do miejsca w szpitalu. Pierwszy znany nam świadomie medyczny podział przestrzeni miejskiej został dokonany w 1551 r. Oczywiście określenie „podział świadomie medyczny” należy rozumieć w kategoriach stosowanych w wieku XVI, to znaczy w kategoriach uporządkowania administracyjnego, uwzględniającego chorobę jako stan odmienny nie tylko osobniczo, ale i społecznie, ekonomicznie i religijnie. Uporządkowanie owo znalazło swój wyraz w podziale wedle narodowości (Niemcy – Polacy)¹¹⁷, wedle chorób (wenerycy – chorzy psychicznie – ciężko chorzy – osoby z chorobami budzącymi odrazę – chorzy zakaźnie) i wedle kryterium swei – obcy (wyznaczenie szpitala św. Jakuba dla obcych osób, które zachorowały na morzu). Jednocześnie ten sam podział uwzględni placówki przeznaczone dla starych osób – zdrowych¹¹⁸.

Wyniknęło z tego rozczłonkowanie pacjentów na pensjonariuszy Lazaretu (wenerycy, pacjenci z ciężkimi schorzeniami, chorzy psychicznie, chorzy zakaźnie), klientów

¹¹⁴ Oelrichs 1863, s. 31, 73, 75, 174; *Topographisch-statistisches Handbuch* 1869, s. 31.

¹¹⁵ Guttstadt 1900, s. 121–122.

¹¹⁶ *Adreßbuch der Kranken-, Pflege- und Wohlfahrtsanstalten Deutschlands*. Leipzig F. Leineweber, 1926, s. 102–103.

¹¹⁷ W połowie XVII wieku, w szpitalu bonifratrów znajdowało się jedno łóżko zarezerwowane dla chorych przybywających z Francji. Fantuzzi 1990, s. 46–47.

¹¹⁸ *Item de vom hilligen geist/ Item de von sunthe gerdruth/ Item de von allen gades engelen/ Düsse sollen innemen olde gesunde lüde. Item de von sunte Elisabeth sollen innemen alle natürlike kranken. Item dath pockenhus sal innemen alle frantzösische schadhaffüge armen/ vnnd de mith der schwere kranckheit beladen sindt/ wo ock de vnsynnigen/ oder mith pestilentz beladen sindt. Item de von sünthe barbaren süllen inn dath hospital innemen/ alle polen de vp den drefften kranck sindt/ vnd kranke lüde/ so unfledich sindt mith schaden. Item de von sünthe jacob sollen innemen in eren hospitalen alle kranke sehefarende lue so wol ock de kranck vth der sehe kamen*. Cyt. za: Freytag 1899, s. 129–130.

szpitala św. Barbary (chorzy Polacy, chorzy na choroby budzące wstręt) oraz szpitala św. Jakuba (pacjenci, którzy zachorowali na morzu). Lecz, jak się wydaje, podział placówek szpitalnych, dokonany razem z przemianami w dobroczynności miejskiej, nie został zrealizowany. W rzeczywistości aż do 1853 r. jedyną liczącą się placówką leczniczą Gdańska pozostał Lazaret¹¹⁹. Pacjent, który zachorował na morzu rzeczywiście został przyjęty do szpitala św. Jakuba, ale leczył się z własnych środków¹²⁰. Nic nie słychać o leczeniu Polaków czy innych pacjentów u św. Barbary. Trudno wobec powyższego mówić o jakimkolwiek medycznym podziale przestrzeni miejskiej. Tylko w czasie epidemii wydzielano domy dla chorych zakaźnie (*Pestilenzhäuser*). Część z nich miała trwałe substancjonalne umocowanie w Gdańsku i otwierano je za każdym razem, gdy zachodziła taka potrzeba¹²¹. Na początku epidemii dżumy panującej w 1709 r. rada Miejska nakazała umieszczenie części chorych w opuszczonym domu na Siedlcach. Gdy to nie wystarczyło, zaadaptowano do celów opieki nad zadżumionymi dwie baszty flankujące Bramę Żuławską (noszące nazwy: *Löwe* i *Ochs*), następnie basztę Starego Miasta (*Luchs*), mieszczącą do sześćdziesięciu chorych, na koniec zaś basztę na Grodzisku (*Hagelsberg*)¹²². Skoro i to nie wystarczało, z polecenia Rady powstał pomiędzy Lazaretem a szpitalem Wszystkich Aniołów Bożych znacznych rozmiarów barak, w którym umieszczono osiemdziesiąt dwuosobowych łóżek, ustawionych w cztery rzędy. Obok znajdowała się kuchnia i izba dla opiekuna chorych¹²³.

Analizując podział miasta pod względem sieci przeorganizowanych lub utworzonych w XIX wieku szpitali wydaje się, że choć sam rozrzut zakładów w obrębie organizmu miejskiego był sprawą dość przypadkową, to jednak lokalizacja każdej placówki rozważanej oddzielnie wynikała z pewnych przemysłanych założeń.

Usytuowanie Lazaretu uwarunkowane było oczywiście względami historycznymi. Pierwotna, peryferyjna lokalizacja wynikała z początkowego przeznaczenia zakładu (*Pockenhaus*). Wydaje się jednak, że na przestrzeni wieków nie rozważano w ogóle możliwości posadowienia szpitala w innym miejscu, gdyż aż do połowy XIX wieku nie dostrzegano takiej konieczności. Funkcja zakładu dla chorych zakaźnie czy też dla chorych psychicznie podtrzymywała konieczność pierwotnej lokalizacji poza bramami miasta, a jednocześnie przy głównym szlaku komunikacyjnym wiodącym na północny zachód w kierunku Wrzeszcza. Wygasaniu pewnych chorób zakaźnych (ospa) towarzyszyło pojawianie się nowych (cholera). Izolacja przestrzenią stanowiła jedną z podstawowych barier epidemiologicznych. Ponadto lokalizacja Lazaretu na wolnej przestrzeni umożliwiała jego rozwój architektoniczny, znacznie utrudniony w przypadku lokalizacji *intra muros*¹²⁴. Poruszony już problem miasta jako czynnika chorobotwórczego oraz

¹¹⁹ Nie do oszacowania, wobec całkowitego zaginięcia wszelkiej dokumentacji, jest rozmiar pomocy medycznej udzielanej przez szpital bonifratrów erygowany w 1646 r. na Starych Szkotach. Placówka uległa zagładzie w 1807 r.

¹²⁰ Bogucka 1984, s. 104–105.

¹²¹ Duisburg, von 1809, s. 246–248.

¹²² Sieńkowski 1970, s. 351, 353.

¹²³ Sieńkowski 1970, s. 354–355.

¹²⁴ Trudności w rozwoju organizmu miejskiego Gdańska w XIX wieku, czego wyrazem była narastająca ciasnota zabudowy, wynikały w dużej mierze z ograniczeń wynikających z uznania Gdańska za twierdzę, a jego obwałowań za nienaruszalny system obiektów militarnych. Dopiero w 1900 r., wobec utraty wartości obronnej wałów miejskich, zatwierdzono możliwość ich rozbiórki. Bibl.Gd.PAN, Od 5884, 2^o, nie pagin, dokument z 22 sierpnia 1900 r.

zachwalane przez dr. Danna świeże powietrze wokół szpitala, nadal skazywały zakład na pierwotną lokalizację, pomimo jej kilku wad. Drugi Lazaret (przy *Sandgrube*) także powstał poza obwałowaniami, przy innym ważnym ciągu komunikacyjnym, tym razem wiodącym na zachód, ku Siedlcom. Już kilka lat wcześniej umieszczono tam Zakład Położnych¹²⁵, który został obecnie złączony organizacyjnie z Lazaretem. Analogiczna niemal lokalizacja obu Lazaretów ukazuje, jak niewiele zmieniło się przez kilka wieków w podstawowym myśleniu urbanistycznym w odniesieniu do placówek leczniczych. Uwaga ta wydaje się być tym trafniejsza, że w pobliżu znajdowała się już od kilkunastu lat, wówczas już znaczących rozmiarów placówka diakonis (posiadająca także oddział chirurgiczny i chorób kobiecych), a więc nie decydował o wybraniu miejsca brak w okolicy zakładu leczniczego. Dodatkowy czynnik stanowiły również względy ekonomiczne – cena gruntu przy wybranej ostatecznie lokalizacji była znacznie niższa od gruntu wewnątrz murów miejskich. To niewątpliwie zadecydowało również o wyborze miejsca pod Zakład Położnych (teraz jeszcze mniej korzystnie zlokalizowanego niż pierwotnie) oraz pod szpital diakonis¹²⁶. W ten sposób stworzono sytuację, w której chorych niemal z całego miasta wywożono poza jego obręb, bądź to w kierunku północno-zachodnim, bądź w kierunku zachodnim (w tym kierunku także rodzące). Stwarzało to problemy natury komunikacyjnej i ekonomicznej. Już w 1805 r. miasto zobowiązane zostało do dofinansowania Lazaretu *wegen zwei Pferede 30 Rthlr.* wraz z furą siana wartą 5 rthlr. W 1858 r. Lazaret wydatkował 680 rthlr. *für Utensilien und Fuhrwesen*, zaś w projekcie budżetu tego zakładu na 1864 r. przewidziano 450 rthlr. *zur Unterhaltung des Fuhrwesens*, co stanowiło nieco ponad 1% wszystkich wydatków.

Pewne zdziwienie budzi lokalizacja placówki przeznaczonej między innymi dla „chorych nieczystych” (*die Krankenstation des Arbeitshäuses*) wewnątrz miasta. Wydaje się, że w tym przypadku zadecydowały względy utylitarne. Zakład stanowił w dużej mierze przejściową placówkę obsługi ambulatoryjnej, zaś przeznaczenie jej wyłącznie dla ubogich, kierowanych często przez władze policyjne sugerowało lokalizację w obrębie miasta, które, zwłaszcza w nocy, stanowiło obszar zamknięty. Natomiast wydaje się, że względy epidemiologiczne nie były w tym przypadku brane pod uwagę. Zaważył na tym zapewne fakt, że od początku zdawano sobie sprawę z prowizoryczności założenia. Dlatego wybrano opuszczone budynki szpitala św. Elżbiety, co nie było pozbawione ekonomicznego sensu, gdyż należały wówczas do miasta.

Względy epidemiologiczne nie musiały być natomiast brane pod uwagę w przypadku szpitala boromeuszek, zlokalizowanego również w obrębie miasta, gdyż zakład z założenia nie przyjmował ani chorych zakaźnie, ani wenerycznie. Prawdą jest jednak i to, iż obszar ten nie był zbyt mocno zurbanizowany, jako że stanowiło go Przedmieście (*Vorstadt*) i to w części peryferyjnej. Prawdopodobnie o tej lokalizacji zadecydował zwykły przypadek (okazja nabycia konkretnego domu, o wartości w wysokości ¼ jego pierwotnych kosztów budowy), jak i właśnie owo słabe zurbanizowanie terenu, otwierające przed inwestorami perspektywy rozbudowy. Dodatkowym atrakcyjnym elementem miał być „piękny duży ogród”¹²⁷. Można też rozważać względy natury wyższej – zakład

¹²⁵ Bitkowski 1967, s. 181.

¹²⁶ Hülsen, von 1907, s. 14–19.

¹²⁷ Steffen 1927, s. 32.

miał być przeznaczony dla ludności raczej katolickiej, dość w Gdańsku ubogiej, a więc zamieszkującej okoliczne tereny Przedmieścia.

Wydaje się więc, iż sztuka podziału Gdańska pod względem umiejscowienia w tkance miejskiej punktów świadczących stacjonarną opiekę medyczną ograniczała się jedynie do sztuki znajdowania względnie taniego miejsca pod instalację nowych obiektów oraz do podtrzymywania egzystencji punktów już istniejących z poprzednich stuleci.

Substytut zakładów stacjonarnych w mieście stanowiły wzorowane na zakładach ratowniczych powstałych w Hamburgu w 1769 r.¹²⁸ stworzone w osiemnastu różnych punktach miasta w 1806 r. zakłady ratownicze (*Rettungsanstalten*). Ich zadaniem było udzielanie pierwszej pomocy osobom poszkodowanym w wyniku nieszczęśliwych wypadków, działania osób trzecich, czy też zamachów samobójczych. W latach 1818–1824 przeprowadzono czterysta dziewięćdziesiąt dwie takie interwencje, z czego dwieście osiemdziesiąt trzy osoby uratowano (57%). Największy odsetek stanowili topielcy, zwłaszcza będący pod wpływem alkoholu (łącznie 93% wszystkich poszkodowanych, z czego uratowano 59%)¹²⁹. Jednak po 1861 r. działalność zakładów ratowniczych ustała, w niezbadanych do chwili obecnej okolicznościach.

¹²⁸ T. Marcinkowski, *Medycyna społeczna XIX–XX wieku*. [w:] T. Brzeziński [red.], *Historia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1988, s. 471.

¹²⁹ Dann 1835, s. 289–295.

10. PACJENT – PRAWO I RZECZYWISTOŚĆ

Pobyt pensjonariuszy w szpitalach normowany był różnego rodzaju aktami prawnymi. W Gdańsku najstarszym tego typu dokumentem jest ordynacja szpitala św. Jakuba w Gdańsku z 1458 r.¹ Ten ważny akt prawa szpitalnego regulował ilość osób przyjmowanych na dożywocie na koszt fundacji (trzynastu spośród starych i cierpiących biedę żeglarzy, o których wiadomo, że wiernie służyli kupcom). Ordynacja postanawiała dalej, że środki potrzebne dla szpitala, różne drobne rzeczy i środki do życia, które ubodzy w jakikolwiek sposób zdobędą, zostaną pozostawione do wspólnego użytku, niezależnie od tego, czy będzie to rzecz duża, czy mała. Podobnie wszelkie jałmużny czy darowizny miały być przekazywane przez pensjonariuszy zarządcy dla podziału pomiędzy wszystkich mieszkańców szpitala. Jedynie w przypadku choroby można było liczyć na szczególne względy i osobne zaopatrzenie wedle potrzeb. Pensjonariuszom tak schorowanym, że nie mogli zasiąść do wspólnego stołu, posiłek miał być podany tak, aby zaspokoić ich potrzeby. Osoby przyjęte bezpłatnie, regulowały koszt utrzymania poprzez pracę na rzecz zakładu. Ponadto wielebny kapłan, zarządca i „czcigodni prebendarisze oraz czcigodne prebendariszeki”, którzy się za pieniądze do szpitala wkupili, siadali do osobnego stołu i otrzymywali posiłki jako pierwsi. Reszta pensjonariuszy zasiadała do osobnego stołu i tam przygotowywała sobie posiłek. Gdyby pensjonariusze się pokłócili, winno się to naruszenie prawa zgłosić u starszych i prowizorów. Powinni oni dążyć do załagodzenia sporu. Jeśliby ktoś skarżył się na szpital poza jego murami, miał być pozbawiony możliwości w nim przebywania i wszelkich związanych z tym dobrodziejstw, bez możliwości ponownego przyjęcia. Każdy, kto nie przestrzegałby niniejszych przepisów, winien być z tego domu usunięty bez prawa powrotu. Tekst ordynacji kończy się postanowieniem, aby każdemu nowo przyjętemu pensjonariuszowi odczytano artykuły i ordynację, on zaś powinien jasno potwierdzić, że będzie ich przestrzegał.

Przekracza ramy niniejszego opracowania szczegółowe omawianie ordynacji powstałych dla pozostałych szpitali gdańskich, warto jednak w tym miejscu zaznaczyć, że wszystkie te dokumenty były wyłącznie aktami dyscyplinującymi pensjonariuszy, poprzez nakazy zachowania spokoju, wstrzemięźliwości, przestrzegania zasad uczciwości, pracy na rzecz zakładu, punktualności w stawianiu się na posiłki, pobożności, a także zakazy szemrania, wzgardzenia posiłkami, prowadzenia samowolnych interesów, kradzieży, czy nierządu. Z oczywistych względów nie ma w nich przepisów wydzielonych na osób poddanych leczeniu, jako że pod względem prawnym taka kategoria pensjonariuszy nie istniała².

Do wyjątków należy instrukcja dla chorych Lazaretu, pochodząca prawdopodobnie z drugiej połowy XVIII wieku. Jest to oczywiste, skoro zakład ten miał swoją specyficzną klientelę, kierowaną doń z uwagi na stan zdrowia. Dokument zawiera regulamin, według którego mają postępować osoby przyjęte na leczenie.

¹ APG, 300, 61/67, s. 2–11.

² Ordynacja szpitala św. Jakuba z 1548 r., APG, 300, C/794 s. 4; Ordynacja szpitala św. Jakuba z 1637 r., APG, 300, R/Rr, 1 s. 69–72., APG, 300, R/Q, 7, s. 423–429; APG, 300, R/Q, 17, k.59r–63r.; Ordynacja szpitali św. Ducha i św. Elżbiety z 1643 r., APG, 300, R/Rr, 1 s. 65–68.; APG, 300, R/Q, 17, k.183v–184v; APG, 300, R/Q, 1 k.300r–303r.; Niedatowana ordynacja szpitala św. Gertrudy (prawdopodobnie ok.1660 r.), APG, 300, R/Rr, 1, s. 435–448.; Bibl.Gd.PAN. Ms Ortm. fol. 76, s. 193–194; Ordynacja szpitala św. Barbary z 1684 r., APG, 300, R/Rr, 1 s. 79–88; APG, 300, R/Q, 1 k.310r–317r.

Po pierwsze – głosi dokument – osoba przyjęta na leczenie powinna się zachowywać cicho i spokojnie, aby nie było swarów i sporów, jak także ma unikać nieprzyzwoitych i sprośnych rozmów.

Po drugie, zarządzenia, które wyda czeladnik cyrulika, należy we wszystkim spełnić i nie wolno poprzez obnażanie się lub oziębienie utrudniać leczenia.

Po trzecie, należy trzymać w czystości łóżko, należący doń worek z liśćmi i poduszkę, a również zawsze do spluwania używać spluwaczki, aby izba przez to nie była zanieczyszczona³.

Po czwarte, spluwaczka powinna być opróżniana i myta przez opiekunkę chorych tak często, jak to jest konieczne.

Po piąte, jeśli ktoś tych przepisów nie będzie przestrzegał, to po wyzdrowieniu zostanie ukarany⁴.

Z pozostałych aktów prawnych Lazaretu warto jeszcze pokrótce omówić przepisy wydane dla ubogich szpitala⁵. Dokument został zredagowany dwukrotnie, w XVII i XVIII wieku. W redakcji późniejszej w pierwszym paragrafie zapisano, iż każdy, kto zostanie przyjęty do Lazaretu, jest zobowiązany starać się o zachowanie przyzwoitości, jedności i pokoju, unikać niedozwolonych zebrań, nie nadużywać imienia Bożego przez lekkomyślne przysięgi czy przekleństwa, wyzywać innych od złodziei, szelm, kurew czy w podobnie obelżywy sposób, jak także bić się i w ogóle ma powstrzymać się od tego wszystkiego, przez co mógłby ściągnąć gniew Boży na miasto i ten dom. Winowajcom groziły surowe kary, począwszy od pozbawienia posiłku, skończywszy na relegowaniu z zakładu. W następnych paragrafach, których nieprzestrzeganie groziło podobnym sankcjom, nakazywano punktualne stawianie się na modlitwę, utrzymywanie skromności i trzeźwości, zakazywano palenia tytoniu w izbach i w domach, aby przez nieostrożność nie został zaproszony ogień, zabraniano okradania innych pensjonariuszy, tak w czasie ich zdrowia, jak i choroby, czy w przypadku zgonu, odmawiania spożywania szpitalnego jedzenia, jego sprzedaży czy oddawania, aprowiantowania w Lazarecie swoich krewnych, w tym dzieci, pozostawiania na noc poza szpitalem, sprzedawania swego majątku, bądź dobra szpitalnego, dawania czegoś pod zastaw, a także żebrania na ulicach.

Ten typowy dla gdańskich ordynacji szpitalnych akt prawny, poza szeregiem zwyczajowych dyscyplinujących pensjonariuszy paragrafów spotykanych powszechnie w innych szpitalach, zawiera też specyficzny dla tego zakładu punkt. Jest to mianowicie przepis głoścący, aby pensjonariusze leków, jakie im są podawane, nie marnowali, lecz pilnie i dokładnie przyjmowali, a także baczyl, aby sami lekkomyślnie nie popadli w cięższe choroby. Istniał też kategoryczny zakaz opuszczania szpitala przed ukończeniem leczenia. Zaznaczono także, że jedni wynoszą leki, zaś inni umyślnie zaniedbują swe rany, aby tylko móc zostać w Lazarecie do końca życia. Takie osoby winny być stosownie do okoliczności dotkliwie ukarane.

³ Świadczy to o stosowaniu wówczas w Lazarecie kuracji powodujących „ślinopłyn”, czyli wzmoczone wydzielanie śliny. Do najczęściej stosowanych było leczenie preparatami rtęci w przypadkach chorób wenerycznych. Również ślinotok spotykano w tzw. kuracjach głodowych.

⁴ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 264–265; por. aneks, dok. nr 5.

⁵ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 256–264.

Jak widać, zaprezentowane powyżej najważniejsze akty gdańskiego prawa szpitalnego, dotyczące pensjonariuszy gdańskich zakładów opieki stacjonarnej, osobie chorej poświęcają bardzo niewiele uwagi. Nawet w Lazarecie, zakładzie w nastawionym w dużej mierze na leczenie, ogromny zbiór ordynacji poświęcono zagadnieniom organizacji opieki nad chorymi, finansowania zakładu, utrzymywania w nim porządku, natomiast chory, jako bezpośredni adresat przepisów prawa pojawiał się sporadycznie. Jeśli już, to wymieniano jego obowiązki (zwłaszcza związane z utrzymaniem dyscypliny), natomiast nic nie wspomniano o jego prawach. Owszem, chory jako pozytywny podmiot prawa istnieje. Na szesnaście zachowanych aktów prawnych (ordynacji i instrukcji) pojawia się aż w jedenastu. Lecz są to dokumenty wydawane dla osób opiekujących się chorymi, dla lekarza, cyrulika, czy też czeladnika cyrulika⁶. Różnego rodzaju nakazy, dzięki którym chory jest podmiotem chronionym, niewątpliwie zasługują na uznanie, niemniej zazwyczaj osoba chorego stanowi tło głównych zagadnień poruszanych w danym dokumencie.

Co ciekawe, los sprawił, że dla XIX wieku również nie zachował się żaden istotny akt prawny przeznaczony dla chorych leczonych w Lazarecie, choć takowy prawdopodobnie istniał. W 1853 r. zalecono wydanie specjalnej instrukcji dla pacjentów, w której miały być zawarte obowiązki pensjonariuszy Lazaretu. Projektowano zawieszenie wydrukowanego tekstu w każdej sali chorych i odczytywanie zawartych w nim treści przez asystenta w czasie przyjmowania pacjenta do szpitala⁷. Niestety, dokumentu takiego nie udało się dotąd odnaleźć.

Niemniej jesteśmy w stanie zaprezentować te fragmenty zachowanych innych przepisów prawnych, w których osoba chorego wydobyta została na plan pierwszy. Analogicznie do poprzednich wieków są to paragrafy dokumentów przeznaczonych dla lekarzy, personelu średniego szpitala oraz nadinspektora, paragrafy – dodajmy – dość szczegółowo omawiające miejsce pacjenta w strukturze XIX-wiecznego szpitala. Analiza tych źródeł umożliwia więc w jakimś stopniu rekonstrukcję hipotetycznej instrukcji dla chorego Lazaretu, która się nie zachowała, lub też nigdy nie została zredagowana. Przyjrzymy się więc bliżej przekazanym nam danym.

Przyjmowanie chorych do Lazaretu następowało:

- A. na podstawie zaświadczeń wystawianych przez władzę policyjną;
- B. w ramach miejskiej opieki nad ubogimi, a mianowicie:
 - 1. w oparciu o świadectwo lekarskie;
 - 2. w sprawach nagłych w oparciu o świadectwo lekarza Lazaretu;
- C. w następstwie zawartych kontraktów;
- D. na prośbę osób prywatnych, po pokryciu kosztów leczenia lub po zapewnieniu ich uregulowania;
- E. dla osób spoza Gdańska jedynie odpłatnie lub po zapewnieniu pokrycia kosztów leczenia.

⁶ Relacje pomiędzy osobami opiekującymi się chorymi, lekarzem, cyrulikiem i jego czeladnikiem a chorymi Lazaretu zaprezentowane zostały w pozostałych rozdziałach niniejszej pracy w trakcie omawiania roli poszczególnych grup zawodowych w życiu Lazaretu.

⁷ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 28.

W przypadkach ujętych w punktach A, B, C nadinspektor był zobowiązany dokonać przyjęcia, natomiast w przypadkach ujętych w punktach D i E był do tego uprawniony. W razie odmowy przyjęcia miał o tym natychmiast powiadamiać zarząd.

Każdy chorych, który przychodził do Lazaretu celem przyjęcia, musiał wpierw zgłosić się do nadinspektora, który sprawdzał dokumenty, a następnie przekazywał chorego dyżurującemu asystentowi, celem badania lekarskiego. Jeśli hospitalizacja uznana została za niezbędną, dyżurny asystent winien był dokonać przekazania chorego do stosownego oddziału szpitalnego i na odpowiednią salę chorych. Nadinspektor każdorazowo przyjęcie powinien był zaprotokołować w dzienniku przyjęć (*Receptionsjournal*) i polecić zebranie wywiadu wedle stosownego formularza.

Po tych czynnościach nadinspektor ustalał, który chory mógł być leczony nieodpłatnie, a który za odpłatnością, a ustaloną stawkę za leczenie przekazywał do skarbnika celem egzekucji.

Protokoły dotyczące tych chorych, których status co do odpłatności był niepewny, nadinspektor przekazywał do Magistratu wraz ze świadectwem lekarskim o konieczności hospitalizacji. Po podjęciu przez Magistrat decyzji co do płatności, nadinspektor był zobowiązany daną pozycję stosownie zaksięgować.

W przypadkach, w których stan chorego nie wymagał natychmiastowego leczenia, nadinspektor również wysyłał stosowne zawiadomienie do Magistratu⁸.

Nowo przyjęci chorzy, o ile ich stan na to pozwalał, bez wyjątku przyjmowani byli w izbie przyjęć Lazaretu, tamże zapisani w księżce przyjęć, i odesłani do tej sali chorych, jaka została im wyznaczona przez ordynatora lub, w czasie jego nieobecności, przez asystenta. Jeśli asystent uznał, że pacjent wymaga natychmiastowej pomocy, musiał go niezwłocznie zaopatrzyć, o ile nie mógł tego w tej chwili bądź w krótkim czasie uczynić ordynator. Asystent miał także sprawdzić, czy chory po przyjęciu został natychmiast zaopatrzony we wszystko, czego potrzebuje⁹.

Odzież chorego była oddawana do depozytu, w zamian pacjent otrzymywał odzież szpitalną¹⁰.

Dla każdego przyjmowanego do szpitala chorego, z wyjątkiem leczonych zwyczajową metodą chorych na świerzb, asystent zakładał historia choroby. Następnie przy łóżku każdego chorego zawieszano tabliczkę z danymi pacjenta oraz zaordynowaną dietą. Pod tabliczką należało trzymać historię choroby. Codziennie do godziny 16 historie chorób pacjentów aktualnie leżących na oddziale były przeglądane przez ordynatora¹¹.

Chorzy byli wizytowani przez asystentów co najmniej dwa razy dziennie, poza obchodami czynionymi przez ordynatora, tzn. o 8 rano i o 5 po południu¹².

Przy ordynowaniu diet dla chorych były w użyciu stosowne regulaminy. Wszystkie zlecenia w tym zakresie należało wydać na porannym obchodzie dla każdego chorego osobno. Zapisywano je w specjalnym formularzu z podaniem nazwiska i numerem sali

⁸ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3622, nie pagin.; projekt statut dla nadinspektora Lazaretu z 1861 r., paragraf 8.

⁹ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragrafy 11, 13, 23.

¹⁰ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 11.

¹¹ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragrafy 29, 30.

¹² *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 12.

chorego, a po sprawdzeniu oraz zaakceptowaniu przez asystenta i ordynatora przekazywano gospodyni. Samodzielne ordynowanie diety przez asystenta dopuszczano tylko w nagłych przypadkach. Przy dietach ordynowanych, czyli dietach specjalnych, przeznaczonych do leczenia, należało ściśle przestrzegać zasady oszczędności¹³. Do obowiązków personelu średniego należało ponadto zwracanie uwagi, czy chorzy, którzy nie jedzą, nie oddają pożywienia innym, lub też czy sobie go wzajemnie nie sprzedają. Po posiłku chorzy oddawali swe noże, widelce, łyżki, talerze i szklanki. Chorzy, którzy sami nie mogli spożywać posiłków, karmieni byli przez personel pielęgniarski¹⁴.

O konieczności przeniesienia chorego na inny oddział decydował ordynator, zaś do obowiązku asystenta należał nadzór nad procedurą¹⁵.

Gdy chory otrzymał zezwolenie od lekarza na przepustkę, miał obowiązek udać się z nią do nadinspektora. Chory otrzymywał wówczas od zarządcy swe własne ubranie, zmieniane z ubrania szpitalnego. Osoba personelu średniego towarzyszyła choremu aż do wyjścia. Po powrocie chory ponownie odziewał się w ubranie szpitalne, a swe własne oddawał nadinspektorowi¹⁶. Osobne przepisy regulowały zasady otrzymywania przepustek przez chorych umysłowo. Wyjście takiego pacjenta do miasta mogło bowiem nastąpić jedynie w towarzystwie osoby pilnującej, przy czym jedna osoba pilnująca mogła wyjść jednocześnie tylko z jednym chorym. Na odwiedzanie teatru czy innych miejsc publicznych zezwalano tylko wtedy, gdy istniała gwarancja spokojnego zachowania się. Pozwolenie na przepustkę nie było z zasady wydawane chorym umysłowo znajdującym się pod sądowym dozorem, już skazanym, lub takim, które po zwolnieniu miały trafić do aresztu¹⁷.

Odwiedziny chorych umysłowo miały miejsce wyłącznie po uzyskaniu zgody ordynatora, w zwyczajowych godzinach, między 14 a 16. Odwiedziny powinny następować, o ile chory nie miał swego osobnego pokoju, tylko w wyznaczonym do tego celu miejscu i w obecności asystenta lub wyznaczonej do tego celu osoby pilnującej. Małe dzieci nie były w zasadzie wpuszczane na odwiedziny, a dzieci pomiędzy ósmym a szesnastym rokiem życia tylko w obecności dorosłych¹⁸.

Gdyby jakiś chorych nie chciał przestrzegać zaleceń lekarskich, wzbraniał się przyjmować leki etc., to osoby personelu średniego miały przez przyjacielską rozmowę nakłaniać go do posłuszeństwa. Natomiast przy dłuższej trwającym oporze należało złożyć o tym raport asystentowi dyżurnemu¹⁹. W takich przypadkach, bądź i wobec innych niestosownych zachowań pacjenta, asystenci mieli prawo do surowego napomnienia chorego, pozostawienia go w łóżku oraz do separacji od innych chorych, po powiadomieniu o tym ordynatora. Także pod tym warunkiem mogło być dokonane zmniejszenie racji żywnościowych. Stosowanie cięższych kar, mianowicie odesłanie ze szpitala, przysługiwało wyłącznie ordynatorowi, podobnie jak kranie dyscyplinarne chorych umysłowo²⁰. Jeśli jakiś chory uciekł, to asystent miał natychmiast zawiadomić o tym zarówno

¹³ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragrafy 18–21.

¹⁴ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 11.

¹⁵ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 24.

¹⁶ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623 nie pagin.; por. aneks, dok. nr 11.

¹⁷ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 40.

¹⁸ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 41.

¹⁹ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 11.

²⁰ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragrafy 28, 37.

ordynatora, jak i nadinspektora. To samo zobowiązany był uczynić przy odkryciu prób ucieczki oraz przy wszystkich innych zdarzeniach natury policyjnej i sądowej²¹.

Jeśli chory domagał się pociechy duchowej, osoby personelu średniego, po zapytaniu lekarza i po uzyskaniu jego zgody miały to zgłosić nadinspektorowi, który był zobowiązany wypełnić żądania pacjenta²².

Przepisy prawne wydzielają także szczególny rodzaj pacjentek. Należały do nich kobiety ciężarne, przyjmowane do oddziałów dla umysłowo chorych, syfilityków, zaświerzbionych, lub też chore więźniarki. Takie kobiety ciężarne po rozwiązaniu, gdy tylko nadawały się do transportu, natychmiast miały być odwiezione w miejsce, skąd przybyły²³.

Oddział dla chorych dzieci przeznaczono tylko dla pacjentów do dwunastego roku życia. Nieletni, którzy przekroczyli w czasie pobytu w szpitalu wymieniony wiek, musieli być przekazywani do stosownego dla ich chorób oddziału, chyba że ordynator zarządził inaczej. Samowolne karanie dzieci przez personel średni nie było tolerowane, o takim fakcie należało zaraz donieść ordynatorowi²⁴.

Osobne przepisy poświęcono chorym umysłowo. Między innymi asystentów obowiązywał szczególny nadzór, mający na celu unikanie brutalnego lub niestosownego postępowania z chorymi przez personel oddziału²⁵.

W Lazarecie istniał także nakaz pracy, obejmujący znajdujące się w zakładzie położniczym ciężarne. Miały być one zatrudniane przy obieraniu warzyw i do podobnych zajęć dla kuchni. Inne kobiety mogły być przez lekarza przydzielone do szycia, zaś osoby personelu średniego miały kontrolować, czy pracują one pilnie i porządnie. Zabroniono natomiast wykonywanie przez pacjentki prac dla personelu średniego²⁶.

Decyzja o wypisie chorego należała do ordynatora²⁷. Osoby personelu średniego miały obowiązek powiadomienia o tym nadinspektora, który z kolei wystawiał dokument poświadczający opuszczenie szpitala przez pacjenta oraz recepty. Osoby personelu średniego oddawały choremu ubranie i odbierały od niego odzienie szpitalne. Po odejściu chorego jego pościel oddawano do pralni. W każdym przypadku zgonu całe wyposażenie łóżka usuwano, a osoby personelu średniego sprawdzały, czy pościel została przywrócona do użytku²⁸.

Zalecano szczególną ostrożność przy wypisywaniu chorych umysłowo. Należało wówczas przestrzegać następujących zasad:

1. zezwolenie na wypis przysługiwało wyłącznie ordynatorowi;
2. wyjście do domu mogło nastąpić tylko wtedy, gdy osoba, której wypisywany chory był powierzany, mogła dać gwarancję stosownego nadzoru²⁹.

²¹ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 27.

²² GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 11.

²³ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 35.

²⁴ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 36.

²⁵ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 37.

²⁶ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 34; GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 11.

²⁷ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 25.

²⁸ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 11.

²⁹ *Instruction* 1853; por. aneks, dok. nr 9, paragraf 40.

W przypadku śmierci chorego osoby personelu średniego sporządzały stosowne zaświadczenie oraz zawiadamiały tak lekarza, jak i nadinspektora. Ciało należało wywieźć z oddziału i oblec w koszulę, którą jednak trzeba było potem zabrać z powrotem z kostnicy, a na paluchu nieboszczyka zawiesić kartkę z nazwiskiem³⁰.

Porównując zaprezentowane dane z przedstawionymi na wstępie dokumentami oraz z aktami prawnymi dotyczącymi osób zatrudnionych w Lazarecie w XVII i XVIII wieku, omówionymi w innych częściach niniejszej pracy, nasuwają się następujące wnioski.

Po pierwsze, hospitalizacja pacjenta w Lazarecie pozostała aktem po większej części administracyjnym niż medycznym. Nie dziwi to w świetle panujących nowszych poglądów na przeznaczenie szpitali i wynikające z nich procedury przyjmowania. Jednak z punktu widzenia rozwoju historycznego nabywania prawa do hospitalizacji w gruncie rzeczy niewiele uległo zmianie niemal przez sto lat.

W szesnasto- czy osiemnastowiecznym Gdańsku stworzona i podtrzymywana została swoista dychotomia prawna, ustalona przez miejscowe czynniki decyzyjne, dotycząca przyjmowania do Lazaretu. Z jednej strony istniał wręcz policyjny przymus hospitalizacji, przynajmniej w stosunku do niektórych kategorii chorych. Przymus ten dotyczył jednak tylko chorych miejscowych, zaś w stosunku do chorych obcych wydano wyraźny zakaz hospitalizacji, niezależnie od stanu pacjenta³¹. Znany jest przykład pewnej chorej, która w 1686 r. została przez swego pracodawcę przywieziona z Nowego Stawu do Gdańska celem leczenia. Sprawę przedstawiono Radzie Miejskiej, ta zaś postanowiła, aby człowiek, u którego chora służyła, skoro za jego radą przywieziono ją do Gdańska, albo ułożył się co do przyjęcia do Lazaretu z jego prowizorami, albo zabrał kobietę z powrotem³².

Owa dychotomia spowodowała, iż w ordynacji Lazaretu z 27 stycznia 1779 r.³³ znalazł się obszerny passus, informujący, że celem usunięcia nadużyć w szpitalu ordynki postanowiły, aby ci, którzy powinni zaznać dobroczynności, jeśli byli z miasta, od jednego z ich spowiedników lub od najstarszego opiekuna ubogich gminy reformowanej, lub jeśli byli ze wsi, od wójta wsi, mieli otrzymać potwierdzenie, że są mieszkańcami

³⁰ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 11.

³¹ APG, 300, 93/52, s. 172: *Zu wissen: Nachdem E.Raht mit nicht geringem Mißfallen in Erfahrung gebracht, was massen sich einige anhero kommende Kahnen- und Schmacken-Schippere unterstehen von benachbahrten und andern frembden Oertern breshafte und krancke Persohnen in ihren Kahnen und Schmacken in diese Stadt und deroselben Gebiethen zu bringen und selbige, damit sie in hiesigem Lazareth geheylet werden mögen, auszusetzen, dergleichen Unternehmen aber nicht allein wieder die bereits publicirte Edicte, laut welchen dergleichen Breshafte von andern Oerten anhero zubringen nachdrücklich untersaget worden, anläuffet, sondern auch hierdurch besagtes Lazareth mit frembden Leuten angefüllet, hingegen hiesige Krancke und Breshafte, so wegen ihrer Armuth dahin gegeben sind, in ihrer Pflege und Wartung Noht leiden; Als hat E.Raht Kraft tragenden Obrigkeitlichen Amts hiemit alle und jede Kahnen- und Schmacken-Schippere ernstlich ermahnen wollen, daß niemand von ihnen in seinem Kahn oder Schmacke solche krancke und breshafte Leute einzunehmen und anhero zu bringen, vielweniger dieselben, es sey, wo es wolle, auszusetzen sich unternehmen, sondern sich desfalls bey denen verordneten Vorstehern des Lazareths zu melden gehalten seyn solle. Wer diesem Unserm Edict zuwider zu handeln sich erdreusten und darüber betreten werden wird, soll mit nachdrücklicher unabläßiger Straffe angesehen werden. Wornach sich ein jeder zu richten, und für Schaden zu hüten wissen wird. Gegeben auf Unserm Raht-Hause den 12. Augusti 1733. Bürgermeister und Raht der Stadt Dantzig.*

³² APG, 300, R/Mm, 3, s. 381.

³³ APG, 300, 87/6, nie pagin.

miasta lub danego obszaru tak ubogimi, że nie mogą liczyć na żadną pomoc medyczną. To potwierdzenie powinni wręczyć prowizorowi zarządzającemu urzędem zdrowia. Prowizorzy zostali zobowiązani do wydrukowania na koszt Lazaretu specjalnych blankietów, na których należało wpisać nazwisko i stan chorego razem z datą i podpisem. Blankiety takie miały być rokrocznie rozdzielane pomiędzy panów administratorów terenów wiejskich, wszystkich członków Ministerium Duchownego, najstarszych kaznodziejów tutejszych czterech katolickich świątyń i opiekunów ubogich przy gminie pruskiej i niderlandzkiej. Blankiety takie na atesty na leczenie chorych ważne były jedynie osiem dni, zaś po upływie tego czasu można je było prolongować na dalsze osiem dni po uprzednim ponownym zbadaniu chorego przez czeladnika chirurga i w ten sposób przedłużać aż do wyzdrowienia pacjenta.

W 1835 r. przyjmowanie pacjentów nadal nie leżało w pełni w rękach lekarzy. Tłumaczono to nadużywaniem dobrodziejstwa bezpłatnej opieki lekarskiej. Tak więc przed hospitalizacją ubodzy najpierw zmuszeni byli otrzymać rekomendację skierowaną do prowizora pełniącego urząd zdrowia (*Heilamt*) w Lazarecie celem bezpłatnej opieki lekarskiej, wydawaną dopiero po dokładnym zbadaniu ich stanu przez prowizorów rewirów (*Bezirksvorsteher*). Dopiero prowizor pełniący urząd zdrowia przydzielał chorych do lekarza lub chirurga³⁴. Dla „pacjentów płacących” taką rekomendację mógł wydać każdy lekarz. Rola prowizora Lazaretu pełniącego urząd zdrowia polegała na odbieraniu i sprawdzaniu wiarygodności tych dokumentów³⁵. System ten utrzymany został nadal w latach sześćdziesiątych XIX wieku.

Porównanie stosowanych procedur hospitalizacji z połowy XVIII wieku oraz z połowy XIX wieku unaocznia daleko idące, oczywiste analogie. Są jednak i pewne różnice: w dokumentach późniejszej proveniencji mowa jest bowiem o hospitalizacji na prośbę osób prywatnych, po pokryciu przez nich kosztów leczenia lub po zapewnieniu ich uregulowania. Natomiast możliwość przyjmowania także chorych spoza Gdańska (jedynie odpłatnie lub po zapewnieniu pokrycia kosztów leczenia przez osoby trzecie) stanowi kontynuację wspomnianej w przepisach z 1779 r. procedury pozwalającej przyjmowanie ubogich chorych spod Gdańska pod warunkiem zobowiązania przez gminę lub inne osoby pokrycia kosztów hospitalizacji. Oczywiście wszystko to nie dotyczyło pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym, choć po opanowaniu ciężkiego stanu należało przeprowadzić stosowne dochodzenie, kto miał za tego pacjenta zapłacić.

Drugi wniosek nasuwający się po lekturze wspomnianych dokumentów, to instrumentalne traktowanie pacjenta, zarówno w przepisach prawnych XVIII-wiecznych, jak i przepisach prawa pochodzącego z połowy XIX wieku.

Świadczą o tym dobitnie liczne relikty dawnego prawa szpitalnego, pokutujące w omawianych dokumentach. Do najważniejszych należy prawo do karania pensjonariuszy, w tym karania umyślowo chorych. W ujęciu dziewiętnastowiecznym szpital nadal pozostaje obszarem penalizacji, co ma swoją wielowiekową tradycję. Zresztą sankcje, jakie dozwalało stosować prawo w XIX wieku nie różnią się niemal zupełnie od sankcji stosowanych w wieku XVII czy XVIII.

³⁴ Dann 1835, s. 345.

³⁵ Dann 1835, s. 304–305.

Do podstawowych kar stosowanych już od średniowiecza należało pozbawianie pożywienia na określony czas³⁶. Wprawdzie w XIX wieku nie mówi się o pozbawieniu pokarmu, a jedynie ograniczeniu jego ilości, jednak niezmiennym pozostaje fakt użycia dostępu do pożywienia jako środka dyscyplinującego.

Do odmiennych środków należała separacja, w gdańskich szpitalach stosowana bardzo rzadko. Wspomniana jest raz tylko, w stosunku do pensjonariuszy Lazaretu. Tamże zezwolono zarządcy, jeśli któryś z pensjonariuszy przyjdzie do Lazaretu pijany, albo zachowuje się krnąbrnie i nieprzyzwoicie, takiego człowieka zamknąć w celi, do czasu jak nie zostanie o tym powiadomiony prowizor³⁷. W przypadku przepisów XIX-wiecznych mowa jest o specyficznym rodzaju ekskluzji, jaką było pozostawienie chorego, który mógł chodzić, w łóżku³⁸. Relegowanie z zakładu, sankcja dla odmiany bardzo częsta w szpitalach szesnasto- osiemnastowiecznych³⁹ przewidziana została także w aktach prawnych w XIX wieku.

Natomiast żadna z dawnych ordynacji gdańskich nie wymienia stosowania kar cielesnych, których nie szczędzą przepisy szpitali innych miast. Na przykład ordynacja szpitala św. Łazarza z dekanatu poznańskiego nakazywała pensjonariuszom wspólną naukę katechizmu pod karą przebywania w kunie⁴⁰. W 1537 r. w czasie wizytacji w jednym z warszawskich szpitali pensjonariusze skarżyli się na surowość kar, w tym na zamykanie w komórce⁴¹. Podobnie według synodu żmudzkiego z 1752 r. za nieznaną zasad wiary groziła ubogim kara osadzenia w szpitalnej celi pod strażą, dopóty nie nauczyli się odpowiednich formuł⁴². W Gdańsku istniał formalny zakaz stosowania kary chłosty, lecz co do praktycznego przestrzegania zakazu można pewne wnioski wysnuć z ordynacji z 1610 r., wydanej dla porządkowych dla Lazaretu i Szpitala na Zapleczu wyszukujących po ulicach obcych żebraków. Zabroniono w niej porządkowym bić żebraków, chyba że

³⁶ Na osiem dni – wg ordynacji zjednoczonych szpitali św. Ducha i św. Elżbiety z 1643 r., APG, 300, R/Rr, 1, s. 65; na czternaście dni – wg ordynacji szpitala św. Gertrudy z XVII w., APG, 300, R/Rr, 1, s. 439 i szpitala św. Barbary APG, 300, R/Rr, 1, s. 85 z 1684 r.; na osiem tygodni – ordynacja szpitala św. Jakuba z 1637 r., APG, 300, R/Rr, 1, s. 70.

³⁷ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 166: 25. *Wird er alle Spitals Genossen mit Liebe und Freundschaft begegnen, niemanden mit groben, anzuglichen und Ehrenriehrigen Wörten anfahren, noch niemanden von sich selbst mit einer Art der Strafe belegen, solte ihm aber jemand worin zu nahe kom[m]en, so hat er sich bey denen H. Vorstehern [s. 167] darüber zu beklagen und alles auf deren entscheiden und Urtheil ankom[m]en zu laßen. Wen aber einer von denen Spitals Genossen, betruncken ins Lazareth käm[m]e oder sich sonsten widerspenstig und ungebührlich aufführet, den kan er zur Som[m]er Zeit so lange in die Clause bringen laßen, bis er dem Vorsteher (der darüber zusorgen hat) Nachricht davon ertheilet und deßen Vernehmen darüber eingezogen.*

³⁸ Kara ta spotykana jeszcze była w szpitalach na oddziałach dziecięcych do niedawna, czasem wzbogacona o karę upokarzającą (i zapobiegawczą jednocześnie na wypadek niepodporządkowania się zakazowi opuszczania łóżka), pod postacią zdejmowania dolnej części bielizny szpitalnej.

³⁹ Ordynacja szpitala św. Jakuba, APG, 300, R/Rr, 1, s. 69; ordynacja zjednoczonych szpitali św. Ducha i św. Elżbiety z 1643 r., APG, 300, R/Rr, 1, s. 65; ordynacja szpitala św. Gertrudy z XVII w., APG, 300, R/Rr, 1, s. 439–440; ordynacja szpitala św. Barbary z 1684 r., APG, 300, R/Rr, 1, s. 79–88.

⁴⁰ M. Surdacki, *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*. „Biblioteka Historii Społeczno-Religijnej Instytutu Geografii Historycznej Kościoła w Polsce”. T.6. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 1992, s. 341.

⁴¹ A. Karpiński, *Warunki życia pensjonariuszy szpitali warszawskich w XVI i w pierwszej połowie XVII wieku*. „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej”, 1977, 25, s. 59.

⁴² W. Męczkowski (wyd. L. Zembruski), *Szpitala dawnej Rzeczypospolitej w uchwałach synodów polskich*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1935, 15, s. 83, 91.

w obronie własnej, pod karą stosownie do okoliczności⁴³. Podobnie w samym Lazarecie, w XVIII w. nakazano zarządcy, aby do wszystkich pensjonariuszy odnosił się z miłością i przyjaźnią, nikogo nie obrzucał grubymi, obelżywymi i uwłaczającymi słowami, nakładał na kogokolwiek samowolnie jakiś rodzaj kary. Gdyby go ktoś obraził, powinien wnieść skargę przed prowizorów, którzy mają wydać wyrok⁴⁴. W teorii więc kary cielesne, stosowane samowolnie przez personel szpitalny, były zabronione, co świadczy o znaczącym ograniczeniu ich stosowania także w majestacie prawa. Jednak sam fakt wzmiankowania w przepisach możliwości samowolnego sięgania po ten środek penalizacyjny wskazuje na istnienie problemu w Gdańsku w codziennej praktyce.

Zasada niekaralności cielesnej podtrzymana została w gdańskich XIX-wiecznych przepisach prawnych, co wcale nie było normą. Na przykład w wielu szpitalach Królestwa Polskiego aż do końca XIX wieku nadal obowiązywało przyzwolenie na stosowanie tego środka w stosunku do pensjonariuszy. Stare prawo sankcjonowała ustawa wydana dla tamtejszych szpitali w 1842 r. Stosownie do jej przepisów, chory, o ile był nieposłuszny regulaminowi szpitalnemu, miał być przez lekarza zgłaszany zarządowi szpitala celem ukarania⁴⁵.

Do innych reliktyw należy, powiązany zresztą z poprzednim, przymus leczenia. Przywołane już na początku niniejszego rozdziału osiemnastowieczne paragrafy zakazujące wynoszenia leków czy też umyślnego zaniedbywania ran, a także opuszczania szpitala przed ukończeniem leczenia, znajdują swe *continuum* w przepisach dziewiętnastowiecznych. Stosowana tu gama środków penalizacyjnych jest dość szeroka: od napomnienia ustnego, poprzez ograniczenie pożywienia, karę czasowej ekskluzji, aż do relegowania ze szpitala. Świadczy to dobitnie o wadze, jaką prawodawcy przywiązywali do skuteczności wysiłku społecznego, jakim było leczenie w obszarze szpitalnym. Zaniedbanie leczenia, czy wręcz jego odmowa postrzegane było jako naruszenie norm społecznych, a nie jako autonomiczny akt woli pacjenta, sytuacja prawna dziś (poza nielicznymi przypadkami, zwłaszcza chorób zakaźnych) nie do przyjęcia.

Natomiast tylko pozornym reliktem z dawnych epok był nakaz pracy pacjentów.

Zagadnienie to posiada bardzo szeroki kontekst religijny, społeczny, prawny i ekonomiczny⁴⁶, którego omówienie wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Niemniej nie od rzeczy będzie przywołanie pewnych faktów historycznych w kontekście przepisów prawnych samego Lazaretu. Otóż na początku XVI wieku w Europie Zachodniej pojawiły się nowe prądy w teorii sądownictwa, które zakładały, że osoby będące w

⁴³ Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm. fol. 76, s. 55; por. aneks, dok. nr 5, paragraf X.

⁴⁴ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 166, p. cytat powyżej.

⁴⁵ Jachowicz 1983, s. 11.

⁴⁶ Por. chociażby dla kontekstu religijnego: K. Eger, *Die Anschauungen Luthers vom Beruf. Ein Beitrag zur Ethik Luthers*. Gießen: Ricker, 1900, passim; dla kontekstu społecznego, prawnego i ekonomicznego: U. Eisenbach, *Zuchthäuser, Armenanstalten und Waisenhäuser in Nassau. Fürsorgewesen und Arbeitserziehung vom 17. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts*. „Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Nassau”, Bd.56. Wiesbaden: Historische Kommission für Nassau, 1994, passim; jak również: P. Slack, *Hospital, Workhouses and the Relief of the Poor in Early Modern London*. [in:] O.P. Grell, A. Cunningham [eds.], *Health care and poor relief in protestant Europe 1500–1700*. London, New York: Routledge, 1997, s. 234–251; także w odniesieniu do dzieci: I. Ritzmann, *Welchen Wert hat die Gesundheit von Kindern? Ein Interessenkonflikt im Ludwigsburger Waisenhaus Ende des 18. Jahrhunderts*. [In:] U. Sträter, J. N. Neumann [Hg.], *Waisenhäuser in der frühen Neuzeit*. Tübingen: Verlag des Franckeschen Stiftungen Halle im Max-Niemeyer Verlag, 2003, s. 135–153.

konflikcie z prawem, lecz nie poddane jeszcze demoralizacji, poprzez odpowiednie zabiegi resocjalizacyjne mogą zostać nakierowane na drogę uczciwego życia. Po ich wpływie w 1629 r. na terenie Lazaretu powstała specjalnie wydzielona izba jako Przędzalnia (*Spinnhaus*)⁴⁷. Wprawdzie już w 1610 r. istniały przepisy nakazujące pracę ubogim pensjonariuszkom zakładu⁴⁸, jednak nie była to działalność zinstytucjonalizowana. Już rok później ilość osób kierowanych do pracy przez służby miejskie była tak znaczna, że izba ta nie wystarczała i podjęto decyzję o erygowaniu Domu Poprawy (*Zuchthaus*), będącego zakładem penitencjarnym i resocjalizacyjnym jednocześnie⁴⁹. Mimo to kontynuowano zamysł, aby pensjonariuszy Lazaretu, przyjętych nie w celach resocjalizacyjnych a leczniczych, obarczać nadal obowiązkiem pracy. Chodziło głównie o nakaz pracy ubogich pacjentek, którym stan zdrowia pozwalał pruć na rzecz Lazaretu, aby pokryć choć częściowo koszty leczenia⁵⁰.

W przepisach dziewiętnastowiecznych obowiązek pracy dotyczył także osób zdrowych, a mianowicie osadzonych tu kobiet ciężarnych, choć wspomniane są także „inne kobiety” zatrudniane do szycia. Ważny jest przy tym *passus* mówiący o tym, że osobą przydzielającą pracę jest lekarz. Wydaje się, że chodziło tu o kwalifikację do wykonywania pracy z uwagi na stan zdrowia. Przy okazji warto też zauważyć, że przepustkę wydawał lekarz, nie osoba pionu administracyjnego. Jest to istotna zmiana w stosunku do przepisów siedemnasto- i osiemnastowiecznych, gdzie funkcje te pełnił zarządca wspólnie z prowizorami. Działo się tak dlatego, że, jak się wydaje, inny był cel zatrudnienia. W XIX wieku nie chodziło bowiem o zwrot kosztów leczenia, a zajęcie czymś osób w zasadzie zdrowych, lub też cierpiących na choroby w danej chwili nie pogarszające znacząco jakości ich życia. Dotyczyło to na przykład pacjentów cierpiących na choroby weneryczne, co miało zapobiegać temu, aby „nie włóczyli się beczynnie po szpitalu”. Osobny cel przyświecał zatrudnieniu chorych psychicznie – miało to na celu prowadzenie swoistej terapii zajęciowej⁵¹.

Ta część przepisów prawnych ważna jest jeszcze z jednego powodu. Szpital dziewiętnastowieczny bywał w pewnym zakresie także zakładem penitencjarnym. Wyróżnić tu można dwie, odmienne grupy pacjentów. Pierwsza to więźniowie skierowani na leczenie, druga to osoby osadzone przymusowo celem leczenia. Analizując przedstawione dokumenty nasuwa się wniosek, że większość przepisów prawnych o charakterze restrykcyjnym skierowana była zwłaszcza do tych dwóch grup pensjonariuszy Lazaretu, szczególnie w kontekście zwiększonego dozoru nad więźniami i osobami zatrzymanymi z racji „zdarzeń natury policyjnej i sądowej”. Nie umniejsza to oczywiście obciążenia systemem dyscyplinującym pozostałych chorych⁵².

⁴⁷ APG, 300, R/Pp, 4, s. 161–164.

⁴⁸ Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm. fol.76, s. 53. Tam także wspomniany jest nakaz pracy kobiet szpitalnych w ogrodzie; ibidem, s. 54; ; por. aneks, dok. nr 5, paragrafy III i IV.

⁴⁹ Kaczor 1996, s. 43–63.

⁵⁰ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 172.

⁵¹ O problemie zagospodarowania wolnego czasu chorych por. Podgórska-Klawe 1981, s. 179–181.

⁵² Już samo wydawanie przez władze administracyjne zezwoleń na hospitalizację posiadało znaczenie dyscyplinujące. Miało bowiem na celu nie tylko sprawdzenie, czy choremu przysługuje miejsce w szpitalu z przyczyn ekonomicznych. Każdy zgłaszający się po zaświadczenie umożliwiające przyjęcie do zakładu leczniczego kontrolowany był, czy nie należy do ludzi *podejrzanych o zmyślone choroby albo tych, którzy by w stanie istotnej słabości nie szukali przytulku, aby ujść bacności władzy policyjnej*. Fragment instrukcji dla rad szpitalnych w Królestwie Polskim z 1833 r. Cyt. za: Fijałek 1962, s. 83.

Do innych ważnych różnic wynikających ze zmienionej sytuacji prawnej należało pozbawienie prawa szpitala do majątku po pensjonariuszach. To zdarzenie miało swe konsekwencje również ekonomiczne – odebrane w ten sposób zostało szpitalom jedno z istotnych źródeł dochodu.

Warto w tym miejscu zadać sobie pytanie, jakie warunki ofiarował chorym dziewnastowieczny Lazaret i jak przepisy prawa działały w rzeczywistości. Po części odpowiedź na tę kwestię znaleźć można w zaprezentowanych systemach podziału, jaki w tym czasie stał się udziałem szpitala. Problem w tym, że przedstawione dane nie wyczerpują zagadnienia. Sytuacja bowiem była dość skomplikowana, zwłaszcza w połowie XIX wieku. Czas panującego wtedy kryzysu musiał odbić się na stosunkach wewnętrznych Lazaretu, co w kontekście omawianego procesu medykalizacji ma szczególne znaczenie.

W skład kompleksu Lazaretu wchodziło wówczas siedem domów, będących w stanie pomieścić około trzystu dwudziestu łóżek, choć zdarzało się, że hospitalizowano równocześnie i pięćuset pacjentów. Ponieważ kompleks budynków rozrzucony był po terenie o kształcie niecki, spływ kanalizacji nie miał prawie wcale biegu. Brudy z latryn zbierały się w siedmiu – ośmiu dołach kloacznych które częściowo nie były obmurowane. Powodowało to nasiąkanie gruntu Lazaretu gnijącą materią. Parterowe pomieszczenia szpitala były po części bez piwnic lub bez izolacji. Dlatego drewniane belki tych pomieszczeń najczęściej już po dwóch latach butwiały, na ścianach kwitł grzyb, który, jeśli go regularnie nie usuwać, bujał na stopę nad podłogę. Do niedawna latryny były stawiane w ten sposób, że przepierzenie z desek prowadząc do jednej ze ścian domu, uchodziło bezpośrednio nad latrynę, tak że spływające ekskrementy spadały przy ścianie i dalej tak się sączyły, że wszędzie rozchodził się dokuczliwy smród. Próbowano temu zaradzić, ciągnąc cementowe rury, w których spływały ścieki. Lecz rury te uchodziły bezpośrednio nad kloakami, tak więc nadal czuć było w budynkach szpitalnych smród. Ta bezcelowa modernizacja została dodatkowo zaniedbana przez wieloletnie nieopóźnianie kloak, co spowodowało, że cementowe rury w końcu zostały zatkane. W efekcie zbierała się w nich cuchnąca zawartość, napływająca z budynków szpitalnych i przelewająca się na zewnątrz. Działo się tak pomimo ciągłych skarg lekarzy szpitala⁵³.

Korytarze budynków szpitalnych były nieogrzewane. Przy wejściu nie wybudowano żadnych przedsionków, tak więc wychodziło się wprost na podwórzec. Drzwi wejściowe najczęściej pozostawały otwarte, przez co korytarze były wciąż zimne i pełne przeciągów. Z tego powodu jedynie niewielka część chorych w zimie mogła korzystać z ubikacji znajdujących się na tych korytarzach, zaś reszta załatwiała swe potrzeby wewnątrz sal chorych. Tam zaś wydzielono do tego celu malutkie, zupełnie nie wentylowane miejsca. Jedynie za parawanem, albo za drewnianym przepierzeniem stał nocnik z drewnianą pokrywą.

Lekarze od wielu lat postulowali, aby w salach chorych Lazaretu stworzyć skuteczny przepływ powietrza. Stwierdzono, że wentylacja pokoi przez otwarte okna prawie

⁵³ Podobne zastrzeżenia dotyczyły wielu ówczesnych zakładów leczniczych. O szpitalu św. Łazarza w Krakowie napisano w 1871 r., że *coż pomoże kanał w budynku szpitalnym, kiedy takowy w ogrodzie do połowy tylko przykryty zaraża wszystko powietrze wylotami? Co gorsza, kanał tu nie dosyć jest spadzisty, zatem wszystkie odchody się w nim zatrzymują*. Cyt. za: Dobieszewski 1871, s. 96.

wszędzie była niemożliwa, ponieważ w salach chorych bez znajomości rzeczy oraz bez zastanowienia łóżka zostały przez budowniczych posadowione pod oknami. Stwierdzono także, że budynki w większej części były zbudowane w systemie szachulcowym i uszkodzenia, jakie w tych okolicznościach powstać musiały, od więcej niż stu lat powodowały próchnienie belek. Rokroczne malowanie belek sublimatem nie było w stanie zlikwidować rojących się w szparach i spojeniach belek pluskiew. Szczęśliwie w początku lat sześćdziesiątych przeforsowano, że drewniane łóżka zostały niemal całkiem wyparte przez łóżka żelazne. Mimo podjętych postanowień gdańskich radnych, chorzy prawie wyłącznie nosili swe własne ubrania. Od dwóch lat ponaglenia lekarzy o zakup odzieży dla Lazaretu (*die Lazarethuniform*) ze strony władz miejskich były pomijane milczeniem. Władze miejskie dostrzegały bowiem w tych lekarskich wnioskach jedynie problem uniformu (*die Uniform-Frage*), lekarze zaś problem higieny. Zlewy dla nieczystości na poszczególnych piętrach wykazywały wiele wad. Ponieważ ich otoczenie nie zostało wyasfaltowane⁵⁴, było nieuniknione, że wokół ustawicznie stały kałuże brudnej wody pomieszanej z moczem. Belki konstrukcyjne nasycaly się wilgocią, a leżące między nimi wypełnieniegniło.

Obok wspomnianych pluskiew, pełno było wszy jak i chmar pcheł, których mimo wielkich ilości proszku na insekty, nie udało się wytępić.

Podobnie w złym stanie były pralnia, kuchnia. Nikogo nie dziwiło, że tak ważne pomieszczenia leżały tuż obok spalarni dla zakażonych ubrań, stajni i warsztatu stolarskiego, kostnicy i biura inspektora, że izba przyjęć i publiczna apteka leżała nie poza Lazaretem, lecz w obrębie terenu szpitala. Piec do dezynsekcji ubrań chorych łączył się bezpośrednio z piecem piekarni i pralni.

Wyżywienie było kiepskie, podstawą posiłków stała się kasza⁵⁵. Kuchenki na korytarzach, mające służyć parzeniu herbaty⁵⁶ chorym i dostarczaniu gorącej wody dla kompresów, zostały przerobione na kuchnie żywieniowe, gdzie personel pichcił chorym jedzenie za odpłatnością. Proceder ten nie tylko nie był potępiany przez zarząd, lecz nawet jeden z prowizorów sprzedawał personelowi średniemu ziemniaki dla „celów restauracyjnych”. Tyle było z tego pożytku, że, jak złośliwie komentowano, samostołowanie się pensjonariuszy zmniejszało koszty utrzymania Lazaretu.

Owe kuchnie stały się miejscem prawdziwej wojny pomiędzy lekarzami a prowizorami. Ci pierwsi, celem protestu przeciwko takiemu stanowi rzeczy (przede wszystkim dlatego, że gotowane pożywienie często było niezgodne z ordynowanymi przez nich dietami), nakazali wygaszenie wszystkich palenisk, gdyż, jak stwierdzili, nie będą zlecać ani herbaty, ani kompresów. Dostarczanie drewna miało się odbyć jedynie na specjalne zlecenie lekarskie. Już wkrótce ogień płonął na wszystkich paleniskach, a to za sprawą

⁵⁴ Asfaltowanie podłóg szpitalnych stanowiło pewien obowiązujący wówczas kanon higieny szpitalnej, choć np. w szpitalach Warszawy propagowano ją dopiero w latach siedemdziesiątych XIX wieku. Podgórska-Klawe 1981, s. 152.

⁵⁵ W 1835 r. dr Dann zachwalał posiłki podawane chorym w Lazarecie jako urozmaicone. W ich skład wchodziły *Morgens und Abends eine Suppe, Mittags dreimal wöchentlich ½ Pfund Rindfleisch mit Suppe von Graupe oder Kartoffeln oder anderem Gemüse, wie es die Jahreszeit mit sich bringt. Jeder bekommt täglich ein Pfund feines Roggenbrod oder zwei Weissbrode*. Dann 1835, s. 307.

⁵⁶ Herbata traktowana była w tym czasie jako ważny element opieki i leczenia. Poza naparem z liści krzewu herbacianego stosowano napary z bzu, rumianku, melisy, mięty, kozłka, anyżu, kopru włoskiego, mchu islandzkiego etc.

polecenia prowizora dostarczającego produkty spożywcze. Zagadnięty, dlaczego wydał takie polecenie, odrzekł, iż dostarczył zmarznęte mleko, więc trzeba je było gdzieś ogrzać. Wojna kuchenna Lazaretu znalazła swój finał w Magistracie, gdzie... lekarzom udzielono nagany za niestosowne zachowanie.

Opisana powyżej w instrukcji procedura przyjmowania chorych nie istniała. Skarżono się, że miast prawdziwie potrzebujących, do szpitala przyjmowane jest *erste beste Individuum*, które potrafiło sobie załatwić jakieś policyjne zaświadczenie, zamiast wymaganych dokumentów. Bez wszystkich instrukcji lub ustnych poleceń, taka osoba siadała w izbie chorych przed lekarzem i mówiła: *sieh, du fertig wirst!* Winą za to obarczono osoby pełniące dyżur w izbie przyjęć, a działające wbrew wyraźnym poleceniom. Z drugiej strony, gdy wreszcie zaostrzono rygory hospitalizacji (między innymi wprowadzając w 1864 r. szereg wspomnianych instrukcji dla osób zatrudnionych w szpitalu) pewien czeladnik murarski, notabene ofiara bójki, nie został przyjęty do Lazaretu w noc świętojańską roku 1865 z powodu braku miejsca i zmarł. Problem polegał na tym, że jako pacjent w nagłym stanie zagrożenia życia nie posiadał stosownego zaświadczenia ani policyjnego, ani magistrackiego, a więc nie mógł zająć miejsca zakontraktowanego dla ubogich chorych miejskich, zaś łóżka przeznaczone dla chorych spoza tej puli (w posiadającym dwieście pięćdziesiąt łóżek szpitalu wydzielone w liczbie... trzech) były właśnie zajęte. Nikt nie odważył się przekroczyć limitu, ani przyjmując chorego na łóżka zakontraktowane, ani przenosząc kogoś już leżącego chorego z owych trzech limitowanych łóżek na łóżka zakontraktowane.

Istotny problem stanowił też brak odpowiedniego personelu średniego. Kiepsko opłacany, kiepsko też był przygotowany do swoich zadań. Z największym trudem lekarze przeforsowali, że zatrudniona została przełożona nad personelem doglądającym chorych (*Oberwärterin*), która miała nauczać nieprzygotowane zupełnie do zawodu kobiety. A i tak stanowisko to obsadzono bez jakichkolwiek konsultacji z lekarzami. Do istotnych mankamentów zaliczano wspomniany już brak właściwego wydzielenia pomieszczeń dla kobiet doglądających chorych, zwłaszcza na salach dla mężczyzn, gdzie stosowano jedynie wysokie na cztery stopy parawany. Jak sarkastycznie zauważono, potrzebowano wręcz pozwolenia ministra, aby wreszcie można było wzniesić wysokie, drewniane przepierzenia, oddzielające pomieszczenia personelu od sal chorych.

Nie postarano się także o właściwe lokum dla niższego personelu szpitalnego. Kilkunastu robotników Lazaretu mieszkało w wilgotnej piwnicy domu jakiejś chorej wdowy, zaś praczki na strychu szpitala, śpiąc bez łóżek, wprost na podłodze.

W zakładzie tym nie należało do rzadkości, że umysłowo chorzy uciekali, lub że prostytutki hospitalizowane z racji syfilisu, nocami wychodziły na zarobek. Rano wracały do Lazaretu, a swe nocne eskapady nadzwyczaj umiejętnie ukrywały przed osobą doglądającą chorych, dopóki nie schwytała ich policja. Chorzy wenerycznie, nie zatrudniani, włóczyli się po szpitalu i pozwalali sobie na ekstrawagancki sposób ubierania. Zaś w łaźni szpitalnej niższy personel „wyprawiał nieprawdopodobne nieprzyzwoitości”. Chorzy psychicznie z napadami szału nie byli wystarczająco odseparowani od chorych przewlekłe, za to wydzielona dla „niespokojnych pacjentów” separotka została zajęta dla innych, niewymagających odosobnienia chorych. W czasie spacerów chorzy umysłowo obu płci mieszały się ze sobą. Ponieważ do dyspozycji oddano pacjentom psychiatrycznym ogród Błędnik (*Irrgarten*), ironizowano, iż przez to, co się tam wyprawiało, stał się prawdziwym ogrodem dla obłąkanych (*Irrengarten*). Dlatego postulowano oddanie do

dyspozycji chorych kobiet zamknięty do tej pory dla pacjentów ogród prowizorów, co jednak długo nie następowało.

Do szpitala wchodził, kto chciał, ponieważ portier, wraz z osobami dogladającymi chorych, zajęty był handlem żywnością. Prowadzenie kuchni scedowano na gospodynię bez gwarancji dobrego zarządzania żywnością. Inwentarze ruchomości i wiktuałów nie były prowadzone, lub prowadzono je niedbale. Wszystko to dawało pole do licznych nadużyć.

Także zaopatrzenie zwłok było, wedle ówczesnych standardów, niedopuszczalne. Ciała grzebano w workach, a nie w trumnach, gdyż zarząd chciał „oszczędzić nawet na trupach”.

A wszystko to się działo – jak emocjonalnie podkreślono – za 40 000 do 50 000 rthlr. rocznie!⁵⁷

Niestety, ten niepoehlebny obraz codzienności największego szpitala w Gdańsku nie może zostać skonfrontowany z równie wnikliwym obrazem obu szpitali wyznaniowych. Prawdą jest bowiem, że zachowane podstawowe źródła do badań zarówno nad szpitalem boromeuszek, jak i szpitalem diakonis ewangelickich, to rocznicowe wydawnictwa, w których mało jest z zasady miejsca na krytyczne spojrzenie. Nie zachowały się także żadne przepisy prawne dla pacjentów obu szpitali, choć wiadomo skądinąd, że takowe istniały. Trudno jest więc ukazać codzienność pacjenta leczonego w drugiej połowie XIX wieku w prowincjonalnym szpitalu katolickim czy protestanckim, co byłoby zapewne wielce pouczające.

Omówione nieprawidłowości w funkcjonowaniu Lazaretu nie należały do rzadkości, nawet w dużych miastach, w których z jednej strony szybko rozwijający się przemysł produkował znaczne rzesze potrzebujących „ubogich pracujących”, z drugiej zaś dochodziło do znacznego kumulowania się środków kapitałowych przeznaczonych na opiekę społeczną. Koloński *Bürgerspital* w latach czterdziestych XIX wieku był przepelniony, nie przestrzegano zasad separacji pomiędzy chorymi, chorymi umysłowo i inwalidami. Tamtejszy lekarz poświęcał pacjentom szpitalnym niewiele godzin. Tok leczenia uznawano za upokarzający. Mimo to było więcej chętnych do hospitalizacji, aniżeli łóżek, a samo tylko rozpatrywanie wniosku o hospitalizację dokonywane przez lekarza ubogich trwało niejednokrotnie aż dwa tygodnie⁵⁸. W hamburskim szpitalu powszechnym, przeznaczonym w zasadzie dla tysiąca pacjentów, w latach pięćdziesiątych XIX wieku ilość hospitalizowanych jednocześnie chorych dochodziła do tysiąca siedmiuset, pomimo niezmiennej od 1823 r. bazy łóżkowej. Powodem były rzesze między innymi ubogich oraz inwalidów wojennych, których nie można było przyjąć gdzie indziej. Wymusiło to w końcu dalszą rozbudowę zakładu, między innymi w 1868 r. wybudowano osobny budynek dla chorych na ospę⁵⁹. Podobne sytuacje znane są i z innych szpitali. Niemal w tym samym czasie co Lazaret w Gdańsku, podobne trudności przeżywał szpital po-

⁵⁷ APG, 6/1244, s. 454–458, 485–492; GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., odpis artykułu z „Allgemeine Medizinische Central Zeitung”, 1863, XXXII, 33–36; „Danziger Zeitung”, Beilage zu No. 3088, z dn. 04 lipca 1865 r., s. 2–3.

⁵⁸ Bleker 1988, 23, s. 19–20.

⁵⁹ Murken 1979, s. 90; Spree 1997, s. 416.

wszechny w Augsburgu. Wizytujący placówkę w 1852 r. Józef Dietl opisuje zakład jako bardzo zaniedbany, z zaledwie stu pięćdziesięcioma chorymi, podczas gdy stare budynki zdolne byłyby pomieścić dwustu chorych, gdyby nie opłakany stan fundacji⁶⁰.

⁶⁰ Langefeld 1995, s. 111.

11. ODEJŚCIE PROWIZORÓW

Ostatnim krokiem na drodze do medykalizacji szpitali była restrukturyzacja ich zarządów. Oparty na średniowiecznych wzorcach system prowizorski został zastąpiony nowym, co doskonale dokumentuje gdański przykład Lazaretu. Zachowane akta fundacji pozwalają z jednej strony na prześledzenie mechanizmów zawiadujących tym procesem, a z drugiej na odpowiedź na pytanie, o rzeczywiste miejsce zdarzenia, jakim była zmiana systemu zarządzania, w procesie przekształcania szpitali w zakłady lecznicze nowego typu.

Aby jednak ukazać całą złożoność problemu, należy wprawdzie zastanowić się nad istotą pierwotnego systemu zarządzania, opartego na honorowo pełnionych urządach prowizorów (*Vorsteher*).

Instytucja prowizoratu sięga czasów średniowiecza. Pojawia się ona wszędzie tam, gdzie powołana w ramach instytucji prawa kościelnego, prawa kanonicznego, placówka szpitalna zyskiwała świecki zarząd zależny od władz miejskich¹. W Gdańsku osoby zarządzające szpitalami nazywane były prowizorami (*Vorsteher*)², choć w obszarze niemieckojęzycznym spotkać można się i z innymi określeniami³.

W szpitalach gdańskich prowizorów z reguły było trzech lub czterech, choć sporadycznie ilość ich dochodziła nawet do ośmiu⁴. Rekrutowali się początkowo spośród członków Rady⁵, choć z biegiem czasu w zarządzie szpitali coraz częściej zasiadały

¹ Reicke 1932, s. 76. Tamże cytaty z pisma skierowanego do rady Freiburga z 1362 r., charakteryzujący środowisko, z jakiego wywodzili się prowizorzy tamtejszego szpitala: *qui fuerint laici burgensesque et residentes dictae villae nostrae Friburgi*.

² Oprócz prowizoratu spotykamy też w Gdańsku instytucję szpitalnika (*Spitalmeister*), różniącą się od urzędu prowizorów przede wszystkim jednoosobowym, a nie kolegiatnym, podejmowaniem decyzji w zarządzaniu szpitalem. Funkcja ta łączyła zarazem urząd nadzoru i urząd decyzyjny z urzędem wykonawczym (w przypadku prowizoratu pełnionym osobno przez podległego prowizorom zarządcę – *Hofmeister*). Prowadziło to do rozmaitych nadużyć, zwłaszcza w szpitalu św. Elżbiety i szpitalu św. Ducha (P. Simson, *Der Bericht der Vorsteher der Vereinigten Hospitälern zum Heiligen Geist und zu St. Elisabeth in Danzig über den Zustand der Hospitälern und ihre Einsetzung im Jahre 1546*. „Mitteilungen des Westpreußischen Geschichtsvereins”, 1916, 16, s. 75–78).

³ Dla średniowiecza Siegfried Reicke wymienia określenia łacińskie: *provisores, procuratores, gubernatores, tutores, rectores, iurati, magistri* oraz niemieckie: *Spitalmeister, Pfleger, Vormünder, Vorsteher, Baumeister, Vögte, Gotteshausleute, Schaffner, Hofherren, Altermäner, Gastmeister, Spittelherren, Kirchenväter* (Reicke 1932, s. 73–75). Podobne określenia wymieniane są też w okresie wczesnonowożytnym (Begon 2002, s. 109.). Wydaje się jednak, że nie zawsze były to urzędy tożsame, np. jak w powyższym przykładzie, różnicującym w Gdańsku wyraźnie urząd prowizora (*Vorsteher*) od urzędu szpitalnika (*Spitalmeister*). Istnienie takich wyjątków sugeruje także Reicke (Reicke 1932, s. 75) oraz Sabine Begon (Begon 2002, s. 109), choć ta ostatnia jednocześnie powołuje się na XVII-wieczne źródła uznające niemieckojęzyczne warianty nazwy omawianego urzędu za równoprawne łacińskiemu *hospitalarius*.

⁴ APG 300, R/Rr, 9, s. 18 (dotyczy zjednoczonych szpitali św. Ducha i św. Elżbiety): *Mit allen oben angeführten Vorrechten und Freiheiten, haben nur vier Vorsteher von Ao. 1546. bis zu Ende des 16ten Seculi, obbenan[n]te beyde Hospitalien und deren Landereyen verwaltet und vorgestanden. Anno 1601. ersuchten die Vorsteher En. Hoched. Rath, zur Erleichterung Ihrer vielen Arbeit und Ihrer Geld Vorschüsse, die Zahl der Vorsteher bis auf 8 zu vermehren, welches Hochderselbe Ihnen auch zugestand*.

⁵ Np. APG 300, R/Rr, 9, s. 5 (dotyczy szpitala św. Ducha): *Hierauf hat Ein Hochw. Rath einem oder mehreren Personen aus Ihren Mitteln die Oberaufsicht über dieses Hospital aufgetragen. Aus alten Urkunden*

osoby personalnie niezwiązane z Radą⁶. W efekcie w pierwszej połowie XVI wieku został dodatkowo stworzony czteroosobowy organ nadzorczy Rady w stosunku do szpitali, tzw. panowie szpitalni (*Hospitalar Herren*).

Odtąd w Gdańsku istniał trójstopniowy system zarządzania szpitalami. Stopień najwyższy stanowili panowie szpitalni (*Hospitalar Herren*), stopień środkowy prowizorzy (*Vorsteher*), stopień najniższy zarządca wraz z podległymi mu służbami (*Hofmeister und Officianten*).

Sam prowizorat był wewnętrznie zróżnicowany. Poszczególnym jego członkom przypisane były rozmaite urzędy, wyznaczone w zależności od potrzeb danego zakładu. Np. w zjednoczonych szpitalach św. Ducha i św. Elżbiety istniały w XVII i XVIII wieku urzędy: zarządzania posiadłościami wiejskimi (*Dorf-Amt*), zarządzania bezpośrednio szpitalami (*Hof-Amt*), budowlany (*Bau-Amt*) oraz aprowizacji (*Speise-Amt*)⁷.

Prowizorzy w Gdańsku swój urząd pełnili nieodpłatnie, a obejmując go nie składali przysięgi⁸. Tak więc prowizorat był zaszczytem, jednocześnie dość wątpliwym, ponieważ wymagał poświęcania mu wiele czasu, a także własnych pieniędzy⁹. W efekcie wielu powołanych przez Radę mieszczan starało się uniknąć pełnienia go. Ponieważ jednak należał do obowiązków obywatelskich, zwolnienie było możliwe tylko po wpłaceniu niemałej z reguły kwoty. Wydaje się, że zjawisko wykupywania się przybrało w XVII i XVIII wieku tak znaczące rozmiary, iż stanowiło kontrolowane przez Radę źródło funduszy przeznaczanych po części na szpital¹⁰.

Do obowiązków prowizorów względem Rady należało sporządzenie inwentarzy przekazywanych dóbr, a także przedkładanie rokrocznych rachunków ze swej działalności¹¹. Na przestrzeni wieków istniał jednak systematycznie nawracający problem egzekwowania obowiązku corocznego rozliczania urzędów prowizorskich wobec Rady¹².

erhellet, daß Ao. 1386. Herr Heinrich Lackmann dieses Amt bekleidet hat. Und Anno 1431. haben die beyden Raths Herren Claus Deergarde und Johan[n] Torrax dieses Hospital vorgestanden.

⁶ Zjawisko odnotowane na całym obszarze niemieckojęzycznym, tak w średniowieczu, jak i w okresie wczesnonowożytnym. Reicke 1932, s. 77–78; Begon 2002, s. 122.

⁷ APG, 300, R/Rr, 9, s. 19.

⁸ Podobna sytuacja dotyczyła większości prowizoratów. Niemniej spotykamy także i takie szpitale obszaru niemieckojęzycznego, w których prowizorzy byli zobligowani do składania przysięgi. Begon 2002, s. 124–125.

⁹ APG 300, R/Rr, 9, s. 24: *Der neu erwählte Vorsteher ist verbunden, so gleich bey seinem Antritt 1300 fl. baares Geld, zum Vorschuß für die Armen ins Hospital Amt zu deponiren, welche Er in den Jahren wen[n] Er die Verwaltung hat, wieder nach und nach einziehen kann. Ferner alle 5 Vorsteher, sind jährlich bey der Untersuchung der Hospitals Ländereyen gewissen bestim[m]ten Ausgaben aus Ihren Mitteln unterworfen. Desgleichen haben dieselben jährlich gewisse eingeführte Gebühren für die Hospital Bediente aus Ihren Mitteln zu entrichten. Der jüngste Vorsteher ist nach altem Gebrauch verbunden, in dem erstem Jahre, einen Wagen zu den Ausfahrten nach den Hospitals Ländereyen, aus seinen Mitteln zu besorgen, welches Ihm wenigstens 10 Ducaten zu stehen kom[m]t.* Cytat dotyczy zjednoczonych szpitali św. Ducha i św. Elżbiety.

¹⁰ APG, 300, R/Mm, 1, s. 52; 300, R/Mm, 3, s. 382; 300, R/Mm, 7, s. 417; 300, R/O, 15, k.236r.; Bibl.Gd.PAN, Ms 201, k.119v.; k.120r.

¹¹ Begon 2002, s. 128–130.

¹² APG, 300, R/Mm, 1, s. 49: *Ao. 1620. d. 4. Dec. ist zu starckem Raht geschlossen, daß die Vorsteher aller Hospitalien dieser Stadt sollen hinführo schuldig und gehalten seyn, die Rechnungen von der Einnahme und Ausgabe und also der gantzen Administra[t]ion der Hospitalien den Hospitalar-Herren, die aus dem Mittel E.E.Rahts dazu seyn deputiret, jährlich abzugeben, und zur revision und approbation zuzustellen. Die auch bey wollgemeldten Hospitalar-Herren sollen verbleiben.* Ponadto: APG, 300, 61/170, s. 3–4; 300, R/Mm, 1, s. 75–76; 77–78; 300, R/Mm, 20d, s. 157–158; 300, R/O, 7, s. 219.

Wydaje się, że drastyczne nadużycia (np. sprzeniewierzenie majątku szpitalnego¹³) należały do rzadkości, natomiast istniała tendencja do trwonienia pieniędzy fundacji na inwestycje, zdaniem Rady zbyt kosztowne¹⁴. Ponadto częstym przewinieniem prowizorów, zwłaszcza Lazaretu, był brak należytej kontroli nad podległymi służbami, jak także dopuszczanie do przyjmowania pensjonariuszy, którzy nie powinni być przyjmowani¹⁵.

Do obowiązków prowizorów względem szpitala należało przede wszystkim staranie o majątek fundacji. Zarząd miał zwracać uwagę, aby nic ze szpitala nie ginęło, opiekować się mieniem po zmarłych pensjonariuszach i doprowadzić do jak najszybszego jego zlicytowania, a jednocześnie do uzyskania jak największej kwoty z licytacji na rzecz podległego zakładu¹⁶. Powinien także stosownie lokować pieniądze fundacji, roztropnie zarządzać nieruchomościami, przy czym tak ich kupowanie, jak i sprzedawanie wymagało zgody Rady¹⁷. Prawo obrotu nieruchomościami przez prowizorów obarczone było dodatkowo obowiązkiem umieszczania w księgach gruntowych zapisów, których treść nie pozostawiała wątpliwości, iż zarząd szpitala dokonał kupna danej nieruchomości jedynie w imieniu szpitala, nie zaś na swoją rzecz¹⁸.

Do innych, równie ważnych obowiązków względem fundacji, należała segregacja kandydatów na pensjonariuszy szpitali oraz troska o właściwą opiekę nad nimi¹⁹.

Strategiczne decyzje prowizorzy powinni podejmować kolegiально, zaś uchwały miały zapadać większością głosów w obecności wszystkich członków zarządu²⁰. Do prawa prowizorów należało prawo proponowania nowego członka kolegium, wybór jednak leżał w gestii Rady²¹.

W ujęciu etycznym urzędu każdy z prowizorów powinien pełnić rolę ojca, dbającego o swą rodzinę szpitalną we wszystkich wymiarach, z silną akcentacją wymiaru wy-

¹³ APG, 300, R/Mm, 1, s. 75–81.

¹⁴ APG, 300, R/Mm, 3, s. 383; 300, R/Mm, 20d, 157–158; 300, R/Vv, 5, k.127v.;

¹⁵ APG, 300, 87/2, s. 28; 300, 87/6, s. 7; 300, R/O, 7, s. 219; 524–525; Bibl.Gd.PAN, Ms 201, k.144v.

¹⁶ Bibl.Gd.PAN, Ms 724, k.584r. (1628 r.): *Der Neuankom[m]ende sol schuldig sein, nebenst dem der daß Speiße Amt verwaltet, die Krancken wen es nötig zu besuchen, sie zuermahnen, dem Spitals nichts [k.584v.] Abhendig zu machen, die Verlaßenscafften aber der Verstorbenen, sollen sie in gute Verwahrung nehmen, und solche gütter auffß schleunigste in den Außruff befördern, da er den auch persönlich nebenst dem der das Speise-Amt verwaltet, sich soll finden laßen, damit auffß beste solche gütter mögen verkauffet werden.*

¹⁷ APG, 300, R/U, 8, k.76r.: *Erben, so Hospitalien gehören, wann sie verkauffet werden, mußten ordentlich bey denen E.Gerichten verlanget werden [5 Novbr. 1681].*

¹⁸ APG, 300, R/Mm, 8, s. 497 (niedatowane): *Vorsteher der Hospitalien kön[n]en auch Erb acquiriren, es werden aber dieselbe nicht auf der Vorsteher Nahmen sondern folgender gestalt verschreiben: Civitas in usum Hospitalis S. Corporis Christi, it[em] Civitas in usum lanquentium in Xenodochio.*

¹⁹ Begon 2002, s. 127; 130–131.

²⁰ Bibl.Gd.PAN, Ms 724, k.584r. (1628 r.): *3. Eß sol ohn Consens sämbtlicher Vorsteher nichts vorge[n]om[m]en werden, sonderlich in Vermietung des Landes und der Wohnungen, annehmung der Armen in die Kost, Verkaufung der Wohnungen sambt der Kost vnd ohne die Kost, einkauffung der Ochsen und was sonsten mehr, das auff sich hette, vorlauffen möchte, dieser Consens aber soll bestehen, in dem meisten Stim[m]en, wen sie Sämbtlich bey einander sein.*

²¹ APG, 300, R/O, 7, s. 83 (1632 r.): *Die Vorsteher des Hinder Hospitals, Pocken und Pestilentz Hauses bitten E.E. Hw. Rath aus nachfolgenden Personen in dero Stelle so abgehen als Speise-ambt im Pocken und Pestilentz Hause und in das Spende-Amt zwey andere zu erwählen Speise-Amt Thomas Mührer Hans König in der langgaß[e] Freidrich Fedderschen. Spende-Amt Johan[n] Klöckner. Egidius Schröder. Daniel Friederich. Auf Anhalten der Vorsteher weiß E.E.Rath den Thomas Mührer zum verwalten des Speise-Ambts und Johan[n] Klöcknern des Spend-Ambts verordnet haben.*

chowawczego²². Taki paternalistyczny obraz prowizorów kreśli zachowane niedatowane rozporządzenie Rady Miejskiej (prawdopodobnie 1 połowa XVII wieku). Wprawdzie władze miejskie wytykają im szereg uchybień, ale ton dokumentu jest pełen szacunku, należnemu głowom rodzin, wymagającym jedynie pewnego ukierunkowania działalności²³. Paternalistyczna wizja misji prowizorów była udziałem ich samych jeszcze w XIX wieku, kiedy w czasie sporu z władzami miejskimi zarządzający Lazaretem, oburzeni na stawiane im zarzuty niegospodarności, odpowiedzieli, iż czują się dbałymi o dobro swych podopiecznych, dobrymi i dobrze zarządzającymi ojcami domu²⁴.

Tak wykształcony system zarządzania szpitalami erygowanymi w średniowieczu przetrwał w Gdańsku nie tylko do początku XIX wieku, ale aż do 1945 r. Wyjątkiem jest tu Lazaret, gdzie w 1874 r. przeprowadzono gruntowną restrukturyzację zarządu. Powód tej odmienności jest oczywisty – pozostałe szpitale o średniowiecznej proveniencji nie zostały poddane procesowi medykalizacji, a więc dawny system zarządzania nie musiał ulec zmianie. Lazaret zaś podlegał daleko idącym metamorfozom i prowizorat stał się dlań przeżytkiem.

Rozwój prowizoratu Lazaretu stanowi sam w sobie temat interesujący, jako że ilustruje doskonale przemiany zachodzące w tej ważnej dla Gdańska socjalno-medycznej instytucji.

Początkowo zarząd Lazaretu składał się tylko z dwóch prowizorów²⁵. Jednak gdy w 1608 r. Lazaret połączono ze Szpitalem na Zapleczu, z Domem dla Chorych Zakaźnie oraz z Urzędem Dobroczynności, Rada Miejska ustanowiła sześciu prowizorów, pełniących urząd aprowizacji (dwóch prowizorów, *Speise-Amt*), dobroczynności (dwóch prowizorów, *Spend-Amt*), zdrowia (jeden prowizor, *Heil-Amt*) oraz budowlany (jeden prowizor, *Bau-Amt*). Dla tak poszerzonego zarządu sporządzono w 1610 r. ordynację, dokładnie wymieniającą prawa oraz obowiązki prowizoratu i jego poszczególnych urzędów.

Prowizorzy, tworząc zarząd fundacji, podejmując kluczowe decyzje kolegialnie²⁶, jednocześnie zobligowani byli do indywidualizacji pełnionych przez siebie urzędów.

Do zadań prowizorów pełniących urząd aprowizacji należało zaopatrywanie pensjonariuszy Lazaretu w dobrą żywność, kierowanie chorych i ubogich do poszczególnych placówek szpitalnych, nadzór nad porządkowymi, wypłacanie należności oficjantom, nadzorowanie dokonywanego co czternaście dni rozdawnictwa na rzecz ubogich, przyjmowanie i spieniężanie mienia po zmarłych pensjonariuszach, odbieranie wkupnego (*Einkaufsgeld*) od prebendaruszy, ściąganie należnych Lazaretowi czynszów, odbieranie pieniędzy uzyskanych ze sprzedaży świń i prosiąt, skór bydłęcych i łoju oraz tłuszczu kuchennego, prowadzenie księgowości swego urzędu, zwłaszcza zaś odnotowywanie wpływów z kolekt dokonywanych we wszystkie główne święta oraz z tzw. bożych skarbon (*Gotteskasten*)²⁷.

²² Begon 2002, s. 127–128.

²³ APG, 300, 61/170, s. 3–4.

²⁴ APG, 6/1244, s. 485–492.

²⁵ P. Simson *Geschichte der Stadt Danzig*. Bd. 1. Danzig: A.W. Kafemann, 1913, s. 384.

²⁶ APG, 300, R/Mm, 1 s. 77–78; 300, R/Mm, 3, s. 375–376; 300, R/Mm, 20d, s. 157–158.

²⁷ O instytucji bożych skarbon dokładniej: Szarszewski 2006 (b), w druku.

Prowizor pełniący urząd dobroczynności na Prawym i na Starym Mieście miał za zadanie rozdawanie jałmużny co czternaście dni wszystkim mieszkającym tam ubogim domowym (*Hausarmen*), każdemu wedle jego potrzeb, wypłacanie należności podległym mu porządkowym oraz co kwartał wyznaczanie miejsc dla obywateli, którzy mają kwestować na rzecz ubogich w kościele mariackim i u św. Jana. Ponadto co roku powinien prosić najstarszego pana szpitalnego, aby obaj na Wigilię nakłaniali mieszczan do ofiarności na rzecz ubogich.

Prowizor pełniący urząd dobroczynności na Przedmieściu i w pozostałych dzielnicach miasta miał za zadanie rozdawanie jałmużny co czternaście dni wszystkim mieszkającym tam ubogim domowym (*Hausarmen*), każdemu wedle jego potrzeb, wypłacanie należności podległym mu porządkowym, wyznaczanie w trzy główne święta wyznaczanie miejsc dla obywateli, którzy mają kwestować na rzecz ubogich w Prawym Mieście i na Nowych Ogrodach, opłacanie w pięciu kościołach parafialnych kaznodziejów, aby nakłaniali wiernych do dawania jałmużny.

Prowizor pełniący urząd zdrowia powinien dopilnować, aby wszyscy ubodzy chorzy byli leczeni przez wyznaczonego przez Radę lekarza, chorzy na kiłę w do tego przygotowanych mieszkaniach, i inni chorzy także w ich osobnych pokojach w Lazarecie, przy czym kobiety powinny być lokowane oddzielnie. Za każdego chorego Lazaretu, który wyzdrowieje, miał wypłacać cyrulikowi pięć grzywien. Natomiast za wyleczonych chorych ze Szpitala na Zapleczu lub spoza szpitali, powinien wypłacać dwie grzywny od osoby. Ponadto co kwartał zlecał osobom chorym zakaźnie oraz chorym umysłowo kąpiel, obcinanie włosów i czyszczenie ich cel. Także wszystkich pacjentów i ubogich zaopatrywał w świeżą słomę, białe prześcieradła, poduszki i w przydatne łoże oraz wszystkie pierzyny i płótna w dobrym stanie. Do jego obowiązków należał także dobór opiekunek i pielęgniarzy oraz wypłacanie im należności. Powinien także zadbać o to, aby kobiety codziennie uprzedły jedną sztukę przędzy, a gdyby któraś tego nie uczyniła, karał ją pozbawianiem posiłku. Zobowiązany był na koniec do przyjmowania mienia zmarłych pensjonariuszy.

Do obowiązków prowizora pełniącego urząd budowlany należał nadzór techniczny nad wszystkimi budynkami Lazaretu i pozostałych szpitali, za co odpowiadał bezpośrednio przed Radą Miejską. Opiekował się także nieletnimi pensjonariuszami Lazaretu, nadzorując przy tym ich nauczanie. Łączył ponadto w swych obowiązkach funkcję prowizora urzędu zarządzającego majątkiem wiejskim (*Dorf-Amt*), gdyż miał zwracać uwagę na dobra wiejskie, a zwłaszcza aby w stosownym czasie orano, siano i zbierano owoce, jak i zbierano plony. Miał za zadanie starać się o ziarno na chleb dla podległych mu szpitali oraz płacić robotnikom, takim jak murarze lub młócarze²⁸.

Do najważniejszego prawa (i obowiązku zarazem) prowizorów należało prawo do selekcji przyjmowanych chorych. Potencjalny pensjonariusz musiał otrzymać od nich stosowną odznakę i list polecający (*Zeichen und Zedel*), stanowiący podstawę hospitalizacji²⁹. Podobnie wypis ze szpitala zastrzeżony został do dyspozycji prowizorów³⁰.

²⁸ Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm. fol.76, s. 42–51; por. aneks, dok. nr. 1.

²⁹ APG, 300, R/Q, 17, k.74v.; por. aneks, dok. nr 1, paragraf 1; Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 226; por. aneks, dok. nr. 7, paragraf 16.

³⁰ Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 226; por. aneks, dok. nr 7, paragraf 17.

Tak nakreślony obraz prowizoratu przetrwał do połowy XVII wieku, kiedy to ok. roku 1653 Rada Miejska przejęła Urząd Dobroczynności, pozostawiając Lazaret i powiązane z nim pozostałe dwie fundacje szpitalne w rękach czterech prowizorów. Odtąd źródła wymieniają trzy dawne urzędy prowizorskie (aprowizacji, *Speiße-Amt*; zdrowia, *Heil-Amt*; budowlany, *Bau-Amt*), a także nowy, urząd czynszowy (*Zinß-Amt*). Przejął on kompetencje urzędu aprowizacji w zakresie zarządzania majątkiem zakładu³¹.

Po restrukturyzacji zarządu wkrótce zniknął zarówno Dom dla Chorych Zakaźnie (około 1654 r.) jak i Szpital na Zapleczu (1688 r.). Budynki pierwszego zostały zdewastowane w okresie wojny polsko-szwedzkiej, druga zaś fundacja była nierentowna. Odkąd Lazaret stał się samodzielnym zakładem nastąpił kilkudziesięcioletni okres stabilizacji w zarządzaniu fundacją.

Nakreślony w 1610 r. obszar działania poszczególnych urzędów prowizoratu (uwzględnivszy zmiany wprowadzone w okresie wyodrębniania Urzędu Dobroczynności) w zasadzie zachował *status quo* aż do 1779 r. Dopiero pogorszenie się sytuacji finansowej miasta, a co za tym idzie Lazaretu, wymusiło na władzach miejskich wprowadzenie pewnych poprawek, a i to zrealizowanych dopiero wiele lat później. W wydanej w 1779 r. ordynacji zobligowano prowizorów do zbycia zbędnych nieruchomości fundacji oraz do pilnego ściągnięcia zaległych wierzytelności, jakie rozmaite podmioty miały względem zakładu. Nakazano im także dokonywanie zakupów na rzecz szpitala osobiście, a nie poprzez oficjantów oraz ścisłe przestrzeganie przepisów dotyczących rekrutacji pensjonariuszy zakładu. Zmieniono ponadto w niektórych przypadkach zakres kompetencji urzędów prowizorskich. Między innymi odtąd za zakup zboża odpowiedzialny był urząd aprowizacji, a nie budowlany, a także nakazano, aby wszelkie sprawy medyczne Lazaretu rozstrzygane były wyłącznie w obecności lekarza³².

Po wprowadzeniu w 1793 r. administracji pruskiej zarządzanie Lazaretem (podobnie jak i pozostałymi szpitalami gdańskimi) zostało na mocy ustawy z 31 grudnia 1799 r. podporządkowane Kolegium ds. Kościelnych i Szkolnych (*Kirchen- und Schullkollegium*)³³, zaś w 1805 r. przekazane do nadzorowania bezpośrednio nowo powołanemu Kolegium Ubogich (*Armen-Collegium*), podległemu Kolegium ds. Kościelnych i Szkolnych³⁴. Jednak struktura samego zarządu fundacji nie uległa zmianie.

Także w 1835 r., a więc po ponad pięćdziesięciu latach od wydania wspomnianej ordynacji z 1779 r., prowizorat Lazaretu pozostał niezmieniony. Jak pisał wówczas dr Eduard Otto Dann, „zarządzanie [zakładem] przekazane zostało kolegium złożonemu z czterech prowizorów, których postanowienia wymagają zatwierdzenia przez Radę tylko w ważniejszych sprawach. Pełnią oni – pisze dalej dr Dann – swój urząd honorowo, bez wynagrodzenia, zaś uzupełniają skład przez swój własny wybór”³⁵.

Jak już wspomniano w 1835 r. nadal chorzy ubodzy zgłaszali się do prowizora pełniącego urząd zdrowia (*Heilamt*) w Lazarecie celem bezpłatnej opieki lekarskiej, który

³¹ Dann 1835, s. 305.

³² APG, 300, 87/6, nie pagin.

³³ APG, 300, R/T, 26, s. 166.

³⁴ *Reglement* 1805, s. 8–12.

³⁵ APG, 300, R/O, 7, s. 83.

następnie przydzielał chorych do lekarza lub chirurga³⁶. Do zadań tego prowizora należała także weryfikacja rzetelności dokumentacji związanej z hospitalizacją ubogich³⁷.

Początek procesu przemian systemem zarządzania Lazaretu daje się dostrzec w połowie XIX wieku.

Pierwsze zachowane dane pochodzą z instrukcji dla asystentów wydanej 22 grudnia 1853 r.³⁸ Na wstępie zaznaczono, że nadzór i zarządzanie Lazaretu przysługiwało nadal wyłącznie prowizorom. Jednocześnie jednak władze miejskie powierzyły kierownictwo nad asystentami ordynatorowi. Także przyjmowanie, zwalnianie oraz nadzór nad personelem średnim i niższym został przypisany kompetencjom lekarskim. Natomiast przyjmowanie chorych pozostawiono pionowi administracyjnemu. Ruch chorych w szpitalu oraz wypisy zostały przekazane w ręce lekarzy. Nadal do kompetencji zarządu należało zatwierdzanie leczenia chorych przewlekłe.

Następny dokument to statut wydany dla zarządu Lazaretu Miejskiego 09 października 1861 r. Na wstępie zaznaczono, iż wobec narastających wokół Lazaretu kontrowersji, o których poniżej, pod nazwą „Lazaret Miejski” w Gdańsku należało rozumieć szpital (*Krankenhaus*), który już w czasach Wolnego Miasta otrzymał zadanie zaspokajania potrzeb opieki zdrowotnej nad ubogimi w mieście i postanowienie to od owego czasu było pod kierownictwem i nadzorem władz miejskich wypełniane dzięki zastosowaniu dochodów Lazaretu, pochodzących z legatów, dobrowolnych datków i przynależnych mu nieruchomości, a w przypadku ich niewystarczalności dzięki zastosowaniu subwencji ze strony miasta i z dochodów publicznych³⁹.

Dalej postanowiono, iż z uwagi, że organizacja zarządu, jaka dotąd tam istniała, nie odpowiadała stosunkom panującym w 1861 r. i wymagała reform, oraz że niezbędnym się stało, aby dano nowe podstawy do zarządzania zakładem, został przyjęty niniejszy statut Lazaretu, zatwierdzony przez rejencję.

Następnie zaznaczono, iż kierowanie zakładem nadal należało do prowizoratu, który składał się z czterech obywateli, z których jeden musiał być członkiem zgromadzenia radnych miejskich, oraz z jednego opłacanego członka Magistratu jako przewodniczącego. Cztery członkowie obywateli sprawowali swój urząd nieodpłatnie. Przewodniczący członek Magistratu był mianowany przez prezesa kolegium magistrackiego na czas nieokreślony i mógł zostać w każdym czasie odwołany i zastąpiony przez innego członka magistratu. Członkowie obywateli wybierani byli przez Magistrat spośród trzech kandydatów zaprezentowanych przez pozostałych prowizorów. Kadencja trwała cztery lata. Każdego roku ustępował jeden członek wedle starszeństwa w służbie, po czym

³⁶ Dann 1835, s. 345.

³⁷ Dann 1835, s. 304–305.

³⁸ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.; por. aneks, dok. nr 9.

³⁹ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3622, nie pagin., projekt z 1861 r. statutu dla zarządu Lazaretu: *Das unter dem Namen „Städtisches Lazareth” in Danzig bestehende Krankenhaus hat schon in der freistädtischen Zeit und zwar durch gesetzgeberische Acte der freistädtischen Regierung die Bestimmung erhalten, die Bedürfnisse der Armenkrankenpflege in der Stadt zu befriedigen und die Bestimmung seitdem stets unter Direction und Aufsicht der Stadtbehörden durch Verwendung der Revenüen der dem Institute durch Vermächtnisse, milde Beiträge und sonst erworbenen eigenthümlichen Vermögens, und im Falle der Unzulänglichkeit derselben durch Verwendung der von Seiten der Stadt dem Institute geleisteten Zuschüsse und eröffneten Einnahmequellen bis in die neueste Zeit erfüllt.*

następował wybór nowego prowizora. Podkreślono, iż zarząd Lazaretu podlegał bezpośrednio Magistratowi. Natomiast prowizorom przysługiwało prawo nadzoru nad lekarzami, urzędnikami, osobami z obsługi, duchownymi i nauczycielami. Zarząd wypełniał to prawo poprzez okresowe kontrole, w których dwa razy do roku musiał brać udział cały zarząd oraz ordynator i nadinspektor. Decyzje co do zmian nieprawidłowości stwierdzanych w czasie inspekcji podejmowane miały być przez cały prowizorat kolegialnie.

Zarządowi przysługiwało ponadto zarządzanie majątkiem fundacji łącznie z dotacjami z kasy miejskiej w granicach wyznaczonych budżetem. Zatrudnianie lekarzy należało do Magistratu, ale prowizorzy mieli prawo do opiniowania kandydatów. Zatrudnianie i zwalnianie pozostałych pracowników szpitala, a mianowicie zarządcy (*Hausmeister*), szafarki (*Speiseverwalterin*), nadzorczyńi pralni (*Wäscheverwalterin*), pomocników biurowych, dokonywane było przez zarząd po propozycji ewentualnie zasięgnięciu opinii nadinspektora. Osoby dozoruujące chorych zatrudniane i zwalniane były na wspólny wniosek ewentualnie po zasięgnięciu opinii zarówno nadinspektora, jak i ordynatora.

Zarząd zobowiązany był do zbierania się na posiedzenia przynajmniej raz w tygodniu w określony dzień i o określonej godzinie, a w razie potrzeby ma zapraszać nadinspektora i ordynatora, przy czym ci ostatni posiadali tylko głos doradczy.

Już trzy lata później niestabilna sytuacja Lazaretu spowodowała wprowadzenie prowizorycznego statutu, który miał obowiązywać aż do 1874 r.⁴⁰ Dokument został podpisany przez prowizorów oraz przez władze miejskie 09 września 1864 r.

Na wstępie zaznaczono, że odtąd bezpośredni nadzór nad zakładem należał do kolegium prowizorów, składającego się z czterech członków i dwóch zastępców, wybieranych z zacnych ewangelickich obywateli miasta Gdańska. Jako organ doradczy powołano członka Magistratu z prawem pełnego głosu. Jednak bezpośrednio prowadzenie zakładu należało do administracji, składającej się z ordynatora i nadinspektora. Uprawnienia i obowiązki administracji regulowane były osobną instrukcją wydaną dla niej przez Magistrat i rejencję. Obaj członkowie administracji byli jako urzędnicy państwowi czynni do czasu wypowiedzenia lub też dożywotnio. Zatrudniani byli przez kolegium prowizorskie, z uprzednią akceptacją Magistratu.

Członkowie kolegium prowizorskiego jak i ich zastępcy sprawowali swój urząd nieodpłatnie. Mieli prawo do proponowania trzech obywateli wyznania ewangelickiego na wakujące miejsce prowizora, z których Magistrat wybierał jednego.

Zarządzający w chwili wprowadzenia w życie czterech zarządzający prowizorzy mieli pozostać dożywotnio na swych obecnych stanowiskach. Wybór i zatwierdzanie nowych członków kolegium lub ich zastępców następował na sześć lat od dnia objęcia przez nich stanowiska. Trzy miesiące przed ustąpieniem z urzędu kolegium prowizorskie zobowiązane było do zaproponowania nowych kandydatów. Nowo wybrani prowizorzy, wprowadzani na swe urzędy przez komisarza magistrackiego, zobowiązani byli do złożenia przysięgi. Zastępcy prowizorów mieli uprawnienia do brania udziału w posiedzeniach kolegium prowizorskiego, jednak bez prawa głosu. Jeśli jednak zastępowali nieobecnego członka kolegium, przysługiwało im pełne prawo głosu.

⁴⁰ GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3624, nie pagin.

Prowizorzy i ich zastępcy nie byli urzędnikami państwowymi. Korzystali jednak z praw im przypisanych w ustawie. Byli zobowiązani do corocznego przedkładania projektu budżetu Magistratowi.

Jak wspomniano, uszczupleniu kompetencji prowizoratu towarzyszyło powstanie nowego ciała zarządzającego, tzn. administracji Lazaretu (*die Administration des Lazareths*), z przypisaną doń instrukcją, podpisaną również 09 września 1864 r.⁴¹ O zakresie jej kompetencji była już mowa przy okazji omawiania miejsca prawnego lekarzy w Lazarecie, z uwagi na istotne znaczenie ordynatora w strukturze tego ciała.

Zwiększenie ilości prowizorów do sześciu nie byłoby niczym nowym (jak powyżej zaznaczono, w poprzednich wiekach zdarzały się już niejednokrotnie tego rodzaju zmiany w kolegiach prowizorskich), gdyby nie fakt, iż dwaj nowo powołani urzędnicy nie mieli statusu równego swym starszym kolegom, a traktowano ich jedynie jako zastępców.

Podkreślić w tym miejscu należy, że choć prowizorzy nadal pełnili swe funkcje honorowo, to jednak po raz pierwszy w wielowiekowej historii tego urzędu składali przysięgę.

Istotną nowością, świadczącą o ograniczeniu samostanowienia prowizorów, było także wprowadzenie do ich grona urzędnika magistrackiego. Pierwszym był burmistrz Gdańska Johann Heinrich Lintz, od razu powołany na urząd przewodniczącego kolegium prowizorskiego Lazaretu⁴².

Pomimo istotnych przemian w funkcjach i strukturze prowizoratu Lazaretu, jego podstawowe zadania i prerogatywy aż do 1874 r. pozostały niezmienione. Faktem jest, iż ważne zmiany dokonały się w relacjach zarządu z podmiotami medycznymi, co w omawianym kontekście medykalizacji należy uznać za istotne. Jednak głównym problemem Lazaretu od końca lat pięćdziesiątych XIX wieku stały się nie relacje: prowizorzy – lekarze (administracja – medycyna). Wprowadzenie urzędu nadinspektora, a potem autonomicznej od prowizoratu administracji oraz obsadzenie stanowiska przewodniczącego kolegium prowizorskiego przez burmistrza Gdańska, świadczą dobitnie o usuwaniu w cień urzędników zwanych prowizorami, co unaocznia fakt, że znacznie istotniejsze były relacje na osi: administracja wewnętrzna (prowizorzy) – administracja zewnętrzna (władze miejskie, władze państwowe). I to one zadecydowały ostatecznie o losie dawnego systemu zarządzania szpitalem.

Punktem zwrotnym omawianego procesu stał się szereg kontroli zleconych przez ministra ds. wyznań i zdrowia, a przeprowadzanych rokrocznie od 1857 r. Czynnikiem spustowym stały się zarzuty o defraudację postawione w 1856 r. ówczesnemu sekretarzowi Magistratu. Efektem były drobiazgowo kontrole stanu finansowego wszystkich instytucji powiązanych z kasami miasta, w tym Lazaretu⁴³. Najwięcej nieprawidłowości w zarządzaniu szpitalem wykazała trzecia wizytacja, dokonana w dniach 11–18 listopa-

⁴¹ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3624, nie pagin.

⁴² APG, 6/1243, s. 39.

⁴³ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., odpis artykułu z „Allgemeine Medizinische Central Zeitung”, 1863, XXXII, 33–36.

da 1859 r. przez dyrektora berlińskiej *Charité*, tajnego radcę dr. Karla Heinricha Essego⁴⁴.

Dr Esse zarzucał tak prowizorom, jak i władzom miejskim, że zbagatelizowano zalecenia poprzedników, zwłaszcza przeprowadzającego wizytację w 1858 r. dr. Schapera. W efekcie nadal istniały rozmaite nadużycia, szczegółowo wymienione w sprawozdaniu pokontrolnym⁴⁵. Wprawdzie w 1858 r. władze miejskie powołały komisję, ta jednak wydała tylko kilka nieistotnych zaleceń, które nie mogły przynieść spodziewanego efektu. Powołano też inspektora sprawującego nadzór nad Lazaretem z ramienia magistratu, jednak był to już człowiek dość leciwy i całkiem nieprzydatny (*gänzlich unbrauchbar*)⁴⁶.

Sprawozdanie pokontrolne dotyczyło jednak znacznie poważniejszych problemów, aniżeli problem handlującego wiktuałami portiera, czy braku zaksięgowania ubrań wydawanych chorym Lazaretu. Dr Esse, a za nim komentujący go radca medyczny dr Wald, zwrócili uwagę na ogólniejszą kwestię niedostosowania systemu zarządzania do ewoluujących od kilkudziesięciu lat warunków panujących w zakładzie. Za podstawę negacji zastanej sytuacji uznali fakt, że zarządzanie tak ogromnym zakładem, jakim stał się przez ostatnie sześćdziesiąt lat Lazaret, w którym leczono jednocześnie około czterystu pacjentów, a ilość personelu z kilkunastu osób zatrudnianych w końcu XVIII wieku wzrosła do około osiemdziesięciu w 1859 r.⁴⁷, można powierzyć czterem (i tu uwaga!) pełniącym swój urząd honorowo prowizorom. Dr Wald podkreślił przy tym, że

⁴⁴ APG, 6/1244, s. 454–458. Wybór dr. Carla Heinricha Essego wynikał z urzędowego obowiązku nadzoru nad wszystkimi zakładami leczniczymi Prus, sprawowanym przez berlińską *Charité*; *Regulativ über die Organisation eines Curatorii zur Verwaltung der Angelegenheiten des Charité-Krankenhaus in Berlin und über dessen Wirksamkeit zur Verbesserung des Krankenhaus-Wesens in der Monarchie*. Berlin: [b.w.] 1830, §.9. Dodać należy, że w 1866 r. ministerstwo zdrowia wydało instrukcję dla wszystkich rejencji, według której należało rokrocznie kontrolować wszystkie publiczne szpitale. Trzydziestosześcioletni dokument zawierał między innymi pytania o władze nadzorcze zakładu, jego położenie, rozkład budynków, system jakim zostały wzniesione ich mury, system doprowadzający wodę i studnie, odprowadzanie ścieków, system latryn, ilość sal chorych, ich przeznaczenie dla poszczególnych grup pacjentów (zwłaszcza chorych zakaźnie i chorych psychicznie), kostnicę, ogrzewanie i wentylację, oświetlenie, pralnię, łaźnie, składowiska materiałów palnych, żywności, kuchnie, system zarządzania zakładem, opiekę lekarską, opiekę pielęgnarską, ordynacje szpitalne, możliwości odbywania praktyk religijnych, sposób żywienia chorych, dzienne koszty wyżywienia na osobę, ilość chorych w dniu kontroli zakładu, rodzaje chorób podlegających hospitalizacji w danym szpitalu, a także o sposób ewidencji chorych. J. Lafontaine, *Die Geschichte der staatlichen Krankenhausaufsicht in Preussen*. „Historia Hospitalium”, 1989/1992, 18, s. 348, 355.

⁴⁵ Zarzucano m.in. niedostateczną ilość zatrudnionego personelu, zwłaszcza medycznego na oddziale wewnętrznym, brak szczegółowych instrukcji co do zakresu obowiązków personelu, niemoralne prowadzenie się niższego personelu pomocniczego (*Unterbeamten*) (APG, 6/1244, s. 456–457), handlowanie przez odźwiernego i innych członków personelu żywnością, co powodowało spożywanie zabronionych przez lekarzy posiłków, grzebanie zmarłych w workach, a nie w trumnach, brak oddzielenia niebezpiecznych chorych psychicznie od pozostałych, brak rozdziału chorych psychicznie z uwagi na pleć, niedostateczne egzekwowanie zarządzeń sanitarno-policyjnych, brak stosownego nadzoru nad chorymi wenerycznie (APG, 6/1244, s. 489–491), brak wydzielenia pomieszczeń dla młodych kobiet pełniących posługę przy chorych, odseparowanych od chorych mężczyzn zaledwie niskim parawanem (APG, 6/1244, s. 501), jak także pełnienie przez dwóch prowizorów funkcji dostawców Lazaretu i wystawianie z tego tytułu rachunków, księgowanych i kontrolowanych następnie przez nich samych (APG, 6/1244, s. 486). Tylko jeden z czterech prowizorów wypełniał swe obowiązki nienagannie.

⁴⁶ Konkretnym zarzutem stawianym inspektorowi było przede wszystkim nie sprawdzanie prawdziwości przedstawianych przez zarząd danych, a także niedbałe prowadzenie dokumentów pokontrolnych, z czego tłumaczył się faktem, iż ma swoje własne obowiązki związane z prowadzeniem interesu i dlatego nie dysponuje czasem na wypełnianie stosownych formularzy (APG, 6/1244, s. 488).

⁴⁷ APG, 6/1244, s. 457.

właśnie okoliczność, iż panowie ci pełnią swój urząd jako „urząd zaufania” nieodpłatnie i poza swą pracą zawodową, musi prowadzić zakład do ruiny, zaś fakt, że zbierają się zaledwie raz w tygodniu uniemożliwia rozwiązywanie licznych bieżących problemów szpitala⁴⁸.

Jako wnioski pokontrolne przedstawiono cztery punkty:

1. dokonanie porozumienia między magistratem a prowizorami co do prawnego miejsca Lazaretu w gminie;
2. stworzenie instrukcji dla prowizorów;
3. przeniesienie w stan spoczynku obecnego inspektora;
4. ustanowienie nowego inspektora z rozszerzonymi uprawnieniami.

27 grudnia 1859 r. wnioski zostały przez władze miejskie przyjęte, a zaraz potem oprotestowane przez prowizorów. Największe opory wzbudziły, z uwagi na ograniczenia kompetencji zarządu, kwestie instrukcji i nadzoru inspektorskiego, bo, jak wyjaśniali *der auf Anstellung eines verwaltenden Inspectors als städtischen Beamten gerichtete Antrag und die Umwandlung des Vorsteher-Collegiums in der Ober-Aufsichts-Curatorium läßt die Absicht durchscheinen, das Lazareth in eine rein städtische Anstalt umzuwandeln, wogegen wir als Verwalter eines milden Stiftungs-Vermögen ganz entschieden protestiren und die Rechte der Anstalt mit allem ungesetzlich zu Gebote stehenden Mitteln zu vertreten uns verpflichtet halten würden*⁴⁹. W efekcie bierności Magistratu jego własna uchwała pozostała martwą literą, zaś w trakcie toczonych negocjacji kwestie instrukcji i inspektora skwapliwie obie strony pomijały.

To, co rozegrało się pomiędzy 1859 r. a 1874 r., a więc w ciągu piętnastu lat, można określić jako eskalację sporu od kwestii braku stosownych formularzy do księgowania odzieży chorych po najistotniejszy, wręcz fundamentalny problem miejsca Lazaretu w strukturze gminy miejskiej. Poruszone już przez dr. Essego i dr. Walda trudności w zarządzaniu wynikające z doboru prowizorów, a manifestujące się między innymi brakiem owych nieszczęsnych formularzy⁵⁰, odsłoniły słabość systemu. W datowanym na 05 kwietnia 1860 r. piśmie ówczesny minister ds. wyznań i zdrowia Hollweg oraz minister spraw wewnętrznych graf von Schwerin⁵¹, poruszyli kwestię protestu prowizorów, którzy poczuli się skrzywdzeni wnioskami pokontrolnymi, mniemając o sobie, iż są dobrymi zarządcami swego domu i do tego samo się kontrolującymi. Poddaniu się temu protestowi przez władze miasta obaj ministrowie przeciwstawili obowiązek nadzoru w stosunku do zakładu, jaki spoczywał na magistracie. I ten problem stał się problemem kluczowym w ciągu najbliższych piętnastu lat.

We wspomnianym piśmie pojawiło się bowiem zdanie, otwierające wieloletni spór, rozwiązany dopiero poprzez całkowite przeorientowanie kwestii samostanowienia zakładu. Obaj ministrowie uznali, iż jedyną okolicznością w jakiś sposób tłumaczącą Magistrat z inercji, jest fakt, iż powszechnie zakład uważany jest za fundację, przez co od-

⁴⁸ APG, 6/1244, s. 457: *Es ist geradezu als unmöglich zu bezeichnen, daß diese Aufgabe von einigen Herren geläßt werden können, die sich wöchentlich einmal im Conferenz-Zim[m]er des Lazareths versam[m]eln. Gerade der Umstand, daß diese Herren ihr Amt als ein sogenanntes „Vertrauensamt“ unentgeltlich und neben ihrer Berufsthätigkeit führen, ist es, der den Ruin der Anstalt herbeiführen mußte.*

⁴⁹ „Danziger Zeitung”, Beilage zu No. 3088, 04 lipca 1865 r., s. 2.

⁵⁰ APG, 6/1244, s. 486.

⁵¹ APG, 6/1244, s. 485–492.

powiedzialni zań prowizorzy stanowią samodzielny zarząd. Od razu jednak ministrowie podważyli prawne podstawy tego poglądu i podtrzymali obowiązek nadzoru Magistratu w stosunku do Lazaretu. Koronnym argumentem była coroczna dotacja z budżetu miasta na rzecz zakładu, odbierająca szpitalowi (zdaniem ministrów) prawo do statusu samostanowiącej fundacji prywatnej⁵².

Początkowo jednak cała sprawa skupiła się raczej na rozwiązaniu doraźnych problemów zakładu. Szereg zaleceń w oparciu o sprawozdanie dr. Essego wydały w kwietniu 1860 r. ministerstwa ds. wyznań i zdrowia oraz spraw wewnętrznych, a w ślad za nimi miesiąc później rejencja⁵³. Jednak nie zmieniło to zasadniczo sytuacji Lazaretu, co stawiało władze miejskie w dwuznacznym świetle. W czasie zebrania radnych w dniu 20 listopada 1860 r. odrzucono czytanie proponowanej instrukcji dla inspektora Lazaretu, zasłaniając się tym, że nie powinno się tego czynić do czasu wyjaśnienia kwestii prawnego miejsca Lazaretu względem miasta⁵⁴. O tym, że zarzut nieudolności magistratu względem Lazaretu nie był bez pokrycia, świadczy opieszałość władz miejskich choćby w wyborze nadinspektora (jak teraz zaczęto nazywać sporny urząd). Został on dokonany dopiero pod koniec kwietnia 1861 r.⁵⁵ Wybory poprzedziła burzliwa debata w dniu 19 stycznia 1861 r., w czasie której ponownie zwrócono między innymi uwagę na fakt, że bezcelowe jest powoływanie w tym momencie nadinspektora, dopóki nie zostanie uregulowany stosunek Lazaretu do komuny miejskiej⁵⁶. W efekcie takiego ociągania się władz miejskich z podjęciem oczekiwanych kroków prawnych rejencja wydała 28 stycznia 1861 r. rozporządzenie, nalegając, aby Magistrat zatrudnił swego urzędnika na spornym stanowisku, jednocześnie nakazując prowizorom szpitalnym przedstawienie kandydatów do akceptacji. Spowodowało to gwałtowną reakcję zarządu Lazaretu, który odmówił wzięcia w tym udziału, domagając się pozostawienia sobie całkowicie wolnej ręki w wyborze nadinspektora, a zwłaszcza zaakceptowania podporządkowania jego urzędu prowizorowi, nie zaś Magistratowi. Towarzyszyła protestowi skarga, że miasto nie wypełnia ustawowych obowiązków finansowych względem szpitala, żądając mimo to przyjmowania chorych miejskich. W efekcie Magistrat powołał do życia komisję, w skład której wchodzili między innymi lekarze niezależni od Lazaretu (dr Albert Karl Ludwig Liévin i dr Piwko). Rezultatem pracy komisji stało się wybranie w kwietniu 1861 r. nadinspektora i wprowadzenie go na urząd w lipcu tego roku. Jednocześnie komisja prowadziła prace nad zaleconymi przez ministerstwo instrukcjami dla osób zatrudnionych w Lazarecie. Towarzyszyły im analizy prawna i historyczna, które zlecono historykowi prof. Theodorowi Hirschowi i prawnikowi Ladewichowi. Rezultatem ich działań było potwierdzenie faktu, że Lazaret od ponad stu lat jest elementem miejskiej

⁵² APG, 6/1244, s. 485: *Wenn etwa der dortige Magistrat sich damit zu entschuldigen versuchen sollte, daß die Anstalt gewissermaßen als einer Stiftung zu betrachten sei, deren selbständige Verwaltung den Vorstehern derselben obliege, so ist demselben hierauf bemerklich zu machen, daß, wenn die Anstalt auch ursprünglich aus einer Stiftung hervorgegangen wäre, es doch nach Angabe seines eigenen Commissarius an einem urkundlichen Nachweise für dieselbe fehle, und daß für die Communal-Verwaltung der Stadt Danzig, welche die Anstalt ausschließlich als städtisches Krankenhaus benutze und derselben alljährlich aus dem Kämmerer-Vermögen die namhafte Summe von mehr als 25 000 Thalern zufließen lasse, schon aus diesem letzteren Umstände eine genügende Veranlassung erwachse, die Verwaltung der Anstalt genau zu überwachen.*

⁵³ APG, 6/1244, s. 487–492; 494–504.

⁵⁴ „Danziger Zeitung”, Beilage zu No. 3088, 04 lipca 1865 r., s. 2.

⁵⁵ APG, 6/1236, s. 9–12.

⁵⁶ „Danziger Zeitung”, 20 lutego 1861 r., No. 838, s. 2–3.

opieki społecznej, stąd też gmina posiada prawo z jednej strony do dofinansowania zakładu, zaś z drugiej do odrzucenia żądania prowizorów, aby zarządzanie funduszami zakładu oddzielić od zarządzania opieką społeczną w mieście. Komisja dołączyła ponadto projekty statutu Lazaretu, instrukcji dla nadinspektora, ordynatora, kasjera oraz projekt ordynacji domowej zakładu. Stanowisko prowizorów okazało się niejednomyślne, Jeden z zarządców (Pretzell) wyraził gotowość do kompromisu, natomiast pozostali trzej obstawali przy tym, że *der Character derselben* [Lazaretu] *als eine evangelische milde Stiftung nicht alterirt werde*. Domagali się więc, aby został zachowany „charakter fundacyjny szpitala”, jak i zarządzanie poprzez prowizorat, jedynie „pod nadzorem” Magistratu. Protest zarządu fundacji podzielił władze miejskie. Znaczna część radnych wyraziła chęć negocjacji, które podjęto dopiero we wrześniu 1861 r. Ich efektem stało się wypracowanie stanowiska przez Magistrat, zawarte w projekcie uchwały. Uznano w niej prawo prowizorów Lazaretu do żądania, aby zarządzanie miejską opieką społeczną oddzielić od zarządzania szpitalem, a więc tym samym uznano Lazaret za samodzielną fundację, o co tak zabiegał zarząd⁵⁷. Prowizorzy nadal mieli pełnić swe urzędy samodzielnie, zaś gmina posiadałaby, jak i do tej pory, jedynie prawo nadzoru⁵⁸. Projekt został przez radnych miejskich przyjęty i uchwałą z 24 września 1861 r. Lazaret, wbrew opinii ministerstw i rejencji, został uznany za „samodzielny instytut” (*als ein selbstständiges Institut*). Uchwała została podjęta przez radnych większością tylko jednego głosu, co wypominano potem władzom miejskim wielokrotnie⁵⁹. Istniała jednak różnica pomiędzy projektem, a podjętą uchwałą: Magistrat bowiem postulował definitywne oddzielenie zarządzania opieką nad ubogimi miejskimi od funkcji Lazaretu, radni natomiast nie zdecydowali się na tak poważny krok, ingerujący w zarządzanie miejską dobroczynnością. Postulowali za to powołanie komisji, która miała zbadać, jak zachowując niezależność prowizorów, jednocześnie można było dalej zabezpieczyć interes gminy. W dniu 09 października 1861 r. został uchwalony nowy statut Lazaretu, podtrzymujący niezależność fundacji, a przyznający władzom miejskim praktycznie jedynie prawo nadzoru⁶⁰.

Wspomniana uchwała władz miasta z 24 września 1861 r. nie przez wszystkich została uznana za ostateczną. Zarzucano przy tym Magistratowi tworzenie fikcji prawnej. Jak złośliwie pisał ówczesny ordynator Lazaretu dr Adolph Stich: „Magistrat ustanowił mnie jako swego [podkreślenie dr. Sticha] urzędnika dożywotnio w Lazarecie, a od prawie czterech lat wyjaśnia, że nie ma w Lazarecie nic do powiedzenia”⁶¹.

Podany przez dr. Sticha przykład był zresztą chybiony. Owa dwoistość: samodzielność i samostanowienie Lazaretu vs. podległość władzom miejskim w kwestii nadzoru medycznego była zaszłością historyczną, sięgającą, jak to już opisano, co najmniej 1610 r.⁶²

⁵⁷ „Danziger Zeitung”, Beilage zu No. 3088, 04 lipca 1865 r., s. 2.

⁵⁸ APG, 6/1243, s. 35–36.

⁵⁹ „Danziger Zeitung”, 28 lutego 1866 r., No. 3496, s. 2.

⁶⁰ APG, 6/1243, s. 35–37.

⁶¹ APG, 6/1236, s. 60: *Der Magistrat stellt mich als seinen Beamten lebenslänglich beim Lazarethe an und erklärt nun nach fest vier Jahren, er habe im Lazarethe nichts zu sagen, das Lazareth sei eine selbständige, vom Magistrate ganz unabhängige Anstalt* (pismo z 25 września 1861 r.).

⁶² Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm. fol. 76, s. 49; por. aneks, dok. nr 1.

Mimo tymczasowego uregulowania prawnego Lazaretu i jego podmiotów, w lutym 1862 r. zebranie radnych miejskich odrzuciło projekt budżetu Lazaretu, jednocześnie informując, że prowadzone są negocjacje co do przyjmowania chorych zarówno z Lazaretem, jak i z szpitalami obu związków wyznaniowych. Trwające dalej cały rok negocjacje nie przyniosły żadnych rozstrzygnięć, co doprowadziło do tego, że został odrzucony również budżet szpitala na rok 1863. W tym samym czasie toczył się spór pomiędzy rejencją i ministerstwami a Magistratem. Ci pierwsi usiłowali nakłonić władze miejskie do wprowadzenia nowego, tzw. prowizorycznego statutu Lazaretu, podporządkowującego zarząd władzom miejskim poprzez jego gruntowną restrukturyzację i wprowadzenie pośród jego członków urzędnika miejskiego, jednak początkowo nie odnieśli sukcesu⁶³. Dopiero gdy w lecie 1863 r. doszło do zmian w składzie magistratu, nowi jego członkowie wykazali większą spolegliwość i w dniu 28 lipca 1863 r. wnioskowali, aby radni uznali statut Lazaretu z 09 października 1861 r. za tymczasowy, a uchwałę z dnia 24 września 1861 r. za niebyłą, skoro opierała się na błędzie prawnym (*Rechtsirrtum*)⁶⁴. Projekt został zaakceptowany, wprowadzono nowy statut według projektu rejencji, zaś protesty prowizorów tym razem zignorowały zarówno władze miejskie, jak i rejencja oraz ministerstwa. Ponadto, celem unormowania sytuacji, jesienią 1864 r. magistrat zaproponował, aby na przewodniczącego kolegium prowizorskiego Lazaretu powołano burmistrza Gdańska Johanna Heinricha Lintza. Wybór władz miejskich został zaakceptowany przez ministra ds. wyznań i zdrowia⁶⁵.

Zmiana sposobu zarządzania oraz prawnego stosunku miasta do Lazaretu była szczegółowo i wielokrotnie omawiana na łamach prasowych, zwłaszcza że obradom z reguły towarzyszyła atmosfera skandalu z uwagi na wiele osobistych animozji pomiędzy stronami⁶⁶. Sytuację zaognił incydent, jaki miał miejsce w noc świętojańską w 1865 r., kiedy to, powołując się na względy proceduralne, odmówiono przyjęcia do szpitala ciężko rannego czeladnika malarskiego, który zaraz potem zmarł⁶⁷.

Wkrótce doszło do ponownego konfliktu pomiędzy zarządem szpitala a władzami miasta. Te ostatnie, niezadowolone biernością prowizorów, odebrały Lazaretowi prawo do leczenia osób przewlekłe chorych, cofnęły coroczną subwencję z kas miejskich, co spowodowało, że większość łóżek w szpitalu pozostała pusta⁶⁸. Protesty prowizorów spowodowały, że w styczniu 1866 r. burmistrz został ze stanowiska przewodniczącego kolegium prowizorskiego Lazaretu przez władze prowincji odwołany⁶⁹. To z kolei stało się punktem spornym pomiędzy rejencją a magistratem, który poczuł się dotknięty ingerencją w kompetencje gminy miejskiej i początkowo nie uznał odwołania Johanna Hein-

⁶³ „Danziger Zeitung”, Beilage zu No. 3088, 04 lipca 1865 r., s. 2.

⁶⁴ Ów błąd polegać miał na zanegowaniu faktu, iż Lazaret jest instytucją miejską. APG, 6/1243, s. 37.

⁶⁵ APG, 6/1243, s. 39.

⁶⁶ „Danziger Zeitung”, 20 lutego 1861 r., No. 838, s. 2; 07 lutego 1866 r., No. 3459, s. 2–3; 10 lutego 1866 r., No. 3465, s. 2; 16 lutego 1866 r., No. 3476, s. 2–3; 20 lutego 1866 r., No. 3482, s. 2; 21 lutego 1866 r., No. 3484, s. 2; 23 lutego 1866 r., No. 3488, s. 3; 28 lutego 1866 r., No. 3496, s. 2. „Westpreussische Zeitung”, 29 października 1864 r., No. 180, s. 1; 12 grudnia 1864 r., No. 217, s. 2; 18 marca 1865 r., No. 66, s. 6; 20 marca 1865 r., No. 67, s. 3; 05 maja 1865 r., No. 154, s. 2–3; 22 czerwca 1865 r., No. 169, s. 3; 09 sierpnia 1865 r., No. 184, s. 2.

⁶⁷ „Danziger Zeitung”, Beilage zu No. 3088, z dn. 04 lipca 1865 r., s. 2–3.

⁶⁸ Ze dwustu czterdziestu łóżek wykorzystywano wówczas zaledwie około sto trzydzieści. Steimmig 1870, s. 16.

⁶⁹ „Danziger Zeitung”, 07 lutego 1866 r., No. 3459, s. 2–3

richa Lintza. W efekcie rejencja zaostrzyła system nadzoru, zaś fakt, że kontrole dokonywane regularnie przez dr. Essego nie wykazywały pozytywnej zmiany stanu rzeczy, nie przyczynił się do poprawy stosunków⁷⁰. W tej sytuacji w miejsce zwolnionego burmistrza rejencja wprowadziła do zarządu Lazaretu członka rejencji, asesora Pahla. Wywołało to burzę, większość prowizorów podała się do dymisji i przez prawie rok nie można było znaleźć chętnych na ich miejsce⁷¹.

Ten niemal roczny okres zapaści w funkcjonowaniu Lazaretu charakteryzował się negatywnym stosunkiem władz miejskich do szpitala. Fundusze zakładu wykorzystywano właściwie tylko do podtrzymania istnienia fundacji⁷². Zatrudniani przez gminę lekarze ubogich (*Armen-Ärzte*) kierowali chorych już od 1864 r. do szpitala boromeuszek, który od momentu rozpoczęcia konfliktu wokół Lazaretu odnotował szybki wzrost chorych wyznania protestanckiego (tak internistycznych, jak i chirurgicznych)⁷³. Chorych przyjmowano także do szpitala diakonis ewangelickich. Udział obu szpitali w opiece medycznej nad chorymi ubogimi w tym czasie kształtował się następująco: w 1865 r. szpital boromeuszek przyjął czterystu dziewięćdziesięciu dwóch chorych miejskich, zaś szpital diakonis stu dwudziestu dziewięciu. Po uwzględnieniu ilości chorych miejskich hospitalizowanych w tym samym roku w Lazarecie (dziewięćset czterdziestu sześciu chorych miejskich), otrzymujemy udział 31% szpitala boromeuszek i 8% szpitala diakonis. W 1866 r. udział szpitala boromeuszek wyniósł 24% (pięćset dwudziestu trzech chorych), zaś szpitala diakonis 7% (stu sześćdziesięciu chorych, przy tysiącu pięćset trzydziestu czterech chorych hospitalizowanych w tym roku w Lazarecie)⁷⁴. Od 1868 r. chorych ubogich przyjmowano do powstałej w tym czasie *die Krankenstation des Arbeitshäuses*, promującej przede wszystkim system leczenia ambulatoryjnego. Spowodowało to liczne protesty i zanegowanie działań władz miejskich zarówno przez reaktywowany w początkach 1867 r. zarząd fundacji, jak zarząd prowincji oraz ministerstwa. Wprawdzie już w marcu 1867 r. powstał projekt umowy, wedle której gmina byłaby zobligowana do pokrycia kosztów leczenia przez Lazaret dwustu czterdziestu pacjentów dziennie, nie wyłączając żadnej kategorii chorych, oraz do przekazania na rzecz fundacji znajdującej się w depozycie subwencji. Jednak propozycja ta nie została zaakceptowana ani przez władze rejencji, ani przez ministerstwa z powodu faktu, iż Lazaret nie mógł zobowiązać się do prowadzenia wszystkich kategorii chorych⁷⁵.

Przez następne cztery lata istniała sytuacja patowa. Władze miasta stały na stanowisku, że prowizoryczna placówka, jaką była *Krankenstation des Arbeitshäuses* powołana do życia w dawnych budynkach sierocińca przy *Elisabethgasse*, jest zupełnie wystarczająca. Tymczasem ilość chorych leczonych w Lazarecie stopniowo topniała. W 1861 r. zaopatrzone tam trzy tysiące trzysta siedemdziesiąt osób, w 1865 r. zaledwie tysiąc czterystu sześciu. Okres pewnej równowagi powstały po marcu 1867 r. zaowocował zwiększeniem ilości chorych w tymże roku do dwóch tysięcy sześćset osiemdziesiąt

⁷⁰ APG, 6/1236, s. 572–579; 602–603.

⁷¹ APG, 6/1243, s. 39–41.

⁷² Steimmig 1870, s. 17.

⁷³ Steffen 1927, s. 124–127. Z chwilą rozwiązania konfliktu, a zwłaszcza po powołaniu do życia filii Lazaretu przy *Sandgrube*, proporcje pomiędzy poszczególnymi wyznaniem wśród chorych szpitala Najświętszej Maryi Panny uległy równie szybko odwróceniu (*ibidem*).

⁷⁴ *Verwaltungs-Bericht des Magistrats zu Danzig für das Jahr 1866*. Danzig: A. Schroth, 1867, s. 30.

⁷⁵ APG, 6/1243, s. 41–42.

sześciu⁷⁶. Istniał jednak nadal projekt likwidacji oddziału chirurgicznego w Lazarecie, jako zbyt drogiego, a do tego zbędnego, wobec powstania analogicznego oddziału w szpitalu boromeuszek⁷⁷. W piśmie z dnia 13 marca 1871 r. skierowanym do władz rejencji ówczesny nadburmistrz Leopold Winter dobitnie podkreślił, że miasto mogłoby przejąć pełną odpowiedzialność za losy Lazaretu tylko wtedy, gdyby zarząd zakładu w całości został poddany gminie, co oznaczałoby, że jego członkowie uznani by zostali za urzędników miejskich i przez władze miejskie byłiby wybierani, opłacani i kontrolowani. Oczywiście, pisał dalej Winter, nie chciałby kłaść nacisku na to, aby usuwać stary zarząd, nie mniej jednak to uprościłoby sprawę. W przeciwnym razie stary zarząd musi się całkowicie postawić do dyspozycji władz miasta. Dopiero wówczas gmina widziałaby interes w przejściu odpowiedzialności za szpital, co w tym momencie wydaje się jej niecelowe⁷⁸.

Pismo Leopolda Wintera, sugerujące, jakoby jego działania nie mają na celu usunięcie starego zarządu, jest dość obłudne. Nadburmistrz zapewne wiedział już, że w dniu 17 października 1870 r. minister ds. wyznań i zdrowia rozpoczął postępowanie zmierzające do likwidacji zarządu Lazaretu. Zaś o tym, iż w rzeczywistości władze miejskie w tym czasie były już stanowczo przeciwne instytucji prowizorów, mowa jest wyraźnie w piśmie z dnia 20 września 1871 r. skierowanym przez rejencję do nadprezydenta prowincji⁷⁹.

Nieprzejednane od pewnego czasu stanowisko władz miejskich względem zarządu zostało wyartykułowane w piśmie do rejencji z dnia 09 września 1871 r. Podano w nim warunki, na jakich gmina mogłaby ostatecznie przejąć opiekę nad upadającą fundacją. Były to:

1. rozwiązanie dotychczasowego zarządu;
2. zagwarantowanie magistratowi wolnej ręki w tworzeniu i kierowaniu nowym zarządem;
3. przekazanie funduszy fundacji gminie miejskiej;
4. zobowiązanie szpitala do leczenia ubogich miejskich ale także tych chorych, którzy nie są ubogimi w znaczeniu prawnym⁸⁰.

Odpowiedzią było pismo nadprezydenta prowincji Karla Wilhelma von Horna skierowane do ówczesnego ministra ds. wyznań i zdrowia Mühlera, w którym wyraził żal, że stara instytucja prowizorów musi zostać zlikwidowana. Lecz skoro ich działalność zagraża popadnięciem w ruinę zakładu, należy tak uczynić. Bowiem względ na dobro fundacji wyżej stoi, aniżeli zachowanie dawnych struktur przez historyczną o nich pamięć⁸¹.

⁷⁶ Oelrichs 1863, s. 31, 171.

⁷⁷ Steimmig 1870, s. 16.

⁷⁸ APG, 6/1243, s. 81–91.

⁷⁹ APG, 6/1243, s. 135.

⁸⁰ APG, 6/1243, s. 137–138.

⁸¹ APG, 6/1243, s. 138: *Die Regierung hat allerdings ihr Bedauern darüber angesprochen, daß das alte Institut der Vorsteher beseitigt werden solle. Es ist dies jedoch ein zwingender Umstand, da noch bisherigen langjährigen Erfahrungen des Lazareths unter Leitung solcher Vorsteher zu verkommen droht und da der Magistrat nur dann, wenn der Vorstand beseitigt wird, der Verwaltung der Anstalt sich unterziehen will. Die Rücksicht auf das Wohl der Anstalt steht doch auch höher, als die auf die Erhaltung einer, nur durch ihr Alter und einige historische Erinnerungen bemerkenswerthen Einrichtung.*

Powody odwlekania ostatecznej decyzji nie są znane. Dopiero 09 sierpnia 1872 r. cesarz Wilhelm wydał w Bad Gastein rozkaz gabinetowy⁸², w oparciu o który w dniu 05 września 1872 r. rejencja wystosowała pismo, upoważniające nadprezydenta prowincji Karla Wilhelma von Horna do rozwiązywania zarządu Lazaretu i przeniesienia nadzoru nad zakładem na magistrat Gdańska⁸³. Jednocześnie władze miejskie nie uzyskały prawa do przejęcia majątku Lazaretu, o co uprzednio zabiegały.

Osiągnięty kompromis nie został jednak zaakceptowany przez rejencję. Władze prowincji odrzucając go, postanowiły narzucić fundacji zakres świadczonych usług (ograniczenie ilości łóżek do dwustu pięćdziesięciu, z czego dla potrzeb miasta dwieście, dla chorych ze stowarzyszenia ubogich dwadzieścia i trzydzieści dla osób nieubogich) oraz stawkę za leczenie na poziomie sześciu srebrnych groszy na osobę na dzień dla chorych z Gdańska i dziesięciu dla chorych obcych⁸⁴.

Stanowisko to odwlekło ostateczne przekazanie Lazaretu gminie aż do 1874 r. Władze miejskie czyniły usilne starania, aby przeforsować sporządzony 13 października 1872 r. projekt statutu Lazaretu. Zachował się odpis tego dokumentu z charakterystycznym uzupełnieniem. Oto jego treść:

1. Lazaret miejski jest zakładem pierwotnie pochodzącym z dobrowolnych dotacji, powołanym do celu przyjmowania i opieki nad ubogimi chorymi. Dlatego nie należy używać środków tego zakładu wyłącznie do wypełniania obowiązku miasta względem opieki nad chorymi ubogimi, lecz także o ile to możliwe, do przyznania możności korzystania z zakładu przez tych ubogich, którzy nie są ubogimi w rozumieniu prawnym.

Także zakład ten powinien zapewnić, o ile to jest do przeprowadzenia bez uszczerbku dla chorych należących do gdańskiego okręgu, przyjmowanie także chorych, którzy należą do zamiejscowych związków ubogich, leżących w okolicy okręgu gdańskiego, w odpowiednich przypadkach i stosownie do bliższych postanowień wydanych przez gdański magistrat.

2. Fundusze poświęcone celom ustawowym Lazaretu muszą pozostać na zawsze do wypełniania tych celów.

3. Co do przychodów i rozchodów Lazaretu będzie prowadzony rachunek z budżetu miejskiego na podstawie dorocznego kosztorysu.

4. Ewentualne nadwyżki z dochodów będą przekazywane przez zarząd Lazaretu na fundusz kapitałowy.

5. Reprezentowanie Lazaretu na zewnątrz należy do magistratu gdańskiego. Zarządzanie zakładem następuje poprzez przepisany ordynacją miejską organ magistracki.

6. Wybór na urzędy zarządzające a także lekarskie, należy do magistratu, jak i określenie ich ilości, zakresu działania i warunków zatrudnienia.

7. Obecnie zatrudnieni urzędnicy Lazaretu przejmują prawa i obowiązki dotychczasowego zarządu.

⁸² APG, 6/1243, s. 187, kopia uwierzytelniona: *Auf Ihren Bericht vom 5. d. M. will Ich Sie hierdurch ermächtigen, den Vorstand des Lazareths in Danzig aufzuheben und die Aufsicht über diese Kranken-Anstalt dem Magistrat in Danzig unter den von ihm vorgeschlagenen Bedingungen zu übertragen. Bad Gastein, den 9. August 1872. gez. Wilhelm. ggz. Graf zu Eulenburg. Falk. An den Minister des Innern und den Minister der geistlichen [etc.] Angelegenheiten.*

⁸³ APG, 6/1243, s. 188–189.

⁸⁴ „Danziger Zeitung”, 22 listopada 1872 r., No. 7615, s. 3.

Dokument podpisany został w imieniu magistratu przez nadburmistrza Leopolda Wintera.

Ów charakterystyczny dopisek dotyczy paragrafu pierwszego. Otóż po słowach: „Także zakład ten” uzupełniono na marginesie: „który pozostaje jako samodzielna fundacja, lecz podlega prawnemu nadzorowi państwa”. Prawdopodobnie więc jest to wersja kompromisowa, jaką władze miejskie przekazały rejencji do rozpatrzenia⁸⁵.

A oto brzmienie statutu w ostatecznej redakcji:

Co do zarządzania Lazaretem w Gdańsku na poczynioną przez tamtejszy Magistrat propozycję, zostało za zezwoleniem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwa ds. Wyznań i Zdrowia wydane postanowienie, co następuje:

1. Lazaret miejski jest zakładem pierwotnie pochodzącym z dobrowolnych dotacji, powołanym do celu przyjmowania i opieki nad ubogimi chorymi. Dlatego nie należy używać środków tego zakładu wyłącznie do wypełniania obowiązku miasta względem opieki nad chorymi ubogimi, lecz także o ile to możliwe, do przyznania możliwości korzystania z zakładu przez tych ubogich, którzy nie są ubogimi w rozumieniu prawnym. Dla tej ostatniej kategorii chorych przyznano dwadzieścia łóżek.

Także zakład ten powinien zapewnić, o ile to jest do przeprowadzenia bez uszczerbku dla chorych należących do gdańskiego okręgu, przyjmowanie także chorych, którzy należą do zamieszkowych związków ubogich, leżących w okolicy okręgu gdańskiego, w odpowiednich przypadkach i stosownie do bliższych postanowień wydanych przez gdański magistrat.

2. Fundusze poświęcone celom ustawowym Lazaretu muszą pozostać na zawsze do wypełniania tych celów.

3. Co do przychodów i rozchodów Lazaretu będzie prowadzony rachunek z budżetu miejskiego na podstawie dorocznego kosztorysu.

4. Ewentualne nadwyżki z dochodów będą przekazywane przez zarząd Lazaretu na fundusz kapitałowy.

⁸⁵ APG, 6/1243, s. 407: *Entwurf eines Verwaltungs-Statuts für das städtische Lazareth. §.1. Das städtische Lazareth [poprawka na marginesie: das Lazareth am Olivaer Thor] ist eine ursprünglich aus freiwilligen Zuwendungen hervorgegangene Anstalt zum Zwecke der Aufnahme und Verpflegung armer Kranken. Es sollen deshalb die Mittel der Anstalt [dopisek na marginesie: welche als selbständige Stiftung aufrechterhalten bleibt (und der gesetzlichen Oberaufsicht des Staates unterliegt)] nicht ausschließlich zur Erfüllung der der Stadt bezüglich der Armenkrankenpflege gesetzlich obliegenden Verpflichtung verwendet werden, sondern, soweit dies angänglich, die Benutzung der Anstalt auch solchen Kranken eingeräumt werden, welche nicht im gesetzlichen Sinne arm sind. Auch soll, soweit dies ohne Beeinträchtigung der dem Stadtbezirke Danzig angehörigen Kranken thunlich ist, solchen Kranken, welche den in der Umgebung des Stadtbezirks liegenden auswärtigen Armenverbänden [s. 408] angehören, in geeigneten Fällen und nach Maßgabe der dieserhalb vom Magistrat zu Danzig zu treffenden näheren Bestimmungen Aufnahme gewährt werden. §.2. Die den Zwecken des Lazareths einmal gewidmeten der Anstalt zugehörigen Fonds müssen dieser ihrer Zweckbestimmung zu allen Zeiten erhalten bleiben. §.3. Ueber die Einnahmen und Ausgaben des Lazareths wird eine von dem Stadthaushalte getrennte Rechnung geführt auf Grund eines jährlich aufzustellenden Voranschlags. §.4. Etwaige Ueberschüsse aus den Einnahmen der Verwaltung des Lazareths werden dem Kapitalfonds desselben zugeführt. §.5. Die Vertretung der Anstalt [s. 409] nach außen liegt dem Magistrat zu Danzig ob. §.6. Die Verwaltungs- und ärztlichen Beamten der Anstalt werden vom Magistrat gewählt und die Zahl derselben der Wirkungskreis und die für die Anstellung maßgebenden Bedingungen von ihm festgestellt. §.7. Den gegenwärtig angestellten Beamten des Lazareths gegenüber tritt der Magistrat in die Rechte und Pflichten des bisherigen Vorstandes. Danzig, den 13 October 1872. Der Magistrat. Winter.*

5. Reprezentowanie Lazaretu na zewnątrz należy do magistratu gdańskiego. Zarządzanie zakładem następuje poprzez powołany na podstawie §.59 ordynacji miejskiej z 30 maja 1853 r. organ magistracki.

6. Wybór na urzędy zarządzające a także lekarskie należy do magistratu, jak i określenie ich ilości, zakresu działania i warunków zatrudnienia.

7. Obecnie zatrudnieni urzędnicy Lazaretu przejmują prawa i obowiązki dotychczasowego zarządu.

8. W następstwie specjalnej fundacji musi zostać ustanowiony dla zakładu ewangelicki duchowny, który za stosowne wynagrodzenie będzie prowadził duszpasterstwo i odprowadzał niedzielne nabożeństwo. Stosunki kościelne Lazaretu nie są przez to w żaden sposób przesądzone.

Dokument podpisał Nadprezydent Prowincji Prusy, Rzeczywisty Tajny Radca Karl Wilhelm von Horn, w Królewcu, 29 maja 1874 r.⁸⁶

Jak widać poprawka „także zakład ten, który pozostaje jako samodzielna fundacja, lecz podlega prawnemu nadzorowi państwa” nie ostała się i szpital przeszedł całkowicie w ręce władz komunalnych. Natomiast zapis został uzupełniony o uściślenie ilości łóżek przeznaczonych dla chorych ubogich (dwadzieścia), którzy jednak nie byli ubogimi w sensie prawnym (*labouring poor*).

Tego samego dnia w którym Nadprezydent Prowincji Prusy Karl Wilhelm von Horn podpisał nowy statut Lazaretu, wydał jednocześnie reskrypt, aby na podstawie rozkazu gabinetowego z 09 sierpnia 1872 r. oraz zatwierdzonego przez nadprezydenta statutu z 29 maja 1874 r. rozwiązano dotychczasowy zarząd Lazaretu, sam zaś szpital przekazano tutejszemu magistratowi w zarządzanie. Do przekazania doszło w pokoju konferencyjnym Lazaretu przy Bramie Oliwskiej w dniu 29 czerwca 1874 r. Najpierw prowizorzy Lazaretu przedstawili stan majątkowy fundacji. Następnie komisarz rejencyjny sprawdził w obecności komisarza magistrackiego, że majątek zdeponowano w skarbcu zakładu. Klucze od skarbcza prowizorzy przekazali komisarzom magistrackim. Omówiono też kwestię rachunków za ostatnie lata działalności zakładu, które ustępujący zarząd miał przekazać do dnia 01 października 1874 r., a także inwentarzy szpitalnych. Na zakończenie komisarz rejencyjny podziękował prowizorom za pełnienie swoich urzędów⁸⁷. Od tej chwili kilkusetletni prowizorat Lazaretu przestał istnieć.

Wydaje się, że przełomowe w opisanym procesie stały się dwa lata. Pierwszy przełom dokonał się w roku 1863, gdy nowo wybrane władze magistratu podważyły stanowisko swoich poprzedników, uznających Lazaret za samostanowiącą i samodzielną fundację, co otworzyło drogę do uznania zakładu za zależny od miasta element komunalnego systemu opieki społecznej. Przejawiło się to w zewnętrznej formie poprzez nadanie na wespół oficjalnej nazwy: *das städtische Lazareth am Olivaer Thor* – Szpital Miejski przy Bramie Oliwskiej. Nazwa ta funkcjonowała już przed 1874 r., co było nawet powodem nieporozumień, gdy do ksiąg wieczystych wpisywano jako właściciela nieruchomości „Szpital Miejski”, choć *de facto* miejskim jeszcze nie był⁸⁸.

⁸⁶ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3627, nie pagin.; APG, 977/1203, s. 103–104.

⁸⁷ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3627, nie pagin., pismo dotyczące zebrania 29 czerwca 1874 r.

⁸⁸ APG, 6/1243, s. 274. Por. zacytowany powyżej projekt statutu z 1872 r. i pierwsza doń poprawka.

Drugi przełom nastąpił w 1866 r., kiedy władze rejencji uznały, że dalsza współpraca z zarządem prowizorskim jest niemożliwa. Nawet pojawiły się wówczas pogłoski, jakoby zarząd Lazaretu miał przejść w ręce rejencji⁸⁹. Odtąd zarysowana w przeszłości dwutorowość działań zmierzających z jednej strony do reorganizacji zarządu i z drugiej do przejęcia szpitala przez miasto, została zespolona. W rozlicznej zachowanej korespondencji urzędowej z tamtego okresu znikają wskazywane uprzednio doraźne problemy fundacji, natomiast zdecydowanie dominują oba decydujące o dalszych losach zakładu, przeplatające się nieustannie wątki: zmiana systemu zarządzania i zmiana stosunku Lazaretu do gminy miejskiej.

Nie sposób jednak nie zauważyć całego szeregu niekonsekwencji charakteryzujących postawę przede wszystkim władz miejskich. Niekonsekwencje te zresztą były dostrzegane przez współczesnych i wytykane z całą ostrością⁹⁰. Sytuacja Lazaretu, sama w sobie skomplikowana i trudna, ulegała przez to dalszemu pogorszeniu. Przejmowanie szpitala przez miasto nie okazało się zabiegiem tak oczywistym, jak by się wydawało. Opory wynikały zarówno z pewnego szacunku wobec tradycji instytucji prowizoratu, jak i z bardziej przyziemnego powodu, jakim była kwestia wzięcia pełni odpowiedzialności finansowej za szpital. Wyraźnie widoczny jest fakt, że początkowo dawny układ: samodzielna fundacja wspierana przez gminę miejską, najbardziej odpowiadała władzom Gdańską. To jednak władze rejencyjne uznały za anachronizm, zwłaszcza wobec zaniebdań ze strony prowizoratu.

Stopniowe uświadamianie sobie wagi polityki zdrowotnej przez czynniki decyzyjne w Gdańsku, w ramach konsekwentnie realizowanej polityki miejskiej, nastąpiło dopiero w okresie rządów nadburmistrza Leopolda Wintera (od 1863 r.). Nie o rzeczy będzie przypomnieć w tym miejscu sylwetkę dr. Alberta Karla Ludwiga Liévina, będącego osobistym przyjacielem Wintera, a jednocześnie gorącym orędownikiem poprawy stanu sanitarnego miasta. Efektem współdziałania obu osobistości stało się założenie wodociągów i kanalizacji w Gdańsku, co znacząco wpłynęło na zdrowotność mieszkańców⁹¹. Zmiana postawy władz miejskich względem miejsca Lazaretu w strukturze gminnej opieki społecznej zbiegła się w czasie zarówno z wymianą radnych miejskich (lato 1863 r.), jak i z objęciem urzędu przez Leopolda Wintera (06 stycznia 1863 r.). Stanowisko dr. Liévina (zasiadającego we władzach miejskich zarówno przed 1863 r., jak i po tym roku) względem Lazaretu znamy – był członkiem komisji powołanej w 1861 r. przez Magistrat, komisji, która forsowała wprowadzenie nowego statutu Lazaretu oraz instrukcji dla pracowników Lazaretu. Dr Liévin mocno protestował także przeciwko odseparowaniu szpitala od struktury miejskiej dobroczynności⁹². Był doskonale zorientowany w stosunkach panujących wewnątrz Lazaretu i usiłował przeciwdziałać przeciwko pogarszającym się tam warunkom hospitalizacji pacjentów, zwłaszcza szerzeniu się wśród nich zakażeń pooperacyjnych. Dr Liévin znalazł w tych działaniach wsparcie w dawnym lekarzu szpitala, dr Piwko, współczłonku komisji powołanej w 1861 r. ds. Lazaretu, który, znając dobrze wewnętrzne stosunki zakładu i jego słabości, ironicznie

⁸⁹ „Danziger Zeitung”, 08 stycznia 1866 r., No. 3432, s. 3.

⁹⁰ Steimmig 1870, s. 14, 17.

⁹¹ Gliński 1994, s. 62, 102.

⁹² „Danziger Zeitung”, Beilage zu No. 3088, 04 lipca 1865 r., s. 2.

*nannte die Lazareth-Brand-Wunden im Lazareth-künstliche Wunden*⁹³. Jest wielce prawdopodobnym, iż na decyzjach władz miejskich, jak i ostatecznie twardym stanowisku samego nadburmistrza Wintera względem Lazaretu zaważyły osobiste poglądy na sprawę dr. Liévina. Doskonale udokumentowany jest wpływ tego lekarza na medykację procesu decyzyjnego władz miejskich co do urządzeń komunalnych. W 1868 r. dr Liévin wydał pracę, w której udowadniał ścisły związek okresowo pojawiających się epidemii cholery w mieście ze złym stanem sanitarnym Gdańska, co wraz innymi jego energicznymi działaniami zaowocowało, jak wspomniano, założeniem wodociągów i kanalizacji⁹⁴. Wydaje się, że tego rodzaju głosy doradcze w kręgach decyzyjnych ułatwiły doprowadzenie do ujednoczenia stanowiska władz miejskich i rejencji, a w rezultacie całkowitego podporządkowania Lazaretu gminie.

Dla pozyskania pełnego obrazu zarządzania szpitalami gdańskimi w XIX wieku należy bliżej przyjrzeć się systemom zarządzania powstałym w nowo ergowanych placówkach szpitalnych.

W katolickim szpitalu Najświętszej Maryi Panny na stworzenie zarządu silne piętno wywarło powiązanie fundacji z gdańskim oddziałem Towarzystwa Piusa IX (*Piusverein*) założonym w 1848 r. przez Heinricha Osterratha oraz ze sprowadzonymi do Gdańska siostrami boromeuszkami z Trewiru⁹⁵. I jeszcze jedno: fundacja nie była własnością ani Towarzystwa, ani tym bardziej zgromadzenia zakonnego, a gdańskiej gminy katolickiej.

Statut nowego zakładu został wzorowany na statucie podobnej fundacji szpitalnej św. Jadwigi prowadzonej przez boromeuszki w Berlinie⁹⁶. Zgodnie z paragrafem szóstym statutu zakładem zarządzała rada (*Verwaltungsrat*), „niezawisła od każdej władzy świeckiej”. W paragrafie siódmym tegoż statutu zapisano ponadto, że składała się ona z proboszczów katolickich kościołów Gdańska i Starych Szkotów oraz z sześciu mieszkańców Gdańska wyznania rzymsko-katolickiego⁹⁷. Świeccy członkowie rady wyznaczani byli przez proboszczów, a mianowani przez biskupa. Kierownictwo w radzie należało do przewodniczącego (*Vorsitzender*)⁹⁸. Pełnienie funkcji członka rady było całkowicie honorowe⁹⁹. Pośród świeckich członków rady sporadycznie znajdowali się też lekarze (np. w 1852 r. dr Lenz), jednak zarząd miał charakter czysto administracyjny. Jednocześnie oddzielono (z oczywistych względów) zarządzanie szpitala od zarządzania klasztorem sióstr, które powierzono wyłącznie przełożonej (*Oberin*)¹⁰⁰.

Tak więc rada nowo erygowanego szpitala Najświętszej Maryi Panny nie różniła się w istocie od odchodzącego powoli prowizoratu Lazaretu. Obowiązywał tu taki sam system honorowo pełniących swój urząd zarządzających, w tym specyficznym przypadku będących po części jednocześnie prominentnymi duchownymi gdańskiej gminy katolickiej. System ten przetrwał do 1945 r., co podyktowane było szczególną sytuacją

⁹³ GStAPK, I HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin., odpis artykułu z „Allgemeine Medizinische Central Zeitung”, 1863, XXXII, 33–36.

⁹⁴ Gliński 1994, s. 62.

⁹⁵ Steffen 1927, s. 22–24.

⁹⁶ Steffen 1927, s. 40.

⁹⁷ Były to wówczas kościoły: św. Brygidy, św. Józefa, św. Mikołaja oraz Kaplica Królewska.

⁹⁸ Pierwszym przewodniczącym rady był inicjator fundacji, Heinrich Oberrath. Steffen 1927, s. 143, 144.

⁹⁹ Steffen 1927, s. 142.

¹⁰⁰ Steffen 1927, s. 43–44.

prawną, a także polityczną zakładu. Taki sposób zarządzania podkreślał silnie fundacyjny, a jednocześnie religijny charakter założenia (choć w myśl statutu przyjmowano wszystkich chorych, bez względu na wyznanie¹⁰¹, a pewne ograniczenia miały charakter medyczny¹⁰²).

W przypadku szpitala diakonis mamy po części sytuację analogiczną, jak w przypadku szpitala Najświętszej Maryi Panny. Podobieństwo polega na połączeniu w ramach jednej fundacji zakładu leczniczego i stowarzyszenia religijnego, co wymuszało stworzenie podwójnego, równoległego zarządu (władze szpitala i dom diakonis).

Członkinie i członkowie zarządu szpitala rekrutowali się spośród Towarzystwa dla Opieki nad Chorymi i Ubogimi (*Der Armen- und Krankenpflege Verein*). Istotnym przy tym problemem był stosunek prawny zakładu do Towarzystwa. Ostatecznie uznano (1858 r.), że Towarzystwo nie ma ani podstaw do roszczenia sobie praw do szpitala i jego majątku, ani nie może wprowadzać zmian w jego statucie. Gdyby Towarzystwo przestało pełnić swe statutowe funkcje, szpital miał się stać w pełni samodzielną fundacją¹⁰³.

28 grudnia 1860 r. został przez ówczesny zarząd podpisany, a 10 maja 1861 r. przez nadprezydenta prowincji zaakceptowany statut fundacji, której oficjalna nazwa brzmiała: *Diakonissen-Krankenhaus für Kinder und Erwachsene*. W myśl jego postanowień (paragrafy 4–9) zarząd stanowiło co najmniej pięć kobiet i pięciu mężczyzn, a także dodatkowo trzech członków (mężczyzn). Warunkiem była przynależność do wyznania ewangelickiego. Zarząd wybierał spośród siebie przewodniczącego (*Vorsitzender*), jego zastępcę (*Stellvertreter*) oraz skarbnika (*Schatzmeister*). Wszyscy członkowie zarządu pełnili swe funkcje honorowo. Zarząd miał obowiązek przeprowadzania comiesięcznych zebrań oraz, zwoływanych w razie potrzeby, posiedzeń nadzwyczajnych. W następnej redakcji statutu (13 marca 1865 r.)¹⁰⁴ dokonano zmian polegających na obowiązku zasiadania w zarządzie co najmniej jednego duchownego protestanckiego oraz na podkreśleniu religijnego (a dokładniej: ewangelickiego) charakteru fundacji. Podyktowane to zostało doświadczeniem gdańskich sierocińców oraz Lazaretu, wobec których kwestionowano ewangelicki charakter tych fundacji. Postanowienia te zostały podtrzymane podczas trzeciej redakcji statutu w 1879 r.¹⁰⁵

Tak więc, pomimo pewnych różnic, statut szpitala diakonis stanowił niemal analogiczny produkt charytatywnej aktywności Kościoła (tym razem protestanckiego), jak statut szpitala boromeuszek. Podział na część zarządu świecką i część duchowną, choć mniej ostry, niż w przypadku szpitala katolickiego, także zaistniał (w drugiej redakcji). Honorowe pełnienie urzędów stanowiło dalszą, znaczącą analogię dla obu fundacji.

Wydaje się więc, że na strukturę zarządu nowych szpitali gdańskich, powstałych przecież w okresie znacząco zaawansowanego procesu medykalizacji (dodajmy: szpitali w pełni się temu procesowi poddających), większy wpływ miały czynniki polityczne i

¹⁰¹ „Katholischen Wochenblatt”, 26 luty 1852, s. 43.

¹⁰² Wyjątek stanowił zakaz przyjmowania chorych wenerycznie; uczyniono go z uwagi na siostry. Steffen 1927, s. 44.

¹⁰³ Hülsen, von 1907, s. 2–3.

¹⁰⁴ *Statut des Diakonissen-Krankenhauses* 1865, §3 i §19.

¹⁰⁵ *Statut des Diakonissen-Krankenhauses* 1879; §3; Hülsen, von 1907, s. 4–6.

religijne, aniżeli względy czysto praktyczne, czy wręcz medyczne. Fakt, że obie fundacje były fundacjami silnie zabarwionymi religijnie, znacząco zaciążył na strukturze zarządu i zakresie jego kompetencji. Podobieństwa do dawnego prowizoratu Lazaretu nie zniwelował fakt podwojenia, czy potrojenia ilości członków zarządów. Zamiast profesjonalnego, zatrudnianego przez fundację zarządu otrzymano znów amatorskie kolegia, zarządzające zakładem na comiesięcznych posiedzeniach, poza godzinami poświęcanymi na pracę zawodową i prywatne sprawy. Nie przeszkodziło to jednak – co należy bardzo mocno podkreślić – w dynamicznym rozwoju funkcji medycznej i socjalnej obu placówek.

12. MEDYKALIZACJA – KONIECZNOŚĆ CZY PRZYPADEK

Opisany w poprzednim rozdziale proces zmiany statusu prawnego Lazaretu z towarzyszącą zmianą systemu zarządzania szpitalem ukazują całą złożoność problemu zależności pomiędzy ekonomią, polityką oraz medycyną. Ta ostatnia wydaje się być tu jedynie elementem przetargowym, podobnie zresztą jak i zespolona z nią kwestia socjalna.

Rodzi się jednak pytanie, na ile omawiane w niniejszej dysertacji procesy były świadomymi procesami przemian, na ile zaś zlepkiem przypadkowych zdarzeń, układających się ostatecznie w pewien logiczny ciąg faktów. Pomijając filozofujące dywagacje o roli przypadku w dziejach, poszukiwania odpowiedzi na tak postawione zagadnienie szukać trzeba w odpowiedzi na pytanie inne: o ową świadomość procesów, świadomość społeczną dokonywanych przemian, w tym o świadomość na poziomie czynników decyzyjnych.

Nie jest to pytanie banalne, choćby w obliczu nurtującego uważnego Czytelnika pytania, czy instytucja prowizoratu rzeczywiście stała na przeszkodzie rozwoju szpitala, a jednocześnie, cóż pod pojęciem rozwój należałoby rozumieć.

Na progu XIX wieku pewien znany w kręgach wileńskich lekarz, *nota bene* ojczym jednego z polskich poetów i w latach późniejszych kolaborant z władzami carskimi, dr August Bécu wygłosił wykład o *doskonałości szpitalów*¹. Wykład ów rozpoczął od uściślenia, iż mówić będzie o *Szpitalach, ile wystawionych dla tych chorych, którzy nie są w sposobności własnego siebie opatrzenia*, nie mogąc przy tym *uniknąć niektórych uwag, względem ogólnego ubogich opatrzenia, które ma wielki wpływ na doskonałość samych Szpitalów, w których się Ubodzy chorzy opatrują*. Rozwijając swą myśl zadał przy tym pytanie: *co jest Szpital doskonały, i w czym słusznie naganić można tym Szpitalom, które się nam niedoskonałymi być zdają?* Próbę odpowiedzi autor zawarł w nakreśleniu cech dobrego szpitala, który *budować należy za Miastem na miejscach wyniesionych, i jeżeli można przywodzić [...], formę i rozkład tej budowli Architekt nie do swoich, lecz do Medyka stosować powinien prawideł [...], ta jeżeli do wielkiego rozciąga się gmachu, powinna być w długich na przeciw ległych, nie więcej jak dwó-piętrowych domach, bez żadnej ściany wzdłuż dom dzielącej, zwyczajnie kominową zwanej, aby sale oświetlane i wietrzone były łatwem z dziedzinców powietrza przystępem; a korytarze jeżeli konieczne potrzebne, nie w środku, ale z boku dawane, i aby okna swoje, oknom infirmaryów naprzeciwległe miały; Infirmarye żeby były raczej wielkie, niżeli małe, stosownie jednak do klimatu, wysokości dostatecznej i raczej sklepione; ściany równe i gładkie nawet glify u okien, nie tak jak zwyczajnie bywa ze środka, ale z podwórza dawane; okna wielkie ile klimat pozwala, a mianowicie wysokością swoją do sufitu sięgające, łatwe do otwierania, iedno w całku, drugie w części, i zawsze naprzeciwległe [...]. We wszystkich Szpitalach iedna powinna być nadliczbowa Infirmarya próżna, dla samego iey czyszczenia, gdy drugie są zaięte [...]. Każdy Szpital powinien mieć osobny swój*

¹ Bécu 1807.

wydział dla gorączek zaraźliwych, który według oddzielnych się jeszcze urządza prawidł.

Jednak to wszystko nie zadowalało autora. Uważał on bowiem, że *gdy mamy sądzić o Szpitalach nie należy sądzić według czucia przemijającego świadka, lecz według czucia tego, który w nim opatrzenia doznaie*. I tu dr Bécu dotyka sedna sprawy: szpitale należy odróżnić od domów roboczych, domów Inwalidów i domów poprawy, które na to są powołane *aby przez ogólne opatrzenie ubogich dopełnić obowiązku opieki rządowej nad nimi i usunąć ohydę od widoku publiczności*. Odrębną natomiast rolą rządów jest *przez wystawienie Szpitalów publicznych dla ubogich chorych, lub tylko niemających sposobności leczenia się, zmniejszyć masę chorób popularnych, które bez tego starania mogłyby grozić zdrowiu powszechnemu, oraz pomnażać kalectwa i śmiertelność w tej Klasie ludu, a tém samém uymować społeczności znaczną liczbę rąk do pracy potrzebnych*². Cały powyższy passus, jako dlań niezwykle istotny, autor wyróżnił w tekście kursywą, podsumowując pod koniec: *Oto iest prawdziwy tego starania zamiar i prawdziwe Instytutów ludzkości przeznaczenie*.

Do problemu przeznaczenia szpitali dr Bécu wraca raz jeszcze, podkreślając z naciskiem, iż na to są powoływane, *aby w każdym czasie, każdego cierpiącego, który nie iest w stanie dania sobie pomocy, Szpital przyioł i takie dał opatrzenie, jakie dać jest w stanie*. Podejmuje tu ważny problem epidemiologii schorzeń, uważając, że *choroby albowiem popularne, iedne należy uprzedzać, a drugie wytepiać. Wczesna zaś pomoc i zawsze otwarty dla wszystkich przytułek, naylepszym są sposobem zapobieżenia iednych, i wytepienia drugich przez wczesne zatarcie przyczyn w samém ich źródle*. [...] *Wszakże niedostatek i niesposobność zaradzenia sobie w początkach, nayobfítszém i iedyném prawie są źródłem chorób i defektów w tej Klasie ludu*.

Interesujące nas tutaj społeczne ujęcie problemu dr Bécu tak formułuje: *Klasa ludzi naiemnych, robotników, służących, uboższych rzemieślników, słowem klasa przemysłowa naybliższe ma prawo do publicznego w Szpitalach opatrzenia; ona bowiem póki iest zdrowa, nietylko nie iest żadnym ciężarem dla społeczności, ale owszem iest pożyteczną i potrzebną*². Natomiast autor zdecydowanie sprzeciwia się hospitalizacji różnego rodzaju ludzi, którzy *całemi familiami, przez nieszczęście lub własne opuszczenie się, do upadku przywiedzeni przechodzą przez niedostatek i nędze do chorób lub kalectwa, i stając się w tenczas prawdziwym litości przedmiotem, tłumem się cisną do Szpitalów*. Tych autor nazywa *paraxytami* szpitali.

Następnie autor szeroko rozwodzi się nad kwestią *aby chorzy nayprędzey w nich [Szpitalach] do zdrowia przychodzili, a tém samém krócéy w nim bawiąc, wczesnie drugim miejsca ustępowali*. Podkreśla przy tym, że *znaczna część chorych w Szpitalach przez samo przytulenie, żywność, wygodę i miłosierną posługę, bez żadnych lekarstw do zdrowia przychodzi, [...] albowiem [...] niedostatek żywności, wygod, ochędóstwa i posługi, są głównieyszém źródłem chorób popularnych*².

Niemal sto lat później warszawski tym razem lekarz, dr Zygmunt Kramsztyk tak pisał: *Szpital jest przedewszystkiem przeznaczony dla biednych, ale dla nich jest bezwarunkowo koniecznym*. I dalej: *Leczenie biednych stanowi najwazniejsze społeczne zadanie szpitala. Szpital jest przedewszystkiem instytucją filantropijną*. Dzieje się tak, gdyż

² Bécu 1807, s. 10–15, 19–20, 22.

największa część ludzi żyje w ten sposób, że codzienne dochody zaledwie na codzienne starczą wydatki. Skoro skutkiem choroby te dochody się przerwą, następuje nędza, wyczerpanie całego mienia. I nie łatwo dom do swej poprzedniej względnej powróci możliwości. Jeśli chory z domu się usunie, daje możliwość zarobku pozostałym członkom rodziny. Pozbawiony tego wielkiego ciężaru, którego znieść nie może, daleko łatwiej dom cały przebędzie porę krytyczną. [...] A przedewszystkiem sam chory o ileż w lepszych znajdzie się warunkach! Nawet porównać nie można tych warunków, jakich szpital dla leczenia dostarcza z tem, co w ciasnej izbie dać może biedna rodzina. Bez porównania częściej i w bez porównania krótszym czasie minie szczęśliwie choroba w szpitalu, niż w takim niezamożnym domu. [...] Ludzi samotnych, pozbawionych rodziny jest liczba nie mała [...]. W najcięższych przejściach swego życia ci ludzie szpitala potrzebują i mieć go powinni³.

Kilka lat później dr Wacław Męczkowski tak pisał: uwydatniliśmy stopniowe, w początkach XIX wieku przeistaczanie się szpitali z instytucyj dobroczynnych o charakterze przytułków, w zakłady lecznicze. Koniec XIX wieku był świadkiem dalszej ewolucyi na tej drodze. Szpitale stały się instytucją społeczną, a utrzymanie szpitali stało się obowiązkiem społeczeństwa, takim samym obowiązkiem, jak dostarczanie ludności dobrej wody, kanalizacji it.p. Rzecz prosta, że zmiany te były wynikiem przeobrażenia życia społecznego i zmiany w poglądach, których wyrazem było powstanie higieny społecznej, a higiena ta w przyszłości ma przed sobą wielkie zadania do spełnienia. Jednym z ważniejszych czynników, torujących drogę higienie społecznej, jest przeświadczenie społeczeństw, że higiena, zapobieganie chorobom i prawidłowe leczenie jest korzystne pod względem społeczno-ekonomicznym. Innemi słowy organizacja prawidłowego leczenia, pojmowanego w szerokim znaczeniu t.j. łącznie z higieną, oplaca się społeczeństwu wprost pod względem finansowym⁴. Jest to kontynuacja myśli dr Zygmunta Dobieszewskiego, który w 1870 r. uważał, iż szpital [...] winien dostarczyć jak największą liczbę indywiduów możliwości odzyskania najłatwiejszą i najszybszą drogą, utraconego zdrowia, które stanowi największe bogactwo państwa⁵.

Przytoczone tu opinie czterech lekarzy, które rozdziela całe stulecie, w pełni ze sobą współgrają. Definicja funkcji szpitala podana rozwlekle przez dr Bécu w 1807 r. w pełni pokrywa się z definicjami z roku 1870, 1899 i 1905.

Czy więc w ogóle można mówić o rozwoju?

Lazaretem, wedle XVIII-wiecznej definicji, nazywano *ein Gebäude, worinnen die Kranken, welche aus Armuth sich nicht selbst versorgen können, oder mit ansteckenden Kranckheiten behaftet sind, verpfleget und mit dienlichen Artzney-Mitteln versehen werden. Es wird solches ordentlich von dem Magistrate des Ortes erhalten, und werden dazu ordentliche Medici und Chirurghi bestellt, welche darinnen befindliche Krancke besuchen, und nach Beschaffenheit ihrer Kranckheiten curieren müssen*⁶. Definicja ta

³ Kramsztyk 1899, s. 295–298.

⁴ Męczkowski 1905, s. 75–76.

⁵ Dobieszewski 1870, s. 88–90.

⁶ J.H. Zedler [Hg.], *Großes vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste, Welche bishero durch menschlichen Verstand und Witz erfunden und verbessert worden*. Bd. 16. Halle, Leipzig 1737, szpalta 1241. Cyt. za: Schlenkrich 2002, s. 19.

podkreśla silnie dwa aspekty: przeznaczenie zakładów typu lazaret dla chorych (zwłaszcza chorych zakaźnie) oraz obecność w nich lekarza i/lub cyrulika, których zadaniem było leczenie tych chorych. Niewątpliwie gdański zakład spełniał pierwszy warunek, albowiem wywodził się z instytucji przeznaczonej do leczenia chorych na ospę (*Pockenhaus*). Drugi jednak warunek nie zawsze był spełniany, choć niewątpliwie dostrzegano konieczność zatrudniania wykwalifikowanego personelu medycznego. Jednocześnie jednak lazarety (a w tym zakład gdański) silnie związane były z dobroczynnością miejską, skoro po części przeznaczone były także dla „tych chorych, którzy z biedy sami sobą nie mogą się opiekować”.

W gdańskich źródłach nazwa „Lazaret” pojawia się stosunkowo późno. Początkowo fundacja wywodząca się instytucjonalnie ze szpitala św. Rocha nosiła nazwę *Pockenhaus* i choć od końca XVI wieku spotykamy w źródłach termin „Lazaret”, a w XVIII wieku „szpital św. Łazarza” (*Hospital S. Lazari*⁷), to aż do końca XVIII wieku częstsze w użyciu było pierwotne miano zakładu. Owo przemianowanie, czy też współmianowanie fundacji zgodne jest zresztą z tendencją panującą w niemieckojęzycznym obszarze Europy od połowy XVI w. Najczęściej instytucją pierwotną były domy dla chorych na dżumę (*Pesthäuser*), następnie nazywane *Pestlazarette* lub po prostu *Lazarette*. Nazwą tą obdarzano także nowopowstające instytucje, przeznaczone dla chorych zakaźnie. Do najstarszych znanych przykładów należą *Pestlazarett* we Wiedniu (1540 r.) i *Gebrechenhaus oder Lazareth* w Stuttgarcie (1560 r.), następnie także w Lipsku (początkowo *Pesthaus*, co najmniej od 1549 r., od końca XVI w. jako *Lazareth*) oraz Dreźnie (1568 r.)⁸.

Otóż nie ulega wątpliwości, iż sytuacja w której gdański Lazaret stanowił najdogodniejszy obiekt w mieście do przeprowadzenia w nim procesu medykalizacji, była typową sytuacją szpitalnictwa europejskiego. Axel Murken nazywa ten typ zakładu instytutem prekursorskim szpitali powszechnych (*die Pestlazarette als Vorläuferinstitutionen Allgemeiner Krankenhäuser*⁹). Chodzi tu o zakłady dla chorych zakaźnie, rozsiane po całej Europie, a cieszące się w obszarze niemieckojęzycznym znacznym powodzeniem. Do najsłynniejszych tego typu obiektów należy berlińska *Charité*. Podobnie jak Lazaret w Gdańsku pierwotnie była szpitalem zakaźnym. Zresztą decyzja o jej wybudowaniu w 1709 r. została podjęta na wieść o grasującej w tym czasie w Gdańsku zarazie. W 1727 r. część łóżek wyodrębniono dla chorych żołnierzy, część dla chorych wewnątrz, część dla chorych zewnątrz, część dla chorych wenerycznie i chorych na świerzb, część zaś dla położnic. Ponadto do zakładu przyjmowani byli prebendarusze¹⁰. Jest oczywistym, że decyzję o medykalizacji znacznie łatwiej podejmowano w stosunku do zakładów, które w swoją dotychczasową działalność miały wpisana opiekę nad chorymi (a do takich instytucji należały właśnie domy dla chorych zakaźnie), aniżeli w stosunku do szpitali, których funkcja medyczna nigdy nie została wyeksponowana.

Na szesnaście aktów prawnych gdańskiego Lazaretu pochodzących z XVIII wieku, aż w jedenastu wyraźnie akcentowana jest obecność w szpitalu chorego, tzn. osoby cierpiącej, poddawanej procesom leczniczym i otoczonej stosowną opieką. Szpital ten, jako

⁷ APG, 300, R/Aa, 17q, s. 1.

⁸ Schlenkrich 2002, s. 19–21, 27–29.

⁹ Murken 1979, s. 33–34.

¹⁰ Murken 1979, s. 34–35.

pierwszy miał swego lekarza, choć nie wiemy, od jak dawna i w jakim zakresie. W 1681 r. tradycja lecznicza zakładu jest już tak ugruntowana, że *Cur-Stube oder Schwitz-Stube*, *Krancken Mannes Stube* czy *Krancken Frauen Stube* są takimi samymi nazwami własnymi izb szpitalnych, jak *Polnische Stube*, *Schipper-Stube* czy *Krick-Stube*. Można się zastanawiać zresztą, czy za nazwą *Schweinhirts-Stube* (Izba Świniarków) nie kryje się podtekst medycznego wyodrębnienia tej grupy zawodowej¹¹, podobnie jak w mianie *Pfeiffen-Stube* (Izba Fajek), nie można doszukiwać się dawnych praktyk terapeutycznych z czasów, gdy wierzono w moc leczniczą tytoniu (okadzanie czy też palenie tytoniu przez chorych zakaźnie). Być może zakaz palenia tytoniu wydany po 1701 r.¹² brał się nie tylko z racji obaw przed zaproszeniem ognia, ale świadczył o nakazie poniechania praktyk podejmowanych na własną rękę przez ledwo oświeconych ubogich.

Lecz czy skoro Lazaret od zarania przeznaczony był dla chorych (choć, co trzeba bezstronnie przyznać, obrósł ściśle tkanką niemedycznych usług socjalnych), to czy można w ogóle mówić o jego medykalizacji?

Robert Jütte w artykule omawiającym przemiany *vom Hospital zum Krankenhaus*¹³, wyróżnia kilka ważnych jego zdaniem elementów, które charakteryzują proces medykalizacji szpitali, jaki miał miejsce od końca XVIII do początku XX wieku:

1. przestrzenne zróżnicowanie, zależne głównie od systematyki schorzeń (do czego należy dodać późniejszą zależność przestrzeni od czynności medycznych, zapoczątkowaną wydzieleniem sal operacyjnych, potem zaś obszarów dostosowanych do specyficznej aparatury medycznej);

2. prowadzenie dokumentacji medycznej, odmiennej od dokumentacji administracyjnej;

3. hierarchizacja medycznych struktur szpitalnych, w dochodzeniu do której autor wyróżnił trzy zasadnicze kroki:

krok pierwszy – wyznaczenie fizyka jako lekarza nadzorującego szpital;

krok drugi – przeniesienie kompetencji fizyka miejskiego na przypisanego do szpitala lekarza (ordynatora, *dirigierender Arzt*), który, posiadając mieszkanie poza zakładem, nadzorował mieszkających w szpitalu asystentów; jednocześnie ordynator zachowywał swą prywatną praktykę poza szpitalem;

krok trzeci – przeniesienie praktyki ordynatora wyłącznie na obszar szpitala, czemu towarzyszył wzrost kompetencji kierowniczych;

3. profesjonalizacja osób doglądających chorych;

4. przeorientowanie czasu religijnego, wyznaczającego rytm życia szpitalnego, na czas wyznaczany czynnościami medycznymi;

5. wynikające z powyższych poddanie pacjenta procedurom medycznym, w wyznaczonym do tego obszarze przestrzennym i czasowym.

¹¹ Sugestia dr. Marka Bukowskiego: izba przeznaczona dla osób z owrzodzeniami podudzi (co, jak wiemy, stanowiło częsty powód hospitalizacji), schorzenia częstego u osób nie przestrzegających zasad higieny, w tym brodzących w nieczystościach chlewnów świniarków.

¹² Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 166.

¹³ Jütte 1996, s. 35–44.

Rozwijając i uzupełniając tę listę, należy wymienić także i inne elementy medykalizacji, stanowiące istotne stygmaty tego procesu. Wyróżniają one szpitale dawnego typu (*Hospital*) od szpitali nowego typu (*Krankenhaus*) między innymi poprzez:

1. odseparowanie pojmowania zjawiska choroby od zjawiska ubóstwa, co stworzyło ideologiczne podstawy do przyjmowania do szpitala osób nieubogich;

2. będące tego efektem odejście ze szpitala ubogich, przy czym chodzi tu nie o wypieranie ubogich ze szpitala, ile z prawa wyłączności do szpitala;

3. zrezygnowanie z prebendy jako formy pozyskiwania klientów szpitala; efektem tego było z jednej strony pozyskanie przestrzeni dla osób chorych, z drugiej zaś likwidacja ważnego w budżecie fundacji źródła dochodów;

4. pojawienie się w zamian w obszarze zarezerwowanym do tej pory dla chorych ubogich chorych płacących za usługi medyczne (a nie tylko za opiekę, czyli prebendaria); jest to najbardziej namacalny przejaw uznania społecznego atrakcyjności szpitala jako obszaru działań medycznych;

5. związana ze zjawiskami wymienionymi w punktach 3 i 4 zmiana systemu finansowania działalności szpitali; oprócz dochodów pochodzących z wszelkiego rodzaju darowizn czy fundacji, stanowiących podstawę finansowania szpitali niezmedykalizowanych, pojawiły się dochody ze sprzedaży usług medycznych; instytucjonalna działalność medyczna szpitali przed okresem medykalizacji była nieodpłatna (*vide* rozdawnictwo leków z apteki Lazaretu), natomiast przeorientowanie zakresu działalności zakładów pociągnęło za sobą pojawienie się z jednej strony wspomnianych już „chorych płacących”, a z drugiej, tworzenie dla chorych ubogich zewnętrznych instytucji finansujących opiekę medyczną nad nimi, w tym opiekę szpitalną (równocześnie z procesem medykalizacji szpitali rozwój kas czeladniczych i dla służących, pojawianie się abonamentów, potem obowiązkowych kas chorych);

6. podporządkowanie ruchu chorych personelowi medycznemu, a nie administracyjnemu;

7. zmiana systemu zarządzania szpitalem, polegająca na rezygnacji z honorowo pełniącego swój urząd zarządu, na rzecz opłacanych przez szpital bądź władze gminy urzędników;

8. wspomnianemu przez Roberta Jüttego wydzieleniu przestrzeni szpitalnej zgodne z logiką wiedzy medycznej, a nie wedle systemów administracyjno-policyjnych¹⁴ towarzyszenie wzmożonej podatności systemów administracyjnych na sugestie medyczne, wyrażającej się sankcjonowaniem prawnym podziałów medycznych;

9. zmiana profilu przyjmowanych chorych: proporcjonalne zmniejszenie się ilości chorych nieuleczalnie i chorych chirurgicznych na korzyść chorych internistycznych potencjalnie wyleczalnych;

10. wybitne skracanie się czasu hospitalizacji;

11. znaczące zwiększenie ilości personelu medycznego, początkowo średniego (*die Wärter und Wärterinnen*) i niższego (*Unterbeamten*), a następnie lekarskiego;

12. zmiana relacji prawnych pensjonariusz – szpital, przejawiająca się między innymi:

¹⁴ Proces ten został nazwany przez M. Foucault’a *uprzestrzennieniem wewnętrznym szpitala*, szpital zaś (dokładniej w swej formie klinicznej) *ukonstytuowanym w swej istocie polem nozologicznym*. Foucault 1999, s. 35–40, 85.

a. w początkowo znaczącym ograniczeniu, a następnie pozbawieniu szpitala prawa do karania pensjonariuszy;

b. w pozbawieniu szpitala prawa do mienia pozostawionego przez pensjonariuszy po śmierci;

13. zmiana, bądź kreowanie nowej frazeologii; tworzenie wymienianych wielokrotnie nazw szpitalnych urzędów medycznych; na obszarze niemieckojęzycznym powstaje nowe, znaczące ekonomicznie określenie taryf za leczenie (*Kurkostensatz*); dokonana zostaje zmiana nazwy dotacji gminnej z *Brotgeld* [na wyżywienie pensjonariuszy] na *Zuschuss* [zaliczkę, w domyśle: na opiekę medyczną], a jeszcze wyraźniej na *Kurkosten* [zwrot kosztów ponoszonych na leczenie]; na tym obszarze językowym zmiana frazeologiczna jest zresztą wyraźniejsza niż w obszarze polskojęzycznym przede wszystkim za sprawą zastąpienia nazwy *Hospital* (*Spital*), nazwą *Krankenhaus* (ew. *Krankenanstalt*)¹⁵.

Wszystkie owe stygmaty medykalizacji ukazują całą skomplikowaną strukturę procesu.

Wszystkie one dotyczą procesu, który rozgrywał się na przestrzeni lat 1755–1874, jeśli już trzymać się wyznaczonych arbitralnie dla potrzeb niniejszego opracowania ram czasowych.

Jeśli porównywać tekst wyszły spod pióra dr. Bécu z tekstami jego młodszych o sto lat kolegów, można nie dostrzec jakichkolwiek znaczących różnic.

Jeśli jednak porównać służący za przykład dla potrzeb niniejszych rozważań gdański Lazaret, taki jakim był w 1755 r. i taki, jakim go zastał rok 1874, nie sposób nie dostrzec owych wyciśniętych na szpitalu stygmatach, dzięki czemu pomiędzy Lazaretem przed 1755 r. a Lazaretem po 1874 r. występuje taka sama różnica, jak pomiędzy deklaracyjnością i postulatynościami wykładu dr. Bécu, a opisem rzeczywistego stanu zastanego przez doktorów Dobieszewskiego, Kramsztyka i Męczkowskiego.

Oczywiście nie można pominąć pewnych symptomów, sygnalizujących, że medykalizacja nigdy nie była procesem krystalicznie czystym i zapewne nigdy takim się nie stanie. Do oznak takich należą:

1. brak finalizacji procesu odseparowania w szpitalach zjawiska ubóstwa od zjawiska choroby. Nadal zachowany został nurt opieki szpitalnej, wedle dzisiejszej nomenklatury hospicyjny, nurt opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi, a jednocześnie ubogimi i/lub nieposiadającymi krewnych zdolnych do opieki nad nimi; ta funkcja społeczna szpitala została zachowana w różnym stopniu po dziś dzień; efektem było instytucjonalne związanie wielu szpitali, nawet tworzonych w XIX wieku od podstaw, z zakładami opieki społecznej; z drugiej strony zakłady te często były wydzielane tak strukturalnie (osobne budynki), jak i w systemie zarządzania¹⁶;

¹⁵ Oddzielenie poprzez odrębność w mianownictwie dawnej instytucji szpitala jako zakładu głównie opieki społecznej od nowej instytucji szpitala jako obszaru wyłącznie medycznego, ilustruje precyzyjnie przykład szpitala boromeuszek w Gdańsku, gdzie tworząc od postaw fundację opieki stacjonarnej, wydzielono w jej ramach dwa obszary: *St. Marien-Krankenhaus* (szpital nowego typu) i *Hospital* (szpital starego typu). W obszarze francuskojęzycznym dokonana została podobna przemiana, w efekcie której szpitale nowego typu nosiły odąd miano *Hôpitaux*, zaś szpitale starego typu – *Hospices*.

¹⁶ Helena Csorba analizując w 1975 r. kryteria hospitalizacji wykazała, iż odsetek przyjmowanych do wybranych szpitali warszawskich pacjentów jedynie ze względów społecznych wynosił aż 7% (H. Csorba, *Medyczne i społeczne kryteria hospitalizacji w świetle badań*. „Szpitalnictwo Polskie”, 1975, 19, s. 165).

2. pozostawienie w szpitalach innych, uprzednio pełnionych funkcji społecznych; w 1835 r. dr Dann wspomina o zatrudnianiu przez szpital nauczyciela dla przewlekle chorych dzieci, co ma swą tradycję sięgającą XVI wieku; również i ten przykład znajduje swą kontynuację w chwili obecnej – w dawnym gdańskim szpitalu diakonis nadal czynna jest szkoła dla dzieci zmuszonych do długotrwałych hospitalizacji;

3. niepełne, mimo wszystko, podporządkowanie ruchu chorych personelowi medycznemu, a nie administracyjnemu; wpływ działań administracyjnych został zachowany przede wszystkim celem nadzorowania finansowania usług medycznych; efektem tego było utrzymywanie się przez długi czas reglamentacji usług medycznych dla ubogich, dokonywanej przez urzędników administracyjnych (*Bezirksvorsteher*); obecnie do działań regulujących ruch chorych, a podporządkowanych sferze administracyjnej, należy np. rejonizacja chorych z uwagi na miejsce zamieszkania, czy prowadzenie tzw. Rejestru Usług Medycznych.

W intelektualnych kręgach gdańszczan na progu XIX wieku, zmiana funkcji szpitali, dokonująca się i żywo dyskutowana na Zachodzie Europy wydaje się być słabo dostrzeżona. Za przykład niech posłuży ważna skądinąd praca Carla Friedricha Zaddacha z 1826 roku, przedstawiająca obszernie problemy, z jakim borykało się gdańskie szpitalnictwo po wojnach napoleońskich. Ubóstwo, które stało się udziałem niemal wszystkich fundacji szpitalnych w mieście, zostało przez autora dokładnie przeanalizowane i nie był on skłonny całego pasma nieszczęść powierzchownie przypisać tylko złym czasom, lecz, sięgając głębiej, znalazł przyczyny w samym zbudowanym przez stulecia systemie. Wydawałoby się, że tak gruntowna analiza powinna również objąć problem przemian funkcji fundacji. W głównym szpitalu miasta, Lazarecie, proces medykalizacji wszedł już do dawna w zaawansowaną fazę i widać już wiele jego stygmatów. Z zakładu wyprowadzeni zostali prebendariusze i ubodzy zamieszkujący go dożywotnio. Istniała stała obsada lekarska, w tym wyodrębniona instytucja ordynatora (*Oberarzt*). Zakład w tym czasie poddawany jest wewnętrznemu zróżnicowaniu. Tymczasem ów wykształcony gdańszczanin w rozdziale omawiającym cel istnienia tzw. szpitali (*Hospitaler*) o Lazarecie może powiedzieć tyle tylko, że służy „najbardziej ubogim, wymagającym pomocy chorym [...]”. Znajdują się w nim tacy chorzy na umyśle, jak i chorzy na ciele, którzy ani nie mogą postarać się dla siebie o pomoc medyczną, ani nie mogą być bezpłatnie przyjęci, choć wymagają ustawicznego nadzoru lekarskiego¹⁷. I wymienia Lazaret pośród wszystkich innych zakładów opiekuńczych, noszących nazwę szpitali, a przeznaczonych dla starszych osób pozbawionych rodziny. Oczywiście nie sposób nie docenić, że autor wyodrębnia Lazaret z pozostałych fundacji szpitalnych miasta w oparciu o najistotniejszą dzielącą je różnicę. Lecz z tym wyodrębnieniem nie idzie w parze ani odrębna anali-

Zjawisko to występuje nadal, pomimo silnego nacisku ekonomicznego, stosowanego zwłaszcza od wprowadzenia w życie reformy polskiej służby zdrowia w 1999 r. Obszarem społecznej funkcji szpitala są szczególnie jego oddziały pediatryczne, czego świadkiem (a bywa że i sprawcą) jest piszący te słowa. Określenie „przyjęty ze względów społecznych” wskazuje wyraźnie na fakt, że dana osoba, choć hospitalizowana, nie wymaga hospitalizacji z powodu problemów zdrowotnych. Mamy też do czynienia niejednokrotnie z sytuacją nieco odmienną, gdy wprowadzie pierwotnie istniał ważny powód medyczny przyjęcia do szpitala, ale po ustaniu procesu chorobowego hospitalizacja przedłużana jest wyłącznie z przyczyn społecznych – zjawisko częste zarówno na oddziałach pediatrycznych, jak i geriatrycznych.

¹⁷ Zaddach 1826, s15.

za złego stanu ekonomicznego zakładu, ani tym ważniejsza odrębna propozycja uporządkowania jego problemów, różnych przecież od problemów pozostałych szpitali, szpitali starego typu, nie mówiąc już o tym, że autor posługuje się nadal dawną nazwą zakładu (*Hospital*).

Nieco inaczej widzi tę sprawę lekarz. Dr Friedrich Karl Gottlieb von Duisburg, opisując w 1809 r. instytucje dobroczynne Gdańska, Lazaret traktuje ze znaczną pieczołowitością, podkreślając przy tym silnie „medyczność” fundacji. Jemu zawdzięczamy pierwszy opublikowany szczegółowy wykaz izb szpitala z dokonaniem podziałem ze względu na rodzaj schorzenia, a także pierwsze dane statystyczne obrazujące rozmiary udzielanej pomocy medycznej. Jednocześnie jest on świadom dokonującej się przemiany – odseparowania funkcji dobroczynnej od funkcji medycznej szpitala. Wprawdzie wydaje się mu naturalnym, że fundacja powołana została dla biednych, że tutaj leczy się ich jako biednych nieodpłatnie, że także nieodpłatnie wydawane są leki z apteki zakładu ubogim chorym ambulatoryjnym, że ustanawiane są na rzecz Lazaretu legaty testamentowe jako legaty dla biednych, ale jednocześnie von Duisburg podkreśla mocno fakt wydzielenia z fundacji funkcji przytułku, zmarginalizowania jego działalności aż do oczekiwanego zaniku¹⁸. Posługuje się przy tym nazwą *Hospital* na określenie owej zamierającej instytucji Lazaretu, a dla dwóch wydzielonych do tego celu izb – nazwą *Hospitalstube*, natomiast dla przeobrażającego się tworu używa miana: *Anstalt*, *Institut*, *Haus*, *Stiftung*, no i oczywiście *Lazareth*. Oddziela też wyraźnie chorych pensjonariuszy – *Kranken* od przyjętych na dożywocie ubogich – *Hospitaliten*.

To, co zdaje się być oczywiste, oczywistym być nie musi. Lekarz Eduard Otto Dann, dwadzieścia sześć lat później dokonuje ponownie opisu Lazaretu¹⁹. Wymieniając izby zakładu przed reorganizacją przeprowadzoną w latach 1826–1828, powtarza ich spis niewolniczo za von Duisburgiem. Czyni tak poza jednym wyjątkiem: wyjaśnia, czego von Duisburg nie czyni, odmienność określenia *Hospitalstube* (*d.h. Zimmer zur Aufnahme und Unterhaltung arbeitsunfähiger, armer Leute*) w porównaniu z innymi salami Lazaretu (jak von Duisburg: *Zimmer*). Jednocześnie, choć w poprawionym po przemianach z końca lat dwudziestych XIX wieku analogicznym wykazie pomieszczeń szpitala brak jest już jakichkolwiek izb dla owych „niezdolnych do pracy, ubogich ludzi”, dr Dann nie próbuje nawet tłumaczyć tej zmiany. Przyjmuje ją jako oczywistą – dokonane w latach 1826–1828 cięcie, oddzielające wielowiekową tradycję, nie wzbudza w nim żadnych przemyśleń. Dostrzega fakt o tyle tylko, aby zostać zmuszonym do wytłumaczenia duisburgowych *Hospitalstube* na język zrozumiały współczesnym. Lazaret dla dr. Danna to już po prostu *Krankenanstalt* i *Krankenhaus*, porównywany z innymi fundacjami tego samego miana (*Krankenhaus*) w Niemczech²⁰.

Tak więc jeden z podstawowych procesów medykalizacji – wyjście ubogich-niechorych ze szpitala – odnotowany zostaje wprawdzie przez współczesnych, ale bez należytej refleksji. Zaistniały fakt jest po prostu faktem, jakby nie towarzyszyła mu świadomość, że jest to fakt rewolucyjny i że odtąd przed osobą na progu szpitala (*Kran-*

¹⁸ Duisburg, von 1809, s. 253–257.

¹⁹ Dann 1835, s. 299–311.

²⁰ Autor porównuje szpital z powszechnymi szpitalami we Wiedniu i Hamburgu oraz z berlińską *Charité*, uznając je za większe od gdańskiego, a także ze szpitalem w Monachium i *Juliuspital* w Würzburgu, określając je jako niemal równe Lazaretowi. Dann 1835, s. 304.

kenhaus) otwiera się zupełnie nowa przestrzeń, zawłaszczona przez lekarzy i ich pomagierów.

Należy przy tym mieć na względzie historyczne, społeczne i ekonomiczne uwarunkowania, w jakich dokonywała się medykalizacja szpitali w Gdańsku. Powstaje bowiem pytanie, czy gwałtowna zmiana statusu miasta, jaka dokonała się na przełomie XVIII i XIX wieku, wycisnęła piętno na przebiegu omawianego procesu.

Odpowiedź nie jest jednoznaczna, choć, bardzo ją upraszczając, można sformułować tezę, że przekształcanie szpitali gdańskich z fundacji dawnego typu w nowoczesne zakłady, w zasadzie przebiegała obok dramatycznych przemian zachodzących w Gdańsku. Ta równoległość zdarzeń nie oznacza oczywiście, że momentami nie nakładały się one na siebie, a więc nie była to równoległość doskonała. Pamiętać przy tym należy, że najbardziej burzliwy okres zmian historycznych to na dobrą sprawę równoczesny okres przemian dokonujących się tylko w jednym zakładzie miasta – Lazarecie.

Trudno dziś ocenić, co w owej równoległości niedoskonałej było istotne, co marginalne. Co proces medykalizacji hamowało, co promowało. Nieodgadnionym, na przykład, pozostaje wpływ likwidacji Gdańskiego Gimnazjum Akademickiego. Nasuwająca się w pierwszej chwili sugestia, iż likwidacja placówki nauczającej podstaw medycyny powinna być zdarzeniem negatywnym, na dobrą sprawę nie znajduje potwierdzenia. W XVII i XVIII wieku przyszli adepci medycyny po wstępnym okresie nauczania w Gimnazjum i tak musieli kontynuować edukację poza Gdańskiem. Poza tym początkowy okres rozwoju medycyny szpitalnej, to przede wszystkim rozwój chirurgii szpitalnej, a więc dziedziny wówczas jeszcze zaledwie z medycyną spokrewnionej.

Również niejednoznaczny pozostaje wpływ zmian gospodarczych przełomu XVIII i XIX wieku. Pauperyzacja szerokich mas społecznych, dokonująca się stopniowo, acz nieubłaganie od czasu pierwszego rozbioru Polski, przyspieszona gwałtownie epizodem napoleońskim, na pierwszy rzut oka winna być oczywistym czynnikiem hamującym szereg procesów społecznych. Tymczasem to właśnie ubożenie miasta leżało u podstaw pierwotnych przemian dokonanych w Lazarecie. Przeprowadzone na polecenie władz miejskich wyprowadzenie prebendarjuszy z zakładu stało się pierwszym, a zrazem miłowym krokiem na drodze do przeznaczenia zakładu wyłącznie dla obcych chorych.

Trudny jest też do oszacowania zasięg wpływów państwa pruskiego, a zwłaszcza obowiązujących w nim uregulowań prawnych, na kontynuację procesu medykalizacji w Gdańsku. Wydaje się, że przez wiele lat w tym obszarze istniała jednak, jeśli trzymać się raz już użytego porównania, równoległość zdarzeń. Świadczyłby o tym fakt, iż aż do 1859 r. nikt nie negował dawnego statusu Lazaretu, nikt nie zmieniał zależności prawnych miasto–szpital zaistniałych jeszcze przed 1793 r. To zresztą stało się powodem licznych nieporozumień, gdyż po 1859 r. wielu obywateli, w tym radnych, czy lekarzy, nie było już w stanie zrozumieć, czemu Lazaret należy uważać za samodzielną fundację, pomimo że miasto przeznacza na jego rzecz znaczne subsydia i opłaca jego lekarzy. Nieznajomość historycznych uwarunkowań prowadziła do konfliktów i utrudniała ostateczne uregulowanie problemu. W 1861 r. konieczne stało się powołanie specjalnej komisji, celem przeprowadzenia analiz historyczno-jurystycznych stanu prawnego Lazaretu, bez których wiele obowiązujących wówczas rozwiązań było niezrozumiałych²¹.

²¹ GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3622, nie pagin., protokół komisji z dnia 12 czerwca 1861 r.

Interesujące są dane dotyczące wpływu ustawy z 1842 r., zwiększającej migrację ludności w obrębie państwa pruskiego, ustawy silnie wpływającej na proces medykalizacji. Otóż w przypadku Gdańska wydaje się, że nie istniało bezpośrednie przełożenie na sytuację szpitala. Znaczący wzrost hospitalizacji obserwuje się już na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych XIX wieku. Równoległe wzrósł udział szpitala w działaniach medycznych podejmowanych w stosunku do gdańszczan, przejawiający się odsetkiem hospitalizowanych, który w następnych dziesiątkach lat utrzymywał się na niezmiennym poziomie. Natomiast w okresie tuż po wejściu ustawy w życie nie obserwowano ani zwiększenia bezwzględnej ilości hospitalizowanych, ani udziału procentowego Lazaretu. Ilość hospitalizowanych wzrasta sukcesywnie, zwłaszcza pod koniec lat pięćdziesiątych, proporcjonalnie do szybkiego wzrostu ludności (tab. 13 i tab. 14). Towarzyszyło temu skrócenie czasu hospitalizacji (z 41,7 dni/1 pacjenta w 1830 r. na 34,7 dni/1 pacjenta w 1861 r.)²². Zdolność do przyjęcia większej ilości pacjentów szpital pozyskał więc skracając okres pobytu chorych w zakładzie. W związku z tym wydaje się, że bezpośredni wpływ ustawy z 1842 r. (którego obawiano się najbardziej) na ruch chorych szpitala był niewielki, natomiast znaczący wpływ wywarły długotrwałe przemiany demograficzne, przede wszystkim pod postacią wzrostu ludności, już od końca lat dwudziestych XIX wieku. Czynnikiem ten należy zaliczyć do czynników silnie stymulujących rozwój Lazaretu jako placówki leczniczej, przy czym pod pojęciem rozwój trzeba rozumieć zwiększenie ilości świadczonych usług medycznych, co do pewnego stopnia szło w parze z rozwojem ilości personelu średniego, natomiast nie z rozwojem obsady lekarskiej, a zupełnie nie z rozwojem bazy łóżkowej i zaplecza szpitala. Tak rozumiany rozwój został przyhamowany dopiero przez konflikt zarządu szpitala, gminy miejskiej i rejencji, zwłaszcza jego eskalacja w połowie lat sześćdziesiątych XIX wieku.

W przypadku nowych fundacji szpitalnych erygowanych w połowie XIX wieku klimat polityczny raczej sprzyjał procesowi ich rozwoju, o czym świadczy pouczający przykład katolickiego szpitala boromeuszek. Ówczesne władze nie negocjowały możliwości założenia katolickiej fundacji dla chorych, pomimo że niechętnym okiem patrzyły na związany z nią dom opieki społecznej, a zwłaszcza na sierociniec. Mało tego, propozycje władz miejskich, aby przeorientować rozwój chirurgii w mieście, z prowadzonej w Lazarecie na dokonywaną w szpitalu Najświętszej Maryi Panny, choć nie zostały zrealizowane, to jednak pozostawiają wiele do myślenia.

Poruszony w ostatnich akapitach problem ingerencji władz państwowych ma swój, po części już omówiony, odrębny kontekst. W tym miejscu warto powrócić do pytania o świadomość czynników decyzyjnych co do rzeczywistego znaczenia zainicjowanych przez nie procesów. Chodzi tu o medykalizację szpitalnictwa, zwłaszcza w jej wczesnej fazie, (koniec XVIII, początek XIX wieku) obecnie traktowaną w literaturze przedmiotu przede wszystkim jako proces tworzenia sprawnego instrumentu dyscyplinowania społecznego. Rzutuje na to głównie akcentowanie przez autorów z epoki doniosłej roli szpitala w systemie opieki nad ubogimi, zwłaszcza w kontekście działań dozoru policyjnego. Choć wydaje się być to prawdą w ramach pewnego skróconego opisu zjawiska, to jednak istnienie wielu lokalnych wariantów procesu podważa takie traktowanie

²² Götz 1845, s. 5; Oelrichs 1863, s. 174.

medykalizacji szpitalnictwa jako europejskiego *universum*²³. Z drugiej strony jednak nie sposób pominąć milczeniem fakt, że proces *vom Hospital zum Krankenhaus* dokonywał się w tym samym czasie, co sterowana politycznie reforma opieki społecznej i że zbieżność ta nie była przypadkowa²⁴. Pierwszy zorganizowany system opieki zdrowotnej (wsparty na dwóch filarach: działaniach lekarzy domowych oraz działaniach lekarzy opieki stacjonarnej) powstał wyłącznie z myślą o ubogich (dokładniej: ubogich chorych) i uświadomienie sobie tego faktu mocno rzutuje na postrzeganie całego procesu medykalizacji szpitalnictwa. Bezpłatne rozdawnictwo leków, bezpłatne porady lekarskie, bezpłatna hospitalizacja – wszystko to są instrumenty polityki zdrowotnej władz oświeceniowej Europy (dodajmy: władz różnego szczebla), traktowanej nie jako cel sam w sobie, ale wyłącznie jako istotny element polityki społecznej²⁵.

Wielokrotnie omawiane wyprowadzenie ubogich, którego rangę tak tu podkreślano, dokonane zostało *de facto* dopiero w 1802 r., choć decyzje zostały podjęte jeszcze w 1779 r. Powód, dla którego udało się nowej administracji pruskiej dokonać to, czego się nie udało dawnym strukturom władzy, jest oczywisty. „Rozmaite powody”, stojące jakoby na przeszkodzie wejścia w życie ordynacji z 1779 r., zniknęły w jednej chwili wobec zdecydowanej postawy władz okupacyjnych. Pierwszy pruski nadburmistrz Gdańska Friedrich Leopold von Schrötter przykładał osobiście dużą wagę do stworzenia w mieście prężnie działającego zakładu, stanowiącego istotny element opieki społecznej. Istniejące nadal dokumenty jego własnej ręki wskazują niedwuznacznie, iż w pełni uznał za słuszne panujące wówczas teorie, wedle których leczenie szpitalne ubogich pracujących stanowi klucz do znaczącego ograniczenia ubóstwa. Nie zachowały się na to decydujące dowody, można jednak przyjąć, iż przebieg dalszych wypadków (oblężenie Gdańska w 1813 r., liczne choroby i rany trapiące ludność) sprzyjały kontynuacji zainicjowanej w pierwszym okresie pruskim linii wewnętrznego rozwoju Lazaretu.

Jednocześnie jednak źródła gdańskie (jak i z wielu pokrewnych ośrodków europejskich), wskazują niedwuznacznie na fakt, iż usuwanie zdrowych ubogich Lazaretu nie było procesem w pełni świadomym jego „medyczności”, lecz raczej kontynuacją procesu zainicjowanego w Domu Dobroczynności, usunięcia ubogich z zakładów zamkniętych, aby opiekować się ubogimi tylko jako ubogimi domowymi. W ten sposób niejako mimo woli otworzył się w szpitalu obszar zajmowany dotąd przez ubogich dla tylko ubogich chorych²⁶. Przy takim nastawieniu do problemu sterujących całym procesem czynników decyzyjnych nie dziwi, że zarówno dawne fundacje szpitalne, już zmedykalizowane, jak i nowo erygowane szpitale, z założenia przeznaczone do działań medycznych, w XIX wieku nadal ściśle związane były ze zjawiskiem ubóstwa. Nie dziwi więc, że choć przestrzeń samego szpitala odtąd została zamknięta dla ubogich zdrowych, to przy tejże przestrzeni powstawały wydzielone obszary dla pozostałych ubogich: jadłodajnia dla biednych (szpital boromeuszek), apteka rozdająca bezpłatne leki ubogim (Lazaret), hospicjum (szpitale boromeuszek i diakonis ewangelickich). Nie dziwi więc tak-

²³ Brinkschulte 1998, s. 13–19. Tamże przegląd najważniejszych pozycji piśmiennictwa, ujęty z perspektywy historiografii zjawiska.

²⁴ Brinkschulte 1998, s. 28.

²⁵ Brinkschulte 1998, s. 45–46.

²⁶ R. Jütte, *Health Care Provision and Poor Relief in Early Modern Hanseatic Towns. Hamburg, Bremen and Lübeck*. [in]: O.P. Grell, A. Cunningham [eds.], *Health Care and Poor Relief in Protestant Europe 1500–1700*. Routledge. London, New York 1997, s. 116–119.

że, że w czasie, gdy w gdańskim Lazarecie miał już nie istnieć problem prebendariuszy, na terenie państwa pruskiego, gdzie miejscowe czynniki decyzyjne były mniej konsekwentne, ciągle spotykano zakłady częściowo tylko zmedykalizowane, w których zachowano nadal wydzieloną średniowiecznej proveniencji funkcję opiekuńczą²⁷. A również w Gdańsku na krystalicznie czystym obrazie doskonałego odseparowania pojawiają się rysy. Pierwsza z nich pojawia się w pochodzącym z 1835 r. opisie dr. Danna, wspominającego niemal mimochodem, że w Lazarecie, podobno przecież całkowicie od dawna przeznaczonym dla działań wyłącznie medycznych, znajdują się dwie izby wydzielone dla pewnych ubogich, którzy nie mogą się utrzymać z pracy swoich rąk. Obdarza je zresztą nazwą: *Hospitalstuben*, w wyraźnym nawiązaniu do dawnej nazwy szpitali średniowiecznej proveniencji, choć sam Lazaret określa nowocześnie jako *Das städtische Krankenhaus*²⁸.

Druga rysa, delikatniejsza, daje się dostrzec przy uważnej lekturze tego samego dzieła dr. Danna. Otóż opisując tzw. „chorych płacących” i podkreślając ich obecność, jako niewątpliwy wyróżnik szpitala nowego typu (*Krankenhaus*) w stosunku do szpitala starego typu (*Hospital*), autor czyni jednocześnie uwagę, że owi „chorzy płacący”, pochodzący, jak dobitnie zaznacza, z „wyższych sfer”, są prawie wyłącznie chorymi psychicznie²⁹. Wobec nieuleczalności schorzeń psychicznych w tamtym okresie, taka hospitalizacja oznaczała w praktyce rodzaj prebendy. W spisie chorych z 1776 r. spotykamy wśród prebendariuszy chore psychicznie, bądź upośledzone osoby, które zostały tam umieszczone na mocy stosownego kontraktu przez swe rodziny, nie widzące możliwości trzymania chorych w domu³⁰. To XIX-wieczne zjawisko „krypto-prebendy”, jak i wspomniane zjawisko obecności w szpitalu niezaradnych życiowo ubogich, lecz przecież zdrowych osób, ukazuje wymownie, że administracyjne nakazy nie były w stanie jednym cięciem odseparować od szpitala dawnych, zakorzenionych tradycją funkcji, lecz że medykalizacja była procesem ewolucyjnym, wymagającym czasu i tworzenia warunków, ułatwiających wszystkim stronom dostosowanie się do nowej sytuacji. Lecz zarazem dotykamy tu następnego problemu, jakim było ustalenie standardów postępowania socjalnego z hospitalizowanymi „chorymi ubogimi” chorymi nieuleczalnie.

Wydaje się, że w Gdańsku bardzo długo problem traktowano w sposób najprostszy – chorzy ci stawali się przewlekłymi klientami Lazaretu, bez możliwości jakiegokolwiek manewru. W 1825 r. Gotthilf Löschin wymienia osiemdziesięciu dziewięciu takich chorych, w 1826 ponad stu³¹, w 1844 r. doktor Emil Götz osiemdziesięciu sześciu³².

Podobne rozwiązanie zastosowano w nowo erygowanych szpitalach siostr boromeuszek i diakonis ewangelickich. W tym pierwszym przypadku istniał wprawdzie od 1856 r. dom opieki (*Hospital*), lecz z przyczyn finansowych możliwe było tylko przy-

²⁷ Spree 1996, s. 56.

²⁸ Dann 1835, s. 302: [...] zwei Hospitalstuben, d.h. Zimmer zur Aufnahme und Unterhaltung arbeitsunfähiger, armer Leute.

²⁹ Dann 1835, s. 307: Für Kranke, die allein zu sein wünschen, sind zwei einzelne Zimmer eingerichtet, die fast immer von Geisteskranken aus höheren Ständen bewohnt sind.

³⁰ APG, 300, 87/3, s. 2–3.

³¹ Löschin 1825–1829, T.1, s. 21; T.2, s. 21.

³² Götz 1845, s. 11–22. Wśród nich między innymi dwie osoby z pourazowymi zwięzzeniami przelyku, które die Ernährung nur durch flüssige Alimente, zeitweise nur durch Klysterie möglich machen, in der Anstalt ein trauriges sieches Leben fortschleppen. Ibidem, s. 36.

mowanie odpłatne. Zakład, oferując ówczesnym prebendariuszom (*Hospitaliten*) od siedmiu do piętnastu (lata 1853–1901) miejsc na dożywocie³³, służył raczej jako przytułek, a nie hospicjum w dzisiejszym tego słowa znaczeniu. Nawet wprowadzenie nieodpłatnych przyjęć na dożywocie (1889 r., początkowo dla osób zawodowo związanych ze szpitalem), nie zmieniło profilu tej przyszpitalnej instytucji. Tak więc funkcję hospicyjną pełnił sam szpital (*Krankenhaus*) i w latach 1853–1874 rocznie odnotowywano obecność od czterech aż do sześćdziesięciu pięciu chorych nieuleczalnie³⁴.

Trudno na podstawie przedstawionych danych oszacować rozmiar zjawiska chorych wymagających opieki hospicyjnej (nie każdy chory, który został ujęty w wykazach osób uznanych za nieuleczalne, takowej wymagał), niemniej widoczna jest w działalności gdańskich szpitali kontynuacja nurtu opieki paliatywnej stosowanej wobec ubogich, wyodrębniona precyzyjnie w wykazie chorych Lazaretu z 1776 r.³⁵ Zjawisko to w swej istocie jest czymś pośrednim pomiędzy prebendą (czy też w XIX wieku „krypto-prebendą”), a opieką medyczną. Sytuacja ta była o tyle złożona, że część chorych przebywała na terenie szpitala na koszt fundacji, część zaś za opiekę płaciła. Poza tym kryterium nieuleczalności niekoniecznie było równoznaczne z kryterium choroby śmiertelnej. Do chorych nieuleczalnych zaliczano kaleki (w tym osoby pozbawione istotnych funkcji motorycznych lub też niewidome), a także chorych umysłowo, gdzie w przypadkach, w których za pobyt w szpitalu płaciły rodziny, granica pomiędzy dawną prebendą, a nowoczesną opieką szpitalną stawała się bardzo cienka, jak to już zaznaczono. Podobnie granica zaciera się pomiędzy opieką medyczną, a świadczoną na koszt fundacji dożywotnią opieką socjalną dla ubogich chorych nieuleczalnie (pacjenci ze znacznie uszkodzonym nieodwracalnie narządem ruchu lub niewidomi).

Do tej złożonej sytuacji, szpitale ówczesne, nie tylko gdańskie, w zasadzie nie były przystosowane.

Mówiąc o warunkach wszystkim stronom umożliwiających adaptację, mam tu na myśli przede wszystkim stworzenie ubogim, którzy pozbawieni byli minimum socjalnego – w tym także miejsca zamieszkania – obszaru zastępczego. Jednak dokonanie tego bez posiłkowania się zamkniętymi zakładami dobroczynnymi, okazało się fikcją. Miasto zmuszone było do utrzymywania takich placówek (np. Zakład Pracy i Ubogich, *Arbeits- und Armen-Anstalt*, erygowany w 1833 r.), niezależnie od teoretycznych rozważań filantropów. W momencie przejściowym, a właśnie w takiej chwili doktor Dann opisywał Gdańsk pod względem medycznym, nie do końca istniał rozwiązany problem bezdomnych ubogich. Wszystkie szpitale (*Hospitäle*) stawały się mniej lub bardziej ekskluzywnymi przytułkami, Wspomniany Zakład Pracy i Ubogich był dopiero w rozwoju. Nie może więc dziwić, że po ponad trzydziestu latach od wydania rygorystycznych zarządzeń von Schröttera, w Lazarecie (*Krankenhaus*) nadal istniały izby dla bezdomnych, zdrowych ubogich.

Pomimo tych wszystkich zastrzeżeń, pomimo niepełnej świadomości von Schröttera i innych propagatorów wyprowadzania ubogich ze szpitali, pomimo że można, a nawet trzeba podkreślać istniejący w XIX wieku problem ubogich w gdańskich szpitalach nowego typu, choć można, a nawet trzeba opisywać je jako „enklawy ubóstwa”, to jed-

³³ Lüdtke 1902, s. 101.

³⁴ Steffen 1927, s. 124.

³⁵ APG, 300, 87/3.

nocześnie należy podkreślić, iż problem dotyczył „ubogich chorych”, a więc jednak stał się problemem medycznym w pierwszym rzędzie.

Lecz ta „medyczość” sama w sobie stawała się problemem. Przypisanie tak wyraźne szpitalom funkcji przywracania społecznościom pełnosprawnego materiału ludzkiego, ponownie gotowego do działania potencjału wytwórczego, w pełni zdanej do konsumpcji siły nabywczej, jednocześnie obarczyło je nadzieją, iż są tej funkcji w stanie podolać. Problem w tym, że ówczesne środowisko medyczne zdawało sobie doskonale sprawę z ograniczonych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych szpitali. Panująca powszechnie niepewność co do stosowanych metod leczniczych, jak pisze Claudia Huerkamp, spowodowała z jednej strony stosowanie rozmaitych form terapii, zależnych od zmieniających się mód, z drugiej zaś wykorzystywanie do leczenia tej samej choroby wzajemnie wykluczających się sposobów leczenia³⁶. W efekcie ówczesne sprawozdania z działalności lekarskiej w obrębie szpitali pełne są informacji co do skutecznych, zdaniem dokonującego podsumowania, metod leczenia i zapobiegania najczęściej występujących schorzeń³⁷. Owo poszukiwanie po omacku skuteczności terapeutycznej odbywało się często z pogwałceniem praw pacjenta. Dotykamy to niezwykle istotnego, choć niezbadanego problemu, jakim był wpływ możliwości wykorzystania materiału ludzkiego, dostarczanego przez szpitale, na rozwój wiedzy medycznej. Powszechnie znane opisy słynnych zabiegów odbywały się w warunkach prawnych, które wedle dzisiejszych standardów kwalifikowałyby się jako drastyczne naruszanie praw pacjenta jako osoby. Powstaje więc pytanie, czy fakt przeznaczenia szpitali dla ubogich chorych, promował lekarskie zachowania promedyczne kosztem zachowań etycznych. I ten problem był dostrzegany przez współczesnych, zwłaszcza pacjentów, którzy przekazywali sobie z ust do ust krwawe opowieści o wyczynach eksperymentujących lekarzy. Pozostaje jednak kwestią otwartą, czy mówimy o rzeczywistych rozmiarach problemu prawnego, czy zaś jedynie o wizji będącej udziałem żadnej sensacji, niewykształconej opinii publicznej. Prawdą jest jednak, że stosunki pacjent–lekarz w warunkach szpitalnych kształtowały się zdecydowanie odmienne od tychże stosunków w warunkach ambulatoryjnych. Lekarz szpitalny, jak pisze Claudia Huerkamp, stawał się stroną dominującą, w przeciwieństwie do warunków ambulatoryjnych, gdzie dominującą stroną pozostawał pacjent³⁸. Można rzec: lekarz w domu chorego udzielał porady, w szpitalu wydawał zlecenia. Już w 1797 r. Johann Gottfried Ploucquet widział w tym *den großen Unterschied zwischen der Hospital- und der Privat-Praxis; dort kann [der Arzt] befehlen, kann durch militärische und andere Gewalt sich Gehorsam verschaffen, hier nicht*³⁹. Znany jest przypadek lekarza *Charité*, Fridricha Hermanna Ludewiga Muzella, który pacjenta ze schorzeniem psychicznym, prawdopodobnie w stanie katatonii, poddawał szokującej terapii (przykładanie gorących plastrów, klucie igłami, traktowanie lodowatą wodą, wstrzykiwanie krwi chorych na choroby gorączkowe, etc.)⁴⁰.

³⁶ Huerkamp 1985, s. 23.

³⁷ Por. choćby zaprezentowane powyżej opisy metod leczniczych świerzbu.

³⁸ Huerkamp 1985, s. 41–42.

³⁹ Cyt. za: Huerkamp 1985, s. 263.

⁴⁰ C. Huerkamp, *Das unterschiedliche Verhältnis von Arzt und Patient in der Krankenhauspraxis und der privaten Praxis im 19. Jahrhundert*. [In:] P. Schneck, H.-U. Lammel [Hg.], *Die Medizin an der Berliner Uni-*

Nie zachowały się dla Gdańska wiadomości o eksperymentowaniu o ponad miarę na ciele pacjenta, choć dr. Götz los zetknął z trudnymi przypadkami chorych po oparzeniach chemicznych przełyku wymagających z racji skrajnie nasilonych zwężeń nowatorskiego sposobu odżywiania (próby żywienia poprzez klisterie), czy też z guzami nowotworowymi obejmującymi obszar dolnej wargi, zaopatrywanymi chirurgicznie wedle starszej metody Richeranda i nowszej Cheliusa⁴¹. Pewne pole do popisu należało do położników i ginekologów, w tym do konstruktora aparatu do krwawienia z dróg rodnych Ludwika Pincusa (1895 r.)⁴².

Problem radzenia sobie z wypełniającą przestrzeń szpitala rzeszą chorych stanowił podstawowy problem lekarzy, których wiedza i umiejętności znajdowały się pod czujną obserwacją zarówno chorych, jak i czynników decyzyjnych. Zaowocowało to uświadamianą sobie stopniowo koniecznością profesjonalizacji działań medycznych. Owo uświadomienie łączyło się z reguły z usilnym dążeniem do powiązania struktury zatrudnienia ze strukturą wewnętrzną zakładu. Profesjonalizacja rozumiana była więc jako dostosowanie zakresu umiejętności lekarskich oraz pielęgniarских do rodzaju hospitalizowanych schorzeń. Dążenie to przejawiało się przede wszystkim w „unaukowieniu” zawodu chirurga oraz w wytworzeniu systemu nauczania zawodu pielęgniarского. I jak przekształcenie zawodu chirurga w pełnoprawny zawód lekarski dokonało się poprzez włączenie w nurt tradycyjnej wiedzy medycznej, mającej wielowiekową tradycję, tak profesjonalizacja opieki medycznej, wobec braku jakichkolwiek tradycji w tym zakresie, wymagała znaczącego wysiłku organizacyjnego i dydaktycznego. Mamy więc do czynienia ze swoistą dychotomią, której wiele szpitali nie było w stanie sprostać. Z jednej strony bowiem, wobec stosunkowo niewielkiej zdolności terapeutycznej szpitali, opieka sprawowana przez personel średni jawiła się współczesnym jako kwintesencja działań wewnątrzszpitalnych. Z drugiej zaś strony ta sama opieka była wielokrotnie oceniana jako nieudolna, nieprofesjonalna, pełniona przez osoby skrajnie niekompetentne, które zatrudniały się w szpitalach, gdyż gdzie indziej nie mogły sobie znaleźć pracy. Eksplozja katolickich i protestanckich zgromadzeń żeńskich, kształtujących przez cały wiek XIX oblicze opieki nad chorymi, była efektem ogromnego zapotrzebowania restrukturyzowanych bądź budowanych *de novo* szpitali nowego typu na profesjonalnie przygotowane rzesze kobiet doglądających chorych. Nie jest przypadkiem, że nawet w okresie *Kulturkampf* ograniczenia posługi katolickich zgromadzeń żeńskich zazwyczaj nie dotyczyły posługi pielęgniarской.

Kumulacja w rękach jednego lekarza zarówno działań właściwych klinice chorób wewnętrznych, jak i klinice chirurgicznej, stała się jedną z ważnych cech medycyny pierwszej połowy XIX wieku. Fuzja obu, często wrogich sobie do tej pory profesji, dokonała się z jednej strony w wyniku przełamania monopolu lekarskiego i przyjęcia do grona lekarzy medycyny chirurgów, z drugiej zaś w efekcie przełamania uprzedzeń lekarzy wobec czynności chirurgicznych i uprawomocnienia się ich w ramach czynności lekarskich. Skupienie w rękach jednego człowieka umiejętności lekarza internisty i leka-

versität und an der Charité zwischen 1810–1850. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften“, H. 67. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s. 265.

⁴¹ Götz 1845, s. 36–37.

⁴² J. Bitkowski *Rozwój położnictwa w Gdańsku od XVI do XX wieku*. „Ginekologia Polska”, 1966, 37, s. 912; Bitkowski 1967, s. 186–187.

rza chirurga stanowiła nową i intrygującą współczesnych jakość w medycynie. Spowodowało to, że osoby takie jak Wilhelm Baum w Gdańsku, czy Johann Carl Georg Fricke⁴³ w Hamburgu postrzegane były jako istoty wyjątkowe, obdarzone szczególnymi właściwościami i umiejętnościami. Jednak to właśnie dr Baum wprowadził system mający na celu zwiększenie obsady chirurgicznej o młodych, zdolnych ludzi. Skutkiem zarówno różnorodności obowiązków, jak i różnorodności zdolności ostatecznie ponownie rozdzielono profesję lekarza od profesji chirurga, choć odtąd obaj byli lekarzami.

Jak już zauważono, zmedykalizowanie szpitali zaowocowało i tym, iż dochodziło do rozwoju oddziałów dla chorych wewnątrznie. Z jednej strony mógł być to rozwój ilościowy (jak w gdańskim Lazarecie), choć bywały też sytuacje odmienne⁴⁴, a z drugiej (i to jest istotniejsze) do zmiany profilu klienteli tych oddziałów. W miejsce chorych przewlekłe, niejednokrotnie nieuleczalnych, wręcz hospicyjnych, pojawiła się dominująca grupa pacjentów ze schorzeniami ostrymi, często banalnymi. Chorzy z oddziałów internistycznych coraz bardziej stawali się wyleczalni. Jednak owa zmiana, wyraźnie widoczna w pierwszej połowie XIX wieku, nie wynikała z nagłego nabycia przez szpitale podwyższonej zdolności terapeutycznej, lecz ze sterowanej przez władze państwowe, wspieranej przez gminy, zmiany profilu hospitalizowanych (*vide* chociażby masowe leczenie chorych zakażonych świerzbowcem). Banalność i idąca w ślad za tym wyleczalność chorych zmieniła profil statystyczny szpitali, natomiast powstaje pytanie, na ile zmieniła rzeczywisty profil problemów zdrowotnych społeczeństwa. To pole do dalszych badań naukowych, którym, niestety, zbyt przetrzebione gdańskie źródła nigdy nie będą mogły służyć.

I tu wracamy do punktu wyjścia niniejszych rozważań – o naturę wzajemnych związków między polityką, administracją, ekonomią i medycyną. W tym o pytanie „czy prowizorzy musieli odejść”?

Przypatrując się strukturze administracyjnej zarówno szpitala starego typu, przekształcanego w szpital typu nowego, jak i szpitali tworzonych w Gdańsku w połowie XIX wieku od podstaw, nie można nie zauważyć, że dawna instytucja prowizoratu, jakkolwiek dość nieporęczna w nowej sytuacji prawnej, ekonomicznej i funkcjonalnej zakładów stacjonarnej opieki medycznej, sama w sobie nie stanowiła istotnej przeszkody w procesie podporządkowania obszaru szpitalnego działaniom medycznym. Co prawda pierwotne przypisanie pewnych czynności z gruntu medycznych czynnikom administracyjnym, zwłaszcza przypisanie im przyjmowania i wypisywania chorych, a także wewnątrzszpitalnej selekcji pacjentów, stanowi istotny wyróżnik w stosunku do zakładów, w których czynności medyczne są czynnościami statutowo podstawowymi, jednak, jak widać na przykładzie gdańskiego Lazaretu, stopniowe przekazywanie tych czynności w ręce personelu medycznego nie napotkało na zbyt stanowczy opór. Oczywiście zgłaszanie przez prowizorów sprzeciwu wobec uszczuplania ich prerogatyw w związku z wprowadzanymi instrukcjami dla osób zatrudnionych w Lazarecie wskazuje na pewien konserwatyzm, wynikający zarówno z samej istoty instytucji prowizoratu, jak i osobowościowych cech pełniących go urzędników, jednak nie to stanowiło istotę opisanego w

⁴³ Rodegra 2002, s. 39, 42–43, 47–48.

⁴⁴ M.E. Fissell, *Patients, Power and the Poor in Eighteenth-Century Bristol*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991, s. 137.

poprzednim rozdziale sporu i nie to decydowało o dalszych administracyjnych zmianach w procesie hospitalizacji. Przejęcie czynności związanych z ruchem chorych przez personel medyczny nie oddzieliło zresztą (bo i oddzielić nie mogło) problemu medycznego od problemu administracyjnego.

Natomiast z instytucją prowizoratu łączył się inny problem i to on zaważył na całym przebiegu zdarzeń. Był to mianowicie problem uznania Lazaretu przez miasto za samostanowiącą fundację, z jednoczesnym utrzymaniem dotowania tegoż Lazaretu przez kasę gminną. Wieloletni spór doprowadził bowiem do tego, że ostrze konfliktu, pierwotnie biegnące pomiędzy kasą miejską a kasą szpitalną, zostało wsunięte pomiędzy zarząd miasta a zarząd szpitala. W tej sytuacji brak realnych możliwości finansowania zakładu poza funduszami z kas gminnych musiał zaowocować tym, że ostrze owo odcięło instytucję prowizoratu, stojącą na przeszkodzie urealnieniu finansów zarówno dobroczynności miejskiej, jak i dobroczynności szpitalnej. Nie jest jasne, na ile upór prowizorów był związany z ich cechami osobowościowymi (patrz ugodowa postawa prowizora Pretzella vs. konfliktowe stanowisko pozostałych prowizorów), na ile zaś z pojmowaniem przez nich misji pełnienia funkcji strażnika powierzonych im dóbr ubogich, dóbr przynależnych do Lazaretu. Można jeszcze zaryzykować pogląd, iż spór o Lazaret stał się sporem o zachowanie niezależności jednej z nielicznych już niezawisłych instytucji dawnego Gdańska, wobec instytucji coraz liczniej podporządkowanych władzom centralnym. Do pytania o prawdziwość ostatniego twierdzenia przyjdzie jeszcze powrócić.

Jak wspomniano, jednak nie sam prowizorat stanowił istotną przeszkodę w procesie medykalizacji, nie tylko rozumianej jako pewna idea, ale także jako konkretny, bardzo namacalny społecznie i ekonomicznie proces, proces rozwoju wewnętrznego zakładu. Czemu więc z takim uporem, przez kilkanaście lat toczyła się batalia o ściśle podporządkowanie zakładu miastu?

Jak ściśle było owo podporządkowanie, doskonale obrazuje poniższe zestawienie:

1. dochody szpitala w 1785 r.: 58 664 fl., z czego udział gminy w finansowaniu: 0 fl.; 0%;
2. dochody szpitala w 1804 r.: 77 617 fl., z czego udział gminy w finansowaniu: 266 rthlr. (ok. 66 fl.); 0,1%;
3. dochody szpitala w 1828 r.: 20 114 rthlr., z czego udział gminy w finansowaniu: 40%;
4. dochody szpitala w 1899 r.: 339 167 m., z czego udział gminy w finansowaniu: 51%⁴⁵.

Powstaje pytanie, czy przedstawiona w powyższym zestawieniu daleko idąca przemiana struktury dochodów wymuszona została rzeczywiście sytuacją ekonomiczną (czytaj: wzrostem kosztów utrzymania zakładu tak znacznym, że niezbędna była ingerencja gminy)? Odpowiedź na to tkwi w następnym pytaniu: czy taka właśnie struktura dochodów była jedyną możliwą? Inaczej: czy wybrany model finansowania Lazaretu był optymalny w sytuacji prawno-ekonomicznej szpitala i miasta?

Prawdą jest, iż czynniki decyzyjne w Gdańsku przejmując północnoniemiecki system finansowania opierały się z jednej strony na lokalnej tradycji, z drugiej zaś na istniejącej tamże strukturze społecznej i zawodowej ludności. Kontynuacja wielowiekowego

⁴⁵ Pominęto przykładową strukturę dochodów z czasu kryzysu ekonomicznego Lazaretu, uznając ją za częstokroć wymuszoną aktualną koniunkturą.

związku Lazaretu z opieką społeczną, zacieśnionego na przełomie XVIII i XIX wieku z racji doktryny społecznej czyniącej wiodące szpitale miejskie ważnymi elementami gry socjalnej władz, wytworzyła sytuację, w której nie do pomyślenia było wyłączenie z tej gry Lazaretu. Tocząca się od końca lat pięćdziesiątych polemika nie dotyczyła nawet kwestii radykalnego przeorientowania sposobu finansowania zakładu, czyli zamiany scentralizowanego systemu dotacji (czy to w systemie zaliczkowym, czy też jako zwrot poniesionych kosztów) na system samofinansujących fundację obowiązkowych kas chorych lub abonamentów. Polemika ta obracała się wokół kwestii czy Lazaret jest instytucją miejską, czy też nie, natomiast nigdy nie przeniosła się w obszar dyskusji, czy Lazaret ma być elementem opieki społecznej w pełni samodzielnym, czy też uzależnionym od kasy miejskiej instrumentem socjalnym. Prowizorzy, podkreślający tak silnie samostanowienie Lazaretu jako samodzielnej fundacji, nie wyobrażali sobie jednocześnie funkcjonowania zakładu bez ingerencji ekonomicznej gminy. Ograniczenie tej ingerencji w latach sześćdziesiątych zaowocowało natychmiastową redukcją łóżek w szpitalu i zachwiało podstawami bytu placówki.

Wspomniany okres kryzysu ujawnił znaczące słabości w systemie finansowania szpitala stanowiącego element gminnej opieki społecznej i jako takiego domagającego się udziału funduszy publicznych w realizacji zadań statutowych. Model północniemiecki, w naturalny sposób przejęty przez Gdańsk, stał się modelem sytuacji, gdy zmienna polityka władz gminnych i rejencyjnych, wspomagana nieudolnością zarządu, doprowadziła poprawnie funkcjonujący zakład na skraj przepaści. Brak możliwości skutecznego powiększania majątku zewnętrznego zaowocował radykalnym obniżeniem zdolności terapeutycznej szpitala, wyrażającym się zarówno redukcją ilości personelu medycznego, jak i gwałtownym spadkiem ilości pacjentów.

System wspierających ekonomicznie zakład fundacji dobroczynnych był systemem stabilnym, zarówno w pozytywnym znaczeniu pewności ekonomicznej, ale również w znaczeniu statyczności, braku zdolności do szybkich reakcji na pojawiające się problemy finansowe szpitala. To samo zastrzeżenie dotyczy drugiego sposobu samofinansowania, jakim były dochody z posiadanych przez fundację dóbr. Poza tym ów drugi system oferował jedynie pewien ściśle określony udział procentowy w ekonomii szpitalnej. Problem ten dotyczył oczywiście wszystkich bez wyjątku szpitali ówczesnej Europy, nakazując poszukiwania dodatkowych, bardziej elastycznych źródeł. Jednak co w miastach południowoniemieckich stało się udziałem obowiązkowych kas chorych z okresowo regulowaną wysokością składki, to w miastach Niemiec północnych, w tym i w Gdańsku, obciążało kasę miejską, zmuszoną do reagowania na zmieniające się rokrocznie założenia budżetu. Czy istniały, poza wynikającymi z polityki społecznej miasta oraz będących efektem zależności kompetencyjnych, inne przesłanki, które stanęły na przeszkodzie odseparowania kasy szpitala od kasy gminnej? Wydaje się, że decydująca w tej kwestii była wspomniana już struktura socjalna i zawodowa ludności. Sterowane politycznie przez władze pruskie ograniczenie roli cechów gdańskich zaowocowało brakiem silnych ekonomicznie korporacji, zainteresowanych jak najlepszym zabezpieczeniem socjalnym swych członków na wypadek choroby, jak to miało miejsce np. w Würzburgu i Bambergu. Skarga w 1872 r. Heinricha Rickerta na upadek gdańskich kas korporacyjnych pokazuje dobitnie, iż finansowanie tą drogą opieki szpitalnej na ważką ekonomicznie skalę, w Gdańsku nie znajdowało oparcia w samych kasach. Luka powstała po kasach korporacyjnych, mimo wprowadzanego ustawowo w Niemczech obowiązku w

drugiej połowie XIX wieku przynależności do kas chorych, nie została wypełniona aż do 1914 r.

Pozostaje kwestią otwartą, czy odmienny od wüzburgskiego i bamberskiego, oparty na abonamentach monachijski model finansowania nie stanowił korzystnej alternatywy. Pamiętać przy tym należy, iż w Gdańsku aż dwa zakłady (szpital boromeuszek i szpital diakonis) wprowadziły abonamenty, jednak z nie do końca szczęśliwym ekonomicznym skutkiem⁴⁶. Wadą systemu abonamentów w Gdańsku był oczywiście brak obowiązku przynależności. Indywidualna inicjatywa obu zgromadzeń religijnych, starających się tą drogą pozyskać fundusze dla swych zakładów, nie została wsparta inicjatywą władz miejskich, polegającą na wprowadzeniu obowiązkowego systemu abonamentowego dla całego miasta, co było jedyną drogą pozyskania znaczących funduszy, jak tego uczył dokonania monachijskie.

Widowym efektem medykalizacji stało się, jak to już podkreślano wielokrotnie, pojawienie się „chorych płacących”. Jednak o ile stworzenie tej grupy było poważnym zdarzeniem socjologicznym, to jednak nie stało się (poza wyjątkami, np. szpital powszechny w Augsburgu) poważnym zdarzeniem ekonomicznym. Jest przy tym dość istotne odróżnienie od grupy „chorych płacących” grupy „chorych płacących za siebie samych” (*Selbstzähler*), ponieważ w tej pierwszej znajdowali się poza owymi „samopłacącymi” także ci, za których płaciły różnego rodzaju organizacje, choćby kasy czeladnicze. W warunkach gdańskich ani samoopłacający się pacjenci, ani opieka korporacyjna nie oferowały ważącej ekonomicznie oferty wykupu usług medycznych świadczonych przez szpitale.

Przyczyny kryzysu Lazaretu jednak nie wynikały bezpośrednio z braku systemu samofinansowania placówki. Nie wynikały one także ani kryzysu miejscowej służby zdrowia, ani z kryzysu finansów publicznych, ani tym bardziej ze zmniejszenia liczby świadczeniobiorców, a więc osób potrzebujących opieki medycznej.

1. O tym, że zdarzenie to nie wynikało z kryzysu służby zdrowia w Gdańsku świadczy fakt, iż w tym właśnie okresie powstają dwa nowe, duże szpitale, które będą przeżywać wkrótce swój gwałtowny rozwój. W przypadku szpitala boromeuszek nie była go w stanie zahamować nawet niesprzyjająca koniunktura *Kulturkampf*.

2. O tym, że zdarzenie to nie miało także żadnego związku z kondycją finansów publicznych świadczy fakt, iż ten właśnie okres to okres gdańskiej prosperity komunalnej, czasu znaczących inwestycji miejskich, związanych z nazwiskiem burmistrza Leopolda Wintera. Dane liczbowe ukazują szybki wzrost dochodów gminy właśnie w niewralgicznym dla szpitala okresie: w 1857 r. było to 509 186 rthlr., zaś w 1866 r. 661 253 rthlr. (wzrost aż o 23%). W tymże roku 1866 dochody miasta pozwoliły uzyskać nadwyżkę w wysokości 84 326 rthlr.⁴⁷ Od 1857 r. do 1866 r. ogólny wzrost wydatków na opiekę społeczną wyniósł aż 34%. Jednak Lazaret w 1866 r. nie otrzymał od miasta żadnej subwencji, zaś wydatki poniesione w tym roku przez gminę na zaopatrzenie wszystkich chorych miejskich we wszystkich szpitalach miasta wyniosły ledwo 74% tego, co w 1857 r. miasto przeznaczyło wyłącznie na Lazaret.

3. O tym, że zdarzenie to również nie zostało wywołane niekorzystną dla Lazaretu dystrybucją chorych (fluktuacja pacjentów w kierunku nowo powstałych placówek lecz-

⁴⁶ Por. tab. 9.

⁴⁷ *Verwaltungs-Bericht 1866*, s. 30, 35, 37.

nicznych związków wyznaniowych) świadczy fakt, że celem wypełnienia luki powstałej w wyniku spadku zdolności terapeutycznej Lazaretu, władze miejskie zmuszone były stworzyć w 1868 r. konkurencyjną, a jednocześnie substytucyjną, działającą w prymitywnych warunkach lokalowych placówkę (*die städtische Krankenstation*).

W gdańskim szpitalu miejskim, jakim stał się Lazaret w XIX wieku, pojawianiu się stopniowo coraz to kolejnych stygmatów medykalizacji, towarzyszyła narastająca zależność od kasy miejskiej i tak szereg negatywnych zdarzeń ekonomicznych należy w tym przypadku interpretować. Pomijając pierwsze lata XIX wieku, w pozostałym okresie narastającą zależność można wytłumaczyć jedynie świadomą polityką władz. Nie można oprzeć się wrażeniu, że przykład gdański służy za podbudowanie tezy, jaką stawia Reinhard Spree w swoim wykładzie dotyczącym finansowania szpitalnictwa niemieckiego w XIX wieku⁴⁸. Wprowadzona w miastach południowoniemieckich reforma finansowania szpitali, poprzez stworzenie systemu kas chorych, umożliwiła już w latach czterdziestych XIX wieku w dużej mierze uniezależnienie się poszczególnych placówek, a także poszczególnych chorych, od finansowania przez organy opieki społecznej. Na terenach północnych Niemiec dokonało się to dopiero po wydanej w 1883 r. ustawie o obowiązkowych ubezpieczeniach społecznych. Do tego czasu tak szpitale tego regionu, jak i ich pacjenci zależni byli w dużej mierze od związanej z kasą gminną i/lub państwową opieką społeczną. Jeszcze w 1913 r. w Berlinie leczenie 56% pacjentów finansowane było przez opiekę społeczną, a tylko 35% z kas chorych. Wg Reinharda Spree świadczy to o znacznie większym wpływie na obszarze północnych Niemiec państwa i aparatu represyjnego na ówczesne społeczeństwo, w przeciwieństwie do Niemiec południowych, gdzie funkcjonowanie szpitali nowego typu silniej podporządkowane zostało działaniom czysto medycznym. Przykład gdański zdaje się potwierdzać tę tezę, zwłaszcza analiza podjętych działań prawnych zmierzających do przejęcia Lazaretu przez miasto.

Jednocześnie możliwa jest i druga opcja. Niewątpliwie wykazująca od końca lat dwudziestych do początku lat pięćdziesiątych XIX wieku stabilną sytuację ekonomiczną placówka została zachwiana w swych podstawach finansowych z racji nieprawidłowości w zarządzaniu. Problem Lazaretu wynikał z faktu, że stopniowej i naturalnej dekapitalizacja majątku fundacji nie przeciwstawiono odpowiednich i w odpowiednim czasie wdrożonych funduszy, zaś zaciągnięte w latach dwudziestych i trzydziestych zobowiązania finansowe szpitala nie zostały w porę zaspokojone. Stało się to w efekcie rozchwiania stosunku prawnego szpitala względem gminy. Zakład raz uznawany był jako fundacja samostanowiąca, raz jako umocowany prawnie i ekonomicznie element miejskiej opieki społecznej. Destrukcyjny wpływ zmiennej koniunktury i niekonsekwentnego stanowiska czynników decyzyjnych pogłębione zostały przez nieudolne zarządzanie, wynikające po części z braku stosownych środków. Brak środków z kolei rzutował na niemożność dokonania skutecznej restrukturyzacji finansowej i kadrowej Lazaretu. Z roku na rok szpital postrzegany był coraz bardziej jako placówka przestarzała, nie spełniająca wymogów stawianych przez gminę szpitalowi miejskiemu (*Städtisches Krankenhaus*), a więc nie dająca podstaw do finansowania z gminnych funduszy, zwłaszcza wobec niejasnej sytuacji prawnej. Tak powstałe błędne koło niekorzystnych zdarzeń mogło zostać przerwane dopiero po wyraźnym ustosunkowaniu się gminy i samego

⁴⁸ Spree 1997, s. 445–446.

zakładu do wzajemnych relacji prawno-ekonomicznych, czyli, mówiąc prościej, po przejęciu szpitala przez miasto. To, że spór czy to robić, po co to robić, a jeśli tak, to jak to robić, zajęło rejencji, władzom miejskim i zarządowi szpitala dwadzieścia jeden lat, stanowi fakt znacznie obciążający przy ocenie skuteczności ich działań i świadczy o nasilonym wpływie czynników pozaekonomicznych.

Tak więc przy ocenie działań władz miejskich i rejencyjnych ścierają się dwie opcje. Wybór, jak się zdaje, leży pomiędzy wizją prawno-ekonomiczną czynników decyzyjnych, podporządkowującą Lazaret polityce społecznej władz (jak chce tego Spree), a brakiem wizji prawno-ekonomicznej czynników decyzyjnych, podporządkowującym Lazaret przypadkowi.

Można ową opozycję sformułować ponadto jako przeciwstawienie użycia przez władze z góry zaprogramowanego przymusu ekonomicznego (celem osiągnięcia wpływu na zarządzanie Lazaretem), doraźnej odmowie finansowania przez gminę działań zarządu, z których sposobem realizacji władze po prostu się nie zgadzały.

Wydaje się, że prawda leży pośrodku.

Z jednej strony mamy bowiem od początku jasne stanowisko rejencji, będącej rzecznikiem racji stanu, stawiające Lazaret w ściśle uporządkowanym miejscu, a okresowo współgrające z chwiejnym stanowiskiem Magistratu. Z drugiej zaś strony jasne stanowisko prowizorów, usiłujących zachować niezależny charakter fundacji. W efekcie została rozpoczęta dość chaotyczna gra, tocząca się w latach 1859–1874, która naruszyła znacząco zdolność placówki do prowadzenia działalności statutowej. Wydaje się więc, że na opisanym przebiegu procesu zaważył nie spór instytucji prowizoratu z instytucjami miejskimi i państwowymi, a konflikt pomiędzy zarządem szpitala a zarządem miasta i prowincji. Wizja prowizorów nie mieściła się w ramach polityki społecznej wytyczonych przez władze, przy czym pod tym pojęciem należy rozumieć rejencję, gdyż początkowo o jakiegokolwiek polityce Magistratu nie może być mowy (*vide* popełniony *Rechtssirrthum* „błąd prawny” w uchwale władz miejskich 24 września 1861 r.).

Z drugiej strony działalność zarządu szpitala do 1859 r. budziła (i nadal budzi) bardzo poważne wątpliwości. Brak stosownego nadzoru i osobiste zainteresowanie finansowe niektórych prowizorów nie tyle otwierało pole do nadużyć (sprawozdania pokontrolnie nie podnoszą kwestii jakiś drastycznych nieprawidłowości finansowych), ile raczej prowadziły do zaniedbań, których można było uniknąć. Wynika z tego, że sprawozdania pokontrolne w końcu lat pięćdziesiątych, zwłaszcza dr. Essego, zwróciły uwagę na problem Lazaretu, który odtąd jawił się władzom jako ciągnące się pasmo kłopotów natury ekonomicznej z niespolegliwymi prowizorami w tle. Lecz sam prowizorat został rozwiązany li tylko z tego powodu, że w zmienionej sytuacji prawnej szpitala (który przestał być samodzielną fundacją, a stał się prawnie uporządkowanym elementem opieki społecznej miasta) należało stworzyć strukturę bezpośrednio zależną od Magistratu. Uprzednio stawiane zarzuty, jakoby prowizorat, pełniący honorowo i zbierający się na posiedzenia raz w tygodniu nie był w stanie prawidłowo wypełniać swych zadań względem fundacji, nie wpłynęły zupełnie na fakt, że nowo powołana struktura zarządu funkcjonowała dokładnie tak samo i składała się z takich samych dyletantów, jak uprzednia.

Także szybka stabilizacja finansowa szpitala po 1874 r. i poczynienie w najbliższych latach bardzo poważnych inwestycji znacząco poprawiających skuteczność diagnostyczno-terapeutyczną zakładu (otwarcie 21 grudnia 1887 r. Lazaretu przy *Sandgrube*; koszt poniesionych nakładów na budowę nowej placówki oraz na prace moderniza-

cyjne w Lazarecie przy Bramie Oliwskiej = 3 561 000 m.⁴⁹) potwierdzają silny wpływ czynników pozaekonomicznych na powstanie kryzysu finansów Lazaretu⁵⁰. Obrazu dopełnia szybki powrót do finansowania szpitala przez gminę poprzez zaliczki. W 1899 r. oba połączone zakłady na wydatkowanych 339 167 m. otrzymały zaliczkowo 173 115 m.⁵¹, a więc po 1874 r. aż 51% kosztów utrzymania szpitala miejskiego (w obu filiach łącznie) realizowanych systemem zaliczkowym obciążało gminę, co stanowiło sytuację zupełnie nieznaną sprzed tego okresu. Tak więc od 1874 r. zakład otrzymał pełne prawo do miana Lazaretu Miejskiego (*Städtisches Lazareth*). Mało tego, nazwę Lazaret Miejski zyskała też otwarta w dość odległej części miasta filia szpitala. Z dawnego miana zrezygnowano dopiero wtedy, gdy ostatecznie oba zakłady ponownie ze sobą złączono, ale już na nowym miejscu, przy drodze prowadzącej do Wrzeszcza. Powstały w 1911 r. Szpital Miejski (*Städtisches Krankenhaus*) stanowił jednak zupełnie nową jakość na medycznej mapie Gdańska.

Owa „miejskość” w nazwie, stanowiąca od pewnej chwili sporu główny jego temat, nie była bynajmniej problemem semantycznym. Dziewięć lat po przejęciu gdańskiego Lazaretu przez miasto Otto von Bismarck wprowadził obowiązek powszechnych ubezpieczeń, mający na celu, oprócz zrównoważenia ekonomicznych instrumentów polityki państwa względem ubogich, także wytrącenie z rąk lewicowców istotnych argumentów socjalnych⁵². Polityka państwowa w tym okresie nakierowana była na propagowanie zdrowotności społeczeństwa jako istotnego celu socjalnego, ale i politycznego zarazem, odkąd owa zdrowotność stała się palącym problemem politycznym. Zapewne gdyby praca niniejsza powstała pięćdziesiąt lat temu, to właśnie zagadnienie siłą ówczesnej rzeczywistości musiałyby znaleźć się w centrum zainteresowania autora. Dziś jedynie trzeba skonstatować fakt, iż stanowisko rejencji, będącej rzecznikiem racji stanu, nie mogło być inne. W efekcie powstał swoisty dylemat, który stał się udziałem prowizorów gdańskiego Lazaretu, podobnie jak wielu innych zarządów fundacji w Niemczech. Dylemat ów w ujęciu Gerharda Baadera polegał na lawirowaniu pomiędzy instrumentalizacją fundacji w służbie interwencjonizmu państwowego, a kontynuacją niezależnych działań na rzecz społecznego pożytku⁵³. Powraca tu więc pytanie o zasadność twierdzenia, iż spór o Lazaret stał się sporem o zachowanie niezależności jednej z nielicznych już niezawisłych instytucji dawnego Gdańska, wobec instytucji coraz liczniej podporządkowanych władzom centralnym. Trudno orzec, na ile o oporze prowizorów decydował *genius loci*, duch starogdański, niechętny wszelkim zakusom centralizacji władzy, na ile poczucie odrębności zarządzanej przez nich fundacji, na ile zaś przywołany przez Baadera powszechny dylemat niezależności i poddania się władzy państwa. Wymienione jako pierwsze, romantyzujące podejście do problemu, nie jest bynajmniej figurą retoryczną ubarwiającą tok narracji. Poczucie w Gdańsku pewnej odrębności miasta i wspomnienie *dawnych, dobrych polskich czasów* pokutowało jeszcze powszechnie w

⁴⁹ Guttstadt 1900, s. 120.

⁵⁰ APG, 6/1236; 6/1243; 6/1244; GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3622; Nr 3623; Nr 3624; Nr 3625; Nr 3627; Nr 3628. Zwłaszcza istotne podsumowanie problemu stanowi opracowanie R. Steimmiga (Steimmig 1870) s. 273–275.

⁵¹ Guttstadt 1900, s. 120–121.

⁵² Babnis 1978, s. 59, 61; Marcinkowski 1988, s. 475.

⁵³ G. Baader, *Der Konflikt zwischen privater Wohlfahrt und staatlicher Gesundheitspflege im Deutschen Kaiserreich*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 2005, 68, s. 183–193.

latach czterdziestych i pięćdziesiątych XIX wieku⁵⁴, w klimacie których kształtowała się osobowość prowizorów decydujących w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych o losie swej fundacji.

Oczywiście problem rzeczywistych intencji zarządu nigdy zapewne nie zostanie rozstrzygnięty, lecz pewnym jest fakt, iż prowizorzy przywołaną tu „miejskość” Lazaretu traktowali po pierwsze jako służebność fundacji wobec miasta, po drugie zaś jako wzajemność gmina–szpital (dofinansowanie z kas gminnych), przy jednoczesnym samostanowieniu jako niezależnej fundacji. Lecz tak umocowane prawnie zarząd i Lazaret nie mogły być sprawnymi instrumentami w rękach władz. Owo zastrzeżenie sprawności dotyczy jednak nie szpitala jako instrumentu medycznego (jak przedstawiała to rejencja), a instrumentu polityki władz. Stąd się wzięło hasło: „prowizorzy muszą odejść”, pierwotnie głoszone przez rejencję, a potem także przez spolegliwe władze miasta. I prowizorzy odeszli.

Medykalizacja trwała dalej.

Wyznaczone w niniejszej pracy ramy czasowe 1755–1874 proces medykalizacji rozsada, przekracza, zarówno z uwagi na pojawianie się symptomów dalece przez 1755 r., jak i dalszy ciąg przemian zachodzących w gdańskim szpitalnictwie po 1874 r. Czym więc są w rzeczywistości symbolicznie zaakcentowane skrajne daty roczne?

W całym kontekście przemian wydają się być ni mniej, ni więcej, a jedynie datami etapów przejmowania przez miasto odpowiedzialności za rozwój medycznej części opieki społecznej w Gdańsku. Rok 1755 dla samego Lazaretu oznacza przede wszystkim obciążenie finansowe i organizacyjne działaniami apteki rozdającej bezpłatnie lekarstwa ubogim. Lecz jednocześnie apteka właśnie stanowi czytelny akcent „medyczności” szpitala, ostatnie ogniwo, którego dołączenie do instytucji opiekunek chorych, cyrulika i jego czeladnika oraz lekarza, wskazuje na pełną gotowość do wypełniania wszystkich zadań medycznych, jakie odtąd w pełni samodzielnie mógł świadczyć ów jeden z największych zakładów leczniczych tej części Europy. Pojawienie się owej gotowości do całkowitego podporządkowania zawłaszczaniu obszaru szpitala przez lekarzy i osoby doglądające chorych nie wynika jednak z realizacji świadomego procesu udostępniania szerokim masom nowego wynalazku, jakim stał się szpital nowego typu, a z realizacji zarówno postulatów miłosierdzia, jak i postulatów społecznego dyscyplinowania.

Rok 1874 stanowi krańcową datę podporządkowania miastu obszaru zawłaszczonego przez lekarzy i osoby doglądające chorych, procesu, w którym oferowano ubogim dość atrakcyjny wynalazek szpitala nowego typu, celem realizacji zarówno postulatów miłosierdzia, jak i postulatów społecznego dyscyplinowania.

Nie są więc skrajne punkty czasu przyjęte dla założeń niniejszego projektu punktami ważnych zdarzeń medykalizacji jako takiej, lecz w zasadzie jednego z jej istotnych czynników determinujących. Jednak mimo to wyznaczone w tak niedoskonały sposób ramy czasowe zawierają w sobie wystarczająco bogate sekwensy zdarzeń, aby dokonany tutaj opis zjawiska przemian spełnił cele.

Stając dziś wobec końcowego rezultatu medykalizacji szpitali, stajemy zarazem wobec paradoksu: zawężenie zakresu świadczonych przez szpitale usług do jednego jedynie

⁵⁴ B. Czyżak, *Starogdański nurt kultury*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T.IV/1. Sopot: Wydawnictwo Lex, 1998, s. 185–186, 188.

obszaru (wyłącznie leczenia), zaowocowało zwiększeniem na niespotykaną przedtem skalę ilości klientów tych zakładów.

W paradoksie tym ogniskują się najważniejsze cechy zdarzenia, których ukazanie tkwiło w założeniach niniejszego projektu badawczego. Jego wielowymiarowość, wzajemne przenikanie uwarunkowań, konfrontacja jednostek i społeczeństwa, idei miłosierdzia z ideologią dyscyplinowania, idei pomocy cierpiącemu bliźniemu z ideą zrównoważonego budżetu. Struktura szpitalna, pierwotnie skomplikowana przez swą nieokreśloność, zmienną w każdym punkcie czasu i miejsca pojemność treściową, została zastąpiona przez strukturę jeszcze bardziej skomplikowaną, dokonaną się poprzez określoną. Określoność owa przeprowadzona została poprzez separację, poprzez wprowadzanie i poprzez zamianę. Każdy z tych czynników, separacja, wprowadzenie i zamiana, dotyczył struktury przestrzennej, organizacji, dotyczył zarządzających, lekarzy, osób doglądających chorych i samych pacjentów.

Czym wobec powyższego była (jest?) w swej istocie medykalizacja. Najgorzej przetrzymały próbę czasu próby opisu najbardziej chwytliwe. Medykalizacja jako istotny oręż walki pomiędzy lekarzami a partaczami⁵⁵, czy też jako element wspólnego spisku administracji i lekarzy celem uzyskania kontroli nad społeczeństwami⁵⁶ – koncepcje tego pokroju zostały poddane już w połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku zdroworozsądkowej analizie przez Franciskę Loetz i skutecznie przez nią unieszkodliwione⁵⁷. Uznała ona także, iż proces medykalizacji był procesem wielowątkowym, wiodącym nie tylko z „góry na dół”, lecz także „z dołu do góry”. Tak więc w jej ujęciu medykalizacja może po części stanowić element dyscyplinującej gry politycznej, czy społecznej, ale także być prowokowana przez samo społeczeństwo, odczuwające potrzebę pewnej „medyczności” otaczającego świata.

Przychylając się w pełni do koncepcji wielowymiarowości procesu, można przyjąć że medykalizacja jest jednym ze sposobów na ujarzmienie owego świata, a więc za razem sposobem na wzrost poczucia bezpieczeństwa zarówno społeczeństw, jak i jednostek. Prześledzić to można wyraźnie w chwili obecnej w publicystyce i rozmowach potocznych, gdy wielu szpitalom polskim grozi zamknięcie z przyczyn ekonomicznych. Towarzyszy temu powszechna fala poczucia naruszenia bezpieczeństwa, poczucia zagrożenia jako doznania intymnego jednostek, nie sterowanego, nie wynikającego z nacisków władzy, nacisków żądnych własnych pożytków lekarzy, czy chciwych koncernów farmaceutycznych. Owo poczucie indywidualnego (wyrażanego zaś społecznie) lęku zapewne byłoby dla Franciski Loetz z jej koncepcją ruchu medykalizacji nie tylko „z góry w dół”, ale i „z dołu w górę” cennym argumentem za jej zdroworozsądkowym opisem zjawiska. W tym ujęciu medykalizacja leży zarówno w interesie pewnych warstw i grup społecznych (polityków, lekarzy, farmaceutów, specjalistów od marketingu i sprzedaży etc., etc.), z lubością przeciwstawianych przez niektórych autorów „biednemu, bezwolnemu społeczeństwu” jak i w interesie owego „biednego, bezwolnego

⁵⁵ J.P. Goubert, *The Medicalisation of French Societat the End of the Ancien Régime*. [in:] L.G. Stevenson [ed.], *A Celebration of Medical History*. Baltimore, London: Johns Hopkins University Press, 1982, s. 157–172.

⁵⁶ Frevert 1984, passim.

⁵⁷ Loetz 1993, passim; Loetz 1994, passim.

społeczeństwa”. Nie znaczy oczywiście, że, jak każdy wynalazek ludzkości, nie bywa nadużywany, czy wręcz używany wbrew swemu przeznaczeniu⁵⁸.

Jeden z elementów medykalizacji – medykalizacja szpitali – jest wynalazkiem kręgu kultury śródziemnomorskiej, instrumentem do ujarzmiania złego świata, owej „ciemnej strony mocy”, jaką każdy dźwiga jako swoje indywidualne brzemie, nosząc na sobie miliony drobnoustrojów, czy wytwarzając codziennie tysiące zdeorganizowanych komórek czyhających na każde załamanie nadzoru immunologicznego. Dopiero tak traktowana medykalizacja zajmuje wreszcie należne jej miejsce. Nie jest to dzieło rąk ludzkich doskonałe, jak i sam proces dochodzenia do kształtu współczesnego szpitala był wysoce niedoskonały i zawiły. Można też przyjąć, że był to wynalazek na zlecenie: dawne struktury, stworzone spontanicznie do opieki nad słabymi członkami społeczności, posłużyły do wykreowania sprawnego instrumentu nadzoru socjalnego, co odbyło się w warunkach pewnej dwuznaczności i tego elementu nie da się pominąć. Jednak ów instrument okazał się być przydatnym zarówno społeczeństwu, jak i poszczególnym jego członkom. Wynalazek cieszy się dziś, i cieszyć się będzie, niesłabnącym powodzeniem, wynikającym zarówno z osobistych doznań jednostek, jak i ze społecznego przyzwolenia. Natomiast od samych społeczeństw zależy, jak ów wynalazek zostanie spożytkowany.

⁵⁸ Por. chociażby w kontekście wykorzystania szpitali psychiatrycznych w b. ZSRR: T. Nasierowski, *Z czarta kuźni rodem. Psychiatria, psychologia i fizjologia sowiecka w pierwszych latach po rewolucji*. Warszawa: Neriton, 2003.

13. TABELE

Tab. 1. Izby przeznaczone dla pensjonariuszy Lazaretu – stan z dnia 17 lipca 1685 r.
Rooms intended for the Lazaretto inmates – as of 17 July 1685.

Lp. <i>No</i>	Nazwy pomieszczeń <i>Names of compartments</i>	Ilość pensjonariuszy <i>Number of inmates</i>
1.	<i>Unter der Kirche Männer</i>	25
2.	<i>Daselbst Frauen</i>	22
3.	<i>In der Frauen Stube</i>	14
4.	<i>In der Cur- oder Schwitz Stube</i>	15
5.	<i>In der Krancken Frawen Stube</i>	23
6.	<i>In der Polnischen Stube</i>	24
7.	<i>In der Krancken Männer Stube</i>	24
8.	<i>In der Schipper Stube</i>	23
9.	<i>In der Grossen Stube</i>	24
10.	<i>In der Kinder Stube</i>	24
11.	<i>In der Schweinhirts Stube</i>	18
12.	<i>In der Pfeiffen Stube</i>	24
13.	<i>In der Krick Stube</i>	14
14.	<i>In der Forck Stube</i>	10
15.	<i>In der Waysen Stube</i>	0
16.	<i>In einem Häuschen und in einem andern Ditto</i>	4
17.	<i>In der Klausen</i>	4
18.	<i>In der Scheer Stube</i>	15
19.	<i>In der Rechten Kinder Stube</i>	42
20.	<i>In der Stube bey dem Barbier</i>	17
21.	<i>Ober diese Stube</i>	3
	Suma <i>Total</i>	369

Źródło / *Source*: Bibl. Gd. PAN, Ms 1085 IV, 26.

Tab. 2. Izby przeznaczone dla pensjonariuszy Lazaretu wg danych z 1776 r.
Rooms intended for the Lazaretto inmates according to the 1776 data.

Lp. <i>No</i>	Nazwy pomieszczeń <i>Names of compartments</i>	Ilość pensjonariuszy <i>Number of inmates</i>
1.	<i>Alte Operation Stube</i>	2
2.	<i>Fischer Stube</i>	7
3.	<i>Frauen Cur Stube</i>	10
4.	<i>Grosse Frauen Stube</i>	19
5.	<i>Grosse Ober Stube</i>	10
6.	<i>Kleine Frauen Stube</i>	12
7.	<i>Kleine Neue Stube</i>	2
8.	<i>Krancken Frauen Stube</i>	11
9.	<i>Krancken Männer Stube</i>	8
10.	<i>Männer Cur Stube</i>	6
11.	<i>Pfeiffen Stube</i>	17
12.	<i>Polnische Stube</i>	20
13.	<i>Reserve</i>	7
14.	<i>Schiffer Stube</i>	10
15.	<i>Schule</i>	29
16.	<i>Schweinhirts Stube</i>	11
17.	<i>Spinn Stube</i>	12
18.	<i>Unter der Kirche Männer Stube</i>	8
19.	<i>Unter der Kirche Männer Stube</i>	8
20.	<i>Waisen Stube</i>	10
21.	<i>Warm Clause</i>	25
22.	<i>Woll Stube</i>	19
	Suma <i>Total</i>	263

Źródło / Source: APG, 300,87/3, 2–6.

Tab. 3. Budynek Lazaretu wg stanu z 26 czerwca 1794 r.
Lazaretto buildings as of 26 June 1794.

Lp. No	Budynek / Building
1.	Kościół <i>Church</i>
2.	Dom kaznodziei <i>Preacher's house</i>
3.	Budynek szpitalny z dwunastoma pokojami <i>Hospital building with twelve rooms</i>
4.	Budynek dla chorych wenerycznie i zaźwierzbiionych <i>Building for venereal and scabies patients</i>
5.	Apteka <i>Pharmacy</i>
6.	Szkoła z mieszkaniami dla <i>personelu</i> medycznego <i>School with the medical personnel dwellings</i>
7.	Dom prowizorów z mieszkaniami dla oficjantów <i>Pharmacists' house with the officiants' dwellings</i>
8.	Dom lekarzy szpitala <i>Hospital physicians' house</i>
9.	Dom z salą operacyjną i kostnicą <i>Operating room and mortuary house</i>

Źródło / Source: GStAPK, II. HA Generaldirektorium, Westpreußen und Netzedistrict, Stadt Danzig, Nr 78, 1r.

Tab. 4. Izby przeznaczone dla pensjonariuszy Lazaretu wg danych z 1809 r.
Rooms intended for the Lazaretto inmates according to the 1809 data.

Lp. No	Przeznaczenie / Assignment	Ilość sal Number of wards
1.	Dla chorych wewnątrznie i zewnątrznie <i>For internal and external disease patients</i>	15
2.	Dla kobiet chorych wenerycznie <i>For female venereal disease patients</i>	7
3.	Sala porodowa dla kobiet chorych wenerycznie <i>Labour room for female venereal disease patients</i>	1
4.	Dla mężczyzn chorych wenerycznie <i>For male venereal disease patients</i>	1
5.	Dla chorych nieuleczalnie <i>For incurably ill patients</i>	4
6.	Sala operacyjna <i>Operating room</i>	1
7.	Dla prebendariuszy <i>For prebendaries</i>	2
	Suma Total	31

Źródło / *Source*: Duisburg, von 1809, 255.

Tab. 5. Sale chorych Lazaretu wg danych z 1835 r.
Lazaretto wards according to the 1835 data.

Lp. No	Przeznaczenie / Assignment	Ilość sal Number of wards
1.	Dla mężczyzn chorych wewnętrznie <i>For male internal disease patients</i>	5
2.	Dla kobiet chorych wewnętrznie <i>For female internal disease patients</i>	3
3.	Dla mężczyzn chorych na artretyzm lub choroby wysypkowe <i>For male arthritis or exanthematic disease patients</i>	1
4.	Dla kobiet chorych na artretyzm lub choroby wysypkowe <i>For female arthritis or exanthematic disease patients</i>	1
5.	Dla mężczyzn chorych na gruźlicę <i>For male tuberculosis patients</i>	1
6.	Dla mężczyzn chorych psychicznie <i>For male mental disease patients</i>	2
7.	Dla kobiet chorych psychicznie <i>For female mental disease patients</i>	4
8.	Dla mężczyzn chorych chirurgicznie <i>For male surgical disease patients</i>	2
9.	Dla kobiet chorych chirurgicznie <i>For female surgical disease patients</i>	2
10.	Dla mężczyzn chorych wenerycznie <i>For male venereal disease patients</i>	2
11.	Dla kobiet chorych wenerycznie <i>For female venereal disease patients</i>	2
12.	Dla mężczyzn chorych na świerzb <i>For male scabies patients</i>	1
13.	Dla kobiet chorych na świerzb <i>For female scabies patients</i>	1
14.	Dla chłopców chorych dermatologicznie <i>For dermatologically ill boys</i>	1
15.	Dla dziewcząt chorych dermatologicznie <i>For dermatologically ill girls</i>	1
16.	Dla chorych dzieci <i>For sick children</i>	1
17.	Dla kobiet posługujących chorym <i>For women attending to patients</i>	1
18.	Dla chorych zakaźnie mężczyzn <i>For male infectious disease patients</i>	1
19.	Dla chorych zakaźnie kobiet <i>For female infectious disease patients</i>	1
20.	Izolatkę do wykupienia przez osoby prywatne na czas leczenia <i>Isolation wards to be bought by private persons for the time of treatment</i>	2
	Suma Total	35

Źródło / *Source*: Dann 1835, 303–304.

Tab. 6. Ruch chorych Lazaretu w latach 1799–1805.
Changes in the number of Lazaretto patients in the years 1799–1805.

Okres sprawozdawczy <i>Reporting period</i>	Ilość chorych <i>Number of patients</i>			Ilość ozdrowieńców <i>Number of the convalescents</i>	Ilość zmarłych <i>Number of the deceased</i>
	na początku okresu sprawozdawczego <i>at the beginning of the reporting period</i> (a)	przyjętych <i>admitted</i> (b)	zaopatrzona w okresie sprawozdawczym <i>treated in the reporting period</i> (a + b)		
1799/1800	343	605	948	462	142
1800/1801	344	717	1061	541	147
1801/1802	373	712	1085	593	149
1802/1803	343	748	1091	570	156
1803/1804	365	826	1191	626	196
1804/1805	369	870	1239	699	188

Źródło / *Source*: APG, 300, R/LI, 96, 384–385.

Tab. 7. Ruch chorych Lazaretu w latach 1827–1828.
Changes in the number of Lazaretto patients in the years 1827–1828.

Dane / Data	1827	1828
Ilość chorych znajdująca się w szpitalu na początku roku <i>Number of patients in hospital at the beginning of the year</i>	245	288
Ilość osób wypisanych w roku <i>Number of persons discharged in the year</i>	1216	1593
Ilość zmarłych w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia <i>Number of the deceased within 48 hours of admission</i>	24	36
Ilość zmarłych po 48 godzinach od chwili przyjęcia <i>Number of the deceased after 48 hours from admission</i>	153	176
Sumaryczna ilość zmarłych <i>Total number of the deceased</i>	177	212
Śmiertelność <i>Mortality rate</i>	12%	11%
Ilość chorych znajdująca się w szpitalu na koniec roku <i>Number of patients in hospital at the end of the year</i>	288	332
Ilość osób hospitalizowanych w roku <i>Number of hospitalized persons in the year</i>	1436	1849

Źródło / *Source*: Löschin 1825–1829, 49.

Tab. 8. Ruch chorych Lazaretu w 1831 r.
Changes in the number of Lazaretto patients in the year 1831.

Dane / Data	1831
Ilość chorych znajdująca się w szpitalu na początku roku <i>Number of patients in hospital at the beginning of the year</i>	337
Ilość osób wypisanych w roku <i>Number of persons discharged in the year</i>	3265
Ilość zmarłych w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia <i>Number of the deceased within 48 hours of admission</i>	85
Ilość zmarłych po 48 godzinach od chwili przyjęcia <i>Number of the deceased after 48 hours from admission</i>	403
Sumaryczna ilość zmarłych <i>Total number of the deceased</i>	488
Śmiertelność <i>Mortality rate</i>	13,5%
Ilość chorych znajdująca się w szpitalu na koniec roku <i>Number of patients in hospital at the end of the year</i>	382
Ilość osób hospitalizowanych w roku <i>Number of hospitalized persons in the year</i>	3602

Źródło / *Source: Jahres-Bericht 1831, 1.*

Tab. 9. Ilość mieszkańców Gdańska, ilość chorych Lazaretu zaopatrywanych rocznie w szpitalu oraz odsetek mieszkańców poddanych hospitalizacji.

Number of Gdansk inhabitants, number of the Lazaretto patients treated yearly and percentage of the town inhabitants hospitalized.

Rok <i>Year</i>	Ilość mieszkańców Gdańska ^{a, b, c} <i>Number of Gdansk inhabitants</i>	Ilość hospitalizacji w roku ^{d-h} <i>Number of hospitalized persons in the year</i>	%
1800	38600	948	2,45
1805	41100	1239	3,01
1824	51700	1158	2,23
1830	55200	2807	5,08
1840	56700	3703	6,53
1843	59100	3102	5,24
1858	76800	3416	4,45
1861	82700	3370	4,07

Źródła / *Sources:*

^a Baszanowski 1995, 142–143; ^b „Zeitschrift des Königlich Preussischen Statistischen Bureaus”, 1863, 3, 236; ^c *Danzig* 1880, 127; ^d APG, 300, R/L1, 96, 384–385; ^e Löschin 1825–1829; ^f Dann 1835, 310; ^g Götz 1845, 5, 6, 23, 31; ^h GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3623, nie pagin./no pagination.

Tab. 10. Ilość chorych Lazaretu zaopatrywanych rocznie w szpitalu. Ilość zgonów i śmiertelność.

Number of the Lazaretto patients treated yearly. Number of deaths and mortality rate.

Rok <i>Year</i>	Ilość pacjentów <i>Number of patients</i>	Ilość zgonów <i>Number of the deceased</i>	Śmiertelność <i>Mortality rate</i>	Źródło <i>Source</i>
1799/1800	948	142	15%	a
1800/1801	1061	147	14%	a
1801/1802	1085	149	14%	a
1802/1803	1091	156	14%	a
1803/1804	1191	196	16%	a
1804/1805	1239	188	15%	a
1809	ca. 900	ca. 200	ca. 20% ¹	b
1824	1158	130	11%	c
1827	1681	177	10,5%	d
1828	2137	212	10%	d
1829	2831	346	12%	d
1830	2807	289	10%	d
1831	3602	488	13,5%	d
1832	2965	334	11%	d
1833	2845	323	11%	d
1834	3004	294	10%	e
1835	3096	266	8,5%	e
1836	3113	228	7%	e
1837	3700	372	10%	e
1838	4055	337	8%	e
1839	4365	491	11%	e
1840	3703	318	8,5%	e
1841	3751	289	8%	e
1842	3235	304	9%	e
1843	3102	306	10%	e
1844	3023	247	8%	e
1856	3724	450	12%	f
1857	3292	376	11,5%	f
1858	3416	347	10%	f
1859	3202	440	14%	f
1860	2893	361	12,5	f
1861	3370	427	13%	f
1864	2070	*	*	g
1865	1406	*	*	h
1867	2686	*	*	g

Źródła/Sources:

a – APG, 300, R/LI, 96, 384–385; b – Duisburg, von 1809, 256; c – Löschin 1825–1829, 21; d – Dann 1835, 310; e – Götz 1845, 5, 6, 23, 31; f – GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3623, nie pagin./no pagination; g – Oelrichs 1863, 31, 75; GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3625, nie pagin./no pagination.

* – brak danych / no data.

¹ Oszacowanie niepewne, autor opracowania źródłowego nie uwzględnił chorych nieuleczalnych oraz chorych pozostających aktualnie w leczeniu, co rzutuje na tak znaczny odsetek zgonów.

Tab. 11. Statystyka medyczna Lazaretu w 1824 r. Dane dotyczą chorych, którzy od 01 stycznia 1824 r. do 31 grudnia 1824 r. zostali wyleczeni lub zmarli. Nie obejmują trzystu dwudziestu sześciu chorych pozostających na leczeniu lub w opiece hospicyjnej w dniu sprawozdawczym (31 grudnia 1824 r.) w zakładzie (wśród nich znajdowało się osiemdziesiąt dziewięć osób nieuleczalnie chorych).
The Lazaretto medical statistics of 1824. Data include patients who from 01 January 1824 to 31 December 1824 were cured or died. They do not include three hundred and twenty six patients remaining in the establishment under treatment or in hospice care on the reporting day (31 December 1824) (there were eighty nine incurably ill persons among them).

Dane / Data	Ilość chorych Number of patients
Umysłowo chorzy i melancholicy płci męskiej <i>Male mentally ill and melancholics</i>	21
Umysłowo chorzy i melancholicy płci żeńskiej <i>Female mentally ill and melancholics</i>	22
Chorzy wyleczeni <i>Cured patients</i>	701
Wycieńczenie i choroby płuc zakończone zgonem <i>Emaciation and pulmonary diseases ended with death</i>	24
Puchlina brzuszna zakończona zgonem <i>Ascites ended with death</i>	24
Oslabienie i starość <i>Weakness and senility</i>	22
Infekcje, w tym nerwowa gorączka zakończone zgonem <i>Infections, including nervous fever, ended with death</i>	19
Choroba umysłowa zakończona zgonem <i>Mental illness ended with death</i>	3
Zgony przed upływem 24 godzin od chwili hospitalizacji <i>Deaths within 24 hours of hospitalization</i>	11
Zgony sumarycznie <i>Total number of deaths</i>	130
Suma Total	1158

Źródło / Source: Löschin 1825–1829, 21.

Tab. 12. Statystyka medyczna Lazaretu w latach 1827–1832 – pacjenci wg stanu na dzień 31 grudnia każdego roku.

The Lazaretto medical statistics in 1827–1832 – number of patients as of 31 December each year.

Chorzy <i>Patients</i>	1827	1828	1829	1830	1831*	1832
internistycznie <i>internally ill</i>	709	998	1404	1298	1943	1139
chirurgicznie <i>surgically ill</i>	412	409	641	683	776	772
psychicznie <i>mentally ill</i>	31	33	57	36	60	53
epileptycy <i>epileptics</i>	11	11	9	11	25	20
wenerycznie <i>venereally ill</i>	154	177	129	258	143	184
na świerzb <i>scabies patients</i>	119	151	259	154	318	415
Ilość przyjętych chorych <i>Number of admitted patients</i>	1681	2137	2831	2807	3602	2965

Źródło / *Source*: Dann 1835, 310.

* epidemia cholery, hospitalizowano pięćdziesiąt dwie osoby, z czego dwadzieścia jeden wyzdrowiało, dwadzieścia troje zmarło, zaś ośmioro zostało przeniesionych do innych zakładów (źródło: *Jahres-Bericht* 1831, 1).

* *cholera epidemic, fifty two persons hospitalized of which twenty one were cured, twenty three died and eight were transferred to other hospitals (Source: Jahres-Bericht 1831, 1).*

Tab. 13. Statystyka medyczna Lazaretu w latach 1833–1844 – pacjenci wg stanu na dzień 31 grudnia każdego roku.

The Lazaretto medical statistics in 1833–1844 – number of patients as of 31 December each year.

Chorzy <i>Patients</i>	1833	1834	1835	1836	1837	1838
internistycznie <i>internally ill</i>	1111	1118	976	978	1236	1352
chirurgicznie <i>surgically ill</i>	599	692	705	706	916	847
psychicznie <i>mentally ill</i>	64	47	55	49	58	69
epileptycy <i>epileptics</i>	18	25	22	25	28	35
wenerycznie <i>venereally ill</i>	152	179	188	275	251	341
na świerzp <i>scabies patients</i>	479	547	727	677	746	988
Ilość przyjętych chorych <i>Number of admitted patients</i>	2845	3004	3096	3113	3700	4055
Chorzy <i>Patients</i>	1833	1834	1835	1836	1837	1838
internistycznie <i>internally ill</i>	2006	1346	1344	1214	1324	1088
chirurgicznie <i>surgically ill</i>	749	749	715	849	729	897
psychicznie <i>mentally ill</i>	56	52	64	53	50	46
epileptycy <i>epileptics</i>	30	34	39	44	39	38
wenerycznie <i>venereally ill</i>	291	362	426	275	228	264
na świerzp <i>scabies patients</i>	731	734	690	396	308	311
Ilość przyjętych chorych <i>Number of admitted patients</i>	4365	3703	3751	3235	3102	3023

Źródło / Source: Götz 1845, 5, 6, 23, 31.

Tab. 14. Wiek chorych hospitalizowanych w Lazarecie w latach 1834–1844,
Age of the Lazaretto patients hospitalized in 1834–1844.

Przedział wiekowy w latach <i>Age interval in years</i>	Ilość chorych <i>Number of patients</i>			
	1843		1844	
	N	%	N	%
0 – 10	270	8,6%	265	8,8%
10 – 20	659	21,2%	582	19,3%
20 – 30	1083	32,9%	1053	34,8%
30 – 40	386	12,4%	354	11,7%
40 – 50	367	11,8%	363	12,0%
50 – 60	187	6,0%	214	7,0%
60 – 70	110	3,5%	136	4,5%
70 – 80	43	1,4%	37	1,2%
80 – 90	3	0,1%	13	0,4%
90 – 100	0	0%	1	0,03%
Suma <i>Total</i>	3108		3018	

Źródło / *Source*: Götz 1845, 24.

Tab. 15. Wykaz chorób i stanów patologicznych wśród prebendariuszy Lazaretu wg stanu na dzień 05 listopada 1776 r.

List of diseases and pathologic conditions among the Lazaretto beneficiaries as of 05 November 1776.

Nr No	Stan patologiczny / schorzenie <i>Pathologic condition / illness</i>	Płeć Sex	Wiek Age
1	<i>mit krummen Füßen</i>	k / f	74
2	<i>mit einer halben Nase</i>	k / f	77
3	<i>ohne Fuße</i>	k / f	66
5	<i>gebrecht und vom Schlage gerührt</i>	k / f	59
6	<i>gebrecht und Blödsinnig</i>	m / m	57
8	<i>hat einen offenen Schaden am Fuß</i>	k / f	64
9	<i>gestöhrt</i>	m / m	61
10	<i>hat einen Schaden am Unter-Leib</i>	k / f	81
11	<i>mit einem Fuß</i>	k / f	46
16	<i>ist gantz blind</i>	k / f	58
18	<i>ist gantz blind</i>	k / f	62
19	<i>hat einen Schade am Knie</i>	k / f	43
20	<i>ist Blödsinnig</i>	k / f	33
21	<i>hat einen Schade an d. Brust</i>	k / f	63
24	<i>hat einen offen Schade am Fuß</i>	k / f	37
25	<i>ist Blödsinnig</i>	k / f	45
27	<i>hat ein gebrochen Bein</i>	k / f	74
28	<i>hat die Glieder-Kranckheit</i>	k / f	69
29	<i>Ihr ist eine Brust abgenommen</i>	k / f	44
30	<i>ist aus Versehen</i>	k / f	58
31	<i>hat einen innerlichen Schade</i>	k / f	72
36	<i>hat schlimme Fuße</i>	m / m	28
38	<i>ist taub und stumm</i>	k / f	15
40	<i>Barbier Gesell, melancholik</i>	m / m	45
44	<i>vom Schlage gerührt</i>	m / m	69
45	<i>vom Schlage gerührt</i>	k / f	60
47	<i>gestöhrt</i>	k / f	43
49	<i>ist immer kräncklich</i>	k / f	66
50	<i>Invalide, Garnison, hat schlimme Füße</i>	m / m	49
51	<i>melancholisch</i>	k / f	58
52	<i>eine Speise Mutter, wegen kräncklicher Umstände</i>	k / f	56

k / f – kobieta / female, m / m – mężczyzna / male

Źródło / Source: APG, 300,87/3, 2–3.

Tab. 16. Wykaz chorób i stanów patologicznych wśród pacjentów Lazaretu wg stanu na dzień 05 listopada 1776 r.
List of diseases and pathologic conditions among the Lazaretto patients as of 05 November 1776.

Nr No	Stan patologiczny / schorzenie Pathologic condition / illness	Płeć Sex	Wiek Age
1	<i>eine Jungfer, ist gestöhrt</i>	k / f	65
2	<i>ein Bäcker Gesell, ist gestöhrt</i>	m / m	55
3	<i>eine Dienst Magd ist gestöhrt</i>	k / f	52
4	<i>eine verlaßene Wayse ist gestöhrt</i>	k / f	31
5	<i>eine gantz gebrechliche Wayse</i>	k / f	30
6	<i>eine Magd ist gebrechlich</i>	k / f	44
7	<i>eines Arbeits Mann Wittwe ist gebrechlich</i>	k / f	61
8	<i>ein Knecht mit dem unheilbaren Schaden an Füßen</i>	m / m	45
9	<i>eine Magd, mit dem schweren Gebrechen</i>	k / f	47
10	<i>eine Wayse hat die Schwindsucht und ist dammlich</i>	m / m	31
11	<i>eine Magd mit offen Schaden am Gesichte</i>	k / f	30
12	<i>eine Wayse ist dammlich</i>	m / m	29
13	<i>eine Wayse ist dammlich</i>	k / f	18
14	<i>eine Wayse ist dammlich</i>	k / f	30
15	<i>eine Wayse ist gestöhrt</i>	m / m	46
16	<i>ein Nagel Schmidt mit dem Bruch-Schaden</i>	m / m	64
17	<i>eines Arbeits Mann Wittwe mit schlimmen Augen</i>	k / f	50
18	<i>eine Wayse mit schadhafften Füßen</i>	k / f	20
19	<i>eine Magd mit einem Schaden an Nase</i>	k / f	30
20	<i>eine Magd mit unheilbaren Schaden am Fuß</i>	k / f	40
21	<i>ein Schneider Meister ist gantz blind</i>	m / m	68
22	<i>eine Magd mit schadhafften Füßen</i>	k / f	48
23	<i>eine Wayse ist dammlich</i>	m / m	38
24	<i>ein Schneid Gesell ist gänzlich verlähmt</i>	m / m	32
25	<i>eine Wayse mit Salpfluß</i>	k / f	22
26	<i>eine Magd mit Salpfluß</i>	k / f	41
27	<i>eine Magd mit Salpfluß</i>	k / f	24
28	<i>ein Schüster Gesell mit gebrochenen Beinen</i>	m / m	38
29	<i>ein Dienst Junge mit dem Knochen Freßen</i>	m / m	24
30	<i>eine Wittwe, mit offenen Schaden am Gesicht</i>	k / f	80
31	<i>eine Wittwe mit offenen Schaden am Fuß</i>	k / f	42
32	<i>ein Kauf-Diener ist dammlich</i>	m / m	40

Nr No	Stan patologiczny / schorzenie Pathologic condition / illness	Płeć Sex	Wiek Age
33	<i>ein Candidatus theolog. melancholist</i>	m / m	35
34	<i>ein Sohn arme Leute ist gantz verlähmt</i>	m / m	24
35	<i>eine arme Wittwe mit Schadhafft. Brust</i>	k / f	66
36	<i>ein Arbeits-Mann ist ganz verlähmt</i>	m / m	84
37	<i>ein Bettler ohne Fuße</i>	m / m	42
38	<i>Gasters Frau mit dem Knochen Freßen</i>	k / f	49
39	<i>eine armen Frauen Tochter ist gestöhrt</i>	k / f	23
40	<i>eine Wittwe, ist Spinn Mutter</i>	k / f	58
41	<i>eine Wayse, ist gantz verlähmt</i>	k / f	20
42	<i>eine Tochter armer Leute mit Schaden am Fuß</i>	k / f	25
43	<i>aus dem Spend Hause</i>	m / m	44
44	<i>hat einen Schaden am Gesichte</i>	k / f	68
45	<i>eine Schiffer Wittwe, ist gestört</i>	k / f	61
46	<i>ein Nachtwächter, hat mancherley Zufälle</i>	m / m	79
47	<i>eine arme Wittwe, ist verlähmt</i>	k / f	69
48	<i>ein Bettler, ist blind</i>	m / m	37
49	<i>eine Magd, hat offene Schaden an Füßen</i>	k / f	30
50	<i>eine Wayse mit verlähmten Füßen</i>	m / m	21
51	<i>ein Paruquer Gesell ist gestöhrt</i>	m / m	36
52	<i>ein Arbeits Mann mit dem Bruch und offenen Schaden</i>	m / m	56
53	<i>gebrechlich eine Wayse</i>	m / m	6
54	<i>eine Wayse ist gestöhrt und hat schwere Gebrochen</i>	k / f	31
55	<i>ein Bettler, hat einen offenen Schaden am Fuß</i>	m / m	22
56	<i>ein Paruquer ist gestöhrt</i>	m / m	52
57	<i>eine Wittwe, hat Stein Schmerzen</i>	k / f	68
58	<i>eine Magd, hat Glieder Krankheit</i>	k / f	36
59	<i>eine Magd, hat einen Schaden am Fuß</i>	k / f	24
60	<i>eine Wittwe, hat schlimme Füße</i>	k / f	79
61	<i>eine Wittwe, ist zuweilen gestöhrt</i>	k / f	50
62	<i>ein Findling, ist gebrechlich und geschwollen</i>	m / m	10
63	<i>hiesigen Brauers Tochter ist gebrechlich und dammlich</i>	k / f	18
64	<i>eine Magd hat offene Schade an denen Füßen</i>	k / f	47
65	<i>eine arme Wittwe, ist Schwindsüchtig</i>	k / f	67
66	<i>eine Wayse, hat einen Schaden am Füß</i>	k / f	21
67	<i>eine Wayse, hat einen Schaden am Munde</i>	k / f	11
68	<i>eines Arbeits Mann Frau, hat schlimme Füße</i>	k / f	61

Nr No	Stan patologiczny / schorzenie Pathologic condition / illness	Pleć Sex	Wiek Age
69	<i>eine Wayse, mit offenen Schaden an Lende</i>	m / m	13
70	<i>ein Schuster Bursche mit offenen Schaden am Arm</i>	m / m	23
71	<i>ein Mahler Geselle, ist ganz verlähmt</i>	m / m	25
72	<i>eine arme krankliche Wittwe</i>	k / f	83
73	<i>ein Barbier-Geselle, mit dem Bruch-Schaden</i>	m / m	53
74	<i>eine Wayse, mit schlimmen Füßen, bald beßer</i>	m / m	13
75	<i>eine Wayse, ist taub und stumm</i>	m / m	20
76	<i>eine arme Wittwe, hat Glieder Kranckheit</i>	k / f	68
77	<i>eine Magd, mit offenen Schaden am Bein</i>	k / f	42
78	<i>eine arme Wittwe, vom Schlage gerührt</i>	k / f	79
79	<i>eine Wayse, gebrechlich</i>	m / m	6
80	<i>eine arme Wittwe, im[m]er kräncklich</i>	k / f	71
81	<i>eines Färber Wittwe, verlähmt an Füßen</i>	k / f	56
82	<i>eine Wayse mit offenen Schaden</i>	k / f	11
83	<i>ein Kauf Diener, ist gestöhr</i>	m / m	42
84	<i>eine arme Wittwe, vom Schlage gerührt</i>	k / f	60
85	<i>ein Knecht mit Krätzigtem Ausschlage</i>	m / m	34
86	<i>ein Knecht ist Scorbutlich und dammlich</i>	m / m	52
87	<i>eine Magd, hat einen Schade am Fuß und ist gestöhr</i>	k / f	54
88	<i>ein Friseur vom Schlage gerührt</i>	m / m	43
89	<i>eines Soldaten Frau, mit einem schlimmen Fuß</i>	k / f	54
90	<i>ein Knecht, mit schlimmen Füßen</i>	m / m	41
91	<i>ein Dienst Junge, mit schlimmen Augen</i>	m / m	20
92	<i>eine Wayse, vom Schlage gerührt</i>	m / m	19
93	<i>ein Schneider Gesell, mit Schaden am Gesicht</i>	m / m	29
94	<i>eine Nagel-Schneidt Meister mit einem schlimmen Fuß</i>	m / m	61
95	<i>arme Wittwe, hat die Nerven Kranckheit und Blind</i>	k / f	69
96	<i>eine Magd, mit einem schlimmen Füßen, aus dem Kinder-Hause</i>	k / f	46
97	<i>Spend-Hauscher Junge, hat Schade am Fuß</i>	m / m	19
98	<i>Junge, dem die herbißene Hand abgenommen</i>	m / m	16
99	<i>ein armer Rothgerber Meister immer kräncklich</i>	m / m	57
100	<i>eine Magd, ist gestöhr</i>	k / f	25
101	<i>ein Arbeits Mann, hat Brust-Kranckheit</i>	m / m	67
102	<i>eines Arbeits Mann Frau, mit Krebs Schaden</i>	k / f	29
103	<i>eine arme Wittwe, hat Glieder-Kranckheit</i>	k / f	53

Nr No	Stan patologiczny / schorzenie Pathologic condition / illness	Płeć Sex	Wiek Age
104	<i>ein Bettler Junge und Wayse mit Schaden am Arm und Bein</i>	m / m	12
105	<i>eine Magd, hat Glieder Kranckheit</i>	k / f	66
106	<i>ein Handlanger, ist gestöht</i>	m / m	28
107	<i>eine arme Wittwe ist geschwollen</i>	k / f	74
108	<i>eine Magd, mit einem alten Bein-Bruch</i>	k / f	32
109	<i>eine Wayse, mit einem Schaden am Knie</i>	m / m	11
110	<i>eine Magd, mit einem schlimmen Fuß</i>	k / f	33
111	<i>eine arme Wittwe, waßersüchtig und blind</i>	k / f	88
112	<i>ein Zimmer-Gesell, ist gelähmt</i>	m / m	76
113	<i>ein Knopffmacher-Meister, ist vom Schlage gerührt</i>	m / m	52
114	<i>eine Wayse, mit einem Schaden am Rücken</i>	k / f	13
115	<i>Kinder einer armen Wittwe, stumm und dammlich</i>	m / m	9
116	<i>ein Knecht, mit einem Schaden am Fuß</i>	m / m	21
117	<i>ein Schloßer mit dem Bruch-Schaden</i>	m / m	71
118	<i>ein Kaufmann, ist gestöht</i>	m / m	29
119	<i>ein Gold-Schmid, mit dem Bruch-Schaden</i>	m / m	58
120	<i>ein Arbeits Mann, mit einem Schaden am Knie</i>	m / m	49
121	<i>ein Unter Oficier, hat schlimme Füße</i>	m / m	73
122	<i>ein Zimmer-Gesell, ist gestöht</i>	m / m	29
123	<i>eines Corporals-Tochter, mit einem Schaden am Bein</i>	k / f	9
124	<i>ein Schneider Meister, ist melancholisch</i>	m / m	57
125	<i>eine Magd, ist gestöht</i>	k / f	32
126	<i>eine Magd, ist mit dem Fieber behafftet</i>	k / f	22
127	<i>eine Mädchen aus dem Spend-Hause, Schaden am Arm</i>	k / f	13
128	<i>ein Knecht mit einem schlimmen Fuß</i>	m / m	29
129	<i>eine Magd, mit offenen Schaden am Fuß</i>	k / f	24
130	<i>ein Zeugmacher-Gesell, mit Brust-Kranckheit</i>	m / m	77
131	<i>eine Wayse, dem man beyde Fuß im Lazareth abgenommen</i>	m / m	13
132	<i>ein Knecht mit offenen Schaden am Fuß und melancholisch</i>	m / m	38
133	<i>eine Wayse, hat starckes Würmer Beschwer</i>	m / m	5
134	<i>eine Magd, ist gestöht</i>	k / f	31
135	<i>ein Arbeits Mann, mit schlimmen Augen</i>	m / m	63
136	<i>eine Wayse mit einem schlimmen Fuß</i>	k / f	8
137	<i>eine Wayse, ist von Jugend auf gestöht gewesen</i>	m / m	53

Nr No	Stan patologiczny / schorzenie Pathologic condition / illness	Pleć Sex	Wiek Age
138	<i>eine Magd, mit offenen Schaden am Bein</i>	k / f	22
139	<i>ein Arbeits Mann, hat das Fieber</i>	m / m	71
140	<i>eine Persohn, ist gestöhrt</i>	k / f	35
141	<i>ein Arbeits Mann, mit einem schlimmen Arm</i>	m / m	56
142	<i>ein Spielen-Schneider, mit Schaden am Fuß</i>	m / m	68
143	<i>eine arme Wittwe, ist verlähmt</i>	k / f	75
144	<i>eines Gelb-Grüßers Tochter, taub, stumm und gestöhrt</i>	k / f	28
145	<i>ein Stadt-Soldat, mit zehrenden Fieber</i>	m / m	29
146	<i>Kind eines armen Häckers, hat den Grind</i>	k / f	5
147	<i>Drathzieher Junge, mit schlimmen Füßen</i>	m / m	18
148	<i>eine Magd, mit einem offenen Schaden</i>	k / f	26
149	<i>ein Knecht, mit einem schlimmen Fuß</i>	m / m	26
150	<i>Schneider Junge mit Geschwirren</i>	m / m	18
151	<i>arme Wittwe, immer kräncklich und blind</i>	k / f	85
152	<i>Sohn Arbeits Mann, hat schlimme Füße</i>	m / m	8
153	<i>Fischer, ist gestöhrt,</i>	m / m	51
154	<i>ein Kürscher Meister mit dem Bruch-Schaden</i>	m / m	75
155	<i>eine Magd, ist gestöhrt</i>	k / f	22
156	<i>arme Wittwe, mit offenen Schaden am Fuß</i>	k / f	66
157	<i>eine Magd mit schlimmen Hals</i>	k / f	23
158	<i>ein Handlanger, mit offenen Schaden</i>	m / m	25
159	<i>eine Magd, mit dem schlimmen Hals</i>	k / f	22
160	<i>arme Wittwe, hat Glieder Kranckheit</i>	k / f	66
161	<i>Sohn einer armen Wittwe, hat den Grind</i>	m / m	9
162	<i>arme Wittwe, mit einem schlimmen Fuß</i>	k / f	85
163	<i>ein Knecht, mit einen schlimmen Bein und Aussicht</i>	m / m	27
164	<i>Sohn eines Arbeits Mannes mit dem Geschwier</i>	m / m	11
165	<i>Köchin, ist gestöhrt</i>	k / f	30
166	<i>arme Witwe, immer kräncklich</i>	k / f	69
167	<i>ein Wittwer, ist gestöhrt</i>	m / m	50
168	<i>Stadt Soldat, vom Schläge gerührt und blind</i>	m / m	68
169	<i>eine Magd, aus Kinder Hause, mit einem schlimmen Fuß</i>	k / f	34
170	<i>eine Magd, hat eine schlimme Nase, ist vom Spend Hau- se</i>	k / f	24
171	<i>ein Schneider Gesell, ist inficirt</i>	m / m	26
172	<i>ein Brett Schneider Meister, mit einem schlimmen Fuß</i>	m / m	42

Nr No	Stan patologiczny / schorzenie Pathologic condition / illness	Płeć Sex	Wiek Age
173	<i>ein Schiffs Matrose, hat ein hitziges Fieber</i>	m / m	24
174	<i>ein Knecht, mit einem schlimmen Fuß</i>	m / m	21
175	<i>ein Wittwer, ist gestört</i>	m / m	50
176	<i>ein Sohn einer armen Wittwe, ist gestört</i>	m / m	10
177	<i>ein Stadt Soldat hat Geschwieren</i>	m / m	25
178	<i>eine Magd, mit dem schlimmen Hals</i>	k / f	32
179	<i>Schiffs Junge, hat ein Brust-Fieber</i>	m / m	20
180	<i>Junge, aus Spend Hause, eine schlimme Hand</i>	m / m	18
181	<i>eine Magd hat ein Fieber</i>	k / f	40
182	<i>ein Arbeits Mann, mit einem Schaden am Geschöß</i>	m / m	36
183	<i>ein Schiffs Zimmer Gesell, hat das Fieber</i>	m / m	33
184	<i>eine Schneider Meister Tochter, hat den Grind</i>	k / f	13
185	<i>eines Unter Oficier Frau, hat Schade am Gesichte</i>	k / f	64
186	<i>eines Schuflicker Frau, hat den Durchlauf</i>	k / f	61
187	<i>eine Magd, hat Glieder Kranckheit</i>	k / f	30
188	<i>ein Kutscher, ist gestört</i>	m / m	26
189	<i>Züchtling, hat den Durchfall</i>	m / m	38
190	<i>eine Magd, hat einen offenen Schaden am Fuß</i>	k / f	26
191	<i>eine Wittwe, ist immer kräncklich</i>	k / f	78
192	<i>eine Nähterin, ist melancholisch</i>	k / f	29
193	<i>eine Wittwe, hat das Fieber</i>	k / f	31
194	<i>eines Arbeits Manns Frau, ist inficirt</i>	k / f	20
195	<i>ein Stadt Soldat, ist geschwollen</i>	m / m	30
196	<i>eine Magd, hat einen Schaden am Unterleibe</i>	k / f	25
197	<i>eine Magd, einen Schaden am Bein</i>	k / f	29
198	<i>ein Arbeits Mann, mit einem Schaden am Geschieht</i>	m / m	29
199	<i>eine Magd, hat Fieber</i>	k / f	40
200	<i>ein Knecht, hat schlimmen Hals</i>	m / m	20
201	<i>ein Arbeits Mann, der Kinnladen Zerbrochen</i>	m / m	48
202	<i>eine Magd, ist gestöhrt</i>	k / f	31
203	<i>eine Magd, hat schlimmen Fuß</i>	k / f	18
204	<i>eine Magd, hat einen Schaden am Fuß</i>	k / f	28
208	<i>die Schul-Aufwärterin, hat einen Schaden am Fuß</i>	k / f	45

k / f – kobieta / female, m / m – mężczyzna / male

Źródło / Source: APG, 300, 87/3, 3–6.

Tab. 17. Wykaz chorób i stanów medycznych podlegających hospitalizacji w Lazarecie w latach 1843–1844.

List of diseases and medical conditions among the Lazaretto hospitalized persons in the years 1843–1844.

Lp. No	Schorzenie / Illness		1843		1844	
	<i>Nomen morbi</i>	Nazwa schorzenia	Razem <i>Total</i>	Zgony <i>Deaths</i>	Razem <i>Total</i>	zgony <i>Deaths</i>
1.	<i>Abscessus</i>	ropień	34	0	33	0
2.	<i>Abscessus hepatis</i>	ropień wątroby	0	0	1	1
3.	<i>Abscessus mammae</i>	ropień sutka	0	0	3	0
4.	<i>Abscessus pulmonum</i>	ropień płuca	0	0	1	1
5.	<i>Aegylops</i>	jęczmień	0	0	1	0
6.	<i>Alienatio mentis</i>	choroba psychiczna	106	7	107	1
7.	<i>Amaurosis</i>	ślepotą	3	0	9	0
8.	<i>Amenorrhoea</i>	brak miesiączki	0	0	3	0
9.	<i>Angina tonsillaris</i>	zapalenie migdałków	6	0	2	0
10.	<i>Ankylosis</i>	zesztywnienie stawów	1	0	0	0
11.	<i>Apoplexia</i>	krwawienie do centralnego układu nerwowego	10	8	13	9
12.	<i>Arachnitis</i>	zapalenie pajęczynówki	1	1	3	3
13.	<i>Arthritis</i>	zapalenie stawów	6	0	14	0
14.	<i>Arthrocace</i>	gruźlica stawowa	33	5	0	0
15.	<i>Asphyxia</i>	asfiksja	0	0	2	0
16.	<i>Atresia vaginae</i>	zarośnięcie pochwy	1	0	0	0
17.	<i>Atrophia</i>	atrofia (nieokreślona)	15	9	12	5
18.	<i>Balanitis</i>	zapalenie napletka	1	0	5	0
19.	<i>Bronchitis</i>	zapalenie oskrzeli	42	10	57	6
20.	<i>Cachexia carcinomatosa</i>	wyniszczenie nowotworowe	0	0	6	4
21.	<i>Caput obstipum</i>	kręć szyi	0	0	1	0
22.	<i>Carbunculus</i>	czyrak gromadny	0	0	1	0
23.	<i>Carcinoma faciei</i>	rak twarzy	0	0	3	0
24.	<i>Carcinoma labii inferioris</i>	rak wargi	2	0	1	0
25.	<i>Carcinoma mammae</i>	rak sutka	0	0	2	0
26.	<i>Carcinoma penis</i>	rak prącia	0	0	1	0
27.	<i>Carcinoma recti</i>	rak odbytnicy	2	0	0	0
28.	<i>Carcinoma uteri</i>	rak macicy	7	5	3	0
29.	<i>Carcinoma vaginae</i>	rak pochwy	1	0	0	0
30.	<i>Carcinoma ventriculi</i>	rak żołądka	6	4	8	6
31.	<i>Cardialgia</i>	ból w okolicy serca	8	0	13	0
32.	<i>Caries ossium</i>	próchnica kości	13	0	13	0
33.	<i>Cataracta</i>	zaćma	2	0	1	0
34.	<i>Catarrhus auris</i>	nieżyt ucha	1	0	0	0
35.	<i>Catarrhus intestinorum</i>	nieżyt jelit	0	0	8	0
36.	<i>Catarrhus ventriculi</i>	nieżyt żołądka	5	0	10	0
37.	<i>Catarrhus vesicae urinariae</i>	nieżyt pęcherza moczowego	2	0	0	0
38.	<i>Catarrhus pulmonum</i>	katar piersiowy	30	0	49	1
39.	<i>Cephalgia</i>	bóle głowy	8	0	0	0
40.	<i>Chirarthrocace</i>	gruźlica stawu kolanowego	0	0	1	0
41.	<i>Chorea St. Viti</i>	pląsawica	0	0	1	0
42.	<i>Chlorosis</i>	blednica (anemia)	14	0	24	0
43.	<i>Cholera sporadiva</i>	cholera	1	1	3	0
44.	<i>Colica saturnina</i>	kolka w zatruciu ołowiem	2	1	1	0
45.	<i>Colonitis</i>	zapalenie jelita grubego	0	0	4	0

Lp. No	Schorzenie / Illness		1843		1844	
	Nomen morbi	Nazwa schorzenia	Razem Total	Zgony Deaths	Razem Total	zgony Deaths
46.	<i>Combustio</i>	oparzenie	19	1	9	0
47.	<i>Commotio cerebri</i>	stłuczenie mózgu	2	1	2	0
48.	<i>Congelatio</i>	odmrożenie	10	0	12	0
49.	<i>Contractura</i>	przykurcz	2	0	3	0
50.	<i>Contusio</i>	uraz	47	0	81	0
51.	<i>Convulsio infantum</i>	drgawki dziecięce	2	2	0	0
52.	<i>Coxalgia</i>	ból biodra	0	0	3	0
53.	<i>Coxarthrocace</i>	torbiel przewlekła	0	0	10	0
54.	<i>Cystitis chronica</i>	delirium tremens	3	3	4	0
55.	<i>Delirium tremens</i>	diabetes mellitus	26	4	21	3
56.	<i>Diabetes mellitus</i>	cukrzyca	0	0	1	0
57.	<i>Diarrhoea</i>	biegunka	31	0	6	0
58.	<i>Distorsio</i>	skręcenie	1	0	1	0
59.	<i>Dysenteria</i>	dyzenteria	2	0	0	0
60.	<i>Dyspepsia</i>	niestrawność	1	1	1	1
61.	<i>Ebrietas</i>	alkoholizm	5	0	4	0
62.	<i>Ecthyma</i>	niesztowica	12	0	4	0
63.	<i>Eczema</i>	wyprysk	1	0	11	0
64.	<i>Emphysema pulm.</i>	ropniak opłucnej	3	2	3	2
65.	<i>Encephalomalatia</i>	rozmiękanie mózgu	2	2	6	6
66.	<i>Endocarditis</i>	zapalenie wsierdza	0	0	2	0
67.	<i>Enuresis</i>	moczenie	3	0	4	0
68.	<i>Epilepsia</i>	padaczka	65	4	56	0
69.	<i>Epulis</i>	nadziąślak	1	0	4	0
70.	<i>Erysipelas</i>	róża	41	0	41	0
71.	<i>Erythema nodosum</i>	rumień guzowaty	0	0	2	0
72.	<i>Excoriatio</i>	otarcie	2	0	6	0
73.	<i>Febris catarrhalis</i>	gorączka kataralna	18	0	12	0
74.	<i>Febris gastrica</i>	gorączka żołądkowa	313	4	166	0
75.	<i>Febris intermittens</i>	gorączka przerywana	82	0	47	0
76.	<i>Febris puerperalis</i>	gorączka połogowa	1	1	3	1
77.	<i>Febris rheumatica</i>	gorączka reumatyczna	38	0	43	0
78.	<i>Fissura ani</i>	przetoka okołoodbytnicza	0	0	2	0
79.	<i>Fistula lacrymalis</i>	przetoka łzowa	0	0	1	0
80.	<i>Fistula recti</i>	przetoka odbytu	2	0	1	0
81.	<i>Fluor albus</i>	upławy białe	1	0	4	0
82.	<i>Fractura ossium</i>	złamanie	98	7	94	2
83.	<i>Fungus medullaris</i>	guz rdzeniasty	5	3	5	2
84.	<i>Furunculus</i>	czyrak	4	0	14	0
85.	<i>Gangrena femoris</i>	zgorzel kończyny dolnej	1	1	0	0
86.	<i>Gastritis</i>	zapalenie żołądka	15	1	7	0
87.	<i>Glossitis</i>	zapalenie języka	1	0	1	0
88.	<i>Gonarthrocace</i>	gruźlicze zapalenie stawu kolanowego	0	0	18	1
89.	<i>Graviditas</i>	ciąża	3	0	0	0
90.	<i>Haematemesis</i>	wymioty z krwią	3	2	2	1
91.	<i>Haemoptysis</i>	krwioplucie	2	0	2	1
92.	<i>Haemorrhoides</i>	guzki krwawnicze	4	0	0	0
93.	<i>Hemiplegia</i>	porażenie połowicze	9	1	8	2
94.	<i>Hepatitis</i>	zapalenie wątroby	8	2	3	2
95.	<i>Haernia incarcerata</i>	przepuklina uwięźnięta	8	3	14	8
96.	<i>Herpes circinatus</i>	liszaj obrączkowy	0	0	1	1

Lp. No	Schorzenie / Illness		1843		1844	
	Nomen morbi	Nazwa schorzenia	Razem Total	Zgony Deaths	Razem Total	zgony Deaths
97.	<i>Herpes Zoster</i>	półpasiec	5	0	2	0
98.	<i>Hordeolum</i>	jęczmień	0	0	2	0
99.	<i>Hydarithrus</i>	wysięk w stawie	7	0	1	1
100.	<i>Hydrocele</i>	wodniak jądra	6	0	8	0
101.	<i>Hydrocephalus</i>	wodogłowie	8	7	9	9
102.	<i>Hydrops</i>	wodniak	64	27	38	5
103.	<i>Hydrothorax</i>	płyn w jamie opłucnej	4	4	0	0
104.	<i>Hypochondria</i>	hipochondria	4	0	13	0
105.	<i>Hysteria</i>	histeria	8	0	15	0
106.	<i>Impetigo</i>	liszajec	5	0	13	0
107.	<i>Intoxicatio acidi sulphurici</i>	zatrucie kwasem siarkowym	6	1	1	0
108.	<i>Intoxicatio liquoris ammonii caustici</i>	zatrucie sodą kaustyczną	0	0	1	0
109.	<i>Intumescencia glandularum</i>	obrzemiecie gruczołów	2	0	3	3
110.	<i>Irritatio spinalis</i>	ból kręgosłupa	0	0	1	0
111.	<i>Ileus</i>	niedrożność	0	0	1	0
112.	<i>Ischias</i>	rwa kulszowa	3	1	4	0
113.	<i>Ischuria</i>	bezmocz	5	0	2	0
114.	<i>Iritis</i>	zapalenie tęczęwki	1	0	2	0
115.	<i>Labium leporinum</i>	warga zajęcza	2	1	2	0
116.	<i>Laryngitis</i>	zapalenie krtani	2	1	1	0
117.	<i>Leucoma corneae</i>	zaćma	0	0	1	0
118.	<i>Lichen</i>	liszaj	0	0	5	0
119.	<i>Lithiasis vesicae urinariae</i>	kamica pęcherza moczowego	1	1	0	0
120.	<i>Lupus nasi</i>	toczeń nosa	5	0	2	0
121.	<i>Luxatio</i>	zwichnięcie	8	0	5	0
122.	<i>Marasmus senilis</i>	uwiąd starczy	9	6	12	7
123.	<i>Meningitis</i>	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	2	2	0	0
124.	<i>Metritis</i>	zapalenie mięśniówki macicy	9	1	10	0
125.	<i>Metrorrhagia</i>	kwawienie maciczne	3	0	4	1
126.	<i>Morbilli</i>	odra	0	0	29	3
127.	<i>Orchitis parotidea</i>	świnkowe zapalenie jąder	0	0	4	0
128.	<i>Osteosarcoma</i>	mięsak kościopochodny	1	0	0	0
129.	<i>Otorrhoea</i>	wyciek z ucha	0	0	7	0
130.	<i>Ozaena</i>	ozena	6	0	4	0
131.	<i>Panaritium</i>	zanokcica	23	0	27	0
132.	<i>Paralysis extremitatum</i>	niedowład kończyn	17	2	16	0
133.	<i>Paraphimosis</i>	załupek	2	0	2	0
134.	<i>Parotitis</i>	zapalenie przyusznic	2	0	26	0
135.	<i>Pemphigus</i>	pęcherzyca	2	0	1	1
136.	<i>Pericarditis</i>	zapalenie osierdzia	0	0	2	2
137.	<i>Periostitis</i>	periostitis	7	0	14	0
138.	<i>Peritonitis</i>	zapalenie otrzewnej	23	11	1	7
139.	<i>Perityphlitis</i>	zapalenie okołokątnicze	2	0	0	0
140.	<i>Phlebitis</i>	zapalenie żył	3	1	4	3
141.	<i>Phlegmone</i>	ropowica	14	1	18	0
142.	<i>Phthisis pulmonum</i>	gruźlica płuc	91	45	67	35
143.	<i>Plethora venosa</i>	krwistość żylna	6	0	4	0
144.	<i>Physconia</i>	powiększenie obwodu jamy brzusznej	0	0	1	0

Lp. No	Schorzenie / Illness		1843		1844	
	Nomen morbi	Nazwa schorzenia	Razem Total	Zgony Deaths	Razem Total	zgony Deaths
145.	<i>Pleuritis</i>	zapalenie opłucnej	11	2	6	3
146.	<i>Morbus Brighti</i>	choroba Bright'a (niewydolność nerek)	0	0	19	9
147.	<i>Morbus maculosus Werlhofi</i>	choroba Werlhofa (małopłytkowość samoistna)	0	0	1	1
148.	<i>Myelitis</i>	zapalenie szpiku	0	0	1	1
149.	<i>Miocarditis</i>	zapalenie mięśnia sercowego	0	0	1	1
150.	<i>Necrosis</i>	martwica	2	0	0	0
151.	<i>Neuralgia facialis</i>	neuralgia nerwu twarzewego	1	0	2	0
152.	<i>Noma</i>	rak wodny	0	0	2	1
153.	<i>Obstructio alvi</i>	zaparcie stolca	3	0	0	0
154.	<i>Oedema pedum</i>	obrzęk stóp	2	0	0	0
155.	<i>Oedema pulmonum</i>	obrzęk płuc	1	0	0	0
156.	<i>Olecranarthrocace</i>	gruźlica stawu łokciowego	0	0	1	0
157.	<i>Omarthrocace</i>	gruźlica stawu barkowego	0	0	2	0
158.	<i>Ophthalmia catarrhalis maligna</i>	nieżytowe złośliwe zapalenie spojówek	10	0	12	0
159.	<i>Ophthalmia neonatorum</i>	rzeżączkowy ropotok noworodków	5	0	3	0
160.	<i>Ophthalmia rheumatica</i>	zapalenie oka reumatyczne	18	0	25	0
161.	<i>Ophthalmia scrophulosa</i>	zapalenie oka gruźlicze	15	0	21	0
162.	<i>Ophthalmia traumatica</i>	zapalenie oka pourazowe	0	0	3	0
163.	<i>Orchitis</i>	zapalenie jądra	0	0	7	0
164.	<i>Pneumonia</i>	zapalenie płuc	87	25	104	21
165.	<i>Podarthrocace</i>	policholia	0	0	3	0
166.	<i>Polycholia</i>	polip macicy	4	0	14	0
167.	<i>Polypus uteri</i>	polip macicy	0	0	1	1
168.	<i>Porriigo</i>	łupież	69	0	83	0
169.	<i>Prolapsus recti</i>	wypadanie odbytu	3	0	0	0
170.	<i>Prolapsus uteri</i>	wypadanie macicy	0	0	2	0
171.	<i>Psoriasis</i>	łuszczyca	12	0	2	0
172.	<i>Puerperium</i>	połóg	0	0	1	0
173.	<i>Purpura</i>	skaza	3	0	0	0
174.	<i>Pityriasis</i>	łupież	0	0	1	0
175.	<i>Retroversio uteri</i>	tylopochylenie macicy	1	0	0	0
176.	<i>Rheumatismus</i>	reumatyzm	104	0	98	0
177.	<i>Roseola</i>	różyczka	3	0	0	0
178.	<i>Rupia</i>	brudziec (rupia)	1	0	0	0
179.	<i>Ruptura hepatis</i>	pęknięcie wątroby	0	0	1	1
180.	<i>Ruptura urethrae</i>	pęknięcie moczowodu	0	0	1	1
181.	<i>Ruptura vesicae urinariae</i>	pęknięcie pęcherza	0	0	1	1
182.	<i>Scabies</i>	świerzb	325	0	321	0
183.	<i>Scarlatina</i>	szkarlatyna	1	1	0	0
184.	<i>Scirrhus mammae</i>	rak lity sutka	0	0	2	0
185.	<i>Scirrhus uteri</i>	rak lity macicy	3	0	3	3
186.	<i>Scrophulosis</i>	skrofule	5	0	7	0
187.	<i>Spondylarthrocace</i>	gruźlicze zapalenie stawów kręgosłupa	0	0	8	2
188.	<i>Stomacace</i>	zapalenie jamy ustnej	1	0	1	0
189.	<i>Stricture intestini crassi</i>	zwężenie jelita grubego	1	1	0	0
190.	<i>Stricture oesophagi</i>	zwężenie przełyku	0	0	4	1
191.	<i>Stricture urethrae</i>	zwężenie moczowodu	0	0	2	0

Lp. No	Schorzenie / Illness		1843		1844	
	Nomen morbi	Nazwa schorzenia	Razem Total	Zgony Deaths	Razem Total	zgony Deaths
192.	<i>Syphilis. Bubones.</i>	kiła dymienicza	14	0	29	0
193.	<i>Syphilis. Condylomata.</i>	kiła; kłykciny	55	0	61	0
194.	<i>Syphilis. Dolores osteoscopii</i>	kiła; bóle kostne	2	0	1	0
195.	<i>Syphilis. Exanthema</i>	kiła; osutka	0	0	10	0
196.	<i>Syphilis. Gonorrhoea (Orchitis)</i>	kiła; rzeżączka; zapalenie jądra	61	0	51	0
197.	<i>Syphilis. Ophthalmia</i>	kiła; zapalenie gałki ocznej	0	0	2	0
198.	<i>Syphilis. Tophi</i>	kiła; guzki dnawe	1	0	0	0
199.	<i>Syphilis. Ulcera</i>	kiła; owrzodzenia	100	0	111	0
200.	<i>Tabes dorsalis</i>		2	0	7	2
201.	<i>Trismus rheumaticus</i>	szczękościsk reumatyczny	0	0	1	0
202.	<i>Trismus traumaticus</i>	szczękościsk pourazowy	0	0	1	0
203.	<i>Tuberculosis</i>	guz pęcherza	0	0	7	5
204.	<i>Tumor cysticus</i>	guz torbielowaty	1	0	0	0
205.	<i>Tussis convulsiva</i>	kaszel konwulsyjny	1	0	0	0
206.	<i>Tympanitis</i>	zapalenie błony bębenkowej	1	0	0	0
207.	<i>Typhus abdominalis</i>	tyfus brzuszny	22	16	46	18
208.	<i>Ulcus pedum</i>	owrzodzenie podudzi	176	0	183	0
209.	<i>Ulcus ventriculi perforans</i>	wrzód żołądka z perforacją	0	0	1	1
210.	<i>(Pes) Valgus</i>	koślawość	2	0	4	0
211.	<i>(Pes) Varus</i>	szpotawość	4	0	3	0
212.	<i>Variola</i>	ospa prawdziwa	8	0	0	0
213.	<i>Varicella</i>	ospa wietrzna	19	0	1	0
214.	<i>Variolois</i>	ospianka	79	2	13	3
215.	<i>Vitium cordis</i>	wada serca	23	6	33	12
216.	<i>Vulnus</i>	rana	129	1	93	1

Źródło / Source: Götz 1845, 11–22.

Tab. 18. Ilość i rodzaj zabiegów chirurgicznych przeprowadzonych w Lazarecie w latach 1843–1844.

Number and type of surgical operations performed in Lazaretto in the years 1843–1844.

Rodzaj zabiegu <i>Type of operation</i>	Ilość zabiegów <i>Number of operations</i>	Ilość wyleczonych <i>Number of cured patients</i>	Ilość zgonów <i>Number of deaths</i>
Trepanacja czaszki <i>Craniectomy</i>	1	0	1
Amputacja uda <i>Thigh amputation</i>	3	1	2
Amputacja podudzia <i>Leg amputation</i>	2	2	0
Amputacja ramienia <i>Arm amputation</i>	1	0	1
Amputacja przedramienia <i>Forearm amputation</i>	2	2	0
Amputacja piersi <i>Mammectomy</i>	4	4	0
Amputacja penisa <i>Penis amputation</i>	1	0	1
Usunięcie dużego kaszaka <i>Removal of a large atheroma</i>	3	3	0
Przecięcie ścięgna <i>Tendon cutting</i>	7	7	0
Zabieg operacyjny wargi zajęczej <i>Hare-lip operation</i>	4	3	1
Usunięcie raka wargi lub twarzy <i>Removal of a lip or face tumor</i>	4	4	0
Radykalna operacja wodniaka <i>Radical hydrophs operation</i>	12	12	0
Usunięcie zaćmy <i>Removal of cataract</i>	1	1	0
Zabieg operacyjny uwięźniętej przepukliny <i>Incarcerated hernia operation</i>	12	4	8
Zabieg operacyjny przetoki okołoodbytniczej <i>Perianal fistula operation</i>	2	2	0
Litotrypsja w zakresie pęcherza moczowego <i>Urinary bladder lithotripsy</i>	1	0	1
Suma <i>Total</i>	60	45	15

Źródło / *Source*: Götz 1845, 48.

Tab. 19. Wysokość wкупnego (*Einkaufsgeld*) w szpitalu Bożego Ciała w latach 1580–1740.

Entrance fee (Einkaufsgeld) in the Corpus Christi hospital in the 1580–1740 period.

Rok <i>Year</i>	Ilość osób <i>Number of persons</i>	Wysokość wкупnego <i>Entrance fee</i>	Źródło <i>Source</i>
1580	małżeństwo / <i>married couple</i>	30 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	a
1580	1 osoba / <i>1 person</i>	18 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	a
1580	małżeństwo / <i>married couple</i>	20 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	a
1580	1 osoba / <i>1 person</i>	36 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	a
1582	1 osoba / <i>1 person</i>	12 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	b
1582	1 osoba / <i>1 person</i>	10 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	b
1582	1 osoba / <i>1 person</i>	60 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	b
1659	1 osoba / <i>1 person</i>	150 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	c
1659	1 osoba / <i>1 person</i>	375 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	c
1659	małżeństwo / <i>married couple</i>	800 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	c
1671	2 osoby / <i>2 persons</i>	637 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	d
1671	1 osoba / <i>1 person</i>	150 grzywien / <i>accounting monetary units</i>	d
1687	małżeństwo / <i>married couple</i>	450 guldenów / <i>guilders</i>	e
1692	małżeństwo / <i>married couple</i>	400 guldenów / <i>guilders</i>	f
1692	1 osoba / <i>1 person</i>	130 guldenów / <i>guilders</i>	f
1692	1 osoba / <i>1 person</i>	170 guldenów / <i>guilders</i>	f
1692	1 osoba / <i>1 person</i>	140 guldenów / <i>guilders</i>	f
1696	małżeństwo / <i>married couple</i>	800 guldenów / <i>guilders</i>	e
1699	1 osoba / <i>1 person</i>	340 guldenów / <i>guilders</i>	g
1699	małżeństwo / <i>married couple</i>	700 guldenów / <i>guilders</i>	g
1699	1 osoba / <i>1 person</i>	250 guldenów / <i>guilders</i>	g
1699	1 osoba / <i>1 person</i>	430 guldenów / <i>guilders</i>	g
1699	1 osoba / <i>1 person</i>	200 guldenów / <i>guilders</i>	g
1699	1 osoba / <i>1 person</i>	410 guldenów / <i>guilders</i>	g
1740	1 osoba / <i>1 person</i>	1500 guldenów / <i>guilders</i>	h

Źródła / *Sources*: a – APG, 300, 61/93; b – APG, 300, 61/94; c – APG 300, 61/143, d – APG 300, 61/147; e – APG 300, R/Rr, 1; f – APG 300, 61/148; g – APG 300, 61/155; h – Keyser 1926, 16.

Tab. 20. Kasa miejska jako źródło dochodów Lazaretu w Gdańsku.
Town cashier's office as a source of income of the Gdansk Lazaretto

Rok Year	Sumarycz- ne dochody Lazaretu <i>Total Laza- retto income</i> [rthlr.]	Subwencja z kasy miejskiej <i>Town cashier's office subsidy</i> [rthlr.]	Zwrot kosztów za leczenie z kasy miejskiej <i>Town cashier's office repayment of treatment costs</i> [rthlr.]	Sumarycznie dotacja z kasy miejskiej <i>Total town cashier's office subsidy</i> [rthlr.]	Źródło Source
1804	*77664	*66 [0,1%]	0 [0%]	*66 [0,1%]	a
1828	20114	8046 [40%]	0 [0%]	8046 [40%]	b
1835	ca 28000	ca 12000 [42,9%]	0 [0%]	ca 12000 [42,9%]	c
1857	55658	23666 [42,5%]	8489 [15,3%]	32155 [57,8%]	d
1858	49099	20186 [41,1%]	5387 [10,9%]	25573 [52,0%]	d
1859	40450	16066 [39,7%]	5285 [13,1%]	21351 [52,8%]	e
**1863	39200	24812 [63%]	0 [0%]	24812 [63%]	f
1899	***339167	***173115 [51%]	0 [0%]	***173115 [51%]	g

Źródła / Sources: a – APG 300, R/LI, 96, 384–385; b – *Nachrichten* 1830, 3, 59; c – Dann 1835, 308; d – *Zusammenstellung 1858*, 53–54; e – *Zusammenstellung 1859*, 66; f – GStAPK, I. HA Rep. 76, VIII A, Nr 3623, nie pagin./no pagination; g – Guttstadt 1900, 121.

* – kwoty podane w guldenach / sums quoted in guilders

** – projekt budżetu / budgetary plan

*** – kwoty podane w markach / sums quoted in marks.

Tab. 21. Przychody i rozchody szpitala diakonis w Gdańsku za lata 1857–1887 (brak danych za lata: 1880, 1882, 1884, 1886; zaokrąglenie do reichstalarów w latach 1857–1874, do marek w latach 1875–1887).

Incomes and expenditures of the Gdansk evangelical deaconess hospital in the years 1857–1887 (no data available for 1880, 1882, 1884, 1886; rounded up to reichsthaler in 1857–1874, to marks in 1875–1887).

Rok <i>Year</i>	Przychody <i>Incomes</i>	Rozchody <i>Expenditures</i>
1857	2345	2276
1858	1230	1103
1859	1066	975
1860	4733	4886
1861	8082	5950
1862	6994	6970
1863	7567	7509
1864	5975	5885
1865	5639	5293
1866	8942	88894
1867	8838	9302
1868	13505	12890
1869	34769	34761
1870	13522	13483
1871	24875	24831
1872	12546	12506
1873	25946	25912
1874	28325	28287
1875	235976	235816
1876	179603	178446
1877	41103	40103
1878	41214	40208
1879	38505	37483
1881	52466	52201
1883	55521	55077
1885	112479	112354
1887	92233	91841

Źródło / *Source*: Hülsen, von 1907, 220–221.

Tab. 22. Udział abonamentów w strukturze przychodów szpitala diakonis w Gdańsku za lata 1863–1887 (zaokrąglenie do reichstalarów w latach 1863–1874, do marek w latach 1875–1887).

Share of subscriptions in the income structure of the Gdansk evangelical deaconness hospital in the years 1863–1887 (rounded up to reichsthaler in 1863–1874, to marks in 1875–1887).

Rok <i>Year</i>	Wysokość abonamentu <i>Sum of subscription</i>	Przychody <i>Incomes</i>	%
1863	152	7567	2,0
1864	200	5975	3,4
1865	202	5639	3,6
1866	189	8942	2,1
1867	157	8838	1,8
1868	145	13505	1,0
1869	173	34769	0,5
1870	170	13522	1,3
1871	165	24875	1,2
1872	154	12546	0,5
1873	140	25946	0,5
1874	138	28325	0,5
1875	411	235976	0,2
1876	414	179603	0,2
1877	402	41103	0,9
1878	408	41214	0,9
1879	411	38505	1,0
1880	345	*	*
1881	333	52466	0,6
1882	302	*	*
1883	*	55521	*
1884	348	*	*
1885	381	112479	0,3
1886	429	*	*
1887	528	92233	0,6

Źródło / *Source*: Hülsen, von 1907, 228.

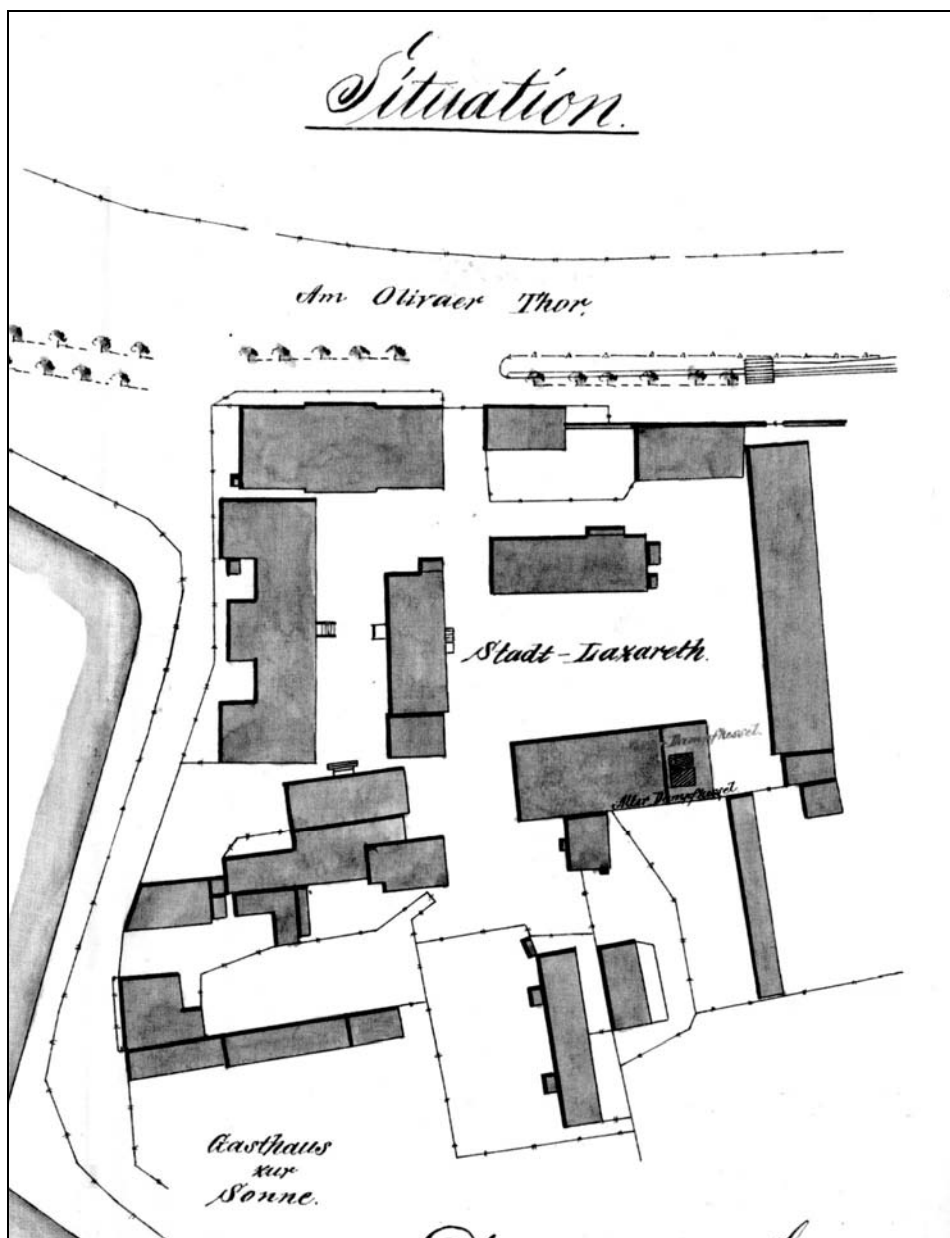
* brak danych / *no data*.

14. RYCINY

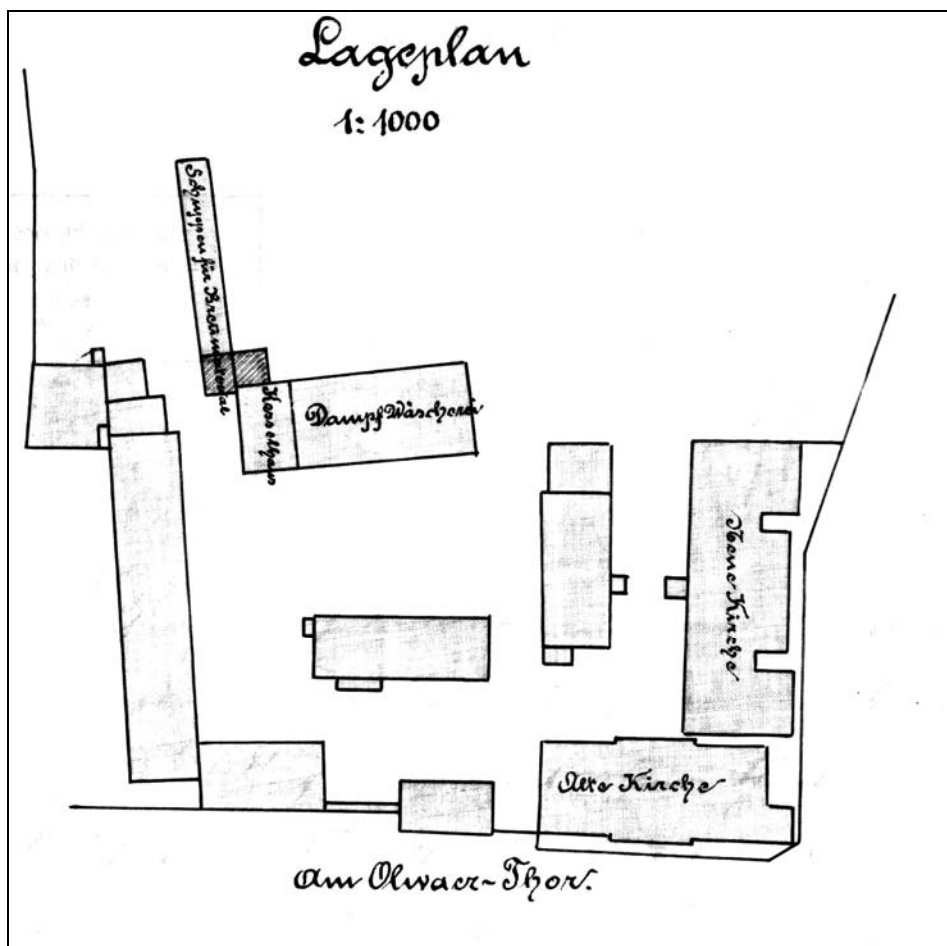


Ryc. 1. Lazaret przy Bramie Oliwskiej, ok. 1687 r. Peter Willer (źródło: Curicke 1687, s. 344).

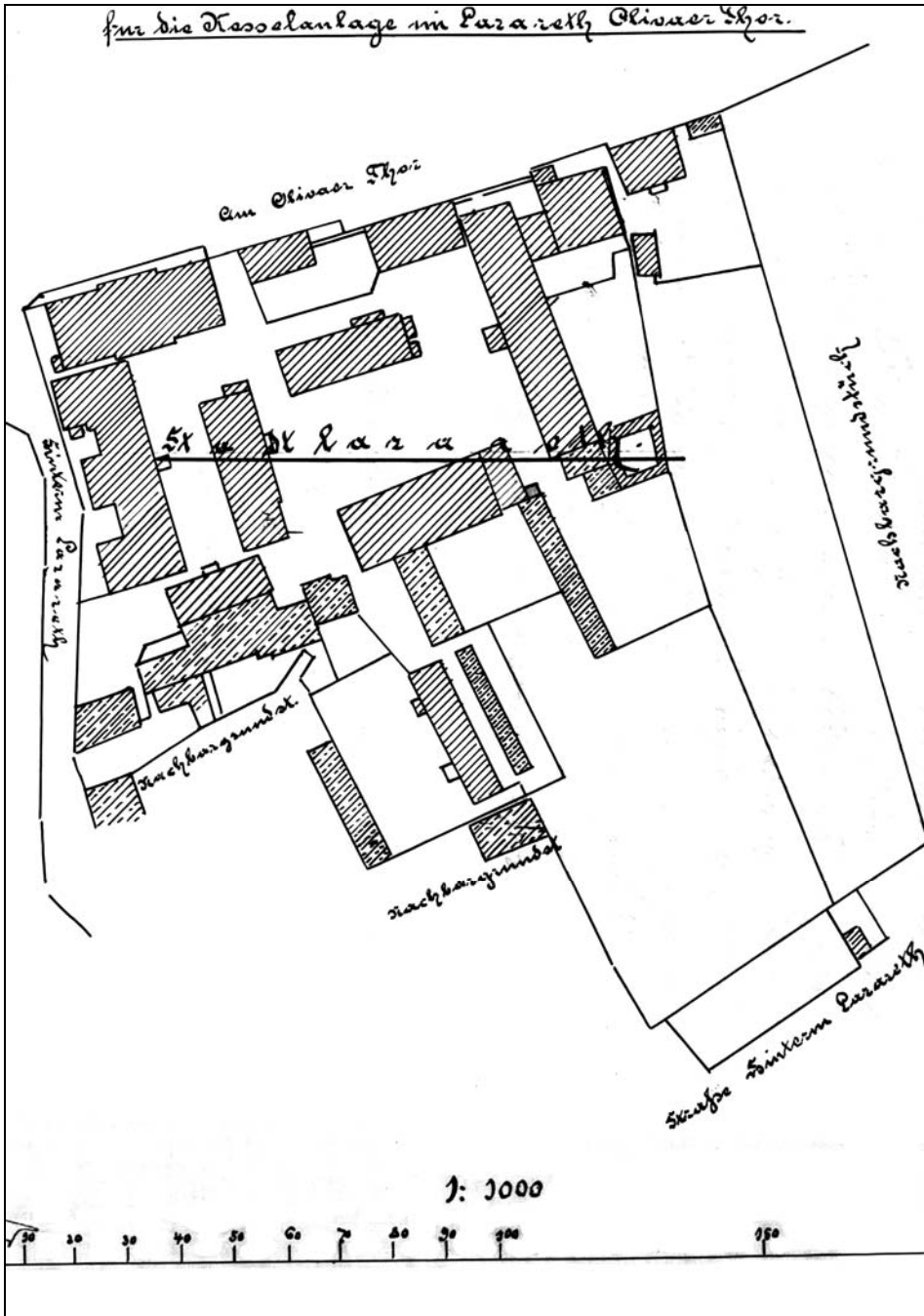
Fig. 1. Oliva Gate Lazaretto, ca. 1678. Peter Willer (source: Curicke 1687, p. 344).



Ryc. 2. Lazaret przy Bramie Oliwskiej – plan sytuacyjny, 1887 r. (źródło: APG, 15/74).
Fig. 2. Oliva Gate Lazaretto – location plan, 1887 (source: APG, 15/74).

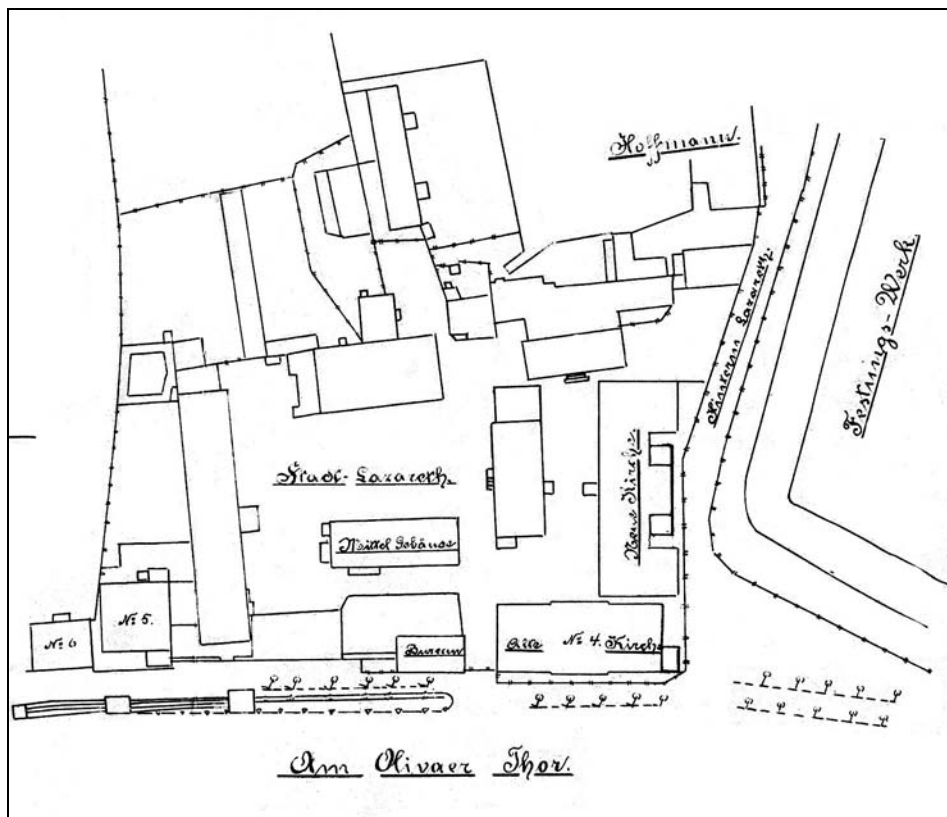


Ryc. 3. Lazaret przy Bramie Oliwskiej – plan sytuacyjny, 1890 r. (źródło: APG, 15/74).
Fig. 3. Oliva Gate Lazaretto – location plan, 1890 (source: APG, 15/74).



Ryc. 4. Lazaret przy Bramie Oliwskiej – plan sytuacyjny, 1890 r. (źródło: APG, 15/74).

Fig. 4. Oliva Gate Lazaretto – location plan, 1890 (source: APG, 15/74).

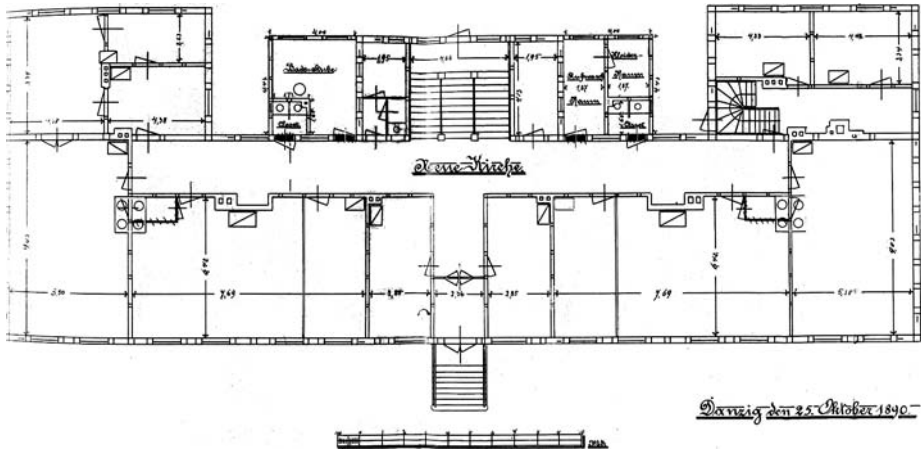


Ryc. 5. Lazaret przy Bramie Oliwskiej – plan sytuacyjny, 1890 r. (źródło: APG, 15/74).
 Fig. 5. Oliva Gate Lazaretto – location plan, 1890 (source: APG, 15/74).



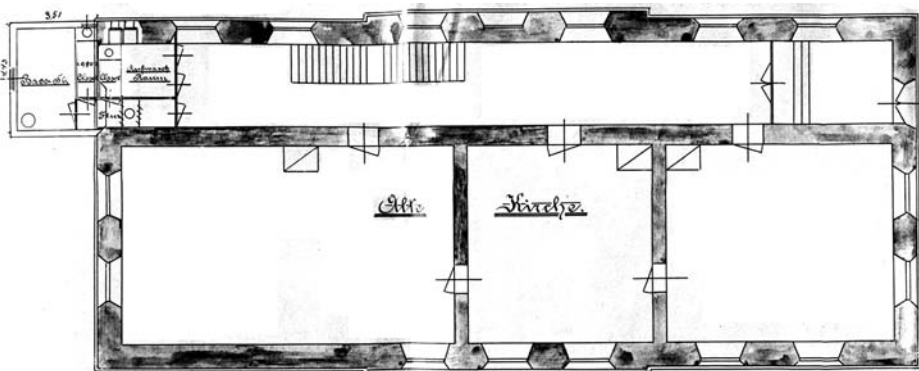
Ryc. 6. Lazaret przy Bramie Oliwskiej. Litografia, 1850 r. (źródło: Bibl. Gd. PAN, Gabinet Rycin, nr inw. 5502).

Fig. 6. Oliva Gate Lazaretto. Lithography, 1850 (source: Bibl. Gd. PAN, Gabinet Rycin, no. 5502).



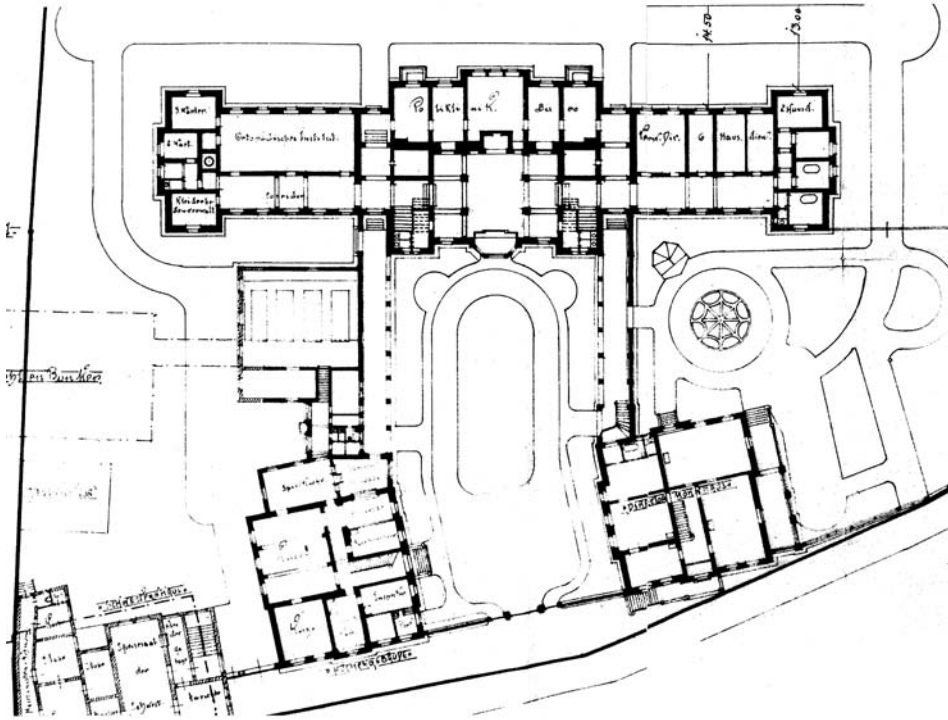
Ryc. 7. Lazaret przy Bramie Oliwskiej – podział wewnętrzny tzw. Nowego Kościoła, 1890 r. (źródło: APG, 15/74).

Fig. 7. Oliva Gate Lazaretto – internal arrangement of the New Church, 1890 (source: APG, 15/74).



Ryc. 8. Lazaret przy Bramie Oliwskiej – podział wewnętrzny tzw. Starego Kościoła, 1890 r. (źródło: APG, 15/74).

Fig. 8. Oliva Gate Lazaretto – internal arrangement of the Old Church, 1890 (source: APG, 15/74).



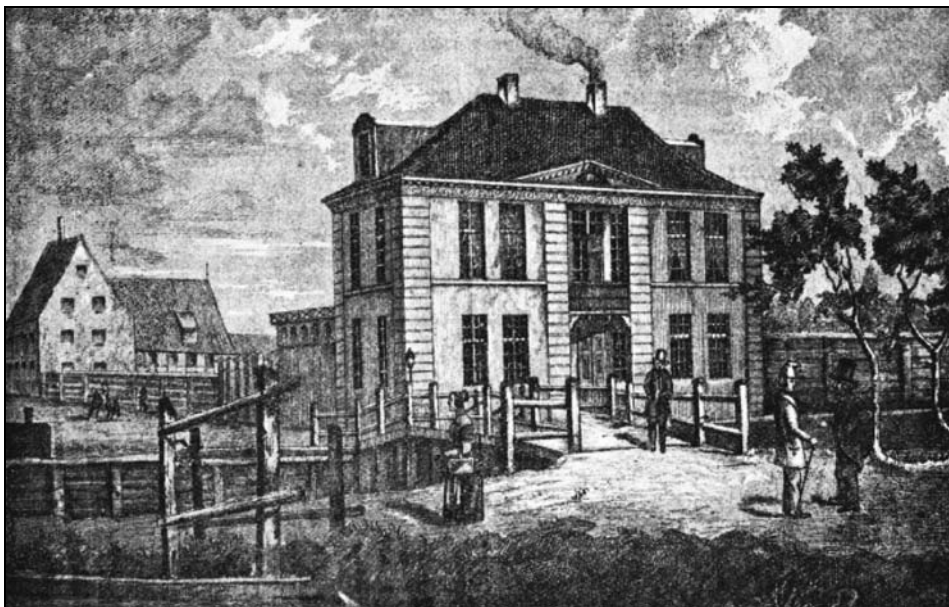
Ryc. 9. Plan Lazaretu przy *Sandgrube*, 16 październik 1906 r. (źródło: Bibl. Gd. PAN, Gabinet Rycin, nr inw. 5871).

Fig. 9. Plan of the *Sandgrube Lazaretto*, 16 October 1906 (source: Bibl. Gd. PAN, Gabinet Rycin, no. 5871).



Ryc. 10. Lazaret przy *Sandgrube*. R.T. Kuhn, fotografia, 1885 r. (źródło: Bibl. Gd. PAN, zbiory fotografii, sygn. Alf IV/31/13).

Fig. 10. Sandgrube Lazaretto. R.T. Kuhn, photo, 1885 (source: Bibl. Gd. PAN, photo collection, sign. Alf IV/31/13).



Ryc. 11. Dworek rodziny Uphagenów. Niedatowane (źródło: Steffen 1921, s. 33).
Fig. 11. The Uphagen family manor-house. Undated (source: Steffen 1921, p. 33).



Ryc. 12. Szpital boromeuszek pod wezwaniem Najświętszej Maryi Panny przy *Schleusengasse*. Niedatowane (źródło: Steffen 1921, s. 39).

Fig. 12. The Schleusengasse St. Mary's Boromeo convent hospital. Undated (source: Steffen 1921, p. 39).



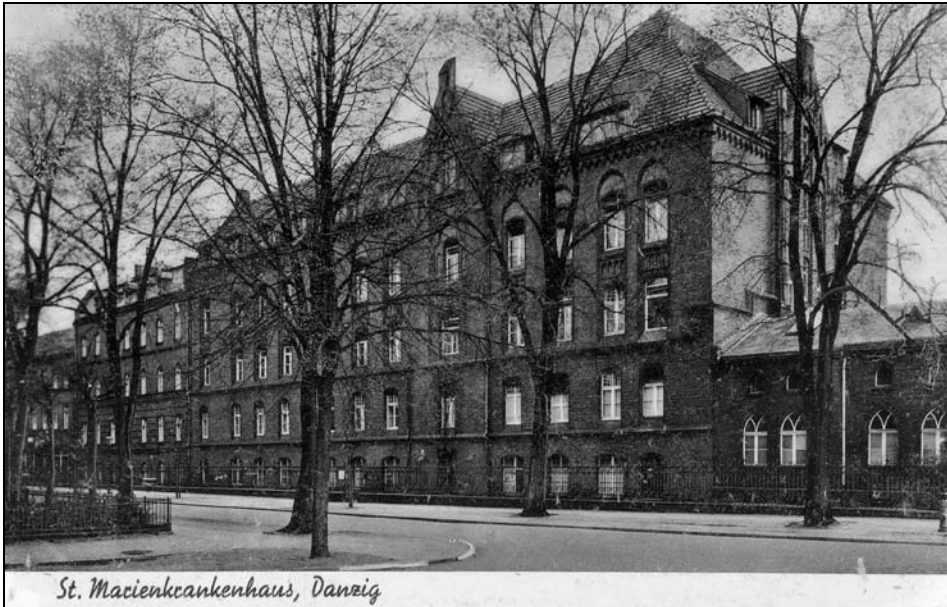
Ryc. 13. Szpital boromeuszek pod wezwaniem Najświętszej Maryi Panny przy *Schleusengasse*. Niedatowane (źródło: Steffen 1921, s. 55).

Fig. 13. The Schleusengasse St. Mary's Boromeo convent hospital. Undated (source: Steffen 1921, p. 55).



Ryc. 14. Szpital boromeuszek pod wezwaniem Najświętszej Maryi Panny. Niedatowane (źródło: Steffen 1921, s. 2).

Fig. 14. St. Mary's Boromeo convent hospital. Undated (source: Steffen 1921, p. 2).



Ryc. 15. Szpital boromeuszek pod wezwaniem Najświętszej Maryi Panny, 1915 r. (źródło: zbiory prywatne).

Fig. 15. St. Mary's Boromeo convent hospital, 1915 (source: private collection).



Ryc. 16. Szpital dziecięcy diakonis przy *Schwarzes Meer* 10, 1857 r. (źródło: Hülsen, von 1907, s. 10).

Fig. 16. The *Schwarzes Meer* deaconess children's hospital, 1857 (source: Hülsen, von 1907, p. 10).



Ryc. 17. Szpital dziecięcy diakonis przy *Schwarzes Meer* 10 – widok od podwórka, 1857 r. (źródło: Hülsen, von 1907, s. 10).

Fig. 17. The Schwarzes Meer deaconess children's hospital. View from the courtyard. 1857 (source: Hülsen, von 1907, p. 10).



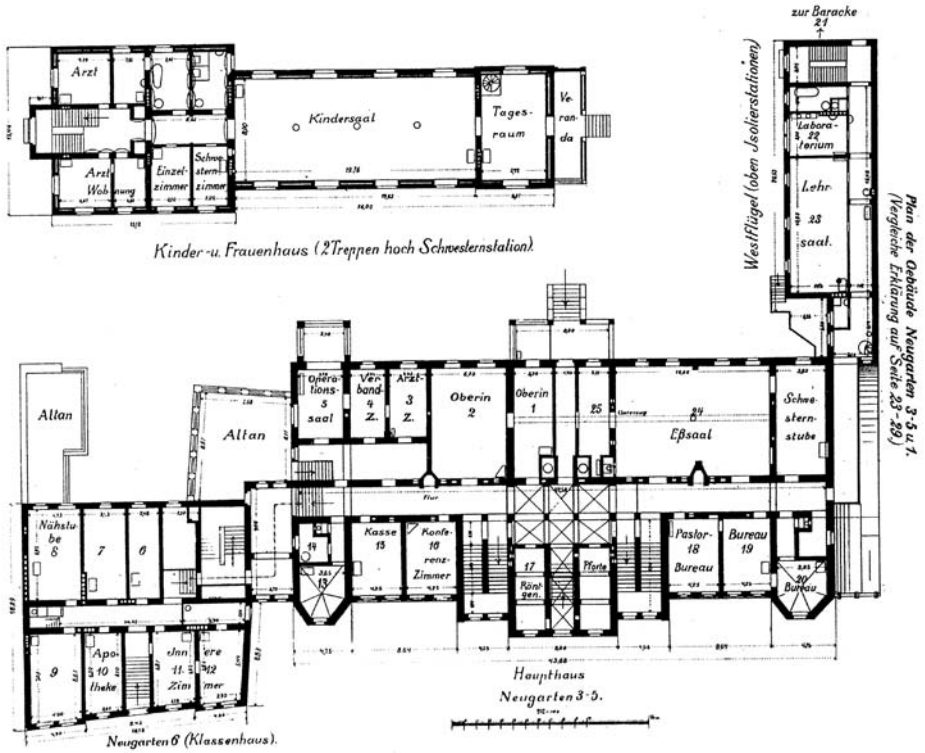
Ryc. 18. Szpital dziecięcy diakonis przy *Neugarten* 23, ok. 1865 r. (źródło: Hülsen, von 1907, s. 15).

Fig. 18. The Neugarten deaconess children's hospital, ca. 1865 (source: Hülsen, von 1907, p. 15).



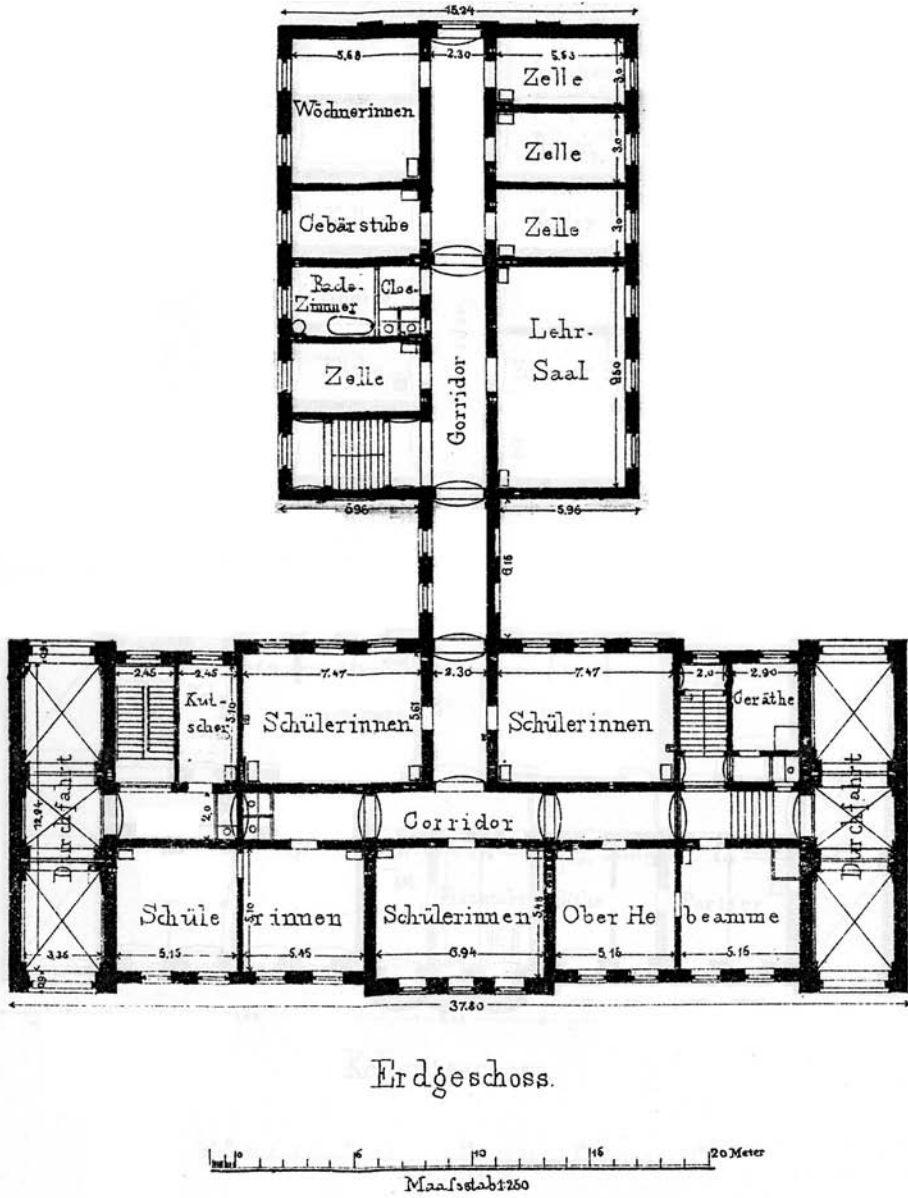
Ryc. 19. Szpital diakonis ewangelickich przy *Neugarten* 3–5. Fotografia, ok. 1908 r. (źródło: Bibl. Gd. PAN, zbiory fotograficzne, sygn. P 1/6).

Fig. 19. The Neugarten evangelical deaconness hospital. Photo, ca. 1908 (source: Bibl. Gd. PAN, photo collection, sign. P 1/6).



Ryc. 20. Plan szpitala diakonis, 1907 r. (źródło: Hülsen, von 1907, s. 23).

Fig. 20. Plan of the deaconess hospital, 1907 (source: Hülsen, von 1907, p. 23).



Ryc. 21. Plan szkoły położnych, 1880 r. (źródło: Abegg 1882, po s.7).

Fig. 21. Plan of the women in childbirth school, 1880 (source: Abegg 1882, after p.7).



Ryc. 22. Wilhelm Baum (1799–1883), ordynator Lazaretu przy Bramie Oliwskiej w latach 1830–1842. Litografia, 1843 r. (źródło: Bibl. Gd. PAN, Gabinet Rycin, nr inw. 4716).

Fig. 22. Wilhelm Baum (1799–1883), the Lazaretto ward head 1830–1842. Lithography, 1843 (source: Bibl. Gd. PAN, Gabinet Rycin, no. 4716).



Ryc. 23. Eduard Ferdinand Geiseler (1781–1837), ordynator Lazaretu przy Bramie Oliwskiej w latach 1820–1826. Litografia, 1835 r. (źródło: Bibl. Gd. PAN, Gabinet Rycin, nr inw. 4848).

Fig. 23. Eduard Ferdinand Geiseler (1781–1837), the Lazaretto ward head 1820–1826. Litography, 1835 (source: Bibl. Gd. PAN, Gabinet Rycin, no. 4848).



Ryc. 24. Eduard Hildebrandt (1811–1900), ordynator szpitala boromeuszek w latach 1852–1894 (źródło: Steffen 1927, s. 154).

Fig. 24. Eduard Hildebrandt (1811–1900), the St. Mary's Boromeo convent hospital ward head 1852–1894 (source: Steffen 1927, p. 154).



Ryc. 25. Sala operacyjna szpitala diakonis. Niedatowane. (źródło: *Nach 75 Jahren*, s. 10).

Fig. 25. Deaconness hospital operating room. Undated (source: *Nach 75 Jahren*, p. 10).



Ryc. 26. Diakonisy – mistrzyni probantek i uczennice. Niedatowane (źródło: *Nach 75 Jahren*, s. 11).

Fig. 26. Deaconesses – Mother of novice and apprentices. Undated (source: *źródło: Nach 75 Jahren*, p.11).

15. STRESZCZENIE

Funkcja szpitali na przestrzeni wieków ulegała daleko idącym przemianom. Zwłaszcza wiele wieków przetrwał ustabilizowany w okresie średniowiecza kształt zakładu multipotencjalnego. Szpital zapewniał schronienie pielgrzymom, mieszkanie ubogim, opiekę starcom, wychowanie sierotom i łóżko chorym. W okresie wczesnonowożytnym wzbogacony został o funkcję resocjalizacyjną osób z obszarów społecznej marginalizacji. Na przełomie XVIII i XIX wieku doszło do ważnej przemiany, polegającej na wyodrębnieniu funkcji leczniczej i podporządkowaniu jej wszystkich działań szpitalnych. Proces ten nazywany jest medykalizacją szpitali.

Celem niniejszego projektu badawczego była ocena wpływu czynników społecznych, ekonomicznych i politycznych na proces kształtowania się szpitali jako placówek leczniczych na przykładzie szpitali gdańskich. Należą do nich Lazaret przy Bramie Oliwskiej (istniejący od XV wieku), szpital boromeuszek (erygowany w 1853 r.), szpital diakonis ewangelickich (erygowany w 1857 r.) oraz Lazaret przy *Sandgrube* (otwarty w 1887 r., filia chirurgiczna i ginekologiczno-położnicza Lazaretu przy Bramie Oliwskiej). Na podstawie analizy zachowanych aktów prawnych, danych dotyczących źródeł finansowania, informacji o ruchu chorych, o rodzaju leczonych schorzeń oraz o przemianach zachodzących w składach osobowych poszczególnych placówek, nakreślono obraz procesu medykalizacji.

W przemianach społecznych ważna jest zmiana klienteli szpitali. Szpitale do końca XVIII wieku były placówkami przeznaczonymi głównie dla osób starych, chorych nieuleczalnie czy kalekich. W XIX wieku stały się głównie obszarem leczenia ubogich osób, które w czasie choroby pozbawione były opieki przez rodziny (młodzi, nieżonaci, słabo wykształceni mężczyźni). Hospitalizowano także pacjentów z chorobami społecznymi (świerzb, choroby weneryczne). Spowodowało to przesunięcie średniej wieku pacjentów z 50–60 lat w kierunku osób w 30 roku życia.

Jednocześnie ze zmianą funkcji szpitala początkowo nie wzrosła znacząco jego funkcja terapeutyczna. Wynikało to ze stosowania środków leczniczych nie różniących się w zasadzie od stosowanych również w lecznictwie ambulatoryjnym. Odnotowano wprawdzie statystycznie istotne skrócenie okresu hospitalizacji oraz zwiększenie osób uznanych za wyleczone. Zjawisko to wynikało jednak ze zmiany profilu chorób poddawanych leczeniu w warunkach szpitalnych. Między innymi na wynikach statystycznych zaważyła masowa hospitalizacja i zaledwie kilkudniowe leczenie chorych na świerzb (11,5% wszystkich hospitalizacji w 1843 r.). Również na pozorną poprawę zdolności terapeutycznej szpitali miał wpływ zakaz przyjmowania chorych nieuleczalnie. Chorzy ci zwiększali zarówno okres hospitalizacji, jak i śmiertelność w poszczególnych zakładach. Celem opieki nad tą grupą chorych wyodrębniano często obok szpitali nowego typu (dla obszaru niemieckojęzycznego – *Krankenhaus*) placówkę socjalną, będącą szpitalem starego typu (dla obszaru niemieckojęzycznego – *Hospital*). Placówki takie zakładano również przy szpitalach budowanych od podstaw (w Gdańsku szpitale boromeuszek, diakonis ewangelickich oraz Lazaret przy *Sandgrube*).

Odseparowanie ubogich chorych od pozostałych grup ubogich jest jedną z podstawowych cech szpitali poddanych medykalizacji. Towarzyszyło temu jednocześnie do drugiej połowy XIX wieku nadal przeznaczanie obszaru szpitala jako obszaru przeznaczonego głównie dla ubogich. Było to podyktowane zarówno polityką państwa, jak i

niewielką zdolnością terapeutyczną szpitali. To ostatnie zjawisko powodowało, że obszar szpitala, pomimo pełnej jego medykalizacji, nie był początkowo atrakcyjnym dla osób zamożniejszych. Dopiero przemiany w wiedzy medycznej, jakie dokonały się w drugiej połowie XIX wieku zmieniały stopniowo postrzeganie szpitala w świadomości społecznej. Efektem wzrostu zainteresowania szpitalami jako zakładami leczniczymi stało się pojawienie „chorych samopłacących”. Jednak w Gdańsku aż do 1914 r. grupa ta nie stanowiła znaczącej ekonomicznie grupy pacjentów szpitalnych.

Finansowanie szpitali w Gdańsku odbywało się z funduszy własnych placówek, z darowizn oraz fundacji pozaszpitalnych. Wprowadzenie odpłatności w formie tzw. abonamentów (początkowo szpital boromeuszek, potem diakonis, na koniec Lazaret przy Bramie Oliwskiej i Lazaret przy *Sandgube*) nie spowodowało znaczącego zwiększenia dochodów szpitali. To samo dotyczyło wpływów z kas czeladniczych i kas dla służących, do których przynależność na terenie Gdańska do 1883 r. nie była obowiązkowa. Tak szpital boromeuszek, jak i szpital diakonis były placówkami w zasadzie samowystarczającymi. Natomiast Lazaret przy Bramie Oliwskiej (a potem jego filia przy *Sandgrube*) wymagały dodatkowych źródeł finansowania. Było to rezultatem uznania szpitala przez gminę miejską oraz przez państwo jako elementu opieki społecznej. Efektem tego stało się przyjmowanie celem leczenia ubogich chorych, którzy nie mogli pokrywać kosztów opieki i terapii, bądź czynili to w stopniu niewystarczającym. Wzrastające koszty leczenia tzw. ubogich miejskich spowodowały konieczność stopniowego podwyższenia kwot dofinansowania Lazaretu z kasy miejskiej (procentowy udział dofinansowania w strukturze dochodów szpitala: 0,1% w 1804 r.; 40% w 1830 r.; 51% w 1899 r.). Przyjęty model finansowania szpitali w Gdańsku był powszechny w Niemczech północnych, w przeciwieństwie do Niemczech południowych, gdzie udało się wypracować trwałą i efektywną ekonomicznie bazę finansowania pod postacią kas chorych. Uważa się, że model północnoniemiecki jest wyrazem silnego interwencjonizmu państwowego w system dobroczynności na tym obszarze. Jako poparcie tej tezy służy przykład przemian strukturalnych w sposobie zarządzania gdańskim Lazaretem oraz w jego stosunku prawnym do gminy miejskiej. W efekcie procesu trwającego od 1859 r. do 1874 r. doszło do likwidacji Lazaretu jako samodzielnej fundacji, zaś system prowizoratu, jako wyraz niezależności szpitala, został zastąpiony zarządem, ściśle związanym z Magistratem gdańskim.

Procesowi medykalizacji towarzyszyło znaczące zwiększenie ilości osób dogladających chorych (1 osoba na 10–20 chorych). Natomiast zwiększenie obsady lekarskiej nie zawsze było wystarczające (dane zmienne, przeciętnie 1 lekarz na 100 łóżek). Zwiększeniu ilości osób personelu średniego, rekrutujących się spośród niższych warstw społecznych, nie towarzyszyła znacząca jakość poprawy opieki nad pacjentami. Brak profesjonalizacji zaowocował pojawieniem się w Gdańsku szpitali siostr zgromadzenia katolickiego (boromeuszki) i ewangelickiego (diakonisy). Również opiekę nad pacjentami w obu Lazaretach przejęły profesjonalnie do tego przygotowane diakonisy.

Tworzeniu struktur architektonicznych, organizacyjnych, ekonomicznych i prawnych, charakterystycznych dla współczesnych szpitali, towarzyszyło pojawienie się tzw. stygmatów medykalizacji. Do najważniejszych należą:

- odseparowanie pojmowania zjawiska choroby od zjawiska ubóstwa, co stworzyło ideologiczne podstawy do przyjmowania do szpitala osób nieubogich,
- przestrzenne zróżnicowanie szpitali, zależne głównie od systematyki schorzeń,

- hierarchizacja medycznych struktur szpitalnych,
- profesjonalizacja osób doglądających chorych,
- prowadzenie dokumentacji medycznej, odmiennej od do tej pory prowadzonej dokumentacji administracyjnej,
- podporządkowanie rytmu dnia szpitalnego czynnościom medycznym,
- poddanie pacjenta procedurom medycznym, w wyznaczonym do tego obszarze przestrzennym,
- pojawienie się w zamian w obszarze zarezerwowanym do tej pory dla chorych ubogich chorych płacących za usługi medyczne,
- zmiana profilu przyjmowanych chorych: proporcjonalne zmniejszenie się ilości chorych nieuleczalnych i chorych chirurgicznych na korzyść chorych internistycznych potencjalnie wyleczalnych,
- wybitne skracanie się czasu hospitalizacji,
- podporządkowanie ruchu chorych personelowi medycznemu, a nie administracyjnemu,
- zmiana finansowania działalności szpitali (dochody ze sprzedaży usług medycznych),
- równoczesowy z procesem medykalizacji szpitali rozwój kas czeladniczych i dla służących,
- pojawianie się abonamentów, potem obowiązkowych kas chorych,
- zmiana relacji prawnych pensjonariusz–szpital, przejawiająca się między innymi w początkowo znaczącym ograniczeniu, a następnie pozbawieniu szpitala prawa do karania pensjonariuszy oraz w pozbawieniu szpitala prawa do mienia pozostawionego przez pensjonariuszy po śmierci.

Takie bogactwo zjawisk towarzyszących procesowi medykalizacji ukazuje go jako proces bardzo skomplikowany. W efekcie nie można go przypisać do wyłącznie jednego obszaru, np. dyscyplinowania społecznego, jak czyni to wielu autorów. Analiza archiwaliów pokazuje go jako zdarzenie częściowo kreowane przez siły polityczne, czy warunki ekonomiczne, zarazem jednak wynikające z wyraźnego zapotrzebowania socjalnego szerokich rzesz społeczeństwa doby industrializacji.

16. SUMMARY

The function of hospitals underwent far reaching changes over the centuries. Particularly, a form of multipotential establishment, developed in the middle ages, lasted for many centuries. Hospital provided a shelter to pilgrims, lodging to the destitute, care to the elderly, bringing up to orphans and a bed to the sick. In the early modern period a function of the rehabilitation of socially marginalized persons was added to it. At the turn of 18th century an important change took place consisting in separation of the medical function and subordinating all the other hospital functions to it. That process is called medicalization of hospitals.

The purpose of this research project has been evaluation of the impact of social, economic and political aspects on the process of forming hospitals as the medical establishments, taking the Gdansk hospitals as an example. They include the Oliva Gate Lazaretto (existing since 15th century), the Boromeo convent hospital (erected in 1853), the evangelical deaconess hospital (erected in 1857) and the *Sandgrube* Lazaretto (opened in 1887, a surgery and gynaecological-maternity branch of the Oliva Gate Lazaretto). The medicalization process picture has been drawn from the analysis of the preserved legal acts, financing source data, information on the sick person movements and on the type of disease treated as well as on the personnel changes in the individual establishments.

Change of the hospital customers is important in watching the social transformations. Until the end of 18th century hospitals dealt mainly with the elderly, the incurably ill or crippled persons. In the 19th century hospitals treated mainly poor people without family care in their sickness (young unmarried uneducated men). Hospitalized were also the social disease (scabies, venereal disease) patients. That caused shift of the patient average age from 50–60 years towards 30 years.

At the beginning, the change of hospital function did not cause a significant change of its therapeutical function. It was so because the medicines used did not differ practically from those used in the ambulatory treatment. However, a statistically significant shortening of the hospitalization period and an increased number of persons considered cured were noted. That was an outcome of the change of type of disease treated in hospitals. The statistics were changed by the mass hospitalization and short hospital stay of the scabies patients (11.5% of all the hospitalizations in 1843). Also ban on admitting the incurably ill persons had an impact on the apparent improvement of the hospital therapeutical efficiency. Those patients prolonged the hospitalization period and increased the death rate in hospitals. Apart from the new type hospitals (in German – *Krankenhaus*), social establishments or the old type hospitals (in German – *Hospital*) were set up. Such departments were also included in the newly built hospitals (in Gdansk the Boromeo convent hospital, evangelical deaconess hospital and the *Sandgrube* Lazaretto).

Separation of the sick poor people from other poor people groups is one of the main features of the medicalized hospitals. At the same time, until the second half of 19th century hospitals remained a poor people zone. It was a result of the state policy and of a small therapeutical effectiveness of hospitals. The latter aspect made the hospital area, in spite of its full medicalization, not an attractive place for richer persons. Only the changes in medical knowledge which took place in the second half of 19th century

gradually changed the social perception of a hospital. An effect of the increased interest in hospitals as medical establishments was a new category of "paying patients". However, in Gdansk that category was until 1914 an economically insignificant group of hospital patients.

Financing of hospitals in Gdansk came from own funds of the establishments, from donations and from external foundations. Introduced the so called subscription payments (first the Boromeo convent hospital then the evangelical deaconness hospital and later the Oliva Gate Lazaretto and the *Sandgrube* Lazaretto) did not bring any significant increase of the hospital incomes. The same applied to the journeyman fund and the servant fund as membership was not obligatory in Gdansk until 1883. The Boromeo convent hospital and the evangelical deaconness hospital were basically self-supporting establishments. But the Oliva Gate Lazaretto (and then its *Sandgrube* branch) required additional financing sources. That was an effect of the municipal commune and the state attitude of recognizing hospital as an element of social care. Therefore, poor patients were admitted for treatment and they couldn't cover the nursing and therapy costs in full or even partly. Increasing costs of treatment of the so called town poor people caused gradual increase of the municipal fund share of the Lazaretto financing (percentage share of the town money in the hospital income was 0.1% w 1804, 40% in 1830, 51% in 1899). The hospital financing model used in Gdansk was common in north Germany, contrary to the south Germany where a sound and economically effective financial base in the form of sick fund was in use. The north-German model is considered a form of strong state intervention into the welfare system in that area. An example of that may be the structural transformations of the Gdansk Lazaretto management system and its legal relation to the municipality. In effect of the process lasting from 1859 to 1874, the Lazaretto was liquidated as an independent foundation and the pharmaceutical dispenser system, treated as a form of the hospital independence, was replaced by a board closely connected with the Gdansk Town Hall.

The medicalization process caused a significant increase of the nursing personnel (1 person for 10–20 sick persons). But the number of physicians was not always sufficient (variable data, on average 1 physician for 100 beds). The increase of the number of nursing personnel, coming from the lower social classes, did not cause a significant improvement of the patient care quality. Lack of professional qualifications brought about establishing in Gdansk the catholic (the Boromeo nuns) and evangelical (deaconness convent) hospitals. Also the patient care in both Lazarettos was taken over by the professionally qualified deaconesses.

Setting up the architectural, organizational, economic and legal structures characteristic of the contemporary hospitals was accompanied by the so called medicalization stigmas. The most important of them are the following:

- breaking the association of illness with poverty, which allowed to create an ideological basis for admitting wealthier people to hospitals,
- hospital space differentiation depending mainly on the disease systematics,
- hierarchical structure of the hospital medical units,
- professional advance of the patient nursing personnel,
- keeping medical documentation, different than the so far kept administrative documentation,
- subordination of the hospital day schedule to medical activities,

-
- subjecting patients to medical procedures in a predesigned area,
 - presence of patients paying for medical services in the areas reserved so far for poor patients,
 - change of the admitted sick people profile: proportional reduction of the number of incurably ill persons and surgery cases and an increase of the number of potentially curable internal disease patients,
 - considerable shortening of the hospitalization period,
 - sick people movements subordinated to the medical and not administrative personnel,
 - change of the hospital activity funding system (income from sale of medical services),
 - development of the journeyman and servant funds parallel with the hospital medicalization process,
 - introduction of subscriptions and then obligatory sick funds,
 - change of the patient – hospital legal relations, manifesting itself in first limiting and then cancelling the hospital right to punish patients and the right to own the property left by deceased patients.

Such a multitude of phenomena accompanying the hospital medicalization process present it as a very complicated process. In effect, it cannot be associated with only one domain, e.g. increasing social discipline, as many authors do. Analysis of the archive sources shows it as an occurrence partly created by political forces and partly by economic conditions, but also being a response to clear demand of a broad spectrum of the industrialisation era society.

17. BIBLIOGRAFIA

17.1. ŹRÓDŁA RĘKOPIŚMIENNE

Archwium Państwowe w Gdańsku (APG):

Oberpräsidium der Provinz Westpreussen in Danzig: APG, 6 /639, /1236, /1243, 1244

Baupolizei: APG, 15/74

Recesy ordynków: APG, 300,10/24, /90

Napoleoński Urząd Stanu Cywilnego: APG, 300,37/37

Akta Starego Miasta: APG, 300,41/3

Libri memorandorum: APG, 300,59/8, /9

Patronat szpitalny: APG, 300,61/67, /93, /94, /95, /143, /147, /148, /155, /163, /170, /175

Pockenhaus: APG, 300,87/1, /2, /3, /6

Kriegsrath: APG, 300,90/6

Edykty i rozporządzenia: APG, 300,93/11, /44, /52

Akta cechowe: APG, 300,C/794, /1149

Dyplomy: APG, 300,D/70,26, /70,30, /70,62

Bibliotheca Archivi: APG, 300,R/L1,96, /Mm,1, /Mm,3, /Mm,7, /Mm,20d, /O,7, /O,10, /O,15, /Pp,4, /Pp,52a, /Pp,52b, /Rr,1, /Rr,9, /Q,1, /Q,7, /Q,17, /T,26, /U,8, /Vv,5

Evangelisches Konsistorium Danzig: APG, 977/5, /1203

Biblioteka Gdańska Polskiej Akademii Nauk (Bibl.Gd.PAN):

Bibl.Gd.PAN, Ms 201

Bibl.Gd.PAN, Ms 428

Bibl.Gd.PAN, Ms 716

Bibl.Gd.PAN, Ms 724

Bibl.Gd.PAN, Ms 982

Bibl.Gd.PAN, Ms 1085 IV

Bibl.Gd.PAN, Ms 1086 IV

Bibl.Gd.PAN, Ms 1111 IV

Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm fol, 76

Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm fol, 92a, fasc.III

Evangelisches Zentralarchiv in Berlin (EAB):

Kirchenbücher: 5339

Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz, Berlin–Dahlem (GStAPK):

- I. HA, Rep. 77 *Ministerium des Innern*, Tit. 2173 Nr. 9
- I. HA, Rep. 76 *Kultusministerium*, VIII A *Ältere Medizinalregistratur*, Nr 3622
- I. HA, Rep. 76 *Kultusministerium*, VIII A *Ältere Medizinalregistratur*, Nr 3623
- I. HA, Rep. 76 *Kultusministerium*, VIII A *Ältere Medizinalregistratur*, Nr 3624
- I. HA, Rep. 76 *Kultusministerium*, VIII A *Ältere Medizinalregistratur*, Nr 3625
- I. HA, Rep. 76 *Kultusministerium*, VIII A *Ältere Medizinalregistratur*, Nr 3627
- I. HA, Rep. 76 *Kultusministerium*, VIII A *Ältere Medizinalregistratur*, Nr 3628
- II. HA, *Generaldirektorium, Westpreußen und Netzedistrikt, Stadt Danzig*, Nr 78
- XIV. HA, *Westpreußen*, Rep.180, *Regierung zu Danzig*, Nr 2524
- XIV. HA, *Westpreußen*, Rep.180, *Regierung zu Danzig*, Nr 2534
- XIV. HA, *Westpreußen*, Rep.180, *Regierung zu Danzig*, Nr 2535

17.2. ŹRÓDŁA DRUKOWANE**KSIĘGI ADRESOWE**

- Adreßbuch der Königl[ichen] West–Preußischen See– und Handelstadt Danzig und der combinirten Städte Stolzenberg fürs Jahr 1800*. Danzig: Ferdinand Trochsel, 1800
- Adreßbuch der Königl[ichen] West–Preußischen See– und Handelstadt Danzig und der combinirten Städte Stolzenberg fürs Jahr 1796*. Danzig: Ferdinand Trochsel, 1796
- Adreßbuch der Königl[ichen] West–Preußischen See– und Handelstadt Danzig und der combinirten Städte Stolzenberg fürs Jahr 1797*. Danzig: Ferdinand Trochsel, 1797
- Adreßbuch der Kranken–, Pflege– und Wohlfahrtsanstalten Deutschlands*. Leipzig: F. Leineweber, 1926
- Adress–Buch der Stadt Danzig und dazu gehörigen Vorstädte*. Danzig: Louis Botzon, 1839
- Adreß–Buch für das Königlich Danziger Regierungs–Departement mit besonderer Berücksichtigung der Stadt Danzig und ihres Polizei–Bezirks*. Danzig: Verlag des Königlich Preußischen Intelligenz–Comtoirs, 1817
- Allgemeiner Wohnungs–Anzeiger für Danzig und dessen Vorstädte auf das Jahr 1854*. P.A. Weier [Hg.]. Danzig: D.L. Wedel, 1854
- Allgemeiner Wohnungs–Anzeiger für Danzig und dessen Vorstädte pro 1864/65*. C.E. Eyff [Hg.]. Danzig: L. Saunier in Commission, 1864
- Statistisch–topographisches Adreß–Handbuch 1858 – Statistisch–topographisches Adreß–Handbuch von Regierung–Bezirk Danzig. 1858*. Danzig, Elbing: L. Saunier in Commission, 1858
- Wohnungs–Anzeiger vor der See– und Handelsstadt Danzig nebst den Vorstädten pro 1867/68*. E. Eyff [Hg.]. Danzig: L. Saunier in Commission, 1867

SPRAWOZDANIA URZĘDOWE

- An Danzigs wohlthätige Bürger*. Danzig: [b.w.] 1800

- Auszug 1830 – Auszug aus den Sanitäts-Berichten der König[ichen] Regierungen zu Danzig und Marienwerder pro 2tes Semester 1830.* Danzig: [b.w.] 1830
- Danzig's Communal-Behörden 1869 – Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1869.* Danzig: A. Schroth, 1869
- Danzig's Communal-Behörden 1871 – Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1871.* Danzig: A. Schroth, 1871
- Danzig's Communal-Behörden 1873 – Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1873.* Danzig: A. Schroth, 1873
- Danzig's Communal-Behörden 1877 – Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1877.* Danzig: A. Schroth, 1877
- Danzig's Communal-Behörden 1879 – Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1879.* Danzig: A. Schroth, 1879
- Danzig's Communal-Behörden 1881 – Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1881.* Danzig: A. Schroth, 1881
- Danzig's Communal-Behörden 1883 – Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1883.* Danzig: A. Schroth, 1883
- Danzig's Communal-Behörden 1885 – Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1885.* Danzig: A. Schroth, 1885
- Danzig's Communal-Behörden 1877 – Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1887.* Danzig: A. Schroth, 1887
- Danzig's Communal-Behörden und Beamte im Jahre 1889.* Danzig: A. Schroth, 1889
- Fortgesetzte Nachricht 1803 – Fortgesetzte Nachricht über das hiesige Lazareth.* Danzig: [b.w.] 1803
- Fortgesetzte Nachricht 1805 – Fortgesetzte Nachricht über das Lazareth.* Danzig: [b.w.] 1805
- Fuchs 1833 – Fuchs C.H., *Über die Sterblichkeit der Stadt Würzburg vom 1. Juli 1819 bis zum 30. Juni 1829.* „Zeitschrift für die Staatsarzneikunde“, 1833, 25, s.368–403
- Gerber 1793 – Gerber, *Nachrichten vom Danziger Spendhause*, „Preussisches Archiv“, 1793, 4, s.55–62
- Götz 1845 – Götz E.F., *Statistisch-Medizinischer Bericht über des Stadt-Lazareth in Danzig, in den Jahren 1843 und 1844.* Danzig: [b.w.] 1845
- Jahres-Bericht des hiesigen städtischen Lazareths vom Jahre 1831.* Danzig: [b.w.] 1831
- Nachrichten 1830 – Nachrichten über die Armen-, Verpflegungs-Kranken- und Armenschulanstalten zu Danzig im Jahre 1828.* „Preussische Provinzial-Blätter“, 1830, 3, s.56–62
- Oelrichs 1863 – Oelrichs H., *Statistische Mittheilungen über den Regierungsbezirk Danzig: Nach amtlichen Quellen bearbeitet Fortsetzung 1–2.* Danzig: A.W. Kafemann, 1863–1869
- Statistisches Handbuch 1888 – Statistisches Handbuch für den Preussischen Staat.* Bd. 1. Berlin: Verlag des Königlichen Statistischen Bureaus, 1888
- Topographisch-statistisches Handbuch 1869 – Topographisch-statistisches Handbuch für den Regierungsbezirk Danzig.* Danzig: A.W. Kafemann, 1869
- Verwaltungs-Bericht 1861 – Verwaltungs-Bericht des Magistrats zu Danzig für das Jahr 1861.* Danzig: A. Schroth, 1862
- Verwaltungs Bericht 1862 – Verwaltungs-Bericht des Magistrats zu Danzig für das Jahr 1862/63.* Danzig: A. Schroth, 1863
- Verwaltungs-Bericht 1863 – Verwaltungs-Bericht des Magistrats zu Danzig für die Jahre 1863/1864.* Danzig: A. Schroth, 1865

Verwaltungs-Bericht 1864 – Verwaltungs-Bericht des Magistrats zu Danzig für die Jahre 1864/65. Danzig: A. Schroth, 1866

Verwaltungs-Bericht 1866 – Verwaltungs-Bericht des Magistrats zu Danzig für das Jahr 1866. Danzig: A. Schroth, 1867

Zusammenstellung 1857 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig im Jahre 1857. Danzig: A. Schroth, 1857

Zusammenstellung 1858 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig im Jahre 1858. Danzig: A. Schroth, 1859

Zusammenstellung 1859 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig im Jahre 1859. Danzig: A. Schroth, 1860

Zusammenstellung 1861 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1861. Danzig: A. Schroth, 1862

Zusammenstellung 1862 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1862. Danzig: A. Schroth, 1863

Zusammenstellung 1863 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1863. Danzig: A. Schroth, 1864

Zusammenstellung 1864 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1864. Danzig: A. Schroth, 1865

Zusammenstellung 1866 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1866. Danzig: A. Schroth, 1867

Zusammenstellung 1868 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1868. Danzig: A. Schroth, 1869

Zusammenstellung 1869 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1869. Danzig: A. Schroth, 1870

Zusammenstellung 1871 – Zusammenstellung der finanziellen Resultate der städtischen Verwaltung zu Danzig für das Jahr 1871. Danzig: A. Schroth, 1872

„Zeitschrift des Königlich Preussischen Statistischen Bureaus“, 1863, 3

AKTY PRAWNE

Beilage C des Gesetzes über die Quartierleistung für bewaffnete Macht während des Friedenszustandes vom 25. Juni 1868. [In:] „Bundes-Gesetzblatt des Norddeutschen Bundes“. Berlin: Verlag des Gesetzssammlungsamts, 1868, s.544–566

Beilage II des Gesetzes über die Revision des Servistarifs un der Klasseneinteilung der Orte vom 3. August 1878. [In:] „Reichsgesetzblatt“. Berlin: Verlag des Gesetzssammlungsamts, 1878, s.254–288

Freytag 1899 – Freytag H., *Zwei Danziger Armenordnungen des sechzehnten Jahrhunderts.* „Zeitschrift des Westpreussischen Geschichtsverein“, 1899, 39, s.99–130

Gesetz über die Aufnahme neu anziehender Personen. [In:] „Gesetzsammlung für die Königlich-Preussischen Staaten“. Berlin: Verlag des Gesetzssammlungsamts, 1843, s.5–7

Gesetz über die Verpflichtung zur Armenpflege. [In:] „Gesetzsammlung für die Königlich-Preussischen Staaten“. Berlin: Verlag des Gesetzssammlungsamts, 1843, s.8–14

Instruction 1853 – Instruction für die Assistenz-Aerzte in dem Stadt-Lazareth zu Danzig. Danzig: Wedel, 1853

Medicinal-Ordnung 1703 – Medicinal-Ordnung E.E. Raths Der Stadt Dantzig publiciret Anno 1703. Dantzig: J.Z. Stolle, 1703

Powszechno Prawo Kraiowe 1826 (a) – Powszechno Prawo Kraiowe dla Państw Pruskich. Cz.2, t.1. Poznań: Wilhelm Dekker, 1826

Powszechno Prawo Kraiowe 1826 (b) – Powszechno Prawo Kraiowe dla Państw Pruskich. Cz.2, t.2. Poznań: Wilhelm Dekker, 1826

Reglement 1805 – Reglement für das Armen-Collegium zu Danzig, de dato Berlin den 18ten May 1805, Danzig: [b.w.] 1805

Regulativ 1830 – Regulativ über die Organisation eines Curatorii zur Verwaltung der Angelegenheiten des Charité-Krankenhaus in Berlin und über dessen Wirksamkeit zur Verbesserung des Krankenhaus-Wesens in der Monarchie. Berlin: [b.w.] 1830

Statut der Brauer-Krankenkasse zu Danzig. Danzig: Julius Sauer. 1884

Statut des Diakonissen-Krankenhauses 1860 – Statut des Diakonissen-Krankenhauses für Kinder und Erwachsene in Danzig. Danzig: [b.w.] 1860

Statut des Diakonissen-Krankenhauses 1865 – Statut des Diakonissen-Krankenhauses für Kinder und Erwachsene in Danzig. Danzig: Edwin Groening, 1865

Statut des Diakonissen-Krankenhauses 1879 – Statut des Diakonissen-Krankenhauses (Westpreussisches Diakonissen-Mutterhaus) zu Danzig. Danzig: [b.w.] 1879

Statut für das Hospital St. Barbara. Danzig: [b.w.] 1881

Statut für das Hospital zum Heiligen Leichnam zu Danzig. Danzig: [b.w.] 1830

Statut für die Krankenkasse 1892 – Statut für die Krankenkasse der A.W. Kafemann'schen Offizin in Danzig Ketterhagergasse Nr. 4. Danzig: A.W. Kafemann, 1892

Statuten des St. Marienkrankenhauses 1852 – Statuten des St. Marienkrankenhauses und Hospitals in Danzig. Danzig: [b.w.] 1852

Zeuschner 1891 – Zeuschner K.F., Generalbericht über das Medizinal- und Sanitäts-Wesen des Regierungsbezirks Danzig in den Jahren 1886–1888. Danzig: A.W. Kafemann, 1891

KRONIKI

Chronik 1892 – Chronik vom Diaconissen-Mutterhause zu Danzig. Geschrieben von zwei Töchtern des Hauses. Danzig: [b.w.] 1892

Curicke 1687 – Curicke R., Der Stadt Dantzig historische Beschreibung. Amsterdam, Dantzig: Johann und Gillis Janssons von Waesberge, 1687

Löschin 1825–1829 – Löschin G., Danziger Chronik des Jahres 1824–1828, zur Fortsetzung seiner Geschichte Danzigs. T.1–4. Danzig: [b.w.] 1825–1829

INNE

Abegg 1882 – Abegg G.F.H., Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie. Dritter Bericht über die Heb-Ammen-Lehranstalt zu Danzig (1873–1880). Danzig: Adolph Scheinert, 1882

Bartoszewicz 1872 – Bartoszewicz J., Opis szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. [w:] Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim. T.1. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, 1872, s.24–494

Brunatti 1904 – Brunatti F.Ch., Die Entbindungs-Lehranstalt von Westpreußen bis zum Jahre 1825. „Sonder-Abdruck aus den Schriften der Naturforschenden Gesellschaft in Danzig”, 1904, Bd. XI, H.1/2

- Danzig 1880 – *Danzig in naturwissenschaftlicher und medizinischer Beziehung. Gewidmet den Mitgliedern und Theilnehmern der 53. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.* Danzig: [b.w.] 1880
- Dann 1835 – Dann E.O., *Topographie von Danzig, besonders in physischer und medizinischer Hinsicht.* Berlin: T.C.F. Enslin, 1835
- Dobieszewski 1870 – Dobieszewski Z., *Rzut oka na urzadzenia szpitalne w niektorych krajach Europy.* Warszawa: Czerwiński i Spółka, 1870
- Dobieszewski 1871 – Dobieszewski Z., *Stan szpitali powszechnych w Galicji w 1871 r. Sprawozdanie złozone Wydziałowi Krajowemu Królestwa Galicji i Lodomerji z W. Ks. Krakowskiem.* Lwów: Wydział Krajowy, 1871
- Duisburg 1808 – Duisburg F.C.G. von, *Danzig, eine Skizze in Briefen: geschrieben vor, während und nach der Belagerung im Jahr 1807.* Amsterdam, Hamburg: [b.w.] 1808
- Duisburg 1809 – Duisburg F.C.G. von, *Versuch einer historisch-topographische Beschreibung der Freien Stadt Dantzig.* Danzig: F. Troschel, 1809
- Fantuzzi 1990 – Fantuzzi G., *Diariusz podróży po Europie (1652).* Przekład: W. Tygielski. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX, 1990
- Gedicke 1838 – Gedicke C.E., *Anleitung zur Krankenwarterung. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der Berliner Charité –Heilanstalt, sowie zum Selbstunterricht.* Berlin: Hirschwald, 1837 (wyd. pol.: Gedicke C. E., *Poradnik do pielegnowania chorych do użytku w szkole poslugi chorych berlińskiego zakladu Szarite, tdziez własnej nauki.* Poznań: [b.w.] 1838)
- Geiger 1834 – Geiger L., Liebig J., *Annalen der Pharmacie.* Bd. XI. Heidelberg: C.F. Winter, 1834
- Gróer 1872 – Gróer F., *Opis szpitala Świętego Ducha w Warszawie.* [w:] *Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakladów dobroczynnych w Królestwie Polskim.* T.1. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, 1872, s.495–576
- Groth, Wanta, Włodarski 2000 – Groth A., Wanta K., Włodarski J., *Ein Einwohnerverzeichnis der Stadt Danzig aus dem Jahre 1770.* „Altpreuische Geschlechterkunde”, 2000, 30, s.201–284.
- Guttstadt 1900 – Guttstadt A., *Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich. Die Anstaltsfursorge für Kranke und Gebrechliche und die hygienischen Einrichtungen der Städte im Deutschen Reich am Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts.* Berlin: Verlag von Georg Reimer, 1900
- Kramsztyk 1899 – Kramsztyk Z., *O znaczeniu szpitali.* [w:] Z. Kramsztyk, *Szkice krytyczne z zakresu medycyny.* Warszawa: Księgarnia Wendego i Spółki, 1899
- Lengnich 1900 – Lengnich G., *Ius Publicum Civitatis Gedanensis oder der Stadt Danzig Verfassung und Rechte: nach der Originalhandschrift des Danziger Stadtarchivs hrsg. von Otto Günther.* Danzig: Th. Bertling, 1900
- Löschin 1828 – Löschin G., *Danzig und seine Umgebungen.* Danzig: F.W. Ewert, 1828
- Markus 1790 – Markus A.F., *Von den Vortheilen der Krankenhäuser für den Staat.* Bamberg, Würzburg: Gobhardt, 1790
- Męczkowski 1905 – Męczkowski W., *Stan i potrzeby szpitali Królestwa Polskiego.* Warszawa: Drukarnia Aleksandra Ginsa, 1905
- Prozess 1861 – *Prozess wider den Obearzt des Städtischen Lazareths zu Danzig Herrn Dr. Ernst Adolph Stich: verhandelt vor dem Kriminalgerichtshof zu Danzig am. 4., 5 und 6. Juli 1861.* Danzig: A.W.Kafemann, 1861
- Rothe 1872 – Rothe A., *Opis szpitala świętego Jana Bożego w Warszawie, czyli zakladu dla męczyzn dotkniętych cierpieniem umyslowem.* [w:] *Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakladów dobroczynnych w Królestwie Polskim.* T.1. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, 1872, s.1–23

- Schopenhauer 1959 – Schopenhauer J., *Gdańskie wspomnienia młodości*. Przekład: T. Kruszyński. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1959
- Simson 1916 – Simson P., *Der Bericht der Vorsteher der Vereinigten Hospitäler zum Heiligen Geist und zu St. Elisabeth in Danzig über den Zustand der Hospitäler und ihre Einsetzung im Jahre 1546*. „Mitteilungen des Westpreußischen Geschichtsvereins”, 1916, 16, s.75–78
- Spiess 1872 – Spiess L., *Opis Szpitala Ewangelickiego w Warszawie*. [w:] *Rys historyczno–statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim*. T.1. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, 1872, s.37–64
- Steimmig 1870 – Steimmig R., *Zur Lazarethfrage 1870*. Danzig: [b.w.] 1870
- Stoll 1788 – Stoll M., *Über die Einrichtung der öffentlichen Krankenhäuser*. Wien: Wappler, 1788
- Tennstedt, Winter 1999 – Tennstedt F., Winter H. [Hg.] *Von der Reichsgründungszeit bis zur Kaiserlichen Sozialbotschaft (1867–1881)*. Abt.1. Bd.5. *Altersversorgungs– und Invalidenkassen*. „Quellensammlung zur Geschichte der Deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914”. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1999
- Tennstedt, Winter 2002 – Tennstedt F., Winter H. [Hg.] *Von der Reichsgründungszeit bis zur Kaiserlichen Sozialbotschaft (1867–1881)*. Abt.1. Bd.6. *Gewerbliche Unterstützungskassen. Die Krankenversicherung zwischen gewerbliche Arbeitnehmer zwischen Selbsthilfe und Staatshilfe*. „Quellensammlung zur Geschichte der Deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914”. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2002
- Tournelle 1972 – Tournelle F., *Warunki budowlane szpitali*. [w:] *Rys historyczno–statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim*. T.1. Warszawa: Drukarnia Józefa Bergera, 1872, s.I–XIX.
- Verzeichnis 1903 – Verzeichnis der in Danzig bestehenden Stiftungen, Wohltätigkeitsanstalten und gemeinnützigen Vereine: nach dem Stande am Schlusse des Jahres 1902 im Auftrage des Magistrats zusammengestellt von dem Armen–Amt*. Danzig: [b.w.], 1903
- Virchow 1869 – Virchow R., *Ueber Hospitäler und Lazarette*. Berlin: C.G. Lüderitz'sche Verlagsbuchhandlung. A. Charitius, 1869
- Vives 1993 – Vives J.L., *O wspomaganiu ubogich*. Przekład: R. Węsierski. Kraków, Rzeszów: Caritas, 1993
- Wspomnienie o Janie Adamie Kulmście*. Przekład: M. Kamińska–Axer, „Archiwum Historii Medycyny”, 1975, 38, 195–200
- Zaddach 1826 – Zaddach C.F., *Die in Danzig unter dem Namen von Hospitäler bestehenden Versorgungs–Anstalten alter familienloser Personen in ihrer wahren Bestimmung, Organisation und Gemeinnützigkeit imgleichen mit den Grunsätzen ihrer Existenz, wie mit den Verhältnissen derselben zu den Hospitalsgenossen und mit den minder beachteten Ursachenihres Verfalls dargestellt, nebst mehreren Berechnungen und Uebersichten, zur anschaulichern Erläuterung dieser Darstellung in VII Tafeln entworfen zusammengetragen*. Danzig: [b.w.] 1826
- Zernecke 1834 – Zernecke W.F., *Neuester Wegweiser durch Danzig und dessen Umgegend*. Danzig: F.S. Gerhard, 1834
- Ziesemer 1921 – Ziesemer W. [Hg.], *Das Grosse Ämterbuch des Deutschen Ordens*. Danzig: A.W. Kafemann, 1921

PRASA

- „Danziger Zeitung”, 04 lipca 1865 r., Beilage zu No. 3088
- „Danziger Zeitung”, 07 lutego 1866 r., No. 3459
- „Danziger Zeitung”, 08 stycznia 1866 r., No. 3406

- „Danziger Zeitung”, 10 lutego 1866 r., No. 3465
„Danziger Zeitung”, 16 lutego 1866 r., No. 3476
„Danziger Zeitung”, 20 lutego 1861 r., No. 838
„Danziger Zeitung”, 20 lutego 1866 r., No. 3482
„Danziger Zeitung”, 21 lutego 1866 r., No. 3484
„Danziger Zeitung”, 22 listopada 1872 r., No. 7615
„Danziger Zeitung”, 23 lutego 1866 r., No. 3488
„Danziger Zeitung”, 28 lutego 1866 r., No. 3496
„Katholischen Wochenblatt”, 26 lutego 1852 r.
„Westpreussische Zeitung”, 05 maja 1865 r., No. 154
„Westpreussische Zeitung”, 09 sierpnia 1865 r., No. 184
„Westpreussische Zeitung”, 12 grudnia 1864 r., No. 217
„Westpreussische Zeitung”, 18 marca 1865 r., No. 66
„Westpreussische Zeitung”, 20 marca 1865 r., No. 67
„Westpreussische Zeitung”, 22 czerwca 1865 r., No. 169
„Westpreussische Zeitung”, 29 października 1864 r., No. 180

ŹRÓDŁA DRUKOWANE ZE ZBIORÓW BIBLIOTEKI GDAŃSKIEJ POLSKIEJ AKADEMII NAUK

- Bibl.Gd.PAN, Od 12872,2°
Bibl.Gd.PAN, Od 13875,8°
Bibl.Gd.PAN, Od 5884,2°

17.3. OPRACOWANIA

- Baader 2005 – Baader G., *Der Konflikt zwischen privater Wohlfahrt und staatlicher Gesundheitspflege im Deutschen Kaiserreich*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 2005, 68, s.183–193
- Babnis 1978 – Babnis M., *Stosunek lekarzy Wielkopolski i Pomorza do kas chorych w latach 1921–1925*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1978, 41, s.59–74
- Baszanowski 1995 – Baszanowski J., *Przemiany demograficzne w Gdańsku w latach 1601–1846 w świetle tabel ruchu naturalnego*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1995
- Beatus, Męczkowski 1907 – Beatus E., Męczkowski W., *Historja szpitala starozakonných w Kaliszu*. [w:] W. Męczkowski [red.], *Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskiem*. Warszawa: E. Wende i Sp., K. Kowalewski, 1907, s.5–130
- Bécu 1807 – Bécu A., *Rozprawa o doskonałości szpitalów miana na publicznem posiedzeniu przy rozpoczęciu kursów rocznych w Imperatorskim Wileńskim Uniwersytecie. Dnia 15. 7bra 1807. Roku*. Wilno: Drukarnia Dyecezyalna u XX. Missyonarzów, 1807
- Begon 2002 – Begon S., *De iure hospitalium. Das Recht des deutschen Spitals im 17. Jahrhundert unter Berücksichtigung der Abhandlungen von Ahasver Fritsch und Wolfgang Adam Lauterbach*. Marburg: Tectum Verlag, 2002

- Berger 1991 – Berger E., *Wer bürgt für die Kosten? Zur Sozialgeschichte des Krankenhauses. 125 Jahre Stadt-Krankenhaus Osnabrück. 180 Jahre städtische Gesundheitspolitik*. „Beiträge zur Kunst- und Kulturgeschichte der Stadt Osnabrück”. Bd. 4. Bramsche: Rasch Verlag, 1991
- Berger 1996 – Berger E., *Frühmodernes Krankenhaus und „Pflegeversicherung” in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Instrumente städtischer Armenfürsorge?*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s.208–235.
- Biadała 1976 – Biadała E., *Podział lekarzy oraz zasady podejmowania przez nich pracy w początkach XIX wieku na terenach polskich byłego zaboru pruskiego*. „Zdrowie Publiczne”, 1976, 87, 921–924.
- Biadała 1998 – Biadała E., *Stan sanitarno-higieniczny Gdańska oraz jego sily i środki służby zdrowia w I-ej połowie XIX wieku*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1998, 61, s.169–181
- Bischoff 1997 – Bischoff C., *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1997
- Biskup 1978 – Biskup M., *Układ przestrzenny gdańskiego zespołu miejskiego*. [w:] Cieślak E. [red.], *Historia Gdańska*, T. 1, Gdańsk 1978, s.364–381
- Bitkowski 1966 – Bitkowski J., *Rozwój położnictwa w Gdańsku od XVI do XX wieku*. „Ginekologia Polska”, 1966, 37, s.909–915
- Bitkowski 1967 – Bitkowski J., *Położnictwo w Gdańsku od XVI do końca XIX wieku*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1967, 30, s.161–199
- Bleker 1983 – Bleker J., *Die Stadt als Krankheitsfaktor*. „Medizin historisches Journal”, 1983, 18, s.118–136
- Bleker 1988 – Bleker J., *Biedermeiermedizin – Medizin der Biedermeier? Tendenzen, Probleme, Widersprüche 1830–1850*. „Medizin historisches Journal”, 1988, 23, s.5–22
- Bleker 1995 (a) – Bleker J., *Die Krankenjournal des Juliuspitals als Quellen der Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse. Theoretische, historische und bearbeitungstechnische Aspekte*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliuspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s.75–91
- Bleker 1995 (b) – Bleker J., *Die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse am Juliuspital 1821–1829*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliuspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s.92–124
- Bleker 1995 (c) – Bleker J., *Krankenhausmedizin im frühen 19. Jahrhundert. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliuspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s.163–174
- Bleker 1996 – Bleker J., *Die medizinische Funktion des frühmodernen Krankenhauses. Zur Analyse des Diagnosespektrum der Inneren Abteilung des Würzburger Juliuspitals 1819–1829*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s.123–144
- Bleker 1997 – Bleker J., *To Benefit the Poor and Advance Medical Science. Hospitals and Hospital Care in Germany, 1820–1870*. [in:] M. Berg, G. Cocks [eds.], *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997, s.17–33
- Błaszczyc 2004 – Błaszczyc T., *Zarys dziejów szpitala św. Jerzego Sióstr Boromeuszek we Wrocławiu*. „Perspectiva. Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne”, 2004, 3, s.221–241

- Bogucka 1984 – Bogucka M., *Gdańscy ludzie morza w XVI–XVIII wieku*. Gdańsk: Wydawnictwo Morskie, 1984
- Bogucka 1998 – Bogucka M., *Organizacja szpitalnictwa w Gdańsku w XVI–XVII wieku*. [w:] M. Dąbrowska, J. Kruppé [red.], *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*. „Studia i Materiały z Historii Kultury Materialnej”, T. 56. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Archeologii i Etnologii PAN, 1998, s.145–154
- Brinkschulte 1995 – Brinkschulte E., *Das Juliusspital als Allgemeines Krankenhaus und universitäre Einrichtung. Hauptlinien der Entwicklung bis 1830*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliusspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s.23–42
- Brinkschulte 1996 – Brinkschulte E., *Die Institutionalisierung des modernen Krankenhauses im Rahmen aufgeklärter Sozialpolitik. Die Beispiele Würzburg und Bamberg*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s.187–207
- Brinkschulte 1998 – Brinkschulte E., *Krankenhaus und Krankenkassen. Soziale und ökonomische Faktoren der Entstehung des modernen Krankenhauses in frühen 19. Jahrhundert. Die Beispiele Würzburg und Bamberg*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften” H.80. Husum: Matthiesen Verlag, 1998
- Brinkschulte, Grosse 1995 – Brinkschulte E., Grosse P., *Die Patienten des Juliusspitals – Aufnahmewege und Aufnahmebedingungen*. [In:] J. Bleker, E. Brinkschulte, P. Grosse [Hg.], *Kranke und Krankheiten im Juliusspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 72. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s.43–74
- Broman 1995 – Broman T., *Der ärztliche Beruf zwischen 1750 und 1820: Einige Bemerkungen zum Thema „Professionalisierung”*. [In:] P. Schneck, H.–U. Lammel [Hg.], *Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810–1850*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 67. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s.241–253
- Brzeziński 1988 – Brzeziński T., *Kształtowanie się zawodu lekarza i koncepcje kształcenia*. [w:] T. Brzeziński [red.], *Historia Medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1988, s.52–79
- Brzeziński 1999 – Brzeziński T., *Polskie peregrynacje po dyplomy lekarskie: od średniowiecza po odzyskanie niepodległości w 1918 r.* Warszawa: Retro–Art, 1999
- Cieślak 1966 – Cieślak T., *Pomorze Wschodnie w XIX w, ze szczególnym uwzględnieniem podziałów administracyjnych*. Olsztyn: Stowarzyszenie Społeczno–Kulturalne „Pojezierze”; Ośrodek Badań Naukowych im. W. Kętrzyńskiego w Olsztynie, 1966
- Cieślak 1986 – Cieślak E., *W obronie tronu króla Stanisława Leszczyńskiego*. Gdańsk: Wydawnictwo Morskie, 1986
- Cieślak 1993 – Cieślak E., *Druga elekcja Stanisława Leszczyńskiego, oblężenie Gdańska w 1734 r.* [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. III/1. Gdańsk: [b.w.] 1993, s.509–541
- Csorba 1975 – Csorba H., *Medyczne i społeczne kryteria hospitalizacji w świetle badań*. „Szpitalnictwo Polskie”, 1975, 19, s.163–168
- Czajewicz 1872 – Czajewicz F., *Rys historyczny szpitala Ś[więte]go Rocha w Warszawie*. Warszawa: Drukarnia Gazety Lekarskiej, 1872
- Czyżak 1998 – Czyżak B., *Starogdański nurt kultury*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T.IV/1. Sopot: Wydawnictwo Lex, 1998, s.185–239
- Danzig 1908 – *Danzig und seine Bauten*. Westpreussischen Architekten– und Ingenieur–Verein zu Danzig [Hg.]. Berlin: W. Ernst 1908

- Deurer 2003 – Deurer J., *Gdańsk i jego kościoły. Dokumentacja 56 zabytkowych istniejących i nieistniejących kościołów Gdańska*. Gdańsk: Gdański Bówka, 2003
- Dross 2004 – Dross F., *Krankenhaus und lokale Politik um 1800. Das Beispiel Düsseldorf 1770–1850*. „Düsseldorfer Schriften zur neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein–Westfalen”. Bd. 67. Essen: Klartext, 2004
- Dross 2005 (a) – Dross F., *Vom Geist der reinen Wohlthuns. Zur Krankenhauspolitik des Ausgehenden 18. Jahrhunderts*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 2005, 68, s.105–116
- Dross 2005 (b) – Dross F., *From the patients' point of view: the early 19th century urban hospital as healthy and/or dangerous place*. PhoenixTN conference: Health and the City, Vienna, June 2nd–4th 2005. http://phoenixtn.net/vienna2005/papers_original/FritzDross_Germany_20050515.doc
- Drygas 1982 – Drygas A., *Gdańskie ustawy aptekarskie z 1597 i 1703 r. i konfrontacja ich z przepisami obowiązującymi dziś w Polsce. Cz. II. „Farmacja Polska”*, 1982, 38, s.217–221
- Drygas 1983 – Drygas A., *Aptekarstwo gdańskie 1399–1939*. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich Ossolineum, 1983
- Drygas 1993 – Drygas A., *Medycyna i farmacja jako dziedziny zainteresowań Towarzystwa*. [w:] J. Szukalski (red.) *Towarzystwo Przyrodnicze w Gdańsku (w 250. rocznicę jego założenia)*. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskie, 1993, s.67–80
- Dzierzanowski 1983 – Dzierzanowski R., *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*. Państwowy Warszawa: Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1983
- Eger 1900 – Eger K., *Die Anschauungen Luthers vom Beruf. Ein Beitrag zur Ethik Luthers*. Gießen: Ricker, 1900
- Eisenbach 1994 – Eisenbach U., *Zuchthäuser, Armenanstalten und Waisenhäuser in Nassau. Fürsorgewesen und Arbeiterziehung vom 17. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts*. „Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Nassau”, Bd.56. Wiesbaden: Historische Kommission für Nassau, 1994
- Eyler 1979 – Eyler J. M., *Victorian Social Medicine. The Ideas and Methods of William Farr*. Baltimore, London: John Hopkins University Press, 1979
- Fijałek 1962 – Fijałek J., *Instytucje pomocy materialno–zdrowotnej w Łodzi i okręgu łódzkim. Wiek XIX do roku 1870*. Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich we Wrocławiu, 1962
- Fissell 1991 – Fissell M.E., *Patients, Power and the Poor in Eighteenth–Century Bristol*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991
- Foltz 1912 – Foltz M., *Geschichte des Danziger Stadthaushalts*. „Quellen und Darstellungen zur Geschichte Westpreussen”. Bd. 8. Danzig: A.W. Kafemann, 1912
- Foucault 1993 – Foucault M., *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*. Przekład: T. Komendant. Warszawa: Aletheia–Spacja, 1993
- Foucault 1999 – Foucault M., *Narodziny kliniki*. Przekład: P. Pieniążek. Warszawa: Wydawnictwo KR, 1999
- Franaszek 2002 – Franaszek P., *Zdrowie publiczne w Galicji w dobie autonomii. Wybrane problemy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2002
- Frevort 1984 – Frevort U., *Krankheit als politisches Problem 1700–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. „Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft”, Bd. 62. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1984
- Friedrich 1995 – Friedrich J., *Gdańskie zabytki architektury do końca XVIII w*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1995
- Friess 2003 – Friess P., *Poor Relief and Health Care Provision in South–German Catholic Cities During the Sixteenth Century*. [in:] T.M. Safley [ed.], *The Reformation of Charity. The Secular and the Religious in Early Modern Poor Relief*. Boston, Leiden: Brill Acad. Publ, 2003, s.76–91

- Gatz 1971 – Gatz E., *Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den Preussischen Provinzen Rheinland und Westfalen*. München, Paderborn, Wien: Verlag Ferdinand Schöningh, 1971
- Gelfand 1981 – Gelfand T., *Gestation of the Clinic*. „Medical History”, 1981, 25, s.169–180
- Giedroyć F., *Rys historyczny szpitala ś. Łazarza w Warszawie*. Warszawa: [b.w.] 1897
- Gliński 1993 – Gliński J., *Szpital w Opatowie w XV–XIX wiekach*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1993, 56, s.217–227
- Gliński 1994 – Gliński M., *Ludzie dziewiętnastowiecznego Gdańska*. Gdańsk: Muzeum Historii Miasta Gdańska, 1994
- Gliński, Kukliński 1998 – Gliński M., Kukliński J., *Kronika Gdańska 997–1945*. T. 1. Gdańsk: Fundacja Rewaloryzacji Zabytków Gdańska, 1998
- Goubert 1982 – Goubert J.P., *The Medicalisation of French Societat the End of the Ancien Régime*. [in:] L.G. Stevenson [ed.], *A Celebration of Medical History*. Baltimore, London: Johns Hopkins University Press, 1982, s.157–172
- Hałas 2003 – Hałas H., *Zarys historyczno–architektoniczny Szpitala Przemienienia Pańskiego Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego à Paulo do 1939 r.* [w:] *Szpital Przemienienia Pańskiego 1823–2003. 180 lat działalności. Przeszłość. Teraźniejszość. Dla przyszłości*. Poznań: Wydawnictwo Kontekst, 2003, s.39–61
- Hartmann 1999 – Hartmann S., *Danzigs Armenwesen und Sozialfürsorge in den ersten Jahren der preußischen Herrschaft (1793–1806)*. „Westpreußen–Jahrbuch”, 1999, 49, s.109–130
- Hasik, Czarnecki 1983 – Hasik J., Czarnecki R., *Historia Szpitala Klinicznego nr 2 im. Heliodora Świącickiego przy ul. Przybyszewskiego 49*. [w:] *Z dziejów szpitali poznańskich*. Poznań: [b.w.] 1983, s.28–32
- Huerkamp 1985 – Huerkamp C., *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußen*. „Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft”. Bd. 68. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1985
- Huerkamp 1995 – Huerkamp C., *Das unterschiedliche Verhältnis von Arzt und Patient in der Krankenhauspraxis und der privaten Praxis im 19. Jahrhundert*. [In:] P. Schneck, H.–U. Lammel [Hg.], *Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810–1850*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften“, H. 67. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s.254–268
- Hülsen, von 1907 – Hülsen B. von, *Ein halbjahrhundert westpreußischer Diakonie. Geschichte des Diakonissen–Krankenhauses für Kinder und Erwachsene (Westpreußisches Diakonissen–Mutterhaus) zu Danzig 1857–1907*. Danzig: Selbstverlag des Diakonissenhauses, 1907
- Imhof 1977– Imhof A.E., *Die Funktion des Krankenhauses in der Stadt des 18. Jahrhunderts*. [In:] „Zeitschrift für Stadtgeschichte, Stadtsoziologie und Denkmalpflege“, 1977, 4, s.215–242
- Jachowicz 1975 – Jachowicz R., *Ewolucja roli szpitala na marginesie dziejów szpitali warszawskich*. „Szpitalnictwo Polskie”, 1975, 19, s.249–252
- Jachowicz 1983 – Jachowicz R., *Warunki pobytu chorych w dawnych polskich szpitalach*. „Szpitalnictwo Polskie”, 1983, 27, s.9–15
- Jachowicz 1984 – Jachowicz R., *Gospodarka finansowa dawnych polskich szpitali*. „Szpitalnictwo Polskie”, 1984, 28, s.11–20
- Jasiński 1996 – Jasiński J., *Kłęsa głodu. Niepokoje społeczne 1847 roku*. [w:] G. Labuda [red.], *Historia Pomorza*. T.III/2. Poznań: Wydawnictwo Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, 1996, s.271–277

- Jeszke 1998 – Jeszke J., *Szpital w świadomości ludowej XIX i XX wieku*. [w:] M. Dąbrowska, J. Kruppé [red.], *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*. „Studia i Materiały z Historii Kultury Materialnej”, T. 56. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Archeologii i Etnologii PAN, 1998, s.241–245
- Jetter 1966 – Jetter D., *Geschichte des Hospitals. Bd. 1: Westdeutschland von Anfängen bis 1850*. „Sudhoffs Archiv”, H.5. Wiesbaden: [b.w.] 1966
- Jetter 1973 – Jetter D., *Grundzüge der Hospitalgeschichte*. „Grundzüge“, Bd.22. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1973
- Jetter 1987 – Jetter D., *Gemeinschaft und Absonderung der Kranken als antagonistische Faktoren historischer Hospitäler (1500–1900)*. „Medizin historisches Journal”, 1987, 22, s.121–138
- Jütte 1996 – Jütte R., *Vom Hospital zum Krankenhaus: 16.–19. Jahrhundert*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s.31–50
- Jütte 1997 – Jütte R., *Health Care Provision and Poor Relief in Early Modern Hanseatic Towns. Hamburg, Bremen and Lübeck*. [in:] O.P. Grell, A. Cunningham [eds.], *Health Care and Poor Relief in Protestant Europe 1500–1700*. London, New York: Routledge, 1997, s. 108–128
- Jütte 1999 – Jütte R., *Powerty and Deviance in Early Modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999
- Kaczor 1996 – Kaczor D., *Dom Poprawy (Zuchthaus) w Gdańsku w XVII–XVIII w.* „Rocznik Gdański”, 1996, 61, 1, s.43–63
- Kaiser, Pankiewicz 1973 – Kaiser W., Pankiewicz H., *Z historii polsko–niemieckich kontaktów naukowych w XVII i XVIII wieku*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1973, 36, s.153–161
- Kaliszewski, Reszel, Szymczak 1983 – Kaliszewski J., Reszel I., Szymczak A., *Zarys historii szpitala im. Józefa Strusia*. [w:] *Z dziejów szpitali poznańskich*. Poznań: [b.w.] 1983, s.33–43
- Karaśkiewicz 1936 – Karaśkiewicz A.M., *Stosunki sanitarne i choroby epidemiczne w Bydgoszczy w latach 1801–1840*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych”, 1936/1937, 16, s.59–117
- Karpiński 1977 – Karpiński A., *Warunki życia pensjonariuszy szpitali warszawskich w XVI i w pierwszej połowie XVII wieku*. „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej”, 1977, 25, s.43–62
- Keller 1994 – Keller M., *Die Diakonissen–Krankenhäuser Deutscher Staaten (1836–1900). Mit einer Liste der wichtigeren Diakonissenhäuser in aller Welt*. Köln: [b.w.] 1994
- Keyser 1926 – Keyser E., *Die Geschichte des Hospitals zum Heiligen Leichnam in Danzig*. Danzig: [b.w.] 1926
- Keyser 1972 – Keyser E., *Die Baugeschichte der Stadt Danzig*. „Ostmitteleuropa in Vergangenheit und Gegenwart“ Bd.14. Köln, Wien: Böhlau Verlag, 1972
- Klinkenberg 1983 – Klinkenberg N., *Die Sozialpolitische Isolierung des Krankenhauses im 19. Jahrhundert auf dem Hintergrund der katholisch–bürgerlichen Sozialbestrebungen*. „Historia Hospitalium“, 1983/1984, 15, s.213–225
- Klonder 1988 – Klonder A., *Wyżywienie w szpitalach w Elblągu w pierwszej połowie XVII w.* „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej”, 1988, 26, s.449–468
- Klose 1934 – Klose H., *Zur Geschichte der Chirurgie in Danzig*. „Danziger Ärzteblatt”, 1934/1935, 2, s.30–35
- Korpalska, Szmytkowski 2005 – Korpalska W.K., Szmytkowski J., *Walka z chorobami zakaźnymi na ziemiach polskich pod pruskim zaborem w XIX wieku*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 2005, 68, s.7–20

- Kropidłowski 1992 – Kropidłowski Z., *Formy opieki nad ubogimi w Gdańsku od XVI do XVIII wieku*. Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Naukowe, 1992
- Kubik 1976 – Kubik K., *Nauki lekarskie*. [w:] K. Kubik, L. Mokrzecki: *Trzy wieki nauki gdańskiej. Szkice z dziejów od XVII do XVIII wieku*. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo, 1976, s.138–147
- Labisch 1996 – Labisch A., *Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „*Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett*”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s.253–296
- Labisch, Spree 2001 – Labisch A., Spree R., *Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten: Zur Einführung in den „Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert“*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s.13–37
- Lafontaine 1989 – Lafontaine J., *Die Geschichte der staatlichen Krankenhausaufsicht in Preussen*. „*Historia Hospitalium*”, 1989/1992, 18, s.347–359
- Lambert 1979 – Lambert M., *Udział niemieckich ośrodków naukowych w kształtowaniu polskiej myśli medycznej w czasach saskich (1697–1763)*. „*Archiwum Historii Medycyny*”, 1979, 42, s.223–230
- Langefeld 1995 – Langefeld W., *Das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Augsburg (1811–1864). Organisation, Patienten, Finanzen*. „*Historia Hospitalium*”, 1995/1997, 20, s.109–143
- Langefeld, Spree 1998 – Langefeld W., Spree R., *Das Allgemeine Krankenhaus St. Georg in Hamburg im 19. Jahrhundert – Organisation, Patienten, Finanzen*. „*Historia Hospitalium*”, 1998/1999, 21, s.163–188
- Larsen 1980 – Larsen Ø., *Die Krankheitauffassung und ihre historische interpretation. Ein Auswertungsmodell aufgrund von norwegischen Medizinalberichten aus dem 19. Jahrhundert*. [In:] A.E. Imhof [Hg.], *Mensch und Gesundheit in der Geschichte*. „*Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*“, H.39. Husum: Matthiesen Verlag, 1980, s.45–58
- Lee 1980 – Lee R., *The Mechanisms of Mortality Change in Germany 1750–1850*. „*Medizin-historisches Journal*”, 1980, 15, s.244–268
- Lehmann 2001 – Lehmann Ch., *Das Stuttgarter Katharinenhospital während des 19. Jahrhunderts zwischen Krankheitskosten-Versicherungskasse und Gesetzlicher Krankenversicherung*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s.179–201
- Leidinger 2000 – Leidinger B., *Krankenhaus und Kranke. Die Allgemeine Krankenanstalt an der St. Jürgen-Straße in Bremen, 1851–1897*. „*Medizin Gesellschaft und Geschichte*“, H.13. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2000
- Leidinger 2001 – Leidinger B., *Die Krankenhaus-Versicherung – ein süddeutsches Modell? Die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt Bremen 1858–1895*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s.273–292
- Loetz 1993 – Loetz F., *Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1993
- Loetz 1994 – Loetz F., *„Medikalisierung“ in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750–1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung*. [In:] W.U. Eckart, R. Jütte, *Das europäische Gesundheitssystem. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in historischer Perspektive*. „*Medizin Gesellschaft und Geschichte*“, H.4. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1994, s.123–161
- Longosz 1996 – Longosz S., *Ksenodochium hospicjum wczesnochrześcijańskie. (Nazwa, geneza, rozwój regionalny, struktura i organizacja)*. „*Vox Patrum*”, 1996, 16, s.275–336

- Löschin 1828 – Löschin G., *Geschichte Danzigs von der ältesten bis zur neuesten Zeit Mit beständiger Rücksicht auf Cultur der Sitten, Wissenschaften, Künste, Gewerbe und Handelszweige*. Th.1. Danzig: J.C. Alberti, 1828
- Löschin 1837 – Löschin G., *Beiträge zur Geschichte Danzigs und seiner Umgebungen. Meistens aus alten Manuscripten und selten gewordenen Druckschriften. Erstes Heft*. Danzig: [b.w.] 1837
- Lüdtke 1902 – Lüdtke C., *Das St. Marien-Krankenhaus in Danzig. Zum 50 jährigen Jubiläum dieser Kranken- und Waisenanstalt am 13. November 1902 in dankbarer Erinnerung gewidmet von...* . Danzig: H.J. Boenig, 1902
- Maio 1993 – Maio G., *Die Funktion des ländlichen Krankenhauses in frühen 19. Jahrhundert. Eine Untersuchung am Beispiel des Karls-Krankenhauses in Donaueschingen*. „Historia Hospitalium”, 1993/1994, 19, s.143–165
- Marcinkowski 1988 – Marcinkowski T., *Medycyna społeczna XIX–XX wieku*. [w:] T. Brzeziński [red.], *Historia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1988, s.466–479
- Marecki 1997 – Marecki J., *Zakony żeńskie w Polsce*. Kraków: Universitas, 1997
- Maziarz 2005 – Maziarz A., *Zgromadzenie siostr boromeuszek kongregacji trzebnickiej w polityce władz państwowych w latach 1870–1954*. [w:] M. Derwich, A. Pobóg–Lenartowicz [red.], *Klasztor w państwie średniowiecznym i nowożytnym*. „Opera ad historiam monasticam speciantia” Series I: Colloquia 5. Wrocław, Opole, Warszawa: Larhcor; Wydawnictwo DIG 2005, s.313–319
- Mazur 1998 – Mazur E., *Zmiana funkcji szpitala w XIX wieku (na przykładzie szpitali warszawskich)*. [w:] M. Dąbrowska, J. Kruppé (red.), *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*. „Studia i Materiały z Historii Kultury Materialnej”, T. 66. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Archeologii i Etnologii PAN, 1998, s.221–240
- McKeown, Brown 1965 – McKeown T., Brown R.G., *Medical Evidence Related to English Population Change in the Eighteenth Century*. [in:] D.V. Glass, D.E.C. Eversley [eds.], *Population and History*. London: Edward Arnold, 1965, s.285–307
- Meissner 2003 – Meissner R., *Dzieje Szpitala Przemienienia Pańskiego w Poznaniu do roku 1950*. [w:] *Szpital Przemienienia Pańskiego 1823–2003. 180 lat działalności. Przeszłość. Terażniejszość. Dla przyszłości*. Poznań: Wydawnictwo Kontekst, 2003, s.11–38
- Methner 1932 – Methner A., *Zur Entstehung des St. Jakobshospital*. „Mitteilungen des Westpreußischen Geschichtsvereins”, 1932, 31, 21–23
- Męczkowski 1907 (a) – Męczkowski W., *Szpital w Milanowie*. [w:] W. Męczkowski [red.], *Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskiem*. Warszawa: E. Wende i Sp., K. Kowalewski, 1907, s.131–152
- Męczkowski 1907 (b) – Męczkowski 1907 – Męczkowski W., *Historia szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu*. [w:] W. Męczkowski [red.], *Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskiem*. Warszawa: E. Wende i Sp., K. Kowalewski, 1907, s.153–479
- Męczkowski 1935 – Męczkowski W. (wyd. L. Zembrzusi): *Szpitala dawnej Rzeczypospolitej w uchwałach synodów polskich*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1935, 15, 70–95
- Milewski 1996 – Milewski I., *Rozwój chrześcijańskich instytucji dobroczynnych w zachodniej części Cesarstwa Rzymskiego w IV i V wieku*. „Przegląd Religioznawczy”, 1996, 182, s.3–15
- Montgomery 1908 – Montgomery D. W., *Zittmann's Decoction*. „California State Journal of Medicine”, 1908, 6, s.100–103
- Münch 1995 – Münch R., *Probleme der städtischen Armenkrankenpflege 1810–1850*. [In:] P. Schneck, H.–U. Lammel [Hg.], *Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810–1850*. „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften”, H. 67. Husum: Matthiesen Verlag, 1995, s.228–240

- Murken 1979 – Murken A.H., *Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert*. „Studien zur Medizingeschichte des Neunzehnten Jahrhunderts”. Bd. 9. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1979
- Murken 1988 – Murken A.H., *Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*. Köln: DuMont Buchverlag, 1988
- Nach 75 Jahren 1932 – Nach 75 Jahren – 1857 bis 1932 – Diakonissen Mutter- und Krankenhaus Danzig*. Danzig: [b.w.] 1932
- Nasierowski 2003 – Nasierowski T., *Z czarta kuźni rodem. Psychiatria, psychologia i fizjologia sowiecka w pierwszych latach po rewolucji*. Warszawa: Neriton, 2003
- Nowak 1993 – Nowak Z., *Oświecenie w Gdańsku*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. III/1. Gdańsk: [b.w.] 1993, s.668–723
- Panke–Kochinke 2003 – Panke–Kochinke B., *Die Geschichte der Krankenpflege (1679–2000). Ein Quellenbuch*. Frankfurt am Main: Mabuse–Verlag, 2003
- Paul 1996 – Paul N., „Zum Zwecke der Verpflegung dürftiger Kranker, Erziehung geschickter Ärzte und Beförderung und Erweiterung der Heilwissenschaft”. *Arztinitiativen bei der Gestaltung des Krankenhauses in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s.91–122
- Paul 1998 – Paul N., *Zwischen „christlichem Frauenamt” und professioneller Krankenversorgung. Zur Entstehung der institutionellen Krankenpflege am Beispiel Diakonissenanstalt in Kaiserswerth*. „Medizin historisches Journal”, 1998, 33, s.143–160
- Piotrowska–Marchewa 2004 – Piotrowska–Marchewa M., *Nędzarze i filantropii*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2004
- Podgórska–Kławe 1975 – Podgórska–Kławe Z., *Szpitaly warszawskie. 1388–1945*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1975
- Podgórska–Kławe 1981 – Podgórska–Kławe Z., *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX wieku*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1981
- Podgórska–Kławe 1988 – Podgórska–Kławe Z., *Początki i rozwój szpitalnictwa*. [w:] T. Brzeziński [red.], *Historia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1988, s.80–94
- Pomaska 1981 – Pomaska A., *Model organizacyjny szpitala powiatowego w Królestwie Polskim w I połowie XIX wieku*. „Annales Academiae Medicae Lodzensis”, 1981, 22, supl. 22, s.432–438.
- Porębowicz 1964 – Porębowicz S., *Szkic historyczny z dziejów opieki społecznej i szpitalnej w Gdańsku. Szpital św. Ducha – najstarszy szpital i przytułek miasta*. „Szpitalnictwo Polskie”, 1964, 8, s.128–132
- Probst 1969 – Probst Ch., *Der Deutsche Orden und sein Medizinwesen in Preussen. Hospital, Firmarie und Arzt bis 1525*. „Quellen und Studien zur Geschichte des Deutschen Ordens”, Bd. 29. Bad Godesberg: Verlag Wissenschaftliches Archiv, 1969
- Reicke 1932 – Reicke S., *Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter*. „Kirchenrechtliche Abhandlungen”, 113–114. Bd. 2. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1932
- Rejmanowski 1992 – Rejmanowski T., *Szpital dziecięcy św. Zofii we Lwowie (1845–1944)*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1992, 55, s.169–183
- Rickert 1869 – Rickert H., *Die Armenpflege in Danzig. Ein Beitrag zur Frage über die Wirkungen des Gesetzes vom 31. December 1842*. Danzig: [b.w.] 1869
- Ritter 1911 – Ritter, *Das städtische Krankenhaus und seine Entwicklung*. [In:] B. Franke [Hg.], *Die Residenzstadt Posen und ihre Verwaltung im Jahre 1911*. Posen: W. Decker, 1911, s.276–294

- Ritzmann 2003 – Ritzmann I., *Welchen Wert hat die Gesundheit von Kindern? Ein Interessenkonflikt im Ludwigsburger Waisenhaus Ende des 18. Jahrhunderts*. [in:] U. Sträter, J. N. Neumann [Hg.], *Waisenhäuser in der frühen Neuzeit*. Tübingen: Verlag des Franckeschen Stiftungen Halle im Max-Niemeyer Verlag, 2003, s.135–153
- Robichaud 2005 – Robichaud M., *The Changing Face of Hospital Care in the 18th-Century Upper Normandy: the Hospital of Caudebec and the Arrival of "Paying Inmates" (1693–1789)*. „Canadian Bulletin of Medical History”, 2005, 22, 121–138
- Rodegra 1979 – Rodegra H., *Das Gesundheitswesen der Stadt Hamburg im 19. Jahrhundert unter Berücksichtigung der Medizinalgesetzgebung (1585–1818–1900)*. „Sudhof Archiv“, H.21. Wiesbaden: Franz Steiner Verlag, 1979
- Rodegra 2002 – Rodegra H., *Qualitätssicherung unter medizinhistorischen Aspekten. „Neuordnung der Medizinalgesetzgebung“ und „Umstrukturierung im Krankenhauswesen“ in Hamburg zu Beginn des 19. Jahrhunderts unter Berücksichtigung qualitätssichernder Maßnahmen*. „Historia Hospitalium”, 2002/2003, 23, s.15–53
- Romanow 1998 – Romanow A., *Rozwój przestrzenny Gdańska*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. IV/1. Sopot: Wydawnictwo Lex, 1998, s.243–282
- Rosenberg 1972 – Rosenberg B.M., *Die „Kranken- und Sterbekasse für die arbeitende Volksklasse der Stadt Elbing“*. Ein Beitrag zur ostdeutschen Sozialgeschichte. „Zeitschrift für Ostforschung. Länder und Völker im östlichen Mitteleuropa”. 1972, 21, s.150–157
- Sachs 2005 – Sachs M., *Chirurgie und Staat: der Chirurg in der Brandenburg-Preussischen Medizinalgesetzgebung 1685–1871*. „Archivum Historii i Filozofii Medycyny”, 2005, 68, s.83–104
- Sachße, Tennstedt 1980 – Sachße Ch., Tennstedt F., *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum Ersten Weltkrieg*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer, 1980
- Sadowska 2000 – Sadowska J., *Ochrona zdrowia publicznego na ziemiach polskich w zaborze pruskim*. „Archivum Historii i Filozofii Medycyny”, 2000, 63, s.199–205
- Salmonowicz 1993 – Salmonowicz S., *Podziały terytorialne i ustrój polityczny ziem pomorskich w latach 1815–1850*. [w:] G. Labuda [red.], *Historia Pomorza*. T.III/1, Poznań: Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, 1993, s.55–142
- Schaal, Spree 2001 – Schaal H., Spree R., *Die Patienten des Stuttgarter Katharinenhospitals 1834/35–1893/94*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s.339–365
- Scheffler 1997 – Scheffler Ch., *Das Krankenhaus Links der Isar zu München. Organisation und Finanzierung in den 1860er und 1870er Jahren*. „Studien zur Geschichte des Krankenhauswesens“, Bd.38. Herzogenrath: Murken- Altroge Verlag, 1997.
- Schlenkrich 2002 – Schlenkrich E., *Von Leuten auf dem Sterbestroh. Sozialgeschichte obersächsischer Lazarette in der frühen Neuzeit*. „Schriften der Rudolf-Kötzschke-Gesellschaft“, H.8. Beucha: Sax-Verlag, 2002
- Schumann 1893 – Schumann E., *Geschichte der Naturforschenden Gesellschaft in Danzig 1743–1892*. Danzig: Commissions-Verlag von Wilhelm Engelmann in Leipzig, 1893
- Schwarz 1941 – Schwarz F., *Danziger Ärzte im 16.–18. Jahrhundert. III. 1651–1699*. „Danziger familiengeschichtliche Beiträge”, 1941, 6, s.13–22
- Sieńkowski 1970 – Sieńkowski E., *Dżuma w Gdańsku w 1709 roku. Studium z dziejów epidemiologii*. „Archivum Historii Medycyny”, 1970, 33, s.309–401
- Sieńkowski 1976 – Sieńkowski E., *Medycyna w Gdańsku w XVIII wieku*. [w:] „Pamiętnik XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny 23–25 września 1976 r.”. Cz.1, s.139–150.

- Sigsworth 1972 – Sigsworth E.M., *Gateways to Death? Medicine, Hospitals and Mortality, 1700–1850*. [in:] P. Mathias [ed.] *Science and Society 1600–1900*. Cambridge: Cambridge University Press, 1972, s.97–110
- Simson 1913 – Simson P., *Geschichte der Stadt Danzig*. Bd. 1. Danzig: A.W. Kafemann, 1913
- Simson 1918 – Simson P., *Geschichte der Stadt Danzig*. Bd. 2. Danzig: A.W. Kafemann, 1918
- Slack 1997 – Slack P., *Hospital, Workhouses and the Relief of the Poor in Early Modern London*. [in:] O.P. Grell, A. Cunningham [eds.], *Health Care and Poor Relief in Protestant Europe 1500–1700*. London, New York: Routledge, 1997, s.234–251
- Sokół 1957 – Sokół S., *Historia gdańskiego cechu chirurgów, 1454–1820*. Wrocław, Warszawa: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, 1957
- Sokół 1960 – Sokół S., *Medycyna w Gdańsku w dobie Odrodzenia*. „Monografie z dziejów nauki i techniki”. T.14. Wrocław, Warszawa: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, 1960
- Soly 1997 – Soly H., *Continuity and Change. Attitudes Towards Poor Relief and Health Care in Early Modern Antwerp*. [in:] O.P. Grell, A. Cunningham [eds.], *Health Care and Poor Relief in Protestant Europe 1500–1700*. London, New York: Routledge, 1997, s.84–107
- Spree 1995 – Spree R., *Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts*. „Historische Zeitschrift“, 1995, 260, s.75–105
- Spree 1996 – Spree R., *Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert*. „Ein Bild inner und äußerer Verhältnisse”, [w:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s.51–88
- Spree 1997 – Spree R., *Die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland während des 19. Jahrhunderts*. [In:] H.J. Gerhard [Hg.] *Neunzehntes und Zwanzigstes Jahrhundert. Struktur und Dimension*. Bd. 2. „Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte“, H.133. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1997, s.413–446
- Stankiewicz 1959 – Stankiewicz J., Szermer B., *Gdańsk. Rozwój urbanistyczny i architektoniczny oraz powstanie zespołu Gdańsk–Sopot–Gdynia*. Warszawa: Arkady, 1959
- Stankiewicz 1993 – Stankiewicz J., *Przemiany przestrzenne i demograficzne Gdańska w XVIII wieku*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. III/1. Gdańsk: [b.w.] 1993, s.321–338
- Steffen 1927 – Steffen F., *Geschichte des St. Marien–Krankenhaus und des mit ihm verbundenen katholischen Mädchenwaisenhauses Danzig*. Danzig: Westpreußischer Verlag A.–G., 1927
- Steiner 2001 – Steiner K., *Grenzen und Potentiale einer frühen Krankenversicherung am Beispiel der Ersten Münchner Krankenhausversicherung 1813–1832*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus–Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s.69–94
- Stollberg 1996 – Stollberg G., *Zur Geschichte der Pflegeklassen in deutschen Krankenhäusern*. [w:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett”. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996, s.374–398.
- Stollberg, Tamm 2001 – Stollberg G., Tamm I., *Die Binnendifferenzierung in deutschen Krankenhäuser bis zum Ersten Weltkrieg*. „Medizin, Gesellschaft und Geschichte“, H.17. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2001
- Stürzbecher 1974 – Stürzbecher M., *Zur Statistik der Krankenhäuser in Preußen im 19. Jahrhundert – Übersicht über die Aufstellung des Stadtkrankenhauses in Stralsund 1816 bis 1880*. „Historia Hospitalium”, 1974, 9, s.7–19

- Surdacki 1992 – Surdacki M., *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*. „Biblioteka Historii Społeczno-Religijnej Instytutu Geografii Historycznej Kościoła w Polsce”. T.6. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 1992
- Sydow 1964 – Sydow J., *Kanonistische Fragen zur Geschichte des Spitals in Südwestdeutschland*. „Historisches Jahrbuch”, 1964, 83, s.54–68
- Szarszewski 2000 – Szarszewski A., *Szpital i kościół św. Jakuba w Gdańsku. Zarys historyczny*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2000
- Szarszewski 2004 – Szarszewski A., *Ordynacje i statuty szpitali gdańskich XV–XIX w.* Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2004
- Szarszewski 2005 – Szarszewski A., *Zjawisko szpitala miejskiego w XIV–XVIII w. na przykładzie fundacji szpitalnych Gdańska*. „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, 2005, 35, suppl. 9, s.137–158
- Szarszewski 2006 (a) – Szarszewski A., *Dokumenty fundacji nieszpitalnych jako źródło do badań nad strukturą wewnętrzną szpitali gdańskich w XVII i XVIII w.* „Rocznik Gdański”, 2006, w druku
- Szarszewski 2006 (b) – Szarszewski A., „*Tablica Jalmużnicza*” Antona Möllera z kościoła mariackiego w Gdańsku. *Społeczna geneza zabytku*. „Rocznik Gdański”, 2006, w druku
- Szarszewski, Bogotko–Szarszewska 2006 – Szarszewski A., Bogotko–Szarszewska M., *Imago mundi pauperum. Dom Dobroczynności i Sierot według Johanna Jacoba Feyrabenta i Samuela Donneta*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2006
- Szpilczyński 1974 – Szpilczyński S., *Sytuacja w medycynie w chwili podejmowania reform przez Komisję Edukacji Narodowej*. „Archiwum Historii Medycyny”, 1974, 37, s.25–30
- Śmigieński 1932 – Śmigieński K., *Ewangelicki zakład djakonis w Poznaniu a organizacja szpitalnictwa polskiego*. Poznań: Jan Jachowski; Księgarnia Uniwersytecka, 1932
- Tennstedt 1981 – Tennstedt F., *Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1981
- Thomas 1980 – Thomas E.G., *The Old Poor Law and Medicine*. „Medical History”, 1980, 24, s.1–19.
- Thorwald 1989 – Thorwald J., *Stulecie chirurgów*. Przekład: K. Bunsch. Kraków: Wydawnictwo Literackie, 1989
- Trunz 1992 – Trunz H., *Apotheker und Apotheken in Ost- und Westpreußen 1397–1945. Ein Namen-, Orts- und Literaturverzeichnis*. „Quellen, Materialien und Sammlungen zur altpreußischen Familienforschung (QMS)”. Nr. 5. Hamburg: Verlag des Vereins für Familienforschung in Ost- und Westpreußen, 1992
- Tsouyopoulos 1976 – Tsouyopoulos N., *Reformen am Bamberger Krankenhaus – Theorie und Praxis der Medizin um 1800*. „Historia Hospitalium”, 1976, 11, s.103–122
- Urbanek 1993 – Urbanek B., *Inspiracje społeczno-medyczne w kształtowaniu systemu opieki nad chorym w Europie w XIX w.* „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki”, 1993, 38, 145–156
- Urbanek 2003 – Urbanek B., *Idea opieki nad chorym na ziemiach polskich w latach 1809–1914*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum, 2003
- Voswinckel 1986 – Voswinckel P., *Das „Tagebuch” eines Distrikt-Krankenhauses 1866/67 als Quelle der Sozialgeschichte*. „Historia Hospitalium”, 1986/1987, 17, s.121–133
- Wachholz 1921 – Wachholz L., *Szpitaly krakowskie 1220–1920*. T. 1. „Biblioteka Krakowska” Nr 59. Kraków: W.L. Anczyc i Spółka, 1921
- Wachholz 1924 – Wachholz L., *Szpitaly krakowskie 1220–1920*. T.2. „Biblioteka Krakowska” Nr 60. Kraków: W.L. Anczyc i Spółka, 1924
- Waddington 1973 – Waddington I., *The Role of the Hospital in the Development of Modern Medicine. A Sociological Analysis*. „Sociology”, 1973, 7, s.211–224

Wagner 1994 – Wagner B.J., *Ein Haus für arme Kranke? Zur Herausbildung des modernen Krankenhauswesens im 18. und frühen 19. Jahrhundert*. „81. Jahresbericht des Historischen Vereins für die Grafschaft Ravensberg“, 1994, 81, s.41–50

Wagner 2001 – Wagner B.J., *„Um die Leiden der Menschen zu lindern, bedarf es nicht eitler Pracht“: Zur Finanzierung der Krankenhauspflege in Preußen*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s.41–68

Wagner, Spree 2001 – Wagner A., Spree R., *Die finanzielle Entwicklung des Allgemeinen Krankenhauses zu München 1830–1894*. [In:] A. Labisch, R. Spree [Hg.], *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2001, s.95–140

Watzka 2005 – Watzka K., *Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag, 2005

Weindling 1991 – Weindling P., *The Modernization of Charity in Nineteenth-Century France and Germany*. [in:] J. Barry and C. Jones [eds.], *Medicine and Charity Before the Welfare State*. London, New York: Routledge, 1991, s.190–206

Włodarczyk 1998 – Włodarczyk E., *Kształtowanie się nowoczesnego społeczeństwa miejskiego*. [w:] E. Cieślak [red.], *Historia Gdańska*. T. IV/1. Sopot: Wydawnictwo Lex, 1998, s.146–169.

Zarębska 1997 – Zarębska T., *Budowle i urzędnictwo komunalne Gdańska w jego złotym wieku*. [w:] *Mieszczanństwo Gdańskie*. Gdańsk: Nadbałtyckie Centrum Kultury. Gdańskie Towarzystwo Naukowe: 1997, s.343–376

Zimmermann 2006 – Zimmermann N., *Von der Armenstatistik zur Sozialhilfestatistik*. „Statistik in Sachsen“, 2006, 12, s.114–125

18. ANEKS – DOKUMENTY

Dokument nr 1

Ordynacja Lazaretu, Szpitala na Zapleczu i Domu dla Chorych Zakaźnie w Gdańsku z 1610 r.

Źródło: Bibl.Gd.PAN, Ms Ortm. fol. 76, s. 41–57

[s.41] Ordnung, derer sich die Vorsteher der Haußarmen, Hinter-Spitals, Pocken- und Pestilentz - Haußes hinfort nebenst der Ordnung so Anno 1551. gedruckt werden zu gebrauchen haben.

Nachdem E. Erb. Rath Anno 1608. im October daß Pocken-Hauß zu den Hauß-Armen, Hinter-Spitals und Pestilentz-Hauß conjungiret, und mit sechs einerley Vorstehern bestellet, welche vier Jahr bey obgedachten Hospitählen und darzu gehörenden Armen Gott und der lieben Armuht ihre getreue und fleißige dienste und hülffe zu leisten schuldig seyn, alß werden die Vorsteher sämptlich zu jeder Zeit seynde einer dem andern in allen der Armen geschäftten behülflich seyn, wan jemand von seinem Mitt-Collegen worzu gefordert wird, damit der armen nutz und einkom[m]en nicht verhindert, sondern vielmehr gebeßert möge werden.

Ferner so sollen drey Jahr nach einander auff Michaelis zwey von den Vorstehern nach gethaner richtigen rechnung abgehen, daß vierde Jahr aber keiner, damit ein jeder den Armen vier Jahr diene, und alß dan auß sechs bürgern, die von sämptlichen Vorstehern ein viertel Jahr zuvorn auffgesetzt, und dem Herren Praesidirenden Burgermeister zugestellet, zween andere durch Em. Erb. Rath sollen verordnet werden, die abgehenden aber werden dieselbigen neuen Vorsteher daß viertel Jahr über dermaßen unterrichten, damit sie von allem, so den armen nützlich, wißenschafft haben, und also ihr amt mit weniger mühe bedienen möge.

Die Ambter sollen so außgetheilet seyn, zweene sollen daß Speiß-ambt haben, der eine in, der ander auß der Stadt, zweene daß Spend-ambt, der eine in der rechten und alten Stadt, der ander in der Vorstadt, langen und neuen Garten, St. Jacobs Acker, Sandtgrube und Petershagen, einer daß Heil-ambt, in und auß der Stadt, und einer daß bau-ambt die gantze [s.42] Zeit ihrer auffwartung zu verwalten haben, da aber einer oder mehr von gedachten Vorstehern nothwendiger geschäfte halben verreisete, oder daß Gott gnädiglich verhüten wolle wegen Kranckheit sein Amt nicht verwalten könnte, so soll deßelben Compan, alß die beede seyn, die daß Speiß-ambt haben, die andere so daß Schal-ambt, und die dritten, so daß Heil- und bau-ambt verwalten, einer für den andere die Zeit über daßelbige verwalten.

Imgleichen soll es auch gehalten werden, so einer oder mehr in wehrender Zeit ungefehr ein Jahr für außgang seiner vier Jahr todes verbliche, würde aber einer oder mehr ehe alß jetzt gedacht mit tode abgehen, so sollen die Vorsteher sämptlich bey Em. Erb. Rath umb einen andern Vorsteher anhalten, der dan die Zeit, so der verstorbene verwaltet, soll zu genießen haben, und damit von allen andern Spietählen frey seyn.

Auff daß nun die obgemeldeten Ambter durch die verordneten Vorsteher, so zu jeder Zeit werden seyn, mit nutz und fleiß mögen verwaltet werden, haben wir untengenandte

alß die ersten vom Erb. Raht verordnete Vorsteher nach dem die erwehneten Hospitähle vom Erb. Rath sind vereinigt und zusammen gebracht vorgemeldete vom Erb. Rath verordnete ämpter in eine gewisse ordnung so wie sichs für dieße Zeit am füglichsten hat wollen thun laßen zu bringen rathsahm befunden, damit ein jeder in seinem ampte wißen möge, waß seine außgabe und dargegen sein empfang seyn möge, auch waß die Officianten zu verrichten schuldig allewege seyn.

I. Zum ersten, der daß Speiß-ambt in der Stadt hat, wird die victualien zu reicher Zeit einkauffen, und die armuht daselbst mit gutter Speiße, so nicht verschimlet oder stinckend [s.43] ist, nebenst guttem und nicht saurem trincken versorgen, item jährlich gegen den Winter 30. gutte gesunde lebendige Ochsen kauffen für beede Hospitahle, jedoch zu mehrerern nutz der armen im Pockenhauß, weil den Krancken allda mehr frisch dan gesaltzen fleisch muß gespeiset werden, welche Ochsen daselbst im Pockenhauß mit futter unterhalten sollen werden. Bey den verordneten Stöer-Herren kegenst jedes Vorjahr anhalten, daß sie wie gebräuchlich den Armen einen Stöer verehren, alles bren[n]-holtz so viel in beeden Hospitahlen nöthig zu rechter Zeit einkauffen, insonderheit daß Pockenhauß mit trockenem Holtz versorgen, er wird auch alle die arme Krancken und alte gesunde daselbst im Hinter-spietahl in bequeme losamenter jedoch die Männer von den Weibern abgesondert legen, alle die daselbst zur Küche, Keller, oder anderem den Armen dienen lohnen, und sich befohlen seyn laßen, insonderheit auff die Stöckerknechte (wie zwar die andere Vorsteher auch thun sollen) gutte achtung haben, damit sie ihrem ampt ein gnügen thun, und niemand beschätzen mögen, wird auch alles geschirr, so daselbst zum fuhrwerck gehörig, machen laßen und unterhalten, hew und haber für die zwey Pferde, und so sie auch sterben andere vom Stadthoff-Herren bitten, dan E. Erb. Rath daß Hinter-Spitahl mit zween Pferden, und darzu gehörigem Haber und Hew versorget, item wird buch von aller einnahme und außgabe halten, und vermöge eines jeden Vorstehers so abgegangen Rechnung, auch waß auff alle hohe Feste wie auch auß dem Gottes-Kasten einkombt, und davon jeder Vorsteher empfängt, einschreiben, und also von allem wan es E. Erb. Raht begehren wird richtige rechnung thun, soll aber kein Erbe vermiethen, oder gelder außthun, viel weniger ein Erbe oder dergleichen verkauffen ohne sämtlicher Vorsteher wißen und willen, da aber armen oder krancken an gelde [s.44] vierdtzehn täglich mit zu theilen vorfiele, soll solches von ihm, wie auch von den andern Vorstehern aus Spend-ambt gewiesen werden, damit kein unterschleiff darauß entstehen möge.

Den rechtstädtischen Stöckner-knechten, welcher vier seyn, wird er jedem lohnen alle viertel jahr 4. Marck, den vier altstädtischen jedem alle viertel jahr 5. Marck, dem einen altstädtischen für die Wohnung alle viertel jahr 1. Marck, alle Weihenachten Kleide-geld einem jeglichen 10. Marck, vor jeden krancken so die rechtstädtischen Stöckerknechte ins Hinter-Hospitahl führen oder tragen 8. Schillinge, für die todten so außm Spitahl getragen werden auch 8. Schillinge, von denen so außhalb deß Spietahls sterben und zu grabe geführet werden 8. Schillinge, welchen sie aber wegtragen 8. [gr.], von jeder Thonne Taffel-bier oder Krölling die sie bitten 1. [gr.], davon bekombt der Fuhrknecht die Helffte.

Deß Fuhrknechts lohn ist alle viertel jahr 3 [mrc].

Dem Todten-gräber zum Heil. Leichnahm vor jeder leiche 2. [gr.] davon bekombt die Kirche die Helffte.

Der Speiße-mutter alle viertel jahr 3. Marck, und alle Weihenachten Keßel-geld 4 [mrc].

Zween Mägden, einer die der Krancken wartet, der andern so bey der Küche ist, alle viertel jahr jeder 2. [mrc].

Dargegen soll er allein alle die Pfennig-Haußer- und Garten- Zinßer so zu obgedachten Hospitahlen gehörig empfangen, welche Zinßer er fleißig und unnachlässig soll einmahnen, und da er etwaß von denselben nicht bekommen könnte, solches mit vorwißen seiner Mitt-Collegen beyschreiben laßen, soll auch derer verlaßenschafft so im Spietahl sterben zu sich nehmen und zu gelde machen, wie auch daß geld von denen so sich einkauffen, item auch fürs Koch-fett [etc.] empfangen, und [s.45] so er nach verlauffung seiner jahren und richtiger an seine Mitt-Collegen gethaen rechnung im verschob bliebe, soll ihm solches außm Gottes-Kasten wieder gegeben werden, wie auch ebenmäßig die andern Vorsthern wan sie abgehen, waß ihnen restiret, darauß empfangen sollen.

Von den Geldern aber, so auff die drey festage und auß den Gottes-Kasten einkom[m]en, soll er in wehrendem seinem Amhte nichts zu gewarten haben, sondern solches soll für die andern fünff Vorsther bleiben.

Da auch daß Capital so würde zunehmen (woran nicht zu zweiffeln) daß der so daß binnen Speiße-ambt hat, mehr Rente alß seine außgabe ist empfangen, oder viel weniger alß seine Mitt-Companen verschießen möchte, welches zu untersuchen den andern seinen Mitt-Collegen jeder Zeit frey stehet, werden sie solches durch ein mittel zu andern wißen, etwan daß die Hauß- und Garten-Zinßer von dem binnen Speiß-ambt genommen, und dem baußen Speiß-ambt zugeeignet werden, damit die gleichheit im empfang und verschob möge gehalten werden.

II. Der daß Speiße-ambt im Pockenhauß verwaltet, soll gleichfalß die victualien zur bequemen Zeit einkauffen, und die armuth daselbst nebenst den Officianten, insonderheit die Krancken mit gutten frischen zu den krankheiten dienlichen Speisen, woll gebackenem brodte, so daselbst für beede Spietahl soll gebacken werden, und klahrem jedoch nicht saurem trincken versorgen, kegenst jedes vorjahr bey den verordneten Stör-Herren anhalten, daß sie wie gebräuchlich den Armen einen Stör verehren, von den armenbüchßen, so bey Ambtern und bürgern, ein Register halten, wo und bey wem sie seyn, und sonst fleißig bitten, daß die armen viel mögen verehrt bekommen, für die Schweine und Ochsen Treber kauffen, [s.46] und die Officianten lohnen wie folget:

Der Prediger soll im Hinter Spietahl freye Wohnung haben, und alle viertel jahr wegen beeder Spietahl 18. Marck, 4 [gr.] und wan er deß Sommers im Pockenhauß prediget auß der Taffel 12. [gr.].

Der Vorsinger soll im Pockenhauß freye Kost haben auff eine Pershon, darzu alle jahr 4 [mrc], und wan deß Sommers im Pocken-Hauß geprediget wird jedes mahl 3. [gr.].

Der Hoffmeister hat nebenst Weib, Kind und Gesinde freye Wohnung, eßen und trincken, darzu alle jahr für sich 30 [mrc] ein Paar Stieffeln, und 2. Paar Schuh, oder dafür 6. Marck, und so er sich gutt und woll verhält eine Marck sechs zum Kleide zu hülfte.

Seiner Haußfrawen alß der Speiß-mutter alle jahr 12. [mrc] und 2. Paar Schuh, oder dafür 2. [mrc].

Dem Pfortner, nebenst seinem Weibe alß der Garten-Mutter freye Wohnung, eßen und trincken auff 2. Pershonen, und ihr jährlich 4. [mrc] und ein Paar Schuh oder dafür eine Marck.

Dem Korbträger frey lager und Kost auff eine pershon und jährlich fünff Marck, darzu zwey Paar Schuh, und zwey Hembde, oder dafür 4. Marck, vor jeder Tonne Krölingk und Taffel-bier so er biettet 1. [gr.] und vor die Tonne Schenck-bier einen Schillingk außschlag-geld, wie auch vor jeder Marck, so er mit der büchßen bittet fünff Schillingen, item vor jeder grab so er machet und die todten begräbet zwey Groschen.

Dem Becker vor jeder last mehl zu verbacken 3. [mrc].

Dem Weibe so mit der Taffel auffwartet freye wohnung und Kost auff eine pershon, und von jeder Marck so Sie gebethen fünff Schillinge.

Der Schweinhirtschen jährlich 2. [mrc] und ein paar Schuh nebenst freyem lager und Kost auff eine pershon.

Dargegen hat er zu empfangen daß gelt, so in der schlacht-Zeit auffm marckt gesamlet wird, daß Fleisch aber, so allda gehehen oraz wird, soll in beyde Spietahl vertheilet werden.

Daß gelt, so in den Armen-büchßen bey den Ambtern und bürgern ist jährlich, aber auß der büchße, da der Korbknecht mit gehet, und auß der Taffel, da daß Weib vorm Spietahl mit stehet, und auß der, so bey der Clausen ist, so offters nötig befindet außnehmen, wie auch waß mit den Taffeln gesamlet, wan geprediget wird, zu sich nehmen.

Imgleichen für die Schweine und Ferckel, so außm Pockenhaüße verkauffet werden, wie auch vor die Ochßen-häute und Talch, so nicht zu licht von thuende, alß auch vors Koch-fett empfangen, und waß er mehr verschoßen, von den geldern, so auff die drey Hohen Festage mit den Schalen gesamlet, und auff Martini auß den fünff Gottes-kasten einkom[m]en, nebenst den andern Vorstehern mit empfangen. Mit dem empfang aber der jetzt gedachten gelder soll es also gehalten werden, daß, wer viel verschoßen, auch wiederumb viel davon zu nehmen hat.

III. Daß Spendeampt in der rechten und alten Stadt wird alle die Haußarmen daselbst wohnende jedern nach seiner nothdurfft alle 14. tage bespenden und fleißig untersuchen, damit kein unterschleiff geschehen moge.

Den rechtstädtischen Stöckerknechten, wo sie ihr Ambt fleißig verrichten, alle 14. tage, wan es außtheilet, 10. [gr.] geben, alle viertel jahr bürger auffsetzen, die mit der Schalen in St. Marien und St. Johannis Kirchen stehen sollen daß allmoßen zu samlen, dem diener, so ihnen solches ansaget, jedes mahl lohnen 25. [gr.], wird auch nebenst ei-[s.48] nem seinen Mitt-Compan zweene von den ältesten Hospital-Herren bitten, daß Sie in der Kirche auff den Heil. abend die bürgerschaft ermahnen wollen, damit Sie die allmosen fleißig einsamlen, und auffs Rahthauß einbringen, ferner auch die andere zweene Hospital-Herren, daß Sie sich auffs Rahthauß bey einsamlung der gelder bequemen wollen, begrüßen. Dargegen wird er jährlichen auff Martini wegen Hrn. Johan Möllers Testament vom Hrn. Valentin Bodeck 30. Marck, und von Tewes Krausen auch 30. oder ihren Successoren empfangen, und wie im vorigen ambte vermeldet, sein außgelegtes geld wieder nehmen.

IV. Daß Spendeampt in der Vorstadt und andern vorgedachten Städten wird alle die Haußarmen an denen Orthern wohnende, alle 14. tage nach gelegenheit der Pershonen bespenden, auch fleiß anwenden mit untersuchung, damit kein unterschleiff geschehe,

den rechtstädtischen Stöckerknechten, wan es außgetheilet, so sie ihr ambt fleißig verrichten, alle 14. tage deß Sonnabends 10 [gr.] geben, kegenst die drey Hohen Feste bürgern auffsetzen, die in der rechten Stadt und auffn neuen garten die allmosen mit den Schalen samlen, in den fünff Pfarren den Herren Praedicanten kegen jedes Fest einen Thaler verehren, und sie erinnern, daß Sie ihre Zuhörer fleißig ermahnen wollen, damit den armen mildiglich mag gegeben werden. Die Officianten auffm Rahthauße alle drey Feste lohnen, alß dem rechtstädtischen Diener 50. [gr.], dem altstädtischen 15. [gr.], dem vorstädtischen 15. [gr.], dem Schlüter 10. [gr.], [und den vier rechtstädtischen Stöckerknechten 24. [gr.] Item, nach gezehletem gelde den Herren, wie viel auß jeder Stadt einkommet, auffsetzen und mitgeben, imgleichen auch waß daß jahr über auß den fünff Gottes-Kasten einkommet auffsetzen, und solches nebenst den Schüßeln den Herren über- [s.49] antworten, wie auch vorgedachtes einkom[m]en, und davon jedes Vorstehers empfang allemahl dem Vorsteher, so buch hält, auffsetzen und übergeben, damit er solches richtig zu buche bringen kan, durch die Stöckerknechte verhütten, daß keiner betteln gehe, er habe dan ein Zeichen, und daß die so Zeichen haben nicht länger alß von 10. Uhr biß zu glocke 1. bettlen, dieselben aber, so daß betteln vergönnet worden soll er mit gaßen-Zeichen, jedoch alle jahr anderer form, daß man sie von weiten kennen kan, versehen, und solche in beyseyn seiner Mitt-Collegen zwischen Ostern und Pfingsten im Pockenhaüße oder auffm Heil. Geist Hoffe außtheilen, mit ebenmäßiger vermahnung, daß Sie länger nicht, dan jetzt gemeldet, bettlen sollen, da Sie aber länger würden bettlen gehen, nach gelegenheit sollen gestraffet werden, imgleichen alle halbe jahr die bettler mit den Zeichen verboten laßen, und untersuchen, damit kein Zeichen unterschleiff mit den geschehe, item soll auch den Stöckerknechten die Korbatschen kauffen, dargegen wird er, wie beym andern Ambte gemeldet, sein außgelegtes geld wieder bekom[m]en.

V. Daß Heil-ambt wird alle die armen Krancken durch die vom Erb. Rahte darzu bestätigte Ärzte curiren laßen, die Frantzösichen in den darzu geordneten Logementen, und die andern nicht wucherende Kranckheiten auch in ihren besondern Gemächern im Pockenhaüße, doch die Weiber sollen absonderlich logiren, und von jedem Krancken, so allda geheilet wird 5. [mrc] zahlen, wie solches breiter in der Ordnung zwischen den Vorstehern und Balbierern gemachet enthalten, von den Krancken aber so im Hinterspietahl, oder außser dem geheilet werden vor jeder pershon 2. [mrc]. Die Pestilentzischen ins Pestilentzenhauß, und die unsinnigen in die Klauße verschaffen, welche unsinnige er alle viertel jahr soll laßen baden, daß Haar abschneiden, und ihre gefängnüße reinigen, wird auch alle [s.50] Patienten und Armen mit frischem Stroh, weißen lacken, Küßen und dienlichem lager versorgen, und alle bette und leinwand in gutter verwahrung haben, die Patienten mit gutten fleißigen Siegmägden oder Warterern versehen, welche alle viertel jahr zu lohn haben sollen jede [] Marck, so balt jemand außgetheilet, demselben behülflich seyn, damit er außm Spietahl gehe, auch fleißig acht haben, daß die Krancken ihre Kleider oder waß Sie sonst haben mit ins Spietahl bringen, den Weibern heede verschaffen, daß Sie täglich ein stück Garn von zwey Tall spin[n]en und welche es nicht thut, keine Kost geben laßen, dargegen wird er vom Hrn. Hans von der Linde jährlich auff Johan 150. Marck empfangen, daß garn in der armen nutz wenden, imgleichen der verstorbenen verlaßenschafft zu sich nehmen, und waß er mehr verschoßen auff die Festage auß den Schalen wieder einnehmen.

VI. Daß bauampt soll ohne der andern Vorsther consens nictes neues bauen, sondern alle der Armen gebäwde in guttem baulichen wesen erhalten, außgenom[m]en die

Klaube, es wäre dan, daß nicht viel daran zu thuende wäre, sonst erhält sie E. Erb. Rath, dem er dan solches anzumelden schuldig ist, wird auff's land gutte acht haben, damit nichts abgegränztet, und es zur rechter Zeit gemistet, gepflüget, besänt, und die Früchte eingesamlet werden, wie er dan auch den wiesenwachß ihm soll befohlen seyn laßen, den Arbeitern alß Mäurern und Dreschern lohnen, alles brodt-korn für beyde Spitähle, wie auch waß zum Fuhrwerck gehörig verschaffen, die drey Knechte daselbst lohnen, und jedem jährlich 26. Marck geben, mehr wird er auch dem Brigitten Kloster für so viel Huben und morgen landes an der Schiedlitz gelegen, wie im Haupt-buche enthalten jährlich 9. Marck und eilff Hüner grundzinß geben, und dem Hoffmeister befehlen, daß er jährlich obgemeldetes land mit sechs [s.51] Fuhren verscharwercke, daß land aber bey'm gericht, so 8. Morgen und 246. Rutten, item daß stück bey'm Teiche, so 15. Morgen und 251. 1/3. Rutten, und daß stück bey Schellenmühle, so 14. Morgen und 260. Rutten in sich hält, wie auch die große Wiese, so 26. Morgen und 155. Rutten, und die kleine Wiese 11. Morgen und 109. Rutten groß, welche beide über der Weichsel liegen, ist aller unpflucht sey, wird auch bey dem Herren Abt in der Oliva anhalten, damit man frey Strauch möge bekommen daß landt mit zu berücken, wie mehr in den Privilegien vom gantzen Convent dem Pockenhauß gegeben enthalten ist, item wird die Pauperes in den fünff Pfarr-Schulen, wie auch zu St. Barbara jährlich gegenst Martini kleiden, auch alle viertel jahr in genandten Schulen untersuchen, ob alle Jungen, so gekleidet werden, verhanden, und fleißig in die Schulen gehen, und die Schulmeistern ermahnen, daß Sie sie täglich ablesen laßen, und welche nicht stets zur Schulen kom[m]en anzeichene, und dem Vorsteher vermelden, denen er dan gegenst den Winter keine Kleidung geben soll, ob auch Knaben vorfielen, welche zum lernende untüchtig, sollen von ihm zu handwercken gegeben werden, wird die Rectores lohnen, alß nemlich dem von der Pfarr alle viertel jahr 5. Marck, dem von St. Johan 2 ½. [mrc], von St. Catharinen 2 ½. [mrc], von St. Bartholomaei 2 ½. [mrc], von St. Peter 2 ½. [mrc], aber dem von St. Barbaren jährlich auff Martini 5. [mrc]], dargegen sollen Sie schuldig seyn jedem Jungen, so ihnen vom Vorsteher zugeschicket wird, in die Schule zu nehmen, zu instituiren und fleiß anzuwenden, auff daß waß guttes auß ihnen werden möge, und solches soll fürnemlich von bürgers-Kindern, welche ihre unvermögende Eltern auff ihre unkosten nicht vermögen zur Schulen zu halten, verstanden werden, wie solches weiter in der Ordnung, so Anno 1551. gedruckt, zu sehen, dargegen wird er alles einkom[m]en, so vom ackerbaw und wiese- [s.52] wachß fält empfangen, wie auch jährlich auff Michael 150. [mrc] von der Cäm[m]jerey, welche E. Erb. Rath den armen zu brodtkorn gegeben, abfordern, und waß er mehr verschossen nebenst andern Vorstehern auß den Schalen auff die Festa-ge zu nehmen haben.

Dießes vorgemeldete alles werden die Vorsteher, so zu jeder Zeit vorgemeldeten Armen dienen, fleißig und getreulich verwalten, und dargegenst daß lohn von Gott dem Allmächtigen gewärtig seyn, der alß ein gerechter Richter alle gütigkeit, insonderheit gegenst die armen reichlich belohnen, hinwiederumb aber alle unbarmhertzigkeit und ungerechtigkeit schwerlich straffen wil.

Folget die Ordnung, waß jedes Officianten Ambt sey, wornach sich die Vorsteher zu richten haben.

I. Zum ersten ist der Prediger schuldig im Pockenhauß den armen von Michael biß Ostern alle Diengstage, oder zum wenigsten alle 14. tage, und von Ostern biß Michael

umb den dritten Sontag daselbst zu predigen, die armen im Hinterspietahl, so nicht in die Kirche gehen können, zu besuchen, und in beyden Spietahlen, wans die Krancken begehrend seyn, auch nur einen auff einmahl zu berichten, wan keiner mehr wäre, damit Sie nicht wie daß Vieh hinsterben, worauff insonderheit der Heil-Juncker, wie auch die Speiß-Junckern ein auffsehen sollen haben.

II. Zum andern soll der Vorsinger im Pockenhaüße die Armen täglich mit Gottes Wort unterrichten, Sie zum gebeth vermahnen, und geistliche Lieder mit ihnen singen, wird auch bestellen, daß wan deß Sontages im Pockenhaüße soll geprediget werden, daß solches in der Stadt von den Cantzeln der Gemeine angekündigt werden.

III. Zum dritten soll der Hoffmeister auff alles gute ach- [s.53] tung geben, damit nichts veruntrauet werde, und allen schaden so viel möglich verhütten, sein amt fleißig verwalten, damit den armen nicht worin möge zu kurtz geschehen, die Fuhrknechte zu steter arbeit halten, wie auch die andern Kerls und Weiber, so durch urlaub der balbierer arbeiten mögen oder können, und so sich einer oder mehr im Spietahl muhtwillig verhielte, soll er ihn wegsetzen biß zur ankunfft eines Vorstehers, der ihn dan nach gelegenheit der sachen wird zu straffen wißen, soll aber niemand weder annehmen, noch abschaffen ohne vorwißen deß Vorstehers, zu deßen amt er gehörig, seinen bierchanck, welcher ihm erlaubet, so anstellen, daß er da keine Gäste setze, oder den armen zu viel verkauffe, daß Sie sich vollsauffen, ihnen auch auff Kleider, oder waß es sey nicht leihen oder bier geben, dan ihm nichts dafür soll wieder gegeben werden. Seine Frau wird die Kost täglich zu rechter Zeit fein reinlich gahr machen, und jedem seinen theil deß tages einmahl geben, den Wahnsinnigen aber zwey mahl, daß Koch-fett fleißig verwahren, und den Speisejuncker zustellen, soll auch acht haben, daß die Weiber ihre stücke garn täglich spinnen, und von ihnen ihr gegeben gewichte an garn und Klüter-Heede fordern, auff daß Sie im Zwange gehalten werden, und ihre Kost nicht vergebens eßen, und waß sonst ihr Amt erheischet fleißige acht haben, damit nichts umbkom[m]en möge.

IV. Zum vierdten soll der Pfortner alle Thüren und Thöre auffs fleißigste verwahren, auff daß nicht die armen, oder andern, so nicht Officianten seyn, oder darinnen arbeiten, ihres gefallens mögen auß und eingehen, außgenommen waß gute leute, die balt zu erkennen seyn, oder mit Zetteln hinein kommen, es würde ihm dan von den Vorstehern oder Hoffmeister befohlen jemanden ein oder auß zu laßen.

[s.54] Sein Weib wird den garten nach erforderung der Zeit der maaßen graben, säen, pflanzen, weden, und die fruchte wiederumb einsamlen, damit kein klagen darüber komme, solches wird Sie thun mit hülffe der wanschaffenen, und der andern Weiber, so im Spietahl seyn.

V. Der Korbknecht soll alle wochen in seinen verordneten gaßen mit dem Korbe gehen, und daß brodt für die armen bitten, alß deß Sontages in der Jopen und halben lange gaße montages halbe langen- und hunde-gaße, diengstages Heil-Geist und Frauen-gaße, mittwochs breite und andere gaßen, so im breiten- und fischer-quartier nach der Alt-stadt werts gelegen, donnerstages in der Vorstadt, freytages auff der alten Stadt, und deß Sonnabends bey den Krähmern und Salzsiedern Saltz, Lorbeeren, Pfeffer, Küm[m]el und anderes mit Säckchen bitten, und waß ihm also an geldt und anderen sachen vor die

armen gegeben wird, dem Hoffmeister treulich überantworten, wird auch so viel trincken, alß im Spietahl von nöthen ist, bitten.

VI. Die Schweinhirtsche soll der Schwein warten, sie zu felde treiben, und acht haben, damit sie zu rechter Zeit ihr eßen bekommen, daß auch keines verlohren werde, oder sonst unfall darzu komme.

VII. Die Siegmägde, so der Krancken warten, sollen ihr amt fleißig verwalten, die Krancken, so machtloß seyn mit aller nothdurfft versehen, ihnen zu- und ab-tragen waß die noth erfordert, sonderlich denen, so nicht außgehen müßen, die todten waschnen und anziehen, und ihre verlaßene Kleider dem Heil-Juncker überantworten, damit nichts wegkom[m]jen.

VIII. Die Speißemutter im Hinterspietahl soll gutte acht haben, daß die Speiße, so ihr gegeben, reinlich gekochet [s.55] werden, und nichts umbkomme, daß einem jeden sein theil gegeben werde, daß Kochfett fleißig verwahren, und solches dem Speißjuncker zustellen, item, so jemand bier oder gekochte Speisen dahin schicket den armen allda außzutheilende, daß solches von niemanden unterschlagen werde zusehen, daß ein jeder sein theil bekom[m]e, und sonst in allem fleißig und getreu seyn.

IX. Der Fuhrknecht daselbst wird die dienste, darzu er von den Vorsthern gefordert wird, treulich verrichten, die Krancken ins, und die Todten, so nicht getragen sollen werden, auß dem Spietahl führen, alles trincken, so die Stöcker-knechte bitten, und von gutten Leuten gegeben wird, hinbringen, da es ihm hin zu führen befohlen wird, nemlich in unsere Spietähle.

X. Die rechtstädtischen Stöckerknechte werden alle dienste im Hinterspietahl verrichten, und alle Zeit zwey von ihnen auffm Heil. Geist Hoffe seyn, es wäre dan, daß sie eine Leiche für Gericht hätten, oder sonst in der armen geschäfte auß befehl der Vorsteher verschicket wären, bey der straffe jedes mahl wan sie nicht da seyn 5. [gr.], die andere zweene, wan Sie nicht zu thun haben, sollen nebenst den vier altstädtischen täglich zwey und zwey zusammen auff den gaßen gehen, und auff die bettler achtung geben, damit keiner so ein Zeichen hat länger alß von glocke 10. biß an Segers eins betteln gehe, und die, so nicht Zeichen haben, auß der Stadt verweisen, die aber, so auff den gaßen liegen und kranck seyn, mit vorwißen deß Speißjunckers ins Spietahl bringen. Es soll sich auch kein Stöckerknecht unterstehen von den Bettlern etwaß zu fordern, oder einige gabe zu nehmen, damit Sie frey betteln möchten, sollen auch keine bettler schlagen, er setze sich dan zur wehr, bey straffe nach gelegenheit. Es sollen auch täglich vor dem Juncker-Hoffe vor und nach mittage ihrer Zweene auffwarten, damit daselbst keiner unter [s.56] den Kauffleuten betteln gehe, auch zum wenigsten zwey mahl deß tages ein jeder Stöckerknecht zu dem Vorsteher, dahin er beschieden, in seiner behaußung einsprechen, und fragen, ob er waß zu befehlen habe, item, ein jeder Stöckerknecht wird alle Sontage in der Kirchen, darauff er bescheiden, auffwarten und acht haben, damit alle bürger, so mit den Schalen stehen sollen, so balt die predigt angefangen zu schließen vorm gebeth anfangen zustehen, und sie nicht ehe laßen weg gehen, biß die Communicanten vorm altar weg gegangen, und darnach zusehen, daß daß gesamlete geld alles in der Gottes-Kasten eingestecket werde, aber von ihnen kein biergeld fordern noch neh-

men, item, wan Sie Krancken ins Spietahl holen, sollen sie kein biergeld von ihnen oder von denen, da sie beyliegen, fordern, auch nicht nehmen, sondern daß waß den Krancken zugehörig fleißig abfordern, und ins Spietahl mit einbringen, da Sie hierinnen ungetreu befunden würden, sollen sie mit gefängnüß gestraffet werden. Da sichs auch befunde, daß sie von denen so außerhalb deß Spietahles sterben und ihnen befohlen wird dieselbe zu grabe zu tragen oder zu führen, einiges biergelt oder verehrung zu fordern sich unterstehen würden, sollen Sie ihr lohn dubbelt verfallen haben, so offt sie hierwieder handeln. Item die rechtstädtischen Stöckerknechte sollen die unsinnigen von den gaßen in die Klaufße setzen, davor Sie von der Cäm[m]jerey vor jedern 40. Schillinge empfangen, dieselben alle viertel jahr baden und ihre gefängnüße reinigen, wie auch alle die erstochenen, erschlagenen, ertrunckenen, enthaupten, oder die sonst umbgekommen seyn, vor Gerichte und zu grabe tragen dafür Sie von den Erb. Gerichten ihr lohn bekom[m]jen werden. Item, die rechtstädtischen Stöckerknechte sollen in der rechten Stadt, und die altstädtischen in der alten und Vor- [s.57] stadt vor den Sterbhäußern zum wenigsten zweene von ihnen auffwarten, allda den Leuten, so geld oder anderes den armen außtheilen laßen, behülfflich seyn, damit nicht ein bettler zwey oder drey mahl bekomme, dafür sollen Sie sämbtlich fordern nicht mehr alß zum meisten 12. [gr.] Waß nun ihnen mehr von den Vorstehern befohlen wird im Pockenhouse oder anderswo zu verrichten, welches alles zu specificiren unnöthig, wie auch fast unmöglich, in waßerley der armen geschäftten man sie täglich gebrauchet oder gebrauchen wird, solches sollen Sie alles getreulich und fleißig verrichten. Alles waß nun in dieser Ordnung mangeln würde, haben sich die Vorsteher auß der Ordnung so Anno 1551. gedruckt zu erlernen. Da auch etwaß vorfiehle, welches in beyden Ordnungen nicht enthalten, werden die zu jeder Zeit verordnete Vorsteher daßelbe so mangeln würde hinein zu setzen befüget seyn, damit den Armen und Vorstehern durch gutte Ordnung möge gedienet werden. Hierzu wolle Gott einen glückseeligen fortgang, der zu nutz und besten den armen und krancken reichen möge, auffß allergnädigste verleihen. Diese Ordnung ist gemachet und berahmet Anno 1610. im Januario.

Gerdt von Keyserwerdt.
Daniel Scheffke
Benjamin Engelke
Jacob Fischer
David Schröder.
Anthoni Kronberger.

Dokument nr 2**Ordynacja zarządcy i szafarki Lazaretu w Gdańsku z 1701 r.**

Źródło: APG, 300,R/Q,17, na k. 68r–81v.

[k.68r.] Ordnung des Hoffmeisters und Speisemutter im Lazareth.

[k.69r.] Instruction vor den Hoffmeister und die Speisemutter, nach welcher sie sich wegen des Heil-Ambts werden zurichten haben, und zwar so oblieget dem Hoffmeister.

1. Daß Er die Siegmägde, mit Glümpff und Ernst dazu halte, daß sie ihm, wenn etwa in der Nacht, iemand von denen Krancken in angst oder Todes noth gerichte, solches augenblicklich ankündigen, damit Er selbigem mit Gebeth und Trost beystehen, auch so es der Patient begehrete, und die noht dazu vorhanden wäre, daß er beym glöckner anklopffen ließe, umb den Hrn. Prediger dahin zubitten.

[k.69v.] 2. Daß er täglich zur Morgen und Vesper Andacht darauf haben, daß der Vorsinger unter der Kirchen, und der Klöckner in den 2. Krancken, die jungens aber in denen oben verordneten Stuben die Bethstunden, wie ihnen solches zur bestimbtten Zeit und Stunden, anbefohlen worden, halte und verrichte, wo bey er in acht zunehmen hat, daß die ienigen auß denen andern Stuben, welche gehen können, und nicht zu bette liegen dörrffen, in diese Bethstunden sich einfinden, bey Straffe welche ihm vermöge der großen Spitalh Ordnung vorgeschrieben ist, an denen Verbrecher zu vollenziehen.

3. Daß er Sorgfältig die gestorbenen [k.70r.] Persohnen in die Todten Kammer zu setzen, und bald ins Sarg zubringen anbefehle, damit kein unglück durch die hunde geschehe, und denn weiter, daß wenn welche Sarcke, mit Leichen auf dem Wagen, nach dem Kirchhofe geführet werden, daßelbe mit dem dazu verhandenen langen schwartzen Lacken bedeckt, auch einigen, wenigstes 6. oder 7. Paaren, derer so gehen können, nach dem Grabe begleitet werden.

4. Daß er denen Korb Knechten so woll, alß auch denen, so die Todten auß der Stadt bringen, ernstlich anbefehle, darauf halte, auch selbst darnach sehe, und sehen laße, daß die Sarcke tieff genug unter die Erde begraben, [k.70v.] und gnugsam mit Erde bedeckt werden.

5. Daß er mit allem fleiß die Speißmutter dazu anhalte, daß die Stuben von denen Siegmägden, vornemlich aber die Patienten selbst, am Leibe und denen Betten, und Linnen rein gehalten, auch selbigem mit aller bescheidenheit, so woll mit worten, alß in der That, gedienet, gepfleget und zur hand gegangen, auch kein schelten, fluchen oder Lästern, von iemanden gehöret, noch gelitten werde, dem Armen Lazaro aber also, nach allem Vermögen, Erquickung, Trost und Hulffe wiederfahren möge.

6. Daß er darauf acht haben laße, [k.71r.] daß wenn die Knechte, die Todten mit dem Wagen auß der Stadt führen, dazu weilen mehr alß ein Sarck zugleich außgeführet wirdt, daßelbe alß denn, das hierzu verfertigte schwartze tuch, darüber decken, auch der Ver-

storbenen nachgelassenen ermahnen mögen, daß sie dem Wagen biß zur Gruben folgen müßen.

7. Daß er in der Kirchen daselbe durch den Glöckner rein gehalten werde, acht habe, deßgleichen wen[n] darin etwas, in ein oder andern zu repariren vorfalle, solches Zeitig melde.

8. Daß er täglich dem Schulmeister besuche und woll zu sehe, daß die jugend zum gebeth, lesen, Schreiben und Catechismus lernen ge- [k.71v.] halten werde, und darin profitiren mögen, auch die welche zum Strümpffstricker angeführet, darinnen fleißig geübet werden, dann auch daß die Kinder, von der dazu verordneten Siegmagd, fleißig bereiniget, und mit sauber hembden versorget werden, wann auch welche in Kleidern abgerißen, oder gar keine haben, er solches dem Heil Juncker melde, damit sie damit profitiret werden können. Des Sontages sollen selbige, wenn der Gottes Dienst in der Kirchen angehet, an ihre daselbst verordneten Stellen, so woll die junges alß Mägdchen, iede à porte hingeführet und zur stillen und andächtigen anhörung der Predigt ermahnet werden, die erwachse – [k.72r.] nen wird er bemühet seyn, zu rechter Zeit bey Handtwerck, auff's Landt, oder sonsten zum gutten dienste, anzubringen, wozu der Heil Juncker, wenn es jungens, die ihm auf dem fall nöthige geburths brieffe anzuschaffen, sich wird angelegen seyn laßen.

9. Die 2. Curstuben, welche der Balbier alhier in seine gewalt hat, wirdt Er in so ferne woll versorgen, daß dahin zu einhitzen, trucken holtz, zur Speise aber frisch fleisch und klar trincken angeschaffet werde.

10. Wenn etwas an gelde von denen Wollthäter außgetheilet wird, lasset er das, was vor die Kinder, in die grüne, deßgleichen in die vor unsinnigen verhandene schwarz- [k.72v.] tze büchse eingelegt wirdt, biß zu verfließung des Quartals, nemlich alle 3. Monath, von Michaeli an gerechnet, stehen, und bringet alß denn dem Heil Juncker, daß das darin verhandene herauß genom[m]en werde.

11. Muß er auf die im Lazareth continuirlich arbeitende Schnitzker, welche die Sarcke verfertigen, auch ein wachendes auge haben, und zusehen, daß so woll die Sarcke, woll und gutt verfertiget, alß auch daß die dielen nicht unnötig verschnitten werden, und wenn ein Schock grosser und kleiner Sarcke fertig sind, bezahlet dafür 11 [fl.] arbeits lohn, deßgleichem wann die bey dem Heilambt verordnete Knechte, auf befehl des Heil Junckers, von denen Casuben dielen kauf- [k.73r.] fen, wird Er oder die Frau, bey abladung derselben zugegen seyn, und so woll auf gutt gutt, alß auch auf die Zahl acht haben, und selbige dann auf einen Zedel, nebenst dem Preise, so er von denen Bauren befragen kan, in die Stadt schicken, er soll auch von diesen Dielen keine ohne Vorbewust des Heil Junckern, es sey wozu es wolle, verbrauchen laßen, damit von selbigen, und denen Sarcken, richtige Rechnung können gehalten werden, wie dan die hiezu verordnete prapariete Zeichen, alle Richtigkeit befördern können.

12. Auf die Wahnsinnigen, wirdt Er fleißige acht geben, daß selbige reinlich gehalten, und mit zu weilen absonderlicher Kost und Tranck erquicket, und wenn es nötig des Tages 2. mahl gespeiset werden, [k.73v.] weßwegen Er den Barbier zuraht ziehen, und

seiner anweisung hiezu folgen kan, welches auch von denen sehr elenden krancken in den krancken stuben zuverstehen, die mit fleisch Suppen, Hünern und andern Speisen von seinem Tische müßen gepfleget und erquicket werden.

13. Er soll niemanden von Patienten, auch wann selbe gleich ins Lazareth gebracht, oder vor die Thüre geleyet würden einnehmen, Es sey dann daß er vom Heil. Juncker, deßwegen ein bleier Zeichen erhalte, deßgleichen auch kein Sarg ohne Zeichen folgen laßen.

14. So wie auch sein Leben und Wandel, unter den Lazarithen bauen und ärgern kan, alß wird Er [k.74r.] sich eines stillen, mäßigen und Gott wollgefälligen Wandels befließen, und mit allem Ernst dahin zu verharren, angelegen sein laßen, und so woll vor sich selbst, alß auch auf die Seinigen, und ihm untergebene, wenn es ichtes möglich, und seyn kan acht haben, daß sie sich zur Kirchen zur anhörung der Predigt, und andern Gottes Dienste, andächtig einfinden mögen, in allem auch, was zu der Ehre Gottes, und des Lazari hülfte dienen kan, nach seinem euserstem Vermögen, die beforderung suchen, und in steter Sorge seyn, was in ein oder andern könne erspart, oder auch zum Nutzen wirklich verbeßert werden, alß welches in und nebst seiner Arbeit, gleichsam sein tägliches Studium sein soll.

[k.74v.] Der Speisemutter Schuldigkeit ist in diesem Ampte

1. Daß sie hinfort, wann ein Patient mit dem Zeichen und Zedel ins Pockenhauß gebracht wirdt, selbigem dem Barbier gesellen vorstelle, und wann selbiger nicht in die Frantzosen oder Cur Stuben gehöret, in die Krancken Stube, alß Männer in die Mannes und Weiber in die Frauenstube, in ein rein Bette und Laken (welche ihr hiemit mit laut am fuste dieser gesetzten Specification, alle rein und woll bestellt überliefert werden) oder auf Erkänntnis des Barbiers, nur vor erst biß die Kranckheit erkandt wirdt, und der Patient kan gereiniget werden, in eines der Bettstätten, worinnen [k.75r.] rein stroh sich befundet bringen laße, zu dem Ende denn so bald einer von denen sehr krancken, in diesen beiden Stuben, an dem Barbier erkandt wird, daß er könne in eine andere Stube, biß zur Völligen genesung gebracht werden, die Bette und Lacken gleich gesaubert und aufgemacht stehen sollen, damit so woll der schwache, bald könne erquicket, alß auch die Bette in tauglichen Stande, und daßelbe nicht rotten oder faulen, erhalten werden, wozu sie die Siegmägde anzuhalten, und fleißig selber darnach täglich zusehen gehalten seyn wirdt.

2. Daß sie mit allem Ernst hinter denen Siegmägden her sey, [k.75v.] auf selbige gutte acht habe, daß sie dem Patienten, mit bescheiden zureden und alle ersinnlichen Pflege und bereinigung begegnen, selbigem tröstlich zusprechen, auch wenn sie etwas außer ordentliches von Eßen oder Trincken begehren, sie es ihr zuwißen thun mögen, damit es ihnen könne angeschaffet werden, Zancken fluchen, oder daßelbe mit ungedult ihre arbeit verrichten solten, soll sie durch auß nicht leiden, sondern wenn Vermahnungen nicht helffen wollen, sich nach besten umbsehen, sie auch embsig dazu anhalten, daß sie wenn die Patienten dem Herrn Prediger verlangen, aufs geschwindeste [k.76r.] Hr. Woll Ehrw. durch den Glöckner dahin nötigen laßen. In Summa weilen an tüchtigen Siegmägden, dem armen Lazaro zur erquickung (da untüchtige und böse, ihme zur meh-

ren qual dienen können) ein sehr vieles gelegen, alß wird sie sich recht hertzlich angelegen sein lassen, selbiger vorhalten woll zu prüfen, und sie recht kon[n]en zu lernen, ob sie zu behalten oder abzuschaffen seyn, und wenn dieses die noht erfordert, wird solches von dem Heyl-Juncker gesehehen, alß vor dem in deßem gegenwart auch ieder Zeit die neuen sollen angenom[m]en und gemietet werden. Ihren Lohn betreffende, [k.76v.] wird selbiger von dem Heil Juncker mündlich zu vernehmen seyn.

3. Daß sie sich bemühe, wann es etwa mit einer Person zum sterben kompt, von selbiger zu vernehmen, ob sie auch noch was eigenes habe, daß sie dem Lazaro laßen wolte, und dann es sey gegenwärtig bey dem sterbendem, oder sonst bey jemanden, selbiges in händen zubekom[m]en, oder der Sorge des Heil-Junckers es zu überlaßen, sich angelegen seyn laße, wann sie auch bey solcher gelegenheit nicht zugegen seyn könnte, daß sie die Siegmägdte dieses nicht zu verabsäumen, woll erinnere, und dann was erhalten wird, [k.77r.] dem Heil-Ampte treulich einbringe, wiewoll hiebey dieses in acht zu nehmen, daß von denen so eingekauft sindt, die Verlaßenschafft dem Speise ampt von denen andern allen aber, dem Heil-ampte das vorhandene zukompt.

4. Wann eine Persohn gestorben wirdt sie acht darauf haben, daß selbe bald von der Siegmagd, abgewaschen, und mit einem reinem Hembde bekleidet, ins Sarg geleget, und in die todten Kammer geführt oder getragen wird, wie hievon oben in des Hoffmeisters Ordnung gemeldet worden.

5. Daß sie die unsinnigen mit be- [k.77v.] scheidenheit und Ernst zu vertragen belerne, und gewöhne, selbigen auch zu weilen außerhalb der gemeinen Kost und Tranck auch woll des Tages zwey mahl was reiche und mit hembden und bereinigung hinter ihnen her seyn laße, denn an diesen Leuten solches höchstnotig, dabey in acht zu nehmen, daß sie alle viertel Jahr gebadet und ihnen vom Barbier, die Haare und Nägel beschnitten werden müssen. Er muß mit selbigem bescheiden und recht vorständig umgegangen werden, daß man sie nicht so gleich in die Klause werffe, sondern am Klotze vors erste gehen laße, denn durch zu großen [k.78r.] Zwang, werden sie zu weilen gar doll, derohalben auch hierin des Barbiers Raht wird zunehmen seyn, wann sie von Kleidern abgerißern, wirdt solches dem Heyl Juncker kund gethan werden müssen, der zur bekleidung anstatt machen wird.

6. Daß sie auf die Kinder fleißig acht gebe, und geben laße, damit selbe durch die Siegmagd, reinlich gehalten, und wenn eines oder das ander kräncket, solches dem Barbier zeitig gemeldet, auch wenn es nöthig in die krancken stube gebracht werde, in zwischen aber die erwachsenen, so woll jungen alß Mägdchen [k.78v.] zum Strumpff stricken, durch anweisung des auß dem Kinderhause angenommenen Peter Jancken, fleißig gehalten werden, wobey selbe dennoch in der Schulen, im Lesen, Schreiben und Catechismus lehren, täglich sollen unterweisen werden, biß daß man endlich diesen Vater und Mutterlosen Wäysen zu diensten helffen könne.

7. Daß so woll die sehr krancken, mit außer ordentlichen, weichen Speisen, alß wozu zuweilen Kalbfleisch, Hüner und dergleichen Dienst mögen erquicket, alß auch in die Cur [k.79r.] kein saures oder dickes, sondern gutt klar bier gegeben werden, und im übrigen, daß sie unter fleißiger und hertzlicher Anruffung Gottes, in stillem Erbahren

leben, ihre unaufhörliche Sorge, und Mühe dahin richte, daß den Krancken und Schwachen, nicht weniger denen Wahnwitzigen und ihrer Sinnen beraubten auch incurablen, treulich möge gedienet, und selbe iederzeit, alß glieder unsers Heylandes angesehen und betrachtet werden, alß auch daß sie was zum besten des Lazareths könne erspahret werden, alß eine getreue Wirthin, befördere und anweise, was [k.79v.] auch zu diesem ambte gehöret, wird ihnen hiemit, vermoge der am fuße dieser stehenden Specification geliefert, und wird der Speisemutter ihr halbjähriges Salarium auß diesem ambte seyn 31 [fl.] So ihr bey Verlauf deßen, jederzeit gezahlet werden soll. In deßen wolle Gott ihnen beyderseits seine Gnade, Segen und Krafft alles behuttsam und aufrichtig außzurichten reichlich geben, damit sie an seinem großen Tage die Vergeltung treuer dienste, in großer maße einnehmen können, alß welches ihnen hertzlich angewünscht wird, von

Caroll Jantzen jetziger Zeit Vorsteher und Verwalter des Heilampts hiesigen Lazareths.

Danzig Ady. 2 Augusti Ao. 1701.

[k.80r.]

Inventarium der überlieferten Sachen zum Heil-Ambt gehörig.

In der Krancken Mannes Stube.

25. Vnterbette

18. Deckbette

20. Küßen

30. Küßen bühren

50. Lacken

30. Hembde

Des Studiosi Gergen 7. Hembde

2. Küßen bühren

1. Lacken

In der Frauen krancken Stube

26. Vnterbette

[k.80v.]

19. Deckbette

27. Küßen

40. Deckbetts bühren

30. Küßen bühren

60. Laken

30. Hembde

Mölleri Sterbkunst in Octavo.

Oben in der Schule

20. große Bette

11. Röhl

27. Küßen

6. große Betts bühren

16. Küßenbühren

36. Laken

94. Hembde

- 60. Weiße halßtücher
- 21. Schrats tücher
- 12. Schürtz tücher blaue
- 12. Pack Schürtz tücher
- 12. Kinder hauben

[k.81r.]

- 6. Spinräder

- 8. Eimer

- 3. Neue betts bühren

Peter Sohren Vollständiges Gesangbuch in jucht eingebunden in quarto.

D. Havermans Vollständiges Gebettbuch in Octavo

der Psalter Davids

Ein Vierkantiges dintfaß zuschließen

Die Nürbergische Bibel Lutheri in Folio.

In der Oberstuben haben die Siegmägde

- 20. Bette

- 20. Küßen

- 18. Lacken

Anno 1702. Im April Ein grün lakene mit grün [k.81v.] Leinwand gefutterte Tischdecke, rund umb mit grün und weiß Cameel haaren Fränsen besetzt.

Noch 2. grüne Lakene mit gekochten Haar gestopffte banckpöhle.

Dokument nr 3**Ordynacja opiekunek chorych Lazaretu w Gdańsku (niedatowana)**

Źródło: Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 232–254

[s.232] Verordnung an die Kranken Müttern im Lazareth.

Die Krancken, Spin, Cur und Schul- [s.233] Mutter, werden von sām[m]tlichen Herren Vorstehern angenom[m]en und abgedancket, wer sie nicht länger in solchen Dienst bleiben wollen, müßen sie solches sechs Wochen vor endigung des Quartals den gantzen Collegio bey der Don[n]erstägigen Versammlung anzeigen, ihre vornehmsten Pflichten sein folgende

1. Wen[n] ein Patient mit Vorwißen des Heil Amts verwaltenden Vorsteher in das Lazareth kom[m]t oder durch die Heil Knechte dahin gebracht werden, haben sie deßen Ankunft so gleich dem Barbier Gesellen oder in Ermangelung deßen den Apoteker Gesellen bekan[n]tzumachen, und wen denen ihrer Aufsicht anvertraute Patienten sich unvermuthete Zufälle ereignen, haben sie imgleiches zu beobachten, es sey Tag oder Nacht.

2. Haben sie bey Einkunft eines Patienten, so bald als deßen Zustand verstattet mit Zuziehung des Schul Meister sich reiflich zu erkundigen, zu welcher Religion er sich beken[n]et und wie es um sein Christenthum stehe, damit nicht nur der Leib, sondern auch die Seele geholten werde. Es ist dieses eine Pflicht [s.234] welche die Kranken Müttern wohl zu beherzigen, angesehen sie besonders verbunden sind ihre untergebene Patienten zu Gott zuleiten, fleißig mit ihnen zubethen und wen es ihr Zustand erfordert in Zeiten H. Prediger zu ihm zu bitten, damit durch sie keine Seele verabsäumet werde und Gott der mahl eins nicht das Blut von ihren Händen fordern.

3. Wen[n] jemand ins Lazareth aufgenom[m]en wird, sind sie schuldig so gleich den Schul M[e]ist[e]r herbey zurufen, und nebst den Nahmen, die Kleidung und Lin[n]en des Patienten und was derselbe sonst eingebracht aufschreiben zulaßen. Anbey haben sie dergleichen Persohnen wegen ihrer Haabseeligkeit sehr genau (doch mit aller Bescheidenheit) zubefragen und dieselbigen zu erin[n]ern alle die ihrigen ins Lazareth bringen zu laßen, sondern auch Achtung zugeben was alles eingebracht werde. Insonderheit sollen sie dieses beobachten, wen sich bey einigen Persohnen Merckmahle [s.235] des Todes äußern, was sie erforschen sind sie schuldig dem Hof M[e]ist[e]r unverzeihlich kund zu thun, damit derselbe die noch etwa außer Hause befindliche Sachen, vor absterben des Patienten ins Lazareth zuschaffen suche, der wenigstens in Zeiten die Vorsteher davon Nachricht geben kön[n]e.

4. Haben die einbekommen Patienten nach ihren Zustande und Anweisung des Balbiers oder Apotheker Gesellen, allezeit auf rein Stroh decken oder reine Betten zubringen, diejenigen aber die voll Ungeziefer oder sonsten sehr unrein sind zuvor zu reinigen und mit reinen Hembden zu versehen, ehe ihnen die Stuben und Schlafstellen angewiesen werden. Ohne Vorwißen des Balbiers oder Apotheker Gesellen dürfen sie nicht die Patienten in andern Stuben oder Betten verlangen und mit denen Persohnen die vorjetzt auf Lebenszeit sind, sollen sie ohne besondern Erlaubniß vom Heil Amt verwaltenden Vorsteher darin[n]en nicht die gerin[g]ste Veränderung machen.

[s. 236] 5. Sollen sie den Krancken und unvermögenden Menschen welche sie zur Aufwartung bestim[m]t, willig und unverdroßen alle mögliche Hülfe erzeigen, und so zur Hand gehen, wie sie wünschen daß ihnen in dergleichen Zustande von andern geschehen möge.

6. In die drey Kranken Stuben und warmen Clause, die in der Pohnischen und Schifer Stube, sollen sie alle Patienten die nicht den Lauf der unreinen Krankheit haben, nach ihren Zustande Betten geben, auch wen die Patienten schwach, so oft es nöthig dieselben aufnehmen.

7. Haben sie die Stuben, Betten, Lackens, Hembden, Schürtzen, Decken, Laubsäcken, Stroh u[nd] was sonst zum Dienst der Krancken und Blöden auch Kinder gewidmet, allezeit ordentlich und gehörig rein zu halten zu dem Ende sind sie verpflichtet, die verstorbenen Persohnen nicht lange in die Betten und Stuben liegen zulaßen, sondern dafür zu sorgen, daß solche von den dazu bestim[m]ten zwey Müttern, sondern Anstand [s.237] abgewaschen und in die Todten Kam[m]er gebracht werde und die Bette darin jemand gestorben, haben sie ungesäumet zu untersuchen, nach beschaffenheit derselben zu trocken, zu reinigen u[nd] mit reinen Oberzeug zu beziehen und ohne Verzug solche wieder in Ordnung zu bringen, daß im Nothfall ein oder der andern Patient hineingelegt werden kön[n]e. Die Hembden welche von verstorbenen Persohnen nachbleiben und sehr unrein sind haben sie [zuvor] wenigstens von die grösten Unreinigkeiten zu reinigen, ehe sie Son[n]abend auf den Kleiderboden geliefert werden und da anjetzo die Cur und Spin Mutter fürs abwaschen der Leichen nicht mehr Sterbhembde, sondern Geld bekom[m]en, so haben die übrigen drey Kranken Müttern fleißig darauf acht zu geben, daß hierbey kein Unterschleif vorgehe und alle Hembden richtig auf den Boden kom[m]en.

8. Werder die Mütter mit zuziehung der Aufpäßer und die vom Hof Meister ihnen angewiesene benöthigte Frauens alle 14 Tage, die Hembden für säm[m]tliche in ihren Stuben Persohnen waschen, damit alle Son[n]abend eine jede Persohn im gantzen Haus ein reines [s.238] Hembd bekom[m]t, welches der Hof M[ei]st[e]r nachzusehen nicht unterlaßen wird und überhaupt werden sie beym waschen, sich nicht nur still und geruhig aufführen, sondern auch mit der vom Heil Amt ihnen gegebene Seife, Kraftmehl so sparsam umgehen, wie auch das Holzbren[n]en bestmöglich ersparen.

9. Mit denen Persohnen blöden Verstandes haben sie sehr behutsam und weislich umzugehen und sie nicht nur durch sich selbst zum Zorn und Aergerniß zureitzen, sondern auch so viel möglich zu verhüten, daß selbige durch andern darzu nicht veranlaßet werde, ferner müssen sie diese unglückliche Persohnen vom Ungeziefer rein halten, wöchentlich mit reine Wäsche versehen, ihre Kleidung so oft es nöthig ausbeßern und derselben Abspeisung nach ihrem Zustande gehörig und zu rechter Zeit besorgen, auch ihnen wie alle übrigen von denen nichts vorenthalten, die ihnen zu ihrer Sättigung oder Erquickung gegeben werden. Alles [s.239] dieses hat die Schul Mutter bey Kindern zu beobachten, mit dem Zusatz, daß sie selbige jede Woche (nemlich des Mittwochs und Son[n]abends) zwey mahl käm[m]e, ihnen außer den Schul Stunden keinen Muthwillen zu verstatten, und die Magdschens zum nähen und Knetten fleißig anhalten.

10. Haben sie allen Persohnen, welche den Morgen und Abend Gebeth in denen angewiesenen Stuben bey wohnen kön[n]en, fleißig darzu anzuhalten, und denselben nicht nur zu einen Christlichen Gott gefälligen Verhalten bey den Gebeth anzumachen, sondern ihnen auch mit guten Beyspielen vorzugehen und diejenigen Treulich und ohne Unterscheid anzugeben, welche sich während dem Gebeth nicht gehörig verhalten, oder gar aus

demselben wegbleiben und des Son[n]tags nicht in die Kirche gehen, bey Vorenthaltung der Kost auf 14 Tage.

11. Des Hauses Nutzen und ihre Untergebenen Bestes, haben sie nach allen Vermögen zubefordern, und was diesen Zuwieder so viel thunlich verhütten, [s.240] diesen zufolge, sind sie gehalten alles was zum Nachtheil des Hauses von jemanden unternom[m]en oder ihnen zugemuthet wird, so gleich den Herrn Vorstehern ohne Ansehen der Persohn bekandt zumachen.

12. Von denen Spitals Genoßen, Kost oder wie es Nahmen haben mag, etwas an sich zu kaufen, oder durch andere Mitteln an sich zuziehen, ist ihnen so wenig erlaubt als denselben behülflich zu sein, von dergleichen etwas aus dem Lazareth zubringen oder sich selbst etwas aus dem Hause zu tragen laßen.

13. Wen jemand stirbt, sind die Kranken Müttern schuldig des nachgebliebene Geld vor der gantzen Stube zu überzählen und solches in Gegenwart zweyer Zeigen, so gleich dem Hofmeister zu übergeben, die übrigen Sachen aber nicht eher aus der Stube in Verwahrung zu bringen bis der SchulM[ei]st[e]r alle gehörig nachgesehen, wen[n] der verstorbene kein Hembd ins Sarg nachgelaßen, so mögen sie solches nachdem sie es dem Hofmeister gemeldet, ein Lazareth Hembd darzu nehmen.

[s.241] 14. Von Sterbgeldern etwas für sich zu behalten, oder andern wegzugeben, ist ihnen bey nachdrücklicher Strafe verbothen, sie dürfen auch niemand der ein Lazaret Hembde trägt und abgedancket wird eher weglaßen, bevor sie solches dem Heil Herrn bekandt gemacht und wen dieser bewilliget, daß dem abgedanckten das Hembd gelaßen werde, so sind sie verpflichtet demselben dem HofM[ei]st[e]r vorzustellen und seinem Nahmen nebst der Nummer aufschreiben zu laßen.

15. Die Artzeneyen haben sie dem Patienten zur rechter Zeit und auf verordnete Art zu aprobieren und damit wie mit allen übrigen ihnen anvertrauten Lazareths Güthern nicht nur selbst getreulich umzugehen, sondern auch fleißig darnach zusehen, daß solche nicht durch andere verschlendert oder ausgetragen werde.

16. Wen[n] von denen sehr schwachen Patienten jemand zu seiner Erquickung was Wein verlangt, haben sie zuvor dem Barbier oder Apoteker Gesellen darüber zubefragen, ohne deßen Vorwißen und Bewilligung soll [s.242] keinen Krancken Wein von dem Hofmeister geholet noch welchen den Patienten gegeben werden. So dürfen sie auch von der Wöchentlichen 3mahligen [Fleisch] Ausheilungen keinen Patienten etwas zu wenden als welche der Barbier Gesell jedes mahl aufgegeben und der Hofmeister aufgeschreiben.

17. Die Cur Stuben hat die Cur-Mutter allezeit geschlossen zuhalten, niemanden Fremdbes einzulaßen, nachzugestatten daß die Patienten undienliche Speisen oder Getränke zugebracht werde. Imgleichen hat sie sehr fleißig acht zugeben, daß zu den Gebrauch dieser Stuben, allezeit trocken Holtz und gut klar Bier genom[m]en werde.

18. Wen eine Frauens Persohn so weit genesen, daß sie zum Woll Spinen in nöthige Kräfte hat, haben sie solches dem Hofmeister und der Speise Mutter, sonder Aufschub anzuzeigen, und wen es sich mit welchen Patienten dermaßen gebeßert, daß er aus der Kranken Stube auf andern Stuben verleget, oder gar abgedancket werden kan[n], haben sie unverzüglich dem Barbier Gesellen davon Nachricht zugeben und [s.243] nebst ihm zu sorgen, daß in den Kranken Stuben wo möglich ledige Betten bleiben. Hiebey wird der Spin-Mutter gewarnet keine von obigen Persohnen mit Spin[n]en zu übersehen, noch sich selbst zum Nachtheil des Hauses auf einige Weise einige Vortheile zu machen, in letzteren Fall insonderheit hat sie sich zugewärtigen, als eine ofenbahre Diebin angesehen zu werden.

19. Das Lazareth Lin[n]en daß nicht mehr zugebrauchen ist, werden sie alle Quartal an einem dazu vom Heil Herrn bestimmten Tage, dem Heil Herrn abgegeben, welcher ihnen dafür reines Lin[n]en geben wird, so wie sie den auch acht haben müssen, daß wen des Heil Amt verwaltende Vorsteher den übrigen im Hause befindlichen Persohnen für ihr alte Lin[n]en neues giebet (zufolge der einmahl getroffenen Einrichtung) daß diese Leute sich davon die Hembden würcklich nehen oder nähen laßen und nicht das gegebene Lin[n]en verkaufen. N.B. Was sie von Lazarets Lin[n]en wegkom[m]en laßen, oder bey der viertel jährigen Untersuchung fehlet, haben [s.244] sie aus ihren Mitteln zuersetzen.

20. Alles reinen Lin[n]en Zeug wie es Nahmen haben mag und alle Betten die ihnen vom Boden gegeben werden, haben sie zuvor mit den hinzu gemachten Stempel vom Hofmeister zeichnen zu laßen, ehe sie eines oder andern im Gebrauch nehmen, die solches nicht thun, sollen als Betrügerin angesehen werden, und ohne Anstand ihres Dienstes entsetzt sein.

21. Wen ein Wohlthäter Geld austheilet und der Hofmeister nicht zugegen, so haben sie in deßen Abwesenheit, die Hof Mutter ohne Verzug herbey zurufen im übrigen aber allezeit solches Geld richtig unter die Armen zu vertheilen und was davon den Blöden und Kindern trifft dem Hofmeister einzuhändigen.

22. Stets haben sie aufs Feuer gut zu geben, damit weder auf dem Heerde zu vieles brennet, noch ein Schaden entstehet, wie auch daß die Ofens im Winter nicht zu starck geheizet werde sondern daß die Zim[m]er im[m]er laulich warm bleiben, imgleichen daß in den Stuben weder des Tages noch des [s.245] Abends niemand Tobac rauche.

23. Jede Krancken Mutter ist verpflichtet, so oft als möglich auf alle ihre Stuben heruzugehen und das Befinden und Verhalten der Krancken und alle ihrer Aufsicht anvertrauen Persohnen, sorgfältig zu untersuchen. Hauptsächlich des letzteren Umganges erforschen sie zugleich ob alle Lazareths Genoßen zu Hause und geben davon dem Hofmeister Täglich richtige Nachricht. So lieget ihnen auch ob Täglich darnach zusehen daß alle Lichte auf den Stuben des Som[m]ers von Ostern bis Dominice späthstens um 10 Uhr u[nd] die übrige Jahres Zeit um 9 Uhr ausgelöset werde. Zu gleicher Zeit sollen alle Laz[areth] Genoßen sich ohne Ausnahme auf ihren Stuben befinden, zu Bette gehen und nicht länger aufbleiben, welche Persohnen wieder diese Verordnung handeln, sollen die Krancken Mütter richtig angeben und für jede schuldig befundene Persohn 3 [gr.] zu erwarten haben, für jede aber die sie verschweigen 6 [gr.] Strafe erlegen.

24. Wen unter den Lazareths Genoßen [s.246] Streit entstehet, so werden die Kranken Mütter durch vernünfftiges und bescheidenes zureden, die aufgebrauchten Gemuther zu besänpftigen suchen und die Einigkeit wiederherzustellen, doch sollen sie so wohl davon als von allen ihren Vergehungen ihrer Untergebenen, den Herrn Vorstehern, von welche die Sachen gehören, bey erster Gelegenheit umständlichen Bericht ertheilen.

25. In vertheilung der Speisen haben sie sich gantz unpartheiisch zu verhalten und niemanden den andern vorzuziehen noch das Beste aussuchen zu laßen.

26. Dörfen die Kranken Mütter ohne Vorwißen des Hofmeist[er] oder Barbier Gesellen nicht weggehen, insonderheit in denen Stunden wen letzterer die Patienten im Lazareth auf den Stuben zu untersuchen und zu verbinden beschäftigt. Welche Kranken Mutter aber Ursache hätte, einen gantzen Tag oder Nacht aus dem Laz[areth] zubleiben, die ist schuldig vorgänglich deshalb bey dem Heil Amte verwaltenden Vorsteher sich zu melden und so lange an ihrer Stelle eine andere Person [s.247] zu erbitten, welche der Barbier Gesell darzu vor tüchtig erken[n]et. So mögen sie auch ohne Vorwißen eines Vorstehers niemand von ihren Freunden oder Bekandten die Nacht über bey sich im Lazareth behalten, gleich wie denen Lazareth Genoßen solches gar nicht erlaubet.

27. Da auch dardurch vielerley Verdruß und Unordnung entstehet, daß nicht alle Persohnen ihre Num[m]ern haben, so werden die Krancken Mütter in Zukunft dafür sorgen, das bey Einkunft einer Persohn, so gleich die Num[m]ern und der Name von den Schul Meister aufschreiben und an die Bettstelle gekleibet werde. Hingegen wen[n] jemand gestorben oder gesund aus dem Lazareth gegangen, haben sie deßen rechte Num[m]er und Nahmen (nachdem er bey dem Hofmeister gemelde) so gleich bey den Barbier Gesellen abzubringen.

NB. Solten den[n]och bey angestellten Untersuchen, aus Vernachlässigung der Kranken-Mütter einige Num[m]ern fehlen oder übrig sein, so werden dieselben für jede fehlende oder übrig seinde Num[m]er auf 14 Tage die Kost zu mißen haben.

[s. 248]

28. Wen jemand im schwarzen Sarge mit der gewöhnlichen Lazareths Ceremonie begraben wird, haben sie alle Spitals und Laza[reth] Genossen welche gehen kön[n]en zur Nachfolge anzuhalten u[nd] diejenigen bey dem HofM[ei]st[e]r anzugewen welche davon zurück bleiben, damit derselbe hievon, wie von allen was passieret Don[n]erstag den Herrn Vorstehern Nachricht geben kon[n]e.

29. Persohnen zur Verbeßerung sollen sie ohne Vorwißen des Hofmeisters und Barbier Gesellen nicht ausgehen laßen, und wen solches außer ihren Wißen geschiehet und sie davon Nachricht erhalten so sind sie verbunden solches allezeit dem Hofmeister kund zuthun.

30. Sind ihnen alle Accidentien untersaget, ausgenom[m]en wen ein zur Verbeßerung aufgenom[m]ener Patient nicht so viel daß er sich die nöthigen Eßgeschirre, als 1 Topf, 1 Schüssel, 1 Teller, 1 Löffel, 1 Kan anschafen kan. In diesem Fall mögen die Kranken Mütter bey den Patienten bis zu ihrer Abdanckung, für daß dergleichen alles Zeiges 3 gr. überhaupt nehmen, was während [s. 249] solcher Zeit verlohren wird oder zerbrochen ist, sind die Patient schuldig der Krancken Mutter zubezahlten oder ander Zeug in der Stelle zuliefern und wen sie abgedancket werden, sind sie anhalten alles empfangene Zeug der Krancken Mutter gehörig abzugeben, solte der Krancke aber während seiner Unpäßlichkeit nicht Gelegenheit haben, die 3 gr. einzunehmen, oder sonst zubezahlen, so soll er so balder gesund ist derowegen, doch nicht länger im Hause gehalten werden, sondern es wird ihnen solches im beweisenden Falle vom Heil Amt vergütet. Nächst diesen fällt das Scherwel Zeug der Kranken Mutter zu, was von verstorbenen Persohnen im Lazareth nachgelaßen wird.

31. Den Hofmeister, Apoteker, Barbier Gesellen und die Hofmutter sind sie in billigen Sachen allen Gehorsam schuldig, solten diese aber zu weitgehen und ihnen wiederrechtlich was zumuthen oder worin zu viel thun, so mögen sich die Kranken Mütter nicht nur bey die Herren Vorstehern darber beklagen, sondern sie werden auch hiemit verpflichtet solches ohne Verzug den Herrn Vorstehern [s.250] bekindt zu machen und ihnen bey nachdrücklicher Strafe nichts zuehalten.

32. Die ihnen von den Herrn Vorstehern angezeigte Aufpäßerin werden sie mit Liebe und Gute ihre Verrichtungen anzeigen, dagegen die Aufpäßerin schuldig und gehalten sind, so wohl die Befehle der Ober Officianten als auch eine jede ihrer Kranken Mütter nachzuleben, und nicht nur mit den Krancken Leibreich umzugehen, sondern auch bey der Wäsche ihren äußersten Fleis anwenden.

33. Alle diese Puncte, und was ihn sonsten obliegt, haben sie bey Verlust ihren Dienstes oder bey anderer nachdrücklicher Strafe gantz genau zubeobachten und damit sie sich nicht mit der Unwißenheit zuentschuldigen haben mögen, so sollen sie gehalten sein, diese Verordnung alle viertel Jahr von dem Hofmeister sich vorleßen zulassen.

34. Sollen sie sich eines stillen, ehrbaren Gott gefälligen Wandel befließigen, einen jeden wen es auch der aller geringste wäre, mit Liebe und [s. 251] Freundschaft begegnen, alle Flühe schwühre, und unanständige Reden, sich sorgfältig enthalten, niemanden mit harten groben oder anzuglichen Worten anfahren und in allen sich aufführen, daß sie niemand Aergerniß geben und sich alleZeit der Gnade Gottes und Gewogenheit ihrer Vorgesetzten Vorsteher und der Liebe ihrer untergebenen sich versichern kön[n]en. Sind die meisten darum sie zur Aufpäßerin bestim[m]t, schlechte, geringe, arme, elende, von der Welt wenig geachtete Menschen, so sind es doch Geschöpfe eines großen Gottes und theuer erlösete Seelen, welches der allgemeine Heiland das Recht zum Him[m]el so wohl, als allen übrigen Menschen erworben: möchten sie doch ein mahl diese Wahrheit recht beherzigen, das ein von den Welt gantz erachteter und elender Mensch den[n]och wie dort ein armer Lazarus ein Schooß Kind Gottes sein kön[n]e ? Wie viel Ursach würden sie nicht finden allen denen Kriglichen Lahmen, Blinden, Krancken, welche sie beständigen Schmerz und Jam[m]er vor und um sich sehen mit willigen und aufrichtigen Hertzen zu dienen. Ist ihr Dienst voll Beschwerlichkeit, und ihre zeitliche Belohnung sehr [s. 252] geringe, wie hoch haben sie nicht hingegen das Erbarmen Gottes zuschätzen, daß er selbige nicht gleich ihren Armen Mit Brüdern und Mitschwestern mit so schmerzhaften Krankheiten belegt, darunter jene fast in beständige Quaal und Schmerzen, oft mahls viele Jahre zubringen müssen. Wie groß ist nicht die Wohlthat des Allerhochsten, daß er ihnen die erforderliche Kräfte schencket ihren Dienst zu verrichten und sich dardurch den Nothdürftigen Lebensunterhalt zu verschaffen, welchen die Vorsehung Gottes so vielen andern Menschen bey mühsam[m]er Arbeit viel sparsam[m]er zutheilet und wie gros ist nicht der Gnaden Lohn welchen sie bey Treuer Wahrnehmung ihres Dienstes in jenem Leben von der Hand des Herrn zu hofen haben, Gott bedient sich ihrer hier im Leben zu Werckzeuge die schmachtenden zu erquicken, die Kranken zu warten und denen elenden und schwachen die nöthige Hülfe [zu] erzeigen. Solte dieser [s. 253] Gott denen die Krancken warten und verpflegen, besondere Verheißungen gethan nicht ein gnädiges Wohlgefallen an denen Bemühungen haben, welchen seinen Leib reichen Absichten gemäß die Glieder Jesu zu gut gemäschten. Solte er denjenigen nicht eine freunden Erndte in jenem Leben vorbehalten, die hier mit Thrän[n]en sehen und ihre Kräfte zum Dienst seiner Auserwählten anwenden: Würden die Kranken Mütter dieses Hauses den Kunpftigen Vortheil ihrer Bedienung und den Unterscheid zwischen dem der Gott hier aufrichtig dienet und der ihm nicht dienet, ein mahl recht einsehen, wie leicht würden sie nicht von der Wahrheit zu überzeugen sein, daß dieser Zeit Leiden nicht werth sey der Herrlichkeit die an uns soll ofenbahret werden, und wie willig würden sie nicht ihre Leibes und Seelen Kräfte demjenigen aufopfern, welcher sie ihnen gegeben hat. Gott erfülle sie mit Fruchten seines Geistes [s. 254] und mache sie tüchtig seine Ehre der Armen bestes, und ihr eigenes ewiges wohl zu beförden.

Dokument nr 4**Ordynacja lekarza Lazaretu w Gdańsku (niedatowana)**

Źródło: Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 202–204

[s. 202] Verordnung für den Herrn Doctor des Lazareths

1. Ist er gehalten jede Woche zwey mahl alle Kranken Stuben im Lazareth zubesuchen, und nicht nur denen darin befindlichen Patienten, sondern auch allen die auf [s.203] dem Lazareth nach Anweisung des Heil Amts Artzeney bekom[m]en, daß nöthige zuverordnen und damit bey den Patienten nichts verabsäümet werde, hat er mit dem Chirurgo des Lazareths wohl zu harmonieren, fleißig mit ihm zu gleicher Zeit ins Lazareth zukom[m]en, u[nd] wegen der Patienten Zustande daß erforderliche mit ihm verabreden

2. Hat er fleißig zu untersuchen, ob die für Lazareth erkaufte Artzeneyen, Materialien und Kräutern distielierung und Composita von gehöriger Qualität sein. Aus des Lazareths Apotheke aber etwas zu seinem eigenem Nutzen zu verwenden, ist ihm gänzlich untersaget, und gar nichts erlaubt.

3. Lieget ihm ob, die in den Kranken Stuben gesund gewordenen Persohnen anzuzeigen, damit sie zur rechter Zeit abgedancket werden kon[n]e.

4. Ist er verbunden allen Bedienten des Lazareths, wen sie Kranck werden, ohne Entgeld die Artzeney Mittel zuverordnen.

5. Bey sich ereigneden anstecken Seuchen oder Pestilentzialischen Kranckheiten, kan[n] er von seiner Bedienung nicht abdancken, sondern [s.204] ist schuldig, nach wie vor seine Obliegenheit wahrzunehmen, jedoch unter der Bedingung, daß ihm über das gewöhnliche Salarium eine billige Belohnung, von denen Vorstehern dafür accordieret wird.

6. Wen er außer nur erwehnter Zeit nicht länger bey dem Lazareth verbleiben will, so stehet ihm zwar frey allezeit abzudancken, doch hat er solches den sämtlichen Vorstehern $\frac{1}{4}$ Jahr zuvor anzukündigen. So wie er sich dergleichen von den Vorstehern zugewärtigen, wen solche Ursach haben solten dem Herrn Doctor seine Demission zuertheilen, und einen andern in seine Stelle zuerwählen.

Dokument nr 5**Ordynacja chorych Lazaretu w Gdańsku (niedatowana)**

Źródło: Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 264–265

Vorschrift nach welcher sich die in die Cur eingenom[m]ene Personen zu verhalten haben.

1. Jederman, so in die Cur eingenom[m]en worden, soll sich still und friedlich verhalten, damit kein Zanck und Streit herschen, auch alle unanständige und unflatige Reden meiden.

2. Die Verordnung, die der Barbier Gesell bey der Cur vorschreibt, in allen nachkom[m]en [s.265] und sich nicht gelüsten laßen, durch Blößung oder Erkältung in Cur zuhindern.

3. Das Bett-Stelle und den darin befindlichen laub Sack und Küssen reinlich zuhalten, auch allemahl zum ausspeuen, das für das Bettstell stehende Spunbecken zugebrauchen, damit die Stube nicht damit verunreiniget werde.

4. Diese Speu-Becken ist die Cur Mutter gehalten so oft es nöthig, auszugießen und rein zumachen.

5. Wär obiger Vorschrift zuwiederleben wird, sollen nach geschehener Heilung dafür gebührend gestrafet werden.

Dokument nr 6**Instrukcja dla cyrulika Lazaretu w Gdańsku (niedatowana)**

Źródło: Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 208–214

[s. 208] Instruction für den Barbier im Lazareth

Dieser Barbier wird von säm[m]tlichen Herren Vorstehern angenom[m]en und auch wieder abgesetzt, wen selbiger durch entgegen Handlung seiner Pflicht darzu Ursachen giebet. Ordentlich geschiehet solches nach vorgängiger halbjährigen Aufkündigung. Seine Obliegenheit verbindet ihm zu folgenden.

1. Ist er gehalten mit dem Herrn Doctor, in guten Vernehmen zu leben, oft das Lazareth zu gleicher Zeit mit ihm zu besuchen und wegen der Patienten Zustand sich fleißig mit demselben zuberathschlagen, damit durch derselben Mißhelligkeit niemand verwarloset, sondern [s. 209] alles angewendet werde, was die Geneßung der Kranken befördern kan.

2. Hat er sich jede Woche 2–3 auch mehr mahlen, wen es die Nothwendigkeit erfordert, im Lazareth einzufinden, und so oft ein Patient mit Bein od[er] Arm bruch ins Lazareth genom[m]en, und dem Barbier Nachricht davon gegeben wird, ist er schuldig heraus zukom[m]en und bey der ersten Verbindung gegenwärtig zu sein.

3. im Lazareth seinde, hat er den Zustand aller Patienten genau zu examinieren. Ferner lieget [ihm] ob, genau zu untersuchen, wie es im Labaratorio zustehet. Wie des Barbiers Gesellen Verbindungen und gebrauchte Pflaster und Artzeneyen beschaffen, ob die Instrumenta alle gehörig condicioniret, die Gläser, Krucken, und andern Gefäßer, darin die Artzeney und Materialien aufbehalten werden, wohl bestellet und ob die verderblichsten Sachen, für der Verderbniß und ausduftung so viel thunlich verwahret. In Sum[m]a er ist schuldig, bey den Patienten und Lazareths Apoteke alles daßjenige zubeobachten, was einen von einem geschickten, fleißigen u[nd] redlichen [s. 210] Chirurgo nur erfordern kan.

4. Wen Artzeneyen und Materialien angeschafet werden, ist er verpflichtet solche aufs genaueste zu examinieren und wen selbige nicht von gehöriger Qualität, so hat er solches ohne Verzug dem Heil Amts verwaltenden Vorsteher anzuzeigen, der denselbe wieder abgeben läßet oder einen der Qualität gemeßenen Preiß zubedingen suchet.

5. Hat er fleißig achtung zugeben, daß mit den Artzeneyen nicht verschwenderisch umgegangen, noch etwas davon veruntreuet werde.

6. Ist ihm untersaget, aus der Lazareths Apoteke, daß allergeringste zu seinem Nutzen zuwenden, es sey die Materialien, Pflaster od[er] unbereiteten Artzeneyen und von Pflaster oder andern Sachen, vor sich im Lazareth etwas zubereiten laßen, ist ihm gleichfals unerlaubet.

7. Ohne Vorwißen des Heil Herrn oder eines andern herrn Vorstehers [s.211] kan er niemanden einige Lazareths Artzeney oder Pflaster mittheilen, noch viel weniger aber ohne deren Consens und Anweisung, jemanden in die Cur, oder ins Lazareth nehmen, gleich wie ihm nicht erlaubt vor sich selbst jemanden abzudancken.

8. Wen die Persohnen in den 2 Cur Stuben im Lazareth genesen, und die andere Cur angehen soll, hat er im Lazareth zu untersuchen, welche Persohnen darin die Cur nöthig haben. Wen dieses geschehen, verzeichnet er daran Nahmen und Num[m]ern auf einen Zettul und übergiebet selben dem Heil Herrn dieses geschiehet zu dem Ende, damit der Vorsteher weis, wie viel Stellen in der Cur noch ledig sind, und wie viel Persohnen [alles] noch eingenom[m]en werden kön[n]e. Es kan hierdurch vielerley Unordnung und mancherley Verdrießlichkeit vorgebeuet werden.

9. In streit Sachen die zwischen im Lazareth befindlichen Presohnen vorgehen, hat er sich gar nicht zu mischen, noch weniger aber ist er berechtigt ein oder ander Part mit einiger Strafe zubelegen.

10. Persohnen im Lazareth, welchen vom Heil Herrn eine gewiße [s. 212] Stube angewiesen, kam er ohne deßen Vorwißen und Genehmhaltung auf keine andere Stube verlangen.

11. Allen Patienten in und außer dem Lazareth ist er schuldig mit Bescheidenheit zu begegnen und ohne erheblichen Ursachen wird er niemanden einige grobe Scheltworte auszustoßen, damit dieselben nicht geärgert und ihre Kranckheiten nicht verschlim[m]ert werden. Das Lazareth hat auch gemeiniglich davon den Schaden, daß so viel mehr Artzeneyen verbraucht werden müßen.

12. Auf die Krancken Mütter hat er fleißig acht zu geben, daß sie ihre Pflicht in allen beobachten und insonderheit gegen die Patienten sich gebührend verhalten. Allein dieselben wegen ihr Verbrechen zubestrafen oder gar abzuschafen, ist ihm gar nicht erlaubt. Er ist befugt, daß das Verschulden dem Heil Herrn bekandt zu machen und im übrigen alles auf deßen oder sämtlichen Herren Vorstehern Entscheidung ankom[m]en lassen.

13. Jede Woche am Montage od[er] Dienststage, hat er sich genau zuerkundigen, welche von denen zur Beßerung ins [s. 213] Lazareth aufgenom[m]enen Persohnen wieder abgedancket werden kön[n]en, findet er einige, so schreibet er ihren Nahmen und Num[m]ern auf und übergiebet dem Heil Herrn, davon sogleich ein Verzeichniß.

14. So oft er ins Lazareth kom[m]t, ist er schuldig bey dem Barbier Gesellen nachzufragen ob er auch etwas von Kräutern, Wurtzeln und wie es Nahmen haben mag für Laz[areth] Rech[nun]g eingekaufet. Ist dieses, so siehet er den Preiß in dem darzu gewidmeten Einkaufs Buch nach, untersucht das Quantum u[nd] die Qualität des eingekauften, und ordnet nach seinem besten Wißen, wie damit ferner verfahren soll.

15. Was er zum Nachtheil oder wieder die Verordnung des Lazareths von jemanden entdeckt, hat er unverzüglich bey den Herrn Vorsthern anzugeben.

16. Wen der Barbier Gesell im Laza[reth] Kranck und Bettlägerich wird, ist er verpflichtet nicht nur einen von seinen Gesellen ins Laza[reth] zuschicken, sondern denselben bis zu des ersten Genesung so lange bleiben zu laßen, sondern ihm lieget auch ob wehrender Zeit in eigener Persohn das Lazareth täglich ein oder zwey mahl nach beschaffenheit [s.214] der Patienten zu besuchen.

17. Solte der Barbier Gesell des Lazar[eth] gar mit Tode abgehen, so verfähret er laut vorhergehenden Articul und machet denen Herrn Vorstehern so gleich diejenigen Barbier Gesellen bekandt, welche er unter denen hier anwesenden, zu diesen Dienst tüchtig findet, damit wen einer oder der andern dieser Bedienung wegen sich melden möchte. H. Vorsteher ihre Antwort darnach einrichten und die vacante Stelle sonder Anstand (ehe noch recom[m]endationes einlaufen) mit einem geschickten Menschen wieder besetzen kön[n]en.

18. Wen ihm dieser Dienst am Lazareth nicht länger anstehet, ist er gehalten, solches den Herrn Vorstehern ein halb Jahr zuvor anzukündigen, zur Zeit der Pest aber (da für Gott in Gnaden bewahren wolle) ist ihm dergleichen nicht erlaubt, sondern ist verpflichtet wehrender Zeit bey dem Laza[reth] zu verbleiben. Zum Recompens dafür hat er in vorigen Zeiten, über sein gewöhnlich Salarium [fl.] 100 bekom[m]en.

Dokument nr 7**Instrukcja dla czeladnika cyrulika i prowizora apteki Lazaretu
w Gdańsku (niedatowana)**

Źródło: Bibl.Gd.PAN, Ms 982, s. 215–232

[s. 215] Instruction [für den Provisor und] für den Barbier Gesellen im Hause selbst.

Dieser wird von sām[m]tlichen Herren Vorstehern gemeiniglich auf 4 Jahre angenommen[m]en, wen selbiger sich aber seiner Schuldigkeit gemäß nicht verhält, kan er auch vor der Zeit abgedancket werden. Wen aber diesen 4 Jahre zu ende gehen, so ist er gehalten ein viertel Jahr zuvor sich bey H. Vorstehern zu melden, und ihr Vernehmen einzuziehen, ob sie ihm ferner zu behalten geson[n]en. Sollte er aber nicht geneigt sein, ferner in diesen Dienst zubleiben, so stehet ihm bey endigung der Contrahirten Zeit gleichfals frey, solchen Dienst den Herrn Vorstehern ¼ Jahr zuvor Aufzukundigen, die verabgeredete Zeit ist er schuldig auszubleiben. Außer diesen ist er verpflichtet sein Verhalten nach folgender Vorschrift einzurichten.

1. Ist ihm gäntzlich untersaget, Curen zu seinem Nutzen anzunehmen, oder einige Lazaret Medicamenta sich dazu bedienen.

2. Darf er niemanden ohne Anweisung vom Vorsteher ins [s. 216] Lazareth aufnehmen, noch jemanden der nicht angewiesen oder im Lazareth befindlich ist, einige Artzney ertheilen.

3. Alle Patienten die ihm angewiesen werden, hat er ohne ausnahme, so gleich ihrer Kranckheit wegen gehörig zu untersuchen und ihnen die nöthige Artzney Mittel nach seinem besten Wißen und Gewißen zu apliciren. Die zur Verbeßerung ins Lazareth aufgenommen[m]enen werden sollen bekom[m]en von den Heil Amts verwaltenden Vorsteher ein bleyern Zeichen und Anweisungs-Zettul von gleicher Num[m]er das Zeichen behält der Hofmeister und den Zettul nimbt er in seiner Verwahrung, er weiset zu gleich den Patienten nach ihrer Beschafenheit und Umständen, bette u[nd] Stube an und giebet fleißig acht, daß sie auf ein Bette oder Stroh zuliegen kom[m]en.

Ein gleiches beobachtet er, wen[n] Krancke und zur verbeßerung eingekom[m]ene Personen aus einer Stube in die andern verleget werden müßen. Was die Persohnen auf Lebenslang betrifft, ist er gehalten auf diejenigen Stuben [s. 217] zulegen, welche ihnen von dem Heil Amts verwaltenden Vorsteher angewiesen werden, und darf ohne deßen Vorwißen darin keine Veränderung machen. Wen aber einige unter diesen Persohnen aus gewißen Ursachen in andern Stuben verlangen sollten, so hat er Ursache es dem Heil Herrn anzuzeigen und deßen Willen darüber zuvernehmen.

4. Wenn der Herr Doctor an den gewöhnlichen Tagen ins Lazareth kom[m]t, giebt er demselben von allen Patienten, die seine Hülfe nöthig haben, genaue Nachricht, und verfähret mit den Krancken in allen nach des Herrn Doctors Verordnung, seinem Patron dem Herrn Chirurgo ord. hingegegn, hat er so oft derselbe das Lazareth besuchet, das

bescheiden aller Patienten in und außer dem Hause umständlich anzuzeigen, die mit gefährlichen oder unbekandten Schäden behaftet, ihm vorzustellen und von selben zu vernehmen, was vor Artzeney zu aplicieren, und wie er ferner mit denen Krancken verfahren soll. Anbey rapportieret er dem Patron alles was ihm zu wißen erfordert wird.

[s. 218] 5. So oft ihm Persohnen, mit Bein oder Arm brüchen, zugeschicket werden, oder wen sonsten etwas extraordinarie bey denen Krancken vorgefallen, läst er solches so gleich dem Patron melden, imgleichen wen derselbe aus erheblichen Ursachen an den gewöhnlichen Tagen, nicht ins Lazareth kom[m]en kan ist der Barbier Gesell schuldig den Patron den nöthigen Rapport abzustatten, damit Niemand verabsäümet oder sonst etwas versehen werden.

6. Muß er sich keiner frembden oder heimlichem Medicamenten und Compositiones bedienen, sondern alles unverändert laßen, und so oft wie es der Herr Doctor oder H. Chirurgus verordnet, denen Patienten aplicieren.

7. Ist er verpflichtet, jeden Tag Morgens und Abends außer den Bett Stunden auf alle Stuben im Lazareth zugehen, den Zustand der Patienten in aller Freundlichkeit gehörig zuuntersuchen, und allen möglichen fleiß anzuwenden, nechst Gott ihre Gesundheit oder [wyras o niepewnej lekcji] der Schmerzen aufs geschwindeste [s. 219] zu befördern. Bey extraordinairnen Vorfällen, ist er auch des Nachts schuldig denen Krancken aufs eilfertigste zu Hülfe zukom[m]en.

8. Hat er auf die Kranken Wärterinnen fleißig acht zu geben.

A. daß sie ihm ohne Verzug bekan[n]t machen wen ein Patient im Lazareth gebracht wird, oder wen bey denen ihrer Aufsicht anvertrauten Krancken sich unvermuthete Zufälle ereigen es sey Tag oder Nacht.

B. Daß sie mit denen ihnen übergebenen Medicamenten treulich umgehen, und solche zu rechter Zeit und auf verordnete Art dem Patienten aplicieren.

C. daß sie die Cur-Stuben allezeit geschlossen halten, Niemanden Frembdes herein laßen und denen Krancken darin, kein sauer Bier noch andern schädliche Geträncke oder Speise geben.

D. daß sie denen Krancken und unvermögenden Menschen, willig und unverdroßen alle mögliche Hülfe erzeigen, und so zur hand gehen, wie sie wünschen daß ihnen in dergleichen Vorfällen von andern geschehen möchte.

[s. 220] E. daß sie allezeit die neu ankommenden Patienten, auf rein Stroh, Decken und in rein Betten legen, diejenigen aber so voll Ungeziefer oder sonst sehr unrein sind, zuvor reinigen u[nd] mit reinen Hembden versehen, ehe denselben Bett und Schlaf Stell angewiesen wird.

F. Daß sie die Stuben, Bette, Lacken, Hembde, Decken, Laub Lacken, Stroh und was sonsten zum Dienst der Kranken gewidmet allezeit ordentlich und gehörig rein gehalten.

G. Daß sie in den beyden Kranken Stuben Item: in der Pohnischen und Sch[i]f[fe]r Stube allen Krancken die nicht den Lauf haben oder sonst unreine Kranckheiten nach ihrem Zustande Betten gebe auch wen die Patienten sich wach so oft es nöthig dieselben aufmachen.

H. daß sie die Persohnen blöden Verstandes und Wahnsin[n]igen, von Ungeziefer rein halten, mit reiner Wäschen versehen, und ihre Abspeise gehörig und zu rechter Zeit besorgen.

J. Daß sie Niemanden mit harten Worten anfahren od[er] mit Fluchen und unchristlichen Reden zur ärgerniß reitzen, sondern gegen einer jedem sich bequem bescheiden u[nd] vernüpfüg aufführen.

[s. 221] K. Daß sie wen jemand gestorben oder gesund aus dem Lazareth gehet, die rechte Num[m]er und Nahmen (nach dem es dem Hofmeister gemeldet) so gleich bey ihm abbringen.

L. Daß sie die verstorbenen nicht lang in den Betten und Stuben liegen laßen, sondern dafür sorgen, daß selbe von den dazu bestim[m]ten Leuten sonder Anstand in die Toden Kam[m]er gebracht u[nd] abgewaschen werden.

M. Daß sie die Betten darin jemand gelegen, gleich untersuchen nach Beschaffenheit derselben truckenen, reinigen und mit reinen ober Zeug beziehen, und ohne Verzug wieder in solche Ordnung bringen, daß im Nothfall so gleichem anderer Patient hinein geleet werden kan[n]. In Sum[m]a: daß sie sich in allen so betragen, wie es die Pflicht rechtschafener Kranken Wärterin[n]en und die Verordnung des Hauses erfordert. Solten selbe sich aber in ein oder mehreren Puncten nicht vorgeschriebener maßen verhalten, so ist er verbunden sie zu beobachtung ihrer Pflicht auf eine bescheidene Art anzumahnen, hilft solches nicht, so giebet er dem [s. 222] Heil Amts verwaltenden Vorsteher, davon Nachricht und suchet sich dardurch von aller Verantwortung frey zumachen.

9. Mit allem was ihm von Material, Artzeneyen, Salben und andern Sachen anvertrauet, hat er nicht nur vor seine Persohn treulich und vorsichtig umzugehen, sondern auch fleißig acht zuhaben, daß von andern nichts veruntreuet od[er] verwarhloset werde. Zu dem ende hält er alles in guter Verordnung, läst in seiner Abwesenheit die Material Kam[m]er und Apoteke einmahls ungeschloßen, untersucht beym weggehen genau was seine Untergebene im Labaratoria und anders wo unter Händen haben, siehet zu daß alles ordentlich tractiret und abgewartet wird. Des Son[n]abends oder gegen die Fest Tage, an dem sogenandten Heil. Abend, wen die Arbeit im Labaratorio geendiget, läßet er daßelbe aufräumen die allda befindlichen Salben und andere Sachen bis zu fernerm Gebrauch an gehörigen Ort in Verwahrung bringen und nimbt alles noch sorgfältiger wahr, als wen es seinem eigenen Nutz beträgt.

10. Die geringste Veruntreuung so entdeckt oder was sonsten [s. 223] um Nachtheil des Hauses oder zur belästigung der Armen Krancken, von jemanden unternom[m]en, oder ihm zugemuthet wird, ist er schuldig (ohne Ansehen der Persohnen) so gleich denen H. Vorstehern bekandt zumachen.

11. Ohne Consens und Buch darf er nichts für Lazareths Rech[nun]g von Artzeneyen, Materialien, Gewürtz, Wein, Brandtwein, Wein-Eßig, Leinwandt, Pech, und wie es Nahmen haben mag, holen laßen, sondern wen ihm zum Gebrauch des Lazareths von dergleichen etwas fehlet, ist er verbunden ein Verzeichniß davon zu machen, selbige dem Herrn Chirurgo zu untersuchung zu übergeben, von ihm unterzeichnen zu laßen und nachdem er selbe in das dazu gewidmete Buch abgeschreiben, solche dem Heil Herrn zu zuschicken.

12. Wen von denen mit Vorwißen des Heil Herrn, vom Herrn Doctor od[er] Chirurgo ord. verschriebenen Artzeneyen, Material und andern zur Lazareth Apoteke gehörigen Sachen, etwas eingebracht wird, ist er schuldig alles bis zu deren Ankunft und Untersuchung aufzuheben und unberührt zulaßen. Nach geschehener Untersuchung (die ihm mit [s. 224] obliegt) giebt er dem Vorsteher von der Qualität der Sachen-Nachricht und wen selbige so beschaffen, daß sie in angesetzten Preisen behalten werden kön[n]en, bringet er alles an gehörigen Ort, sorget für deren Conservation und bedient sich derselben, nach der von dem Herrn Doctor oder Chirurgo ord. erhaltenen Verordnungen.

13. Die frischen Kräuter, Wurtzel, und was ihm sonsten aufgetragen, hat er zur rechter Zeit und im wohlfeilstem Preise einzukaufen, und alles nebst dem Preise aus dem Einkaufs Buch zuvor dem Patron vorzuweisen, ehe es mit andern dergleichen Sachen vermischt oder in Gebrauch genom[m]en wird. Was sonsten bey diesen Sachen zu beobachten, hat er zu besorgen, daß allem Schaden vorgebeuchet, der möglichste Nutzen befördert wird, und alles jederzeit in solcher Ordnung erhalten werde, wie man es von einem geschickten, sinlichen und fleißigen Menschen erwarten kan.

14. Alles was er für Lazareths Rech[nun]g ausleget, verzeichnet er nebst Tage, an welchen es geschehen so gleich in das darzu gefertigten [s. 225] Buch, und giebet davon Monathlich eine accurate und Gewißhafte Abschrift an dem Heil Amts verwaltenden Vorsteher, als von welchen er den Monäthlichen Vorschus zu heben hat.

15. Von dem alten Lin[n]en Zeug, welches ihm von der Hof Mutter, Kranken Wärterin und Lazareths Genoßen, zu Pflaster Tuch abgegeben wird, hält er ein besonderes Buch und notiret darin accurat, wen, was, und von wem er etwas empfangen. Von Personen außer dem Lazareth, darf er kein dergleichen Lin[n]en an[n]ehmen, u[nd] wen ihm durch die Hof Mutter, Krancken Wärterinen, von Laz[areths] Lin[n]en etwas gebracht wird, ist er verpflichtet sich zuvor bey dem Heil Herrn zu erkundigen ob es mit deßen Vorwißen geschehen, ehe er solches annimmt, was aber dieselben und alle übrige Lazareths Genoßen von ihren eigenen Linnen angeben, hat er genau zu untersuchen, ob es auch zu Pflaster Tuch gebraucht werden kan, wo nicht so weiset er dieselben, entweder gar mit ab, oder bedeutet denselben, daß solches zu nichts als zur Corpey zu emploiren, und [s. 226] notiret als den nur helfte von dem bekom[m]enen Lin[n]e, nemlich für 2 Hembden nur 1 Hembd und damit es in Zukunft keinen Disput giebet, kan er bey dergleichen schlechten Lin[n]en, die Worte zu Corpey beyfugen.

16. Wen eine neue Cur angehen soll, so ist er schuldig im gantzen Lazareth zu untersuchen, ob auch eine von denen darin befindlichen Persohnen, die Cur nothig haben, findet er dergleichen, so stellet er selbige dem Herrn Chirurgo ord. vor, und auf deßen approbation (den[n] ohne dieselben kan[n] er Niemand in die Cur einnehmen) wird ein Verzeichniß von dem Nahmen und Geschlecht solcher Persohnen, dem Heil Herrn eingehändiget, damit derselbe weiß in welcher Stube Platz übrig, und wie viel Personen noch angenom[m]en werden kön[n]en.

17. Ohne Vorwißen der Herrn Vorsteher darf er Niemand aus dem Lazareth abdancken, oder heimlich wegschaffen, sondern hat sich folgender maßen dabey zuverhalten. Jede Woche des Montags und zur Zeit der großen Abdanckung [s. 227] examiniret er

alle im Lazareth zur beßerung befindliche Persohnen, die so weit genesen, daß sie abgedancket werden kön[n]en, oder aus andern Ursachen abzudancken sein. Zeiget er Dienstags alle (ohne jemanden aus Vortheil zu übersehen) dem Herrn Chirurgo ord. an, giebt nebst den Krancken Wärterin[n]en von deren bisherigen Befinden ihm umständliche Nachricht und wen[n] derselbe sie nach genauer Prufung vor gesund befindet, und erkläret dem Heil-Herrn ein Verzeichniß von ihren Nahmen und Num[m]ern zur Untersuchung abgegeben, so werden solche Personen, Don[n]erstags den Herrn Vorsthern zur völligen Abdanckung vorgestellt, fals diese erfolget, ist es seine Pflicht acht zu haben, daß alle Abgedanckte zur bestim[m]ten Zeit abgehen, und Niemand davon im Lazareth bleibe. Solten aber er wehrender Zeit davon wieder einige in Krankheit fallen, so ist solches in Zeiten dem Heil Herrn in Zeiten bekandt zumachen, damit in dem Abschreiben kein versehen geschehe.

18. Die im Lazareth verstorbenen, abgedanckten oder von selbst weggegangenen Personen notiret er, den Nahmen und [s. 228] Num[m]ern noch in ein besonderes Büchlein und übergiebet davon Monathlich an den Heil Herrn einen accuraten Aufsatz.

19. Son[n]tags, Dienstags und Don[n]erstag, hat er die Patienten in allen Stuben des Lazareths zu untersuchen und die 12 schwächesten darunter dem Hofmeister bekandt zumachen, damit selben von den Wochentlichen Ausspeise etwas zu ihrer Erquickung gereicht werden, damit aber keine Unterschliefe vorgehen wird er solche Patienten fleißig zubefragen haben, ob ihnen auch die Ausspeise gegeben worden.

20. Hat er die Patienten in und außer dem Hause beständen darzu anzuhalten, daß sie mit den Artzeney Gläsern, vorsichtig umgehen und solche allezeit wen sie Artzeney holen, darfer nicht länger Artzeney geben, bis sie solche mitbringen, auch wen sie genesen, wieder an ihm abliefern.

21. Den Patienten die aus dem Lazareth Artzeney holen, darf er nicht länger Artzeney geben, als ihre anweise Zettul lauten, wer in solcher Zeit noch nicht genesen, den hat er Don[n]erstags oder Son[n]abends ins Lazareth zu bestim[m]en und zur Verlängerung [s. 229] Anweiße Zettul, dem Heil Herrn vorzustellen.

22. Das viele ausgehen, ist ihm überhaupt untersaget, absonderlich, müß er des Don[n]erstags, oder sonsten wen die Herrn Vorsthern im Lazareth zusam[m]en kommen, und des Son[n]abends nach Mittags, wen[n] der Heil Amts verwaltende Vorsteher herauskomt, allezeit zugegen sein, die Personen welche sich an diesem Tage im Lazareth eintreffen, und um Artzeney od[er] Aufnahme zur Verbeßerung Ansuchung thun, bey sich in der Stube wegen ihren Schäden und Kranckheiten examiniren und die wahre Beschaffenheit derselben wenigstens so weit zu entdecken suchen, daß wen[n] diese Personen vorkom[m]en, auf befragen der Herren Vorsthern davon, wie von allen übrigen, was seine Bedienung angehet gehörigen Bescheidt, und antwort geben kön[n]e.

Welche als den Anweisung zu Artzeney bekom[m]en die versiehet er mit dem nöthigen und bestim[m]et ihnen eine gewisse Zeit zu ihrer Wiederkunft. Mit denen aber die ins Lazareth aufgenom[m]en werden, verfähret er, wie hievon unter No. 3 u[nd] No. 4. angezeigt.

[s. 230] 23. Ist ihm nicht erlaubt von Patienten einiges Geld vor sich zu fordern noch anzunehmen, sondern wenn sich jemand fände, der aus Erkenntlichkeit für die erhaltene Hilfe etwas offeriren sollte, so gebühret ihm, alles in die ihm lediglich darzu übergebene Laza[reths]-Büchse zuzustrecken und sich nicht des geringsten Antheils davon anzumaßen, wohlerwegende, daß ein ungerechter Groschen hundert gerechte verzehret.

24. Einen ganzen Tag oder Nacht ist ihm nicht erlaubt, aus dem Lazareth zubleiben. Sollte er aber auf geschehenes Ansuchen vom Heil Amts verwaltenden Vorsteher, darzu Erlaubniß erhalten haben, so hat er zuvor dem Herrn Chirurgo ord. zu ersuchen, so lange einen andern Gesellen, ins Lazareth zu senden, damit in seiner Abwesenheit, keiner von den Patienten verabschämet, oder sonst etwas versehen werde.

25. Von seinen Freunden oder Bekan[n]dten jemanden die Nacht über bey sich im Lazareth zu behalten, ist ihm ohne Ausnahme verbothen, und darnebst hat er alle weitläufige Conversation und verdächtige [s. 231] Compagnie in und außer Hause sorgfältig zu vermeiden.

26. Die rechte Zeit zum Eßen, und wenn er ausgegangen, sich in das Lazareth vorzuschließung desselben einzufinden, hat er in gute Observance zu nehmen.

27. Wenn[n] Fleisch Austheilungen im Lazareth sind, darf er seine Portion nicht (wie wohl vordem geschehen) außer dem Lazareth an jemanden schicken oder weggeben. Das Fleiß nimbt die Speise Mutter in Verwahrung, und braucht es an den Fisch Tagen auf des Hof-Meisters Tisch, wogegen er gleich dem Hofmeister und der Speiß-Mutter für jeden dergleichen Austheilung von dem Wöchentlichen Fisch Gelde 10 [gr.] zuzugenießen und von der Speise Mutter zu empfangen hat.

28. Hat er sich sorgfältig zu hüten, jemanden mit harten groben und anzüglichen Worten anzufahren, oder auf andern Art zu nahe zutreten. Sollte er aber von jemanden im Lazareth auf einige weise, beleidiget werden, [s. 232] so darf er sich selbs nicht revange nehmen, oder außer Haus suchen, sondern ihm gebühret, gleich andern Spitals Genossen, sich deshalb bey den Herrn Vorstehern zumelden, und es auf deren Entscheidung ankom[m]en zu lassen.

29. Erfordert seine Bedienung, daß er sich allezeit nüchtern halten, alle Orten der Laster meiden und einen solchen Wandel führen soll, der niemanden anstößig, sondern allen Spitals Genossen zum Beyspiel einer würdigen Nachahmung diene. In Sum[m]a, er hat sich in allen, was ihm obliegt, so zu betragen, daß er sich der Gnade des Allwissenden Gottes und des Göttlichen Seegens, ohne widerspruch seines Gewißenes getrösten kön[n]e, und sich vor dem Fluch nicht fürchten dürfe, welche der gerechte Gott, über die ungerechten Haußhalter ausgesprochen.

Dokument nr 8**Ordynacja medyczna Lazaretu w Gdańsku z 1768 r.**

Źródło: APG, 300,87/2, nie pagin

Medicinal Ordnung des Dantziger Lazareths.

I. Cap.
von dem Herrn Medico.

I. So wie das gesam[m]te Medicinal-Wesen seiner Aufsicht übergeben wird, und also der Provisor in seinem Beyseyn examiniret wird, dieser auch so wohl als die im Lazareth wohnende Barbier-Gesell ihm in Dingen, die zu ihrer Wißenschaft gehören, subordiniret seyn sollen, also wird von Ihm in medicinischen Angelegenheiten, und auch in dem Apothequer-Wesen das dahin gehorige größtentheils gefordert werden.

II. Das Herrn Medici Pflicht wird demnach seyn wöchentl[ich] 2 mahl gewiß das Lazareth zu besuchen, in wichtigen Fällen aber, wenn ihm gemeldet wird, auch außer den angesetzten Tagen solches zu thun. Die beyde eigentl[iche] so genan[n]te Krancken-Stuben, wie auch die Schiffer und Polnischen Stube, wird er besonders zu beobachten haben, überdieß aber auch sich in die andere Stuben begeben, wenn daselbst befindliche Krancken seiner Hülfe benöthiget sind.

III. Der H. Medicus wird sich ferner alle wichtige Schäden und Wunden von dem Barbier-Gesellen vorzeigen laßen, damit er denselben mit seinem Consilio und dabey etwan nöthigen innerliche Mitteln assistiren könne; dabey er Acht haben wird, daß derselbe seine Pflicht wahrnehme, im niedrigen Fall wird er ihn daran erin[n]ern, und wann weder er noch der über das Lazareth gesetzte Chirurgus etwas auszurichten vermag, so wird er solches dem, das Heilamt verwaltenden Vorsteher anzeigen, damit es zum besten der Armen abgeändert werden können.

IV. Weiter wird der H. Medicus über die Apotheque genaue Aufsicht haben, auch selbige jährl[ich] [2 mal] nach einem im Dispensatorio befindlichen Verzeichniß der Simplicium und Compositorum zu reuidiren gehalten seyn, hienächst Sorge tragen, daß jederzeit gute und tüchtige Materialen [s.2] angeschaffet werden. Zu solchem Ende wird er, nachdem er wegen deren Einkauf von dem Provisore besprochen worden, und nach vorgängiger Untersuchung von ihrer Nothwendigkeit, die Zettel, worauf die einzukaufenden Materialien von dem Provisore verzeichnet worden, mit seinem Namen unterschreiben, damit selbige an den das Heyl-Amt verwalltenden Vorsteher gelangen können. Sodann wird er die von dem Heylamt ihm vorzulegenden Proben in Augenschein nehmen und die besten und tauglichsten derselben auszeichnen, endl[ich] aber die angeschafften Materialien bey seiner Anwesenheit im Lazareth sich vom Prouisore vorzeigen laßen und untersuchen ob jeder Artickel in gleicher bonitaet mit der von ihm ausgesuchten Probe geliefert worden seyn, oder nicht, auch im letztern Fall das untaugliche demjenigen Materialisten von dem es genom[m]en worden nach vorgängiger dem Heyl-Amts

Vorsteher zu thuenden Anzeige zurückschicken; Ueberdem wird der H. Medicus dahin zu sehen haben daß die im Lazareth verfertigte Medicamente ihre gehörige Güte haben, und im wiedrigen Fall, wenn bey dem Prouisor göttliche Vorstellungen nicht helfen, solches dem, das Heyl-Amt verwaltenden Vorsteher anzeigen, damit derselbe hierinn weitere Verfung treffen möge. Da auch ohne Vorwißen des Herrn Medici keine andere Medicamente gemachet werden sollen, als solche, die im Dispensatorio verzeichnet sind, so wird der H. D[oc]tor] auch das Laboratorium zuweilen zu besuchen haben.

V. Wenn Personen an Seltenen und merckwürdigen Kranckheiten im Lazareth sterben, so wird der H. D[oc]tor] dieselben öfnen laßen, doch soll solches ohne großem Geräusch, auch mit aller Anständigkeit und an dem ihm Hause dazu von den Vorstehern anzuweisenden Arte geschehen. Eine vollständige anatomie aber anzustellen bleibt ihm gänzl[ich] untersaget, es wäre den[n], daß er deshalb des Herrn Praesidenten H. Herrl. Genehmhaltung eingezogen hätte.

[s. 3] VI. Es wird dem H. Medico erlaubt seyn die Krancken in Ansehung der Stuben so zu placiren und Veränderungen deshalb vorzunehmen, wie er es zum besten Fortgange der Cur am dienlichsten verachtet, doch ist er zugleich verbunden, dem das Heylamt verwaltenden Vorsteher bey der ersten Gelegenheit von solcher vorgenom[m]enen Veränderung entweder selbst Nachricht zu geben oder geben zu laßen, und ihm zugleich die Ursachen anzuzeigen, welche solche Veränderung nothwendig gemacht.

VII. Auf die Krancken-Mütter wird der H. Doctor ebenfalls zusehen haben, daß selbige ihre angewiesene Patienten nach der ihnen gegebenen Vorschrift gehörig abwarten.

VIII. Endl[ich] wird der H. Medicus so viel mögl. darauf bedacht seyn, daß keine Medicamente un[n]ützlich verwendet werden, auch dazu den Prouisoren, Barbier-Gesellen, und [die] Krancken-Mütter mit allem Fleiß anhalten.

Cap. 2.

Von dem Chirurgo.

I. Wird derselbe wöchentl[ich] wenigstens 2 mahl ins Lazareth kom[m]en, und die äußerlich Krancken in den gewöhnlichen 4 Stuben, wie auch in den übrigen, wenn er dahin verlangt wird besuchen. Die Schäden, Wunden, Fracturen [etc.] und überhaupt alle Verletzungen wird er sich von dem im Hause wohnende Barbier-Gesellen, zeigen laßen und so wie auf deßen Fleiß und Geschicklichkeit bey Verbindung und Behandlung der äußerlich Krancken ins besondere, also auch auf denselben überhaupt ein wachsames Auge haben, damit er ferner Pflicht ein Genüge lesiten. Verletzungen von Wichtigkeit wird der Chirurgus selbst verbunden, und hiebey dem Gesellen den nöthigen Unterricht geben, wie er es in seiner Abwesenheit machen, und welche Salbe, Pflaster [etc.] er sich dazu bedienen soll.

II. Bey wichtigen Vorfällen und Gefahr des Lebens drohenden Verletzungen, wird der Chirurgus so gleich ins Lazareth sich verfügen, so bald ihm solches gemeldet worden, und [s. 4] auch in solchem Fall den Krancken öfterer zu besuchen nicht ermangeln.

III. Alle im Lazareth vorkommende Chirurgische Operationen wird der Chirurgus selbst verrichten, wenn er [zuvor] mit dem H. Medico sich darüber besprochen, auch wird er bey wichtigen Krancken, die innerne Mittel bedürfen mit demselben ein Vernehmen zu haben nicht ermangeln, um gemeinschaftl[ich] mit ihm, die Genesung des Krancken zu besorgen.

Caput III.

Von dem Prouisore der Apotheque.

I. Derjenige der zum Prouisor bestellt werden soll, wird vorhero durch die Herren Physicos mit Zuziehung des Herrn Medici ordinarii des Lazareths gehörig zu examiniren seyn, und wenn er dazu tüchtig befunden wird, wegen seiner in Verfertigung der Medicamente zu leisten den Treue die ihm desfalls vorgeschrieben Eyd abzulegen haben.

II. Wann der Prouisor würckl[ich] angetreten soll er dahin sehen, daß die Medicamente gut und nach der im Dispensatorio vorgeschriebenen Art bereitet, auch die vom H. Medico und Chirurgo geschriebene Recepte fleißig und genau verfertigt werden. Weißfalls er auch auf den ihm zugeordneten Laboranten gehörige Aufmercksamkeit haben wird.

III. Wenn Materialien einzukaufen sind, soll der Prouisor deswegen mit dem Herrn Medico ein Vernehmen haben, ihm deren Nothwendigkeit anzeigen, selbige nachhero auf einen Zettel verzeichnen, und diesen erstl[ich] dem Herrn Medico zur Unterschrift, hernach aber nebst einigen Abschriften deßelben dem das Heylamt verwaltenden Vorsteher zustellen. Welcher als denn diese Abschriften bey allen hiesigen Materialisten mit Ersuchen um den bey jedem vorrathigen Artickel zu notirenden wohlfeilsten Preiß, und um eine mitzugebende Probe, herumschicken, sämtliche eingekom[m]ene Proben dem Hn. Medico zur Beurtheilung vorlegen laßen, und jede Waare, deren [s. 5] Probe des Herrn Medici Beyfall erhält, bey denjenigen Materialisten, wo dieselbe unter andern gleich gut erkan[n]ten zum wohlfeilsten Preise zu bekom[m]en ist, so viel mögl[ich] gegen baaren Bezahlung ausnehmen wird. Auch soll wenn die solchergestalt angeschaffte Materialien, nebst der zu einer jeden gehörigen Probe in die Apotheque geliefert worden sind, des Prouisoris Pflicht seyn, selbige dem Herrn Medico das nächsten mahl, wenn er in das Lazareth kom[m]t vorzuzeigen, damit derselbe sie mit den Proben vergleichen, und diejenigen Artikel, welche von ihm nicht der Probe gemäß befunden werden, nöthigenfalls zurückschicken könne.

IV. Wird er Sorge tragen, die frischen Kräuter, Wurzeln, Früchte [etc.] zu rechter Zeit, nach der im Dispensatorio gegebenen Anleitung einzukaufen, auch alles was er gekauft, dem Herrn Medico [jederzeit] anzuzeigen, und sein Gutachten darüber zu vernehmen haben.

V. Wird er gehalten seyn, von demjenigen was er täglich an Medicin und Salben verfertigt, oder durch den Laboranten für die Apotheque verfertigen läßt ein ordentliches Buch zu führen, und in demselben die Quantitaet der jedesmal verfertigten Medicin und Salben nach dem Gewicht zu notiren.

VI. Hat der Prouisor fleißig darauf zu sehen, daß so wohl die in dem Häuse selbst als auch die an die Gaßen-Armen ausgegebene Medicin-Gläßer, so viel mögl[ich] wieder zurückgebracht werden.

VII. Wird dem Prouisori hiedurch an Vorbeugung aller entwanigen Mißbräuche ernstlich untersaget, Aquauit und eingelegte Sachen in der Apotheque vorrätzig zu halten, oder auch gesunde Leute, es mögen Fremden oder Officianten des Hauses seyn in der Apotheque mit sogenan[n]ten Magentropfen aufzunehmen. Und wird, daß diesem Artikel vollkom[m]en nachgelebet werde, der das Heylamt verwalltende Vorsteher insbesondere fleißig Acht zu schlagen haben.

[s. 6]

Caput IV.

Von dem im Lazareth wohnenden Barbier Gesellen.

I. Weil der im Hause wohnenede Barbier-Geselle zugleich mit über die Apotheque kom[m]t, auch bey Kranckheit oder vieler Arbeit des Prouisoris Stelle zu vertreten und ihm zu hülfe zu kom[m]en gehalten [ist] so soll derselbe ebenfalls wie der Prouisor beeydiget werden.

II. Der Barbier Gesell soll im Lazareth auf der ihm angewiesenen Stube wohnen, auch zu Vermeidung aller Unordnung außer dem Lazareth keine andere Krancken heilen, als bloß diejenigen welche ihm von dem das Heylam[m]t verwalltenden Vorsteher angewiesen werden, die Krancken soll er überhaupt gehörig abwarten, und von wichtigen Vorfällen, gefährlichen Wunden und andern schweren Verletzungen, dem über das Lazareth gesetzten Chirurgo sogleich Nachricht zu geben nicht unterlassen.

III. An den festgesetzten Tagen, an welchen der H. Medicus oder der Chirurgus in das Lazareth kom[m]t, soll er jederzeit zugegen seyn, und von den Krancken gehörigen Bericht abstellen. Wann H. Doctor die Krancken besucht, so soll er mit ihm gehen, damit er von demselben vernehme, wie die Krancken auch in seiner Abwesenheit bey diesem oder jenem Zufall zu behandeln. In den Tagen also, wenn H. D[oc]tor nicht heraus kom[m]t, soll er auch die innerlichen Krancke besuchen, und nach der erhaltenen Vorschrift besorgen. So aber etwas wichtiges vorfiele welches einer schleunigen Hülfe benöthiget, soll er solches dem Herrn Medico durch einen schriftlichen Bericht wißen laßen, damit derselbe dagegen nöthige Veranstaltung treffen können. Dem Chirurgo insbesondere wird er von den angelegten Verbindungen und den dazu gebrauchten Pflastern, Salben, Kräutern [etc.] genaue Rechenschaft geben, und von ihm vernehme, wie er sich ferner dabey in seiner Abwesenheit zu verhalten habe.

IV. Der Barbier-Gesell soll sich niemals unterfangen eine Chirurgische Operation von Wichtigkeit zu verrichten.

[s. 7] V. Diejenige Personen, welche mit äußerlichen Schäden nach dem Lazareth sich verbinden zu laßen täg[ich] hinkom[m]en, soll der Gesell ebenfalls mit allem Fleiß besorgen, und wenn dabey etwas besonderes und wichtiges vorfallen sollte mit dem

Chirurgo und so fern innerliche Mittel dazu erfordert würden, mit dem Hn. Medico deshalb ein Vernehmen haben.

VI. Die eigentlich so genau[n]te Cur der von der geilen Seuche angesteckten Personen wird der Barbier-Gesell ebenfalls gehörig zugewartet haben. Die Krancke welche dahin kommen sollen, müssen dem Hn. Medico und dafern es äußern Schäden betrifft, auch dem Chirurgo vorher gezeiget werden. Während der Cur soll der Gesell dem Hn. Medico so wohl als dem Chirurgo gehörige Nachricht von dem Befinden der Krancken abstaten, und nach Endigung derselben diejenigen, welche sie ausgestanden, Ihnen wieder vorstellen, damit sie wissen ob diese angesteckte Personen gänzlich und gründlich[ich] geheilet worden, oder nicht.

Caput V.

Von den Krancken Müttern.

I. Sollen sie dahin sehen, daß die Krancken sich so verhalten, wie ihnen vom Hn. Medico oder Chirurgo vorgeschrieben worden, und es wiedrigenfalls denselben anzeigen, demnach müssen sie jederzeit in den Krancken-Stuben zugegen seyn, wann H. Medicus oder Chirurgus dahin kom[m]t, damit sie deren Verordnung anhören kön[n]en.

II. Sollen sie die Krancken, denen es verordnet worden, mit Salben reiben, mit Spiritus waschen, und s[o] w[eiter], auch dem Chirurgo und dem Gesellen beym Verbinden Hülffreiche Hand leisten.

III. Wird ihnen obliegen, die Reinlichkeit der Krancken so wohl als der Stuben selbst nach Möglichkeit zu besorgen.

IV. So werden sie auch verbunden seyn, auf Verordnung des Hn. Medici oder Chirurgi im Lazareth denen dortigen Krancken Clystiere beyzubringen, und dabey nichts [s. 8] mehr dazu zu nehmen haben, als was der H. Medicus oder Chirurgus verordnet. Die dazu verschriebene Species werden Ihnen aus der Lazareths Apotheque zu reichen seyn.

Dokument nr 9**Instrukcja lekarzy-asystentów Lazaretu w Gdańsku z 1853 r.**

Źródło: *Instruction für die Assistenz-Aerzte in dem Stadt-Lazareth zu Danzig.*
Danzig: Wedel, 1853

Instruction für die Assistenz-Aerzte in dem Stadt-Lazareth zu Danzig.

§1. Die Oberleitung und Verwaltung des Lazareths führen die Vorsteher. Die vorge-setzte Behörde der, bei dem städtischen Lazareth, angestellten Assistenz-Aerzte ist der dirigirende Ober-Arzt des Lazareths. Die Assistenz-Aerzte haben sich in allen, auf ihre Dienstobliegenheiten Bezug habenden Angelegenheiten, bei welchen eine höhere Ein-wirkung und Entscheidung nothwendig ist, an den Oberarzt zu wenden. Derselbe ist die zwischen den Vorstehern des Lazareths und den Assistenz-Aerzten vermittelnde Behör-de, und nur durch ihn empfangen die Assistenz-Aerzte specielle Verhaltensregeln und Befehle.

§2. Die Assistenz-Aerzte stehen zu den Verwaltungs Beamten der Anstalt in einem coordinirten Verhältniß. Letztere sind verpflichtet den Requisitionen der Assistenz-Aerzte, innerhalb deren instructionsmäßigen Wirkungskreises, zu genügen. Etwaige Unwillfähigkeiten sind dem dirigirenden Oberarzte zur weiteren Veranlassung anzuzei-gen.

§3. Das Kranken-Wärterpersonal ist dem Assistenz-Aerzte der betreffenden Abthei-lung untergeordnet. Die Assistenz-Aerzte haben dasselbe in Betreff der Pflege und Ab-wartung der Kranken zu überwachen, und sich fortdauernd die Ueberzeugung zu ver-schaffen, daß die Kranken human und sorgfältig behandelt werden, daß dem Kranken überhaupt nichts vorenthalten werde, daß denselben aber auch eben so wenig unerlaubte und überhaupt andere Genußmittel, als die Anstalt gewährt, zugeführt werden.

§4. Die Assistenz-Aerzte sind zur Ertheilung von Verweisen und Zurechtweisungen an das Wartpersonal der betreffenden Abtheilung berechtigt, und können sie von dem-selben Gehorsam für ihre Anordnungen verlangen.

Die Annahme, Entlassung, Festsetzung der Löhnung und die Bestrafung der Wart-personals, soweit in letzterer Beziehung ein von den Aerzten zu ertheilender Verweis nicht genügt, bleibt dem Ober-Arzt, unter Zuziehung der Vorsteher, vorbehalten. Der Bestimmung des Ober-Arztes ist es auch allein überlassen, in welchen Krankenzimmern die Wärter und Wärterinnen zum Dienste zu verwenden sind.

Das zum Wachdienste erforderliche Wartpersonal wird durch den Ober-Wund-Arzt zu diesem Dienste commandirt.

Die Beurlaubung des Wärterpersonals erfolgt mit Zustimmung der Ober-Arztes durch den Ober-Wund-Arzt.

§5. Die Assistenz-Aerzte sind dem Ober-Arzte bei der Behandlung der Kranken als Beistände zugeordnet.

§6. Die Vertheilung der Stationen unter die Assistenz-Aerzte wird lediglich von dem Ober-Arzte verfügt. Die Anstellung dauert auf unbestimmte Zeit mit dem Recht gegenseitiger vierteljährlicher Kündigung.

§7. Um bei etwaniger, zeitweiser Abwesenheit eines oder des anders Assistenz-Aerztes das Bedürfniß der betreffenden Kranken-Abtheilung genügend sicher zu stellen, hat nach einer bestimmten Reihenfolge einer der in der Anstalt wohnenden Assistenz-Aerzte den Tagesdienst (du jour).

§8. Der Assistenz-Arzt du jour hat sich des Morgens vor der Hauptvisite bei dem Ober-Arzte persönlich als solcher zu melden, und seinen Namen auf die schwarze Tafel im Geschäftszimmer aufzuschreiben.

Derselbe darf die Anstalt in der Regel nicht verlassen. In unvermeidlichen Ausnahmefällen hat er für seine Vertretung durch einen andern, dem dirigirenden Ober-Arzte schriftlich namhaft zu machenden Assistenz-Arzt zu sorgen.

§9. Als Assistenten des dirigirenden Ober-Arzes steht den Assistenz-Aerzten eine selbstständige Behandlung der Kranken gewissenhaft und pünktlich nachzukommen, und demselben über ihr ärztliches Handeln Rechenschaft zu geben. Sie müssen zu diesem Zwecke dem dirigirenden Ober-Arzte bei den Krankenbesuchen auf den ihnen übergebenen Abtheilungen begleiten, ihm über die neu angekommenen und stationairen Kranken die nöthige Auskunft in Bezug auf Art, Ursache, Verlauf und Behandlung der Krankheit ertheilen und von allen auf der Station vorgekommenen Veränderungen Meldung machen.

§10. Erscheint dem Assistenz-Arzteim Verlaufe einer Krankheit eine sofortige Abänderung des eingeschlagenen Heilverfahrens nach einer pflichtmäßigen Ueberzeugung nothwendig, so kann er diese in Abwesenheit der dirigirenden Ober-Arzes auf eigene Verantwortung veranlassen, muß aber davon dem dirigirenden Ober-Arzte bei dem nächsten Krankenbesuch Anzeige machen.

§11. Neuaufgenommenen, so wie plötzlich schwer erkrankten Personen haben die Assistenz-Aerzte in Abwesenheit des dirigirenden Ober-Arzes sofort die erforderliche ärztliche Hülfe zu gewähren. Von dem Geschehenen ist dem dirigirenden Ober-Arzte bei dem nächsten Krankenbesuche Meldung zu machen.

Die Assistenz-Aerzte dürfen unter keiner Bedingung gestatten, daß ihre Zimmer von Kranken betreten werden.

§12. Die Assistenz-Aerzte besuchen die Kranken ihrer Abtheilung täglich mindestens zweimal ohne Rücksicht auf die Besuche, die sie in Begleitung des dirigirenden Ober-Arzes zu machen haben, und zwar des Morgens von 8 Uhr, des Nachmittags von 5 Uhr ab.

Außerdem müssen sie ihre Abtheilung, namentlich die Wachsäle, noch zu unbestimmten Zeiten revidiren.

§13. Die neuaufgenommenen Kranken werden von dem betreffenden Beamten des Lazareths zunächst dem Assistenz-Arzte du jour gemeldet. Dieser ist verpflichtet, sich

unverzüglich zu dem Kranken zu begeben und dessen Zustand zu untersuchen, wenn nicht der grade anwesende Ober-Arzt anders bestimmt. Erscheint dem Assistenz-Arzte, bei der von ihm zu machenden ersten Untersuchung sofortiger ärztlicher Beistand nöthig, so hat er denselben ohne Verweilen zu gewähren, wenn nicht der dirigirende Ober-Arzt gleichzeitig, oder in kurzer Zeit zugezogen werden kann.

§14. Bei der Verordnung der Medicamente, muß jede mit dem Bedürfniß der Kranken irgend vereinbare Sparsamkeit beobachtet werden.

Sämmtliche Arznei-Verordnungen müssen in der Regel nicht bloß von dem Assistenz-Arzte, sondern auch von dem dirigirenden Ober-Arzte vollzogen werden. Nur in dringenden Fällen ist bei Abwesenheit des dirigirenden Ober-Arztes die selbständige Verordnung von Arznei-Mitteln durch den Assistenz-Arzt zulässig.

§15. Officinalien, werde auch zu andern Zwecken, als zur Genügung eines Heilungsbedürfnisses verwendet werden können, dürfen niemals pro statione, sondern nur für die einzelnen Kranken bei einem wirklich vorhandenen Heilungsbedürfnisse verschrieben werden.

§16. Die Assistenz-Aerzte haben sich von der Güte, der zweckmäßigen Zubereitung und der richtigen Signatur der Arzneien Ueberzeugung zu verschaffen, bei vorkommenden Mängeln die sofortige Abstellung zu beantragen und nöthigenfalls dem dirigirenden Ober-Arzte zur weiteren Remedur Anzeige zu machen. Als Vorgesetzte der Apotheker dürfe sie sich hierbei jedoch nicht geriren.

§17. Die Assistenz-Aerzte haben ferner darauf zu halten, daß die Gefäße und Geräthschaften, in welchen die Medicamente, namentlich die pro statione verschriebenen, geliefert worden, nach gemachtem Gebrauch an die Lazareth-Apotheke zurückgeliefert werden und bei dem Stationswechsel die pro statione verschriebenen Medicamente dem Nachfolger zu übergeben.

§18. Bei der Verordnung der Diät für die Kranken sind die bestehenden Reglements und deren Abänderungen zu beachten.

§19. Alle Diät-Verordnungen werden gleich bei dem Morgen-Krankenbesuch, für jeden Kranken besonders, in eine hiezu bestimmte Liste eingetragen und nach Revision und Vollziehung durch den Assistenz-Arzt und den dirigirenden Ober-Arzt der Wirthschafterin übergeben. Nur in Fällen besonderer Dringlichkeit dürfen die Assistenz-Aerzte in Abwesenheit des dirigirenden Ober-Arztes selbständig Diät-Verordnung machen. Alle Diät-Verordnungen gelten für den folgenden Tag.

§20. Soll die Verabreichung ausnahmsweise noch an demselben Tage erfolgen, so ist die Verordnung noch auf einen besonderen Zettel, mit Angabe des Namens und der Saalnummer des Kranken zu schreiben, und demnächst dem dirigirenden Ober-Arzte zur Ertheilung der Anweisung an die Wirthschafterin vorzulegen.

§21. Bei Diät-Verordnungen und namentlich bei der Extra-Diät ist jede, mit dem Zwecke der Kur irgend vereinbare, Sparsamkeit streng zu beobachten.

§22. Alle übrigen, nicht bereits vorstehend aufgeführten Bedürfnisse der Kranken-Abtheilungen werden auf besondere, von dem Assistenz-Arzte und demnächst auch von dem Ober-Wund-Arzte zu vollziehenden Bestellzetteln beschafft, und sind zu diesem Zwecke die Bestellzettel je nach ihrem Inhalte dem betreffenden Vorsteher zur weiteren Bestimmung vorzulegen.

Die Bestellzettel zu Reparaturen und Neuanschaffung von Instrumenten werden außerdem noch dem Ober-Wund-Arzt zu Eintragung in das von demselben zu führende Controllbuch vorgelegt.

Von der Mitunterschrift solcher Bestellzettel durch den Ober-Wund-Arzt kann nur in dessen Abwesenheit und in dringenden Fällen Abstand genommen werden.

Zur Besorgung der Unterschriften, sowie zur Abfassung aller ärztlichen-Verordnungen und Bestellzettel, der erforderlichen Listen und Nachweisungen etc. sind ohne Ausnahme die Assistenz-Aerzte verpflichtet.

§23. Die Aufnahme von Kranken geschieht in der Regel durch den Inspector.

Wird bei der Aufnahme die vorherige ärztliche Untersuchung eines Kranken erforderlich, so haben sich die Assistenz-Aerzte auf Ersuchen des betreffenden Verwaltungs-Beamten derselben zu unterziehen, und die gewünschten Erklärungen darüber erforderlichen Falls schriftlich abzugeben. Die neu aufgenommenen Kranken werden, sofern es ihr Zustand erlaubt, durchweg zunächst in das Aufnahme-Zimmer des Lazareths gebracht, welches der dirigirende Ober-Arzt und die dessen Abwesenheit der Assistenz-Arzt bestimmt.

Die Assistenz-Aerzte haben darauf zu sehen, daß die Kranken sogleich bei ihrer Aufnahme mit allem Nöthigen vorschriftsmäßig versehen werden.

Wegen des Besuchs der neu aufgenommenen Kranken wird, auf die §§. 12 und 13. verwiesen.

§24. In Betreff der Verlegung eines Kranken auf eine andere Abtheilung, welche stets nur mit Vorwissen des dirigirenden Ober-Arztens zu lässig ist, hat der Assistenz-Arzt die nöthigen Anordnungen zu treffen und die Verlegung ausführen zu lassen.

§25. Bei Beurlaubungen von Kranken, welche nur mit Genehmigung des Ober-Arztens stattfinden dürfen, haben die Assistenz-Aerzte, dem Ober-Wund-Arzt zu machen, welcher das Weitere veranlaßt.

§26. Sobald ein Kranker in der Genesung so weit vorgeschritten ist, daß er die Anstalt ohne Gefahr für seine Gesundheit verlassen kann, so muß dies unverweilt geschehen. Unheilbaren Kranken aber darf in der Regel gar nicht, und ausnahmsweise auch nur dann der fernere Aufenthalt in der Anstalt gestattet werden, wenn entweder ihr Zustand lebensgefährlich ist, und sie nicht sogleich anderweitig untergebracht werden könne, oder wenn ihr Verbleiben in der Anstalt im Interesse der Commune, oder die nicht zu hebende Krankheit wenigstens auf längere Zeit zu mildern ist.

Die Entlassung geheilter und unheilbarer Kranken darf nur mit Vorwissen des dirigirenden Ober-Arztens seitens der Assistenz-Aerzte angeordnet werden. Sind die unheilbaren Kranken in einem hilflosen Zustande, so müssen von den Assistenz-Aerzten bei dem dirigirenden Ober-Arzte und durch diesen bei den Vorstehern, zum Behuf der anderweitigen Fürsorge, Anträge gemacht werden.

Für jeden zu entlassenden Kranken wird, von dem betreffenden Assistenz-Arzt, ein Entlassungs-Schein ausgestellt, von dem dirigirenden Ober-Arzt unterschrieben, und demnächst an das Aufnahme-Bureau befördert. In dem Entlassungs-Schein ist der Zustand der Kranken als geheilt, gebessert etc. kurz zu vermerken.

§27. Entweicht ein Kranker, so ist dem dirigirenden Ober-Arzte und dem Inspector von den Assistenz-Aerzten sofort Anzeige zu machen, und dabei über das Sachverhältniß, sowie über das etwanige Verschulden des Stations etc. Personals ausführlich zu berichten.

Ein Gleiches muß geschehen bei entdeckten Versuchen zum Entweichen, sowie bei allen Vorfällen, welche ein polizeiliches oder gerichtliches Einschreiten nöthig machen.

§28. Für die Dauer des Aufenthalts der Kranken in dem Lazareth haben dieselben sich nach denjenigen allgemeinen Vorschriften zu richten, welche in jedem Krankenzimmer ausgehängt sind.

Die Assistenz-Aerzte müssen sich mit diesen Vorschriften bekannt machen, und deren Befolgung überwachen. Bei ungebührlichem Betragen der Kranken, namentlich auch bei Verweigerung der Befolgung ärztlicher Verordnungen und sonstigen Verstößen gegen die Hausordnung, können die Assistenz-Aerzte, unter Vorwissen des dirigirenden Ober-Arztes, ernste Verweise, Liegenbleiben im Bette und Absonderung von anderen Kranken eintreten lassen, wenn der Zustand des Kranken es gestattet. Auch ist unter gleicher Bedingung die Verkürzung der Diät, auf Anordnung des dirigirenden Ober-Arztes, zulässig. Härtere Strafen, namentlich die Entlassung, kann nur der Ober-Arzt anordnen. Gegen Tobsüchtige und Deliranten können die in der Anstalt üblichen Zwangsmittel angewendet werden.

Zu Dienstleistungen für die Anstalt dürfen Kranke nur in den gedachten Fällen und außerdem nur auf besondere Anordnung des dirigirenden Ober-Arztes herangezogen werden.

§29. Ueber jeden, in die Anstalt aufgenommenen Kranke, mit Ausnahme der nach der gewöhnlichen Methode behandelten Krätz- und Grind-Kranken, ist gleich nach der Aufnahme durch die Assistenz-Aerzte ein Krankheits-Journal anzulegen. Es ist hierbei darauf zu sehen, daß die Journale je nach der Wichtigkeit des Krankheitsfalles entweder täglich, oder in längern Zwischenräumen, welche jedoch nur bei keinen wesentlichen Veränderungen unterworfenen chronischen Krankheiten die Dauer von längstens 8 Tagen erreichen dürfen, fortgeführt werden.

Die Assistenz-Aerzte haben die Journale mit Gründlichkeit, wissenschaftlichen Ernste und überhaupt so zu führen, daß sie für die Annalen des Krankenhauses benutzt werden können. Die Sorgfalt ist ins Besondere bei solchen Journalen zu beobachten, welche möglicher Weise gerichtsarztlichen Gutachten, oder richterlichen Entscheidungen zum Grunde gelegt werden können.

§30. An dem Bette eines jeden Kranken ist unter der Kopftafel das Journal zu befestigen. Die Assistenz-Aerzte haben die Kopftafeln vollständig zu überschreiben, auf derselben die Diät der Kranken kurz zu vermerken, und die Journale ordnungsmäßig geführt, unter denselben aufhängen zu lassen.

Die Journale derjenigen Kranken, welche zu anderen Abtheilungen verlegt worden, sind innerhalb der nächsten drei Tag nach der Verlegung der betreffenden Abtheilung zu übergeben.

Täglich bis 4 Uhr Nachmittags werden die Journale der an demselben Tage entlassenen Patienten dem Ober-Arzte zur Durchsicht zugeschickt, von welchem sie zur Aufnahme in die Acten der Anstalt zurückgehen.

Für die richtige Ablieferung der Journale überhaupt sind die Assistenz-Aerzte verantwortlich.

§31. Die Bearbeitung der Medicinal-Berichte, soweit dieselben erfordert werden, liegt dem dirigirenden Ober-Arzte ob, welchen hiebei die Assistenz-Aerzte zu unterstützen haben.

§32. Atteste und Gutachten über Kranke, welche sich in der Anstalt befinden, oder befunden haben, dürfen von den Assistenz-Aerzten nur auf besondere Aufforderung der dirigirenden Ober-Arztbes amgestellt, und müssen immer von diesem unterschrieben werden.

§33. Die Aufbewahrung des Instrumentariums, des Bandagen und Maschinensammlung des Lazareths, liegt dem Ober-Wund-Arzte ob. Die Assistenz-Aerzte haben nur das zu ihrer Station gehörige Instrumentarium aufzubewahren, und dafür Sorge zu tragen, daß dasselbe gehörig im Stande erhalten, und mit der nöthigen Schonung benutzt wird. Ein Gleiches gilt von den, für die Abtheilung gelieferten, chirurgischen und medicinischen Bedürfnissen.

§34. Die in der Gebär-Anstalt befindlichen Schwängern werden zu Arbeiten im Gemüseputzkeller, und zu ähnlichen Handrechnungen für den Küchenbetrieb verwendet. Es sind daher die zu solchen Arbeiten geeigneten Schwängern der Verwaltung zur Verfügung zu stellen.

§35. Schwangere, welche von den Abtheilungen für Geisteskranke, für syphilitische, Krätzkranke oder für kranke Gefangene, Behufs der Entbindung zur Gebär-Anstalt verlegt werden, sind nach der Entbindung, sobald sie nur irgend transportabel sind, wieder zu ihrer früheren Abtheilung zurück zu verlegen.

§36. Die Abtheilung für kranke Kinder ist nur für Kinder bis zum zurückgelegten zwölften Jahre bestimmt. Kinder, welche dieses Alter während ihres Aufenthalts in der Anstalt überschreiten, müssen der, ihrer Krankheit entsprechenden Abtheilung überwiesen werden, falls nicht der Ober-Arzt das längere Verbleiben derselben in der Abtheilung für kranke Kinder ausdrücklich gestattet.

Eigenmächtige Bestrafungen der Kinder durch das Wartepersonal dürfen nicht geduldet werden, und sind, wenn sie dennoch vorkommen, bei dem Ober-Arzte zur Anzeige zu bringen.

§37. Der Assistenz-Arzt bei der Abtheilung für Geisteskranke hat sorgfältig darüber zu wachen, daß jede rohe, und ungeeignete Behandlung der Kranken, durch das Stationspersonal vermieden werde.

Die Disciplinarbefugnisse über die Geisteskranken sind ausschließlich dem dirigirenden Ober-Arzte vorbehalten.

§38. Der Assistenz-Arzt har darüber zu wachen, daß die Geisteskranken stets unter der sorgfältigsten Aufsicht gehalten werden, daß namentlich die im Interesse des Heilverfahrens zu häuslichen oder Garten-Arbeiten, so wie zum Holzschneiden verwendeten Geisteskranken auch hierbei unter beständiger Aufsicht eines Wärters resp. einer Wärterin sich befinden, und das alle zu der Abtheilung führenden Thüren stets unter Verschuß bleiben.

Den Wärtern resp. Wärterinnen allein darf die Aufsichtsführung über die Geisteskranken nicht überlassen werden, vielmehr muß ärztlicher Seits wiederholt, und sorgfältig überwacht werden, wie von den Wärtern die Aufsicht geführt wird, und ob die Beschäftigung des Geisteskranken zweckmäßig, und den ärztlichen Anordnungen gemäß stattfindet.

§39. Zur Hülfeleistung beim Baden geisteskranker Frauenzimmer dürfen nur weibliche Personen verwendet werden.

§40. Bei Beurlaubung von Geisteskranken ist mit möglichster Vorsicht zu verfahren. Es sind hierbei, außer den §25. angegebenen Bestimmungen folgende Vorschriften zu beachten:

1. Die ärztliche Bewilligung des Urlaubs darf nur von dem dirigirenden Ober-Arzt ertheilt werden.

2. Längere Beurlaubungen sind nur dann zu gestatten, wenn die Persönlichkeit dessen, dem der Beurlaubte anvertraut ist, für die Erfüllung des Versprechens gehöriger Beaufsichtigung Gewähr leistet.

3. Das gewöhnliche Ausgehen der Geisteskranken in die Stadt etc. ist nur in Begleitung eines Wärters zulässig.

4. Ein Wärter darf niemals mit mehreren Geisteskranken gleichzeitig ausgehen.

5. Geisteskranke, welche sich in Criminal-Untersuchung befinden, oder bereits zu einer Strafe verurtheilt, oder solche, welche nach ihrer Entlassung zur gefänglichen Haft zu senden sind, dürfen gar nicht beurlaubt werden.

6. Der Besuch der Theater und anderer öffentlichen Vorstellungen darf nur dann gestattet werden, wenn der Heilzweck dies dringend wünschenswerth macht, und der Beurlaubte bereits genügende Garantien eines ruhigen Verhaltens bietet.

§41. Besuche bei Geisteskranken sind nur mit Genehmigung des dirigirenden Ober-Artes, und zwar in den gewöhnlichen Besuchstunden, des Nachmittags zwischen 2 und 4 Uhr, zulässig. Die Besuche dürfen, wenn die Kranken nicht Separatzimmer bewohnen, nur an dem hierzu bestimmten Orte und in Gegenwart des Assistenz-Artes, oder der zur Aufsichtsführung bestimmten Wärter oder Wärterinnen empfangen werden.

Kleine Kinder dürfen in der Regel gar nicht und Kinder in dem Alter zwischen 8 und 16 Jahren nur in Begleitung Erwachsener zum Besuch zugelassen werden.

§42. Bei der Behandlung der kranken Gefangenen, die sonst von der aller übrigen Kranken nicht verschieden sein darf, sind solche Verordnungen zu vermeiden, deren

Ausführung die Entweichung der Kranken aus der Anstalt zu erleichtern geeignet sein würde.

Ist zum Zweck der Heilung eine Bewegung im Freien unerlässlich, so darf diese nur unter beständiger Aufsicht eines Wärters, und nur in dem verschlossenen Hofraume stattfinden.

Sonst ist dem kranken Gefangenen nicht zu gestatten, die Abtheilung, deren Zugänge beständig verschlossen gehalten werden müssen, auch nur auf kurze Zeit zu verlassen.

Besuche bei kranken Gefangenen dürfen ohne jedesmalige ausdrückliche schriftliche Erlaubniß des Gerichts oder der Polizei gar nicht zugelassen werden.

§43. Die Bestimmungen des Regulativs vom 8. August 1835 (Ges.G. d. 1835, S. 240 ff) über das bei ansteckenden Krankheiten zu beobachtende Verfahren sind, soweit sie auf die Verhältnisse des Krankenhauses Anwendung finden könne auch von den Assistenz-Aerzten zu befolgen.

§44. In Betreff des Verfahrens mit den Leichen, in dem Lazareth, sind folgende Bestimmungen für die Assistenz-Aerzte zu beachten:

1. Im Allgemeinen darf kein in dem Lazareth Verstorbener von den Angehörigen der Section durch den dirigirenden Ober-Arzt entzogen werden. Der dirigirende Ober-Arzt kann jedoch in besonderen Fällen Ausnahmen gestatten.

2. Jeder Assistenz-Arzt verrichtet die Section der auf seiner Abtheilung Verstorbenen, wenn der Ober-Arzt nicht anders darüber bestimmt. Er dictirt in Abwesenheit des Ober-Arzt es oder auf besondere Aufforderung desselben den Sectionbefund zu Protokoll, welches bis Nachmittags 4 Uhr dem Ober-Arzte zur Durchsicht zuzusenden ist, und von diesem zu den Akten der Anstalt zurückgeht.

3. Der von dem dirigirenden Ober-Arzte dazu designirte Assistenz-Arzt ist verpflichtet, die wichtigen und seltenen Objecte, welche bei den Sectionen gefunden werden, zu sammeln, und in angemessener Weise aufzubewahren und aufzustellen; das Journal über die Sammlung zu führen, und jedem einzelnen Object kurz die wichtigsten Data des Krankenjournals beizufügen. Die für die Sammlung nöthigen Materialien an Gläsern, Spiritus etc., werden nach den im §22. enthaltenen Vorschriften beschafft.

4. Die Leichen verunglückter oder anscheinend durch die Schuld eines Dritten verstorbener Personen, werden nach erfolgter Ablieferung in das Leichenhaus sofort unter Verschuß gesetzt, und dürfen von den Lazareth-Arzten nicht eher für ihre Zwecke benutzt werden, als bis von Seiten der Gerichts-Behörde die Beerdigung der Leiche gestattet worden.

5. Bei den Section darf eine Verstümmelung der Leichen nicht stattfinden, und die Leichen derjenigen Personen, für welche die Kur- und Verpflegungskosten aus deren eigenen Mittel, oder von ihren Angehörigen bezahlt werden, dürfen außer der gewöhnlichen Section zu keinen weiteren Uebungen benutzt werden.

§45. Von jeder Behinderung an dem Besuche der Kranken-Abtheilungen müssen die Assistenz-Aerzte dem dirigirenden Ober-Arzte Anziege machen: von Letzterem wird die etwa erforderliche Vertretung, durch einen andern Assistenz-Arzt, angeordnet.

Beurlaubungen sind bei dem dirigirenden Ober-Arzte nachzusuchen.

§46. Ein jeder Assistenz-Arzt ist verpflichtet, beurlaubte oder behinderte Collegen, auf Anordnung des dirigirenden Ober-Arztes, zu vertreten. Eigenmächtige Substitutionem sind unstatthaft.

§47. Erkrankten Dienstleute oder Kranken-Wärter resp. Wärterinnen dergestalt, daß sie nicht mehr Dienst thun können, so ist deren Aufnahme auf die betreffende Kranken-Abtheilung zu veranlassen.

§48. Die schriftliche Rapporte und Nachweisungen werden an jedem Tage von dem betreffenden Assistenz-Arzt du jour erstattet.

§49. Ein jeder Assistenz-Arzt hat täglich der Morgens um 10 Uhr dem dirigirenden Ober-Arzt über den Zustand seiner Station, und über die während des verflossenen Tages auf derselben stattgehabten Ereignisse mündlich Bericht zu erstatten. Außerdem hat derselbe dem dirigirenden Ober-Arzte von wichtigeren Krankheitsfällen durch den betreffenden Wärter auf einen Zettel, auf welchem der Name des Kranken, dessen Krankheit und das Zimmer, in welches er gebracht, angegeben sein müssen, sogleich nachdem die Anwesenheit eines solchen Kranken zu seiner zu seiner Kenntniß gelangt, Anzeige zu machen.

§50. Die Assistenz-Aerzte sind verpflichtet, in der Anstalt zu wohnen. Sie empfangen von der Anstalt freie Wohnung, Heizung und Licht nebst 15 Rthlr. monatlich Gehalt.

§51. Für die Erhaltung der Inventarienstücke, überhaupt für die Förderung der finanziellen Interessen der Anstalt, haben die Assistenz-Aerzte, innerhalb ihres Wirkungskreises, nach Möglichkeit, zu sorgen. Es wird ihnen insbesondere zur Pflicht gemacht, darauf zu halten, daß die Betten und andere Wäsche durch Anwendung äußerer Arzneimittel, soweit es irgend möglich ist, nicht verdorben oder unbrauchbar gemacht werden.

Mit den, dem ärztlichen Personal zum eigenen Gebrauch übergebenen Inventarienstücken muß mit Vorsicht umgegangen werden. Beschädigungen derselben, welche nicht als eine Folge des gewöhnlichen Gebrauchs angesehen werden können, sind von dem Beschädiger zu vertreten.

§52. Die Abänderungen und Ergänzung dieser Instruction, nach Maaßgabe der zu machenden Erfahrungen, bleibt vorbehalten.

Danzig, den 22 Dezember 1853.

Die Vorsteher des Stadt-Lazareths
Heyn. Gertz. Focking. Schweitzer
Der Ober-Arzt
Dr Wagner

Dokument nr 10**Instrukcja lekarzy ordynatorów Lazaretu w Gdańsku (projekt z 1861 r.)**

Źródło: GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3622, nie pagin.

Instruction für die Oberärzte im städtischen Lazareth.

§1. Die beiden Oberärzte des Lazareths sind die ersten Beamten der Anstalt für Krankenpflege in medizinischer Hinsicht. Sie sind dem Vorstande unmittelbar untergeordnet, und verpflichtet, den Beschlüssen desselben Folge zu leisten. Mit der hieraus sich ergebenden Beschränkung ist ihre Stellung eine selbständige und verwalten sie die ihnen übertragenen Geschäfte unter eigener Verantwortlichkeit, lediglich nach dem Inhalt des Statuts für das Lazareth und dieser Instruction.

§2. Die Oberärzte nehmen an den Conferenzen des Vorstandes mit berathender Stimme Theil. Die Beschlußnahme über die vorliegenden Gegenstände gebührt dem Vorstande allein. Von den Beschlüssen des Vorstandes können die Oberärzte, Beide gemeinschaftlich und Jeder für Berufung an den Magistrat einlegen. Die einstweilige Ausführung der Beschlüsse wird hierdurch jedoch nicht aufgehoben.

§3. Die Oberärzte sind die nächsten Vorgesetzten der Assistenzärzte und sind für die gewissenhafte Erfüllung der denselben bei Behandlung der Kranken obliegenden Pflichten, und der besondern ihnen zu ertheilenden Anweisungen mit verantwortlich.

Sie bilden für Assistenzärzte die Vermittlungsinstanz dem Vorstande gegenüber und nur durch sie empfangen die Assistenzärzte specielle Verhaltensregeln und Befehle.

§4. Unter der Mitaufsicht der Oberärzte stehen die Apotheke und die bei derselben angestellten Apotheker. Sie haben darauf zu sehen, daß die erforderlichen Arzneimittel stets in hinreichenden Menge vorhanden sind, und zur rechten Zeit verabfolgt werden. Bemerkt einer der Oberärzte Mängel in dieser Beziehung oder Ungehörigkeiten bei Ausübung des Dienstes, so hat er dem Vorstande sofort Anzeige zu machen.

§5. Die beiden Oberärzte sind dem Ober-Inspector coordinirt. In allen die unmittelbare Pflege und Wartung der Kranken, die Freihaltung und Belegung der Krankenzimmer betreffenden Angelegenheiten müssen die Oberärzte von dem Ober-Inspector zu Rathe gezogen werden; sie sind aber sonst nicht befugt, ohne Mitwirkung desselben Anordnungen in der bezeichneten Richtung zu treffen. Versagt der Ober-Inspector seine Mitwirkung, so ist der Differenzpunkt durch Beschluss des Vorstandes zur Entscheidung zu bringen.

Von Ungehörigkeiten und Mißbrauchen der Beamten, welche die Oberärzte bemerken, haben sie dem Ober-Inspector ungesäumt Anzeige zu machen. Ein unmittelbares Einschreiten ist denselben nur gegen das Krankenwärterpersonal nach Maaßgabe des §.6. gestattet.

§6. Die Annahme und Entlassung des Krankenwärterpersonals erfolgt auf Vorschlag und nach Anhörung der Oberärzte und des Ober-Inspectors durch den Vorstand,

Dasselbe ist in Ausübung seines Dienstes den Oberärzten auf den ihrer Leitung anvertrauten Krankenabteilungen untergeordnet und den Anweisung derselben unbedingten Gehorsam schuldig. Die Oberärzte sind ihrerseits so berechtigt als verpflichtet, die Dienstführung des Krankenwärterpersonals zu überwachen und dafür Sorge zu tragen, daß dasselbe seine dienstlichen Obliegenheiten pünktlich und mit der den Kranken schuldigen Rücksicht erfüllt. Sie haben das Recht, den Krankenwärtern Verweise zu ertheilen.

§7. Das Lazareth zerfällt in zwei Kranken-Abtheilungen, welche je ein Oberarzt vorsteht.

Die eine umfaßt die akuten und chronisch-chirurgischen, die syphilitischen und die Krätzkranken. Die andere Abtheilung umfaßt die akuten und chronisch-inneren Kranken, die Geistes- und epileptischen Kranken, die Pocken- und Cholera-kranken, endlich die Gebär-Abtheilung.

Die bisher bestandene Kinder-Abtheilung hört auf und sind die erkrankten Kinder den resp. Abtheilungen zu überweisen.

Zeitweise Ueberweisung einer bestimmten Kategorie von Kranken an die andere Abtheilung kann nur unter Zustimmung des Vorstandes erfolgen.

Die Oberärzte sind in Beziehung auf die Behandlung der Kranken die Vorstände ihrer resp. Abtheilungen und vertreten dieselben dem Vorstande gegenüber. Ihre Mitwirkung bei den auf die Krankenpflege zu erlassenden Verfügungen wird durch das Statut und §5 dieser Instruction bestimmt.

Die Zuweisung der einzelnen Kranken an die Abtheilungen und die besonderen Krankenzimmer ist lediglich Sache der Oberärzte.

§8. Die Behandlung der Kranken im engern Sinne bleibt den Oberärzten selbstständig überlassen. Sie sind demnach auch für Behandlung der Kranken allein verantwortlich.

§9. Hinsichtlich der Verordnung von Medicamenten wird den Oberärzten anempfohlen, diejenige Sparsamkeit zu beobachten, welche sich mit dem Interesse der Kur irgend vereinigen läßt.

§10. Sämmtliche Arznei-Verordnungen müssen von den Oberärzten selbst vollzogen werden. Nur in dringenden Fällen ist bei Abwesenheit des betreffenden Oberarztes die selbständige Verordnung von Arzneimitteln durch die Assistenzärzte zulässig, doch müssen dergleichen Recepte später durch den Oberarzt vermittelst eines „vidi“ legalisirt werden. Das Buch, in welches die bei der Morgenvisite geschehenen Verordnungen müssen zwischen 7 und 8 Uhr der Apotheke übergeben werden. Die zu repetirenden Medicamente werden ebenfalls von den Oberärzten bestimmt. Von diesen Medicamenten werden die Signaturen, auf welchen das Recept deutlich verzeichnet ist, abgenommen und zum Zwecke der Repetition durch das Wartepersonal des betreffenden Krankenzimmers Abends in das Geschäftszimmer gebracht, wo sie von dem Medizinträger geordnet und von dem betreffenden Assistenz-Arzt du jour in das Repetitionsbuch einge-

tragen werden. Dieses Buch wird am folgenden Morgen dem betreffenden Oberärzte zur Durchsicht und Unterschrift vorgelegt und alsdann in die Apotheke gebracht.

§11. Bei der Verordnung der Diät für die Kranken haben die Oberärzte die in den Beköstigungsregulativen vom 1. Mai 1854 und 26. Mai 1855 enthaltenen Vorschriften zu befolgen.

Innerhalb derselben können die Oberärzte die Diät der Kranken selbständig anordnen, doch wird von ihnen auch hierbei, und namentlich bei Verordnung der Extra-Diät, jede mit dem Zwecke der Kur irgend vereinbare Schonung der Mittel der Anstalt erwartet.

Erscheint die Ueberschreitung der für die Diät etatsmäßig festgesetzten Fonds und die Abänderung des Beköstigungsregulativs nach den Ansichten der Oberärzte, sei es im Allgemeinen oder in Rücksicht auf eine vorherrschende Krankheit nothwendig, so haben die Oberärzte dieserhalb ihre Anträge an den Vorstand zu richten und die Entscheidung darüber zu gewärtigen.

Bemerken die Oberärzte Mängel in der Zubereitung oder Verabfolgung der Verordneten Diät, so haben sie dem Ober-Inspector sofort Anzeige zu machen.

Sämmtliche Diät-Verordnungen sind von den Oberärzten zu vollziehen.

Sollte für dieselben wegen vorwaltender Dringlichkeit die Unterschrift des Oberarztes nicht sofort zu beschaffen sein, so genügt ausnahmsweise die Unterschrift des Assistenzarztes der betreffenden Abtheilung, welche indeß der Oberarzt nachträglich durch sein „vidi“ zu legalisiren hat.

§12. Alle übrigen Bedürfnisse für die Krankenpflege werden auf besondere von den Oberärzten zu vollziehende Bestellzettel durch Vermittelung des Ober-Inspectores besorgt.

Ausnahmsweise könne dergleichen ebenfalls auf Bestellzettel der Assistenzärzte, wie im §11 für die Diät vorgeschrieben, verabfolgt werden.

§13. Jeder Oberarzt ist verpflichtet, täglich mindestens einmal und zwar in den Vormittagsstunden zwischen 9 und 12 Uhr die Kranken seiner Abtheilung zu besuchen. Jedoch wird ihm ein häufigerer Besuch der ihm anvertrauten Abtheilung zu unbestimmter Zeit dringend empfohlen, resp. seinem gewissenhaften, pflichtmäßigen Ermessen anheimgestellt.

§14. Die Aufnahme und Entlassung der Kranken erfolgt nach Maßgabe des Statuts und der Dienstinstruction für den Ober-Inspector enthaltenen Bestimmungen, auf welche die Oberärzte verwiesen werden.

Die Entlassung einmal aufgenommenen Kranken darf Seitens der Oberärzte nicht verfügt werden in Fällen, in welchen, ungeachtet der Zweck der Heilung nicht weiter zu verfolgen, oder erreicht ist, durch Conferenzbeschluß des Vorstandes unter Zustimmung des Magistrats das Verbleiben eines Aufgenommenen in der Anstalt genehmigt ist.

Die Verlegung eines Kranken in die andere Kranken-Abtheilung kann nur mit Zustimmung des Oberarztes derselben erfolgen, und muß dem Ober-Inspector angezeigt werden.

§15. Beurlaubungen von Kranken erfolgen durch den Ober-Inspector, sobald die Oberärzte bescheinigt haben, daß Rücksichten des Heilverfahrens nicht entgegen stehen.

§16. Die unmittelbare Disciplin gegen Kranke, welche sich gegen die ärztlichen Anordnungen widerspenstig zeigen, wird von den Oberärzten geübt und bleibt die Wahl der zu diesem Zwecke Anwendung zu bringenden, aus der Natur des Heilverfahrens sich ergebenden Mittel, ihrem pflichtmäßigen Ermessen überlassen.

Von allen hiernach vorkommenden Bestrafungsfällen haben die Oberärzte dem Vorstande Anzeige zu machen.

§17. Die Führung von Krankheitsjournalen liegt den Oberärzten in Bezug auf jeden in die Anstalt aufgenommenen Kranken ob.

§18. Die Oberärzte sind verpflichtet, über alle Gegenstände ihres Ressorts dem Vorstande resp. dem Magistrat jede verlangte Auskunft zu ertheilen. Sie haben jährlich, und zwar bis ult. Februar über die wichtigeren Vorkommnisse in ihrer Abtheilung während des abgelaufenen Jahres einen Bericht mit Beifügung statistischer Notizen, dem Vorstande behufs Benutzung bei dem von Letzterem an dem Magistrat zu erstattenden Jahresbericht einzureichen.

Fertigen sie Atteste aus, so müssen Copieen davon in einem Attestbuche aufbewahrt werden.

§19. Die Oberärzte sind für das in ihrer Gewahrsam befindliche Instrumentarium verantwortlich und haften dafür, daß dasselbe stets in gehörigem Stande erhalten und mit der nöthigen Schönung benutzt; auch die darüber sprechenden Verzeichnisse regelmäßig fortgeführt werden.

Ein Gleiches gilt von den für die Abtheilungen gelieferten chirurgischen und medizinischen Bedürfnissen.

§20. Rücksichtlich der Aufnahme und Entlassung der Geisteskranken werden die Oberärzte auf die Bestimmungen des von der Königl. Regierung dieserhalb erlassenen Reglements vom 2. Februar 1860 verwiesen.

§21. Die Bestimmungen des Regulativs vom 8. August 1835 über das bei ansteckenden Krankheiten zu beobachtende Verfahren sind von den Oberärzten genau befolgen. Insbesondere haben sie in jedem einzelnen Falle der eine specielle technische Anleitung der mit der Ausführung der erforderlichen Maaßregeln, wie z.B. bei der Desinfection von Zimmern und Geräthen nothwendig macht, solche bestimmt und unzweideutig dem Ober-Inspector zu ertheilen. Ebenso haben sie demselben das erforderliche Material für seine Rapporte zu geben.

§22. Leichen werden secirt, sofern der Widerspruch der Angehörigen nicht erfolgt oder beseitigt ist, und die Sectionsprotokolle für das Lazareths aufbewahrt.

§23. Hinsichtlich der Urlaubsertheilung an die Oberärzte ist §13 des Statuts maaßgebend. Sie haben sich im Falle der Beurlaubung und Erkrankung gegenseitig zu vertre-

ten. Von dem Wiederantritt des Dienstes hat der beurlaubt oder behindert gewesene Oberarzt sofort dem Vorstande schriftliche Anzeige zu machen.

§24. Die Ausübung einer selbstständigen Privatpraxis ist den Oberärzten nicht gestattet, jedoch dürfen sie zu Consultationem außerhalb des Lazareths und innerhalb des Kommunalbezirks von anderen Aerzten zugezogen werden. In keinem Falle aber dürfen sie dieserhalb die im §13. vorgeschriebene Morgenvisite versäumen.

§25. Die Abänderung dieser Instruction bleibt jederzeit vorbehalten.

Dokument nr 11**Instrukcja dla osób doglądających chorych w Lazarecie
w Gdańsku (projekt z 1862 r.)**

Źródło: GStAPK, I. HA Rep.76, VIII A, Nr 3623, nie pagin.

Entwurf zu einer Instruction für das Wartepersonal.

Die erste Pflicht des Krankenwärter-Personal ist: ein christlich religiöser Lebenswandel, sorgfältige Liebe, volle Pflege der Kranken und genaue Beobachtung der ärztlichen Vorschriften, Sittlichkeit und Reinlichkeit, sowohl ihrer Person, als in Bezug der Kranken, der Zimmer, Betten, Geräthe etc.

Der Dienst der Krankenwärter beginnt täglich im Sommer und Winter um 5 Uhr Morgens, und haben sich dieselben zuerst selbst zu waschen und zu kleiden, sowie dafür zu sorgen, daß die Kranken ein Gleiches thun und dem schwach Kranken dabei hilfreiche Hand zu leisten. Sodann ist die nächste Sorge die Betten zu machen; diejenigen, welche zu dieser Arbeit nicht zu schwach sind, machen solche selbst.

Um 6. Uhr Morgens, wenn geläutet wird, muß der Krankenwärter pünktlich in der Küche erscheinen und die Morgensuppe oder den Kaffee für die Patienten und für sich in Empfang zu nehmen und an Erstere nach Vorschrift zu vertheilen. Ein verspätetes Erscheinen in der Küche wird mit 2½ sgr. Gehalts-Abzug gestraft. Demnächst ist die Brodempfangnahme im Backhause.

Im Winter ist die Heizung der Ofen zeitig zu bewirken, und muß täglich die Asche aus den Oefen entfernt, und an den bestimmten Ort gebracht werden. Der Holz und Torf wird durch Arbeitsleute in die dazu bestimmten Holz-Kasten geliefert.

Die Reinigung der Zimmer und Corridore ist Sache des Wartepersonals, desgleichen der Nachtseschirre etc., und hat strenge darauf zu sehen, daß nichts in denselben gestellt, oder gar irgendwelche Dinge als Lappen Kehricht in die Abzugsröhren geworfen werden. Alle Deckel des Appartements und Abgüsse müssen zugehalten werden.

Es sind alle diese Arbeiten so zeitig besorgen, daß wenn die Aerzte zur ersten Visite erscheinen, alles rein und in gehöriger Ordnung ist, bei denselben hat der Wärter aufmerksam auf die Vorschriften der Aerzte zu achten und so genau zu befolgen.

Alle Sonnabend müssen die Krankenzimmer einer besonders gründlichen Reinigung unterworfen werden, und werden auch die geringfügigsten Unreinlichkeiten, die sich bei einer spätere Revision vorfinden durch Geld-Strafen gereicht.

Sollte am Kranker nicht willig im Verordnungen des Aerztes nachkommen wollen, sei es durch Weigerung Medizin zu nehmen oder dergleichen, so muß der Krankenwärter durch freundliches Zureden ihn zu beleiten suchen, bei fortgesetzter Weigerung aber sofort dem Nationsarzt oder wenn dieser nicht anwesend sein sollte, dem Arzt du jour Anzeige machen, was auch geschehen muß, wenn in dem Befinden eines Kranken irgend eine besorgliche Veränderung eintreten sollte. Das Wartepersonal hat dem Kranken die Medizin zur bestimmten Zeit selbst zu verabreichen.

Die Arzneien sind in den Krankenzimmern zu diesem Zweck angebrachten Schränken aufzubewahren, und müssen solche stets verschlossen sein und der Wärter zur Vermeidung eines Mißbrauchs den Schlüssel an sich nehmen. Die Medicamente werden von

der Apotheke aus auf die Stationen geliefert und durch den Medizinträger dahin gebracht.

Auf Reinlichkeit der Kleidung und Bettwäsche der Kranken ist stets ein sorgsames Auge zu halten und bei vorkommender Verunreinigung die Stücke durch reine zu ersetzen.

Wenn Mittags um 11 Uhr gelautet wird, hat der Wärter, falls nicht gerade die Visite in dem Krankenzimmer abgehalten wird, sich in die Küche zu verfügen, und die Speisen für die Kranken und für sich selbst abzuholen und ist die gewissenhafte Vertheilung derselben nach Vorschrift des Arztes streng geboten. Es ist ebenso streng darauf zu achten, daß wenn ein Kranken seine Portion nicht verzehrt, er solche einen andern nicht mittheile, sondern ist dieses dann in die Küche zurückzuliefern.

Ein Gleiches gilt von dem den Kranken zugetheilten Brode, und ist es auf das untersagt, daß dieses oder sonst Lebensmittel durch die Kranken unter einander oder gar zu durch den Wärter ge- oder verkauft wird.

Zu den Mahlzeiten sind den Kranken von den Wärtern Messer und Gabel, Löffel, Teller und Gläser zu geben, sowie die Kranken, welche nicht selbst essen können durch die Wärter gefüttert werden müssen.

Nachmittags erhalten die Wärter um 7 Uhr ihren Kaffee in der Küche und Abends 6 Uhr, wenn gelautet wird ist das Abendbrod für die Kranken und für sich daselbst in Empfang zu nehmen und nach Verschreibung zu vertheilen.

Nach jedesmaligem Gebrauch, Morgens, Mittags und Abends ist es Pflicht des Wartepersonals die gebrauchten Geschirre ordentlich zu reinigen und an den bestimmten Ort aufzubewahren.

Im Winter um 8 Uhr im Sommer um 9 Uhr Abends müssen die Kranken, welche den Tag über außer dem Bette zugebracht haben, sich zum Ruhe begeben, was auch dem Wartepersonal dann gestattet ist und hat dasselbe seinen Verschluss unter Verschluss zu halten und kein Person in dasselbe hineinzunehmen.

Es ist ferner Pflicht des Wartepersonals die Zimmer nach Vorschrift der Aerzte zu lichten, Räucherungen irgendwelcher Art sind untersagt, wenn solche nicht eben durch den Arzt angeordnet ist.

Mit Feuer und Licht ist aufs sorgfältigsten umzugehen, die Wärter haben darauf zu achten, daß die Kranken die in den Krankenzimmern aufgehängte Hausordnung streng befolgen. Erlaubt ein Kranker sich dagegen zu handeln, hat der Wärter ihr zu Ordnung zu ermahnen, wenn solche aber nicht hilft, den Beistand des Ober-Inspectors anzurufen.

Besuche bei die Kranken sind für gewöhnlich nur an bestimmten Tagen zu festgesetzter Zeit gestattet. Besuche zu andern Zeiten dürfen nur auf Erlaubnißkarten des Oberarztes zugelassen werden. Der Wärter hat darauf zu sehen, daß die Besucher den Kranken nicht Lebensmittel, Geld oder dergleichen zuführen, es sei denn, daß der Arzt solches besonders gestattet hat, und ist es auch untersagt, Geschenke von den Kranken oder den Besuchern anzunehmen oder gar zu beanspruchen. Es ist den Wärter untersagt mit den Angehörigen der Kranken in Verkehr zu treten oder derselben Bericht über den Zustand zu geben. Ueber die Krankheit und die Verhältnisse der Kranken haben die Wärter Fremden gegenüber völlige Verschwiegenheit zu beachten.

Jedem Wärter ist ein Buch übergeben, in welchem alle Inventarien-Gegenstände stehen, die sich unter seiner Obhut befinden und ist derselbe für deren Erhaltung verantwortlich. An andere Wärter hievon wechselweise zu geben, ist nicht erlaubt. Ist der Verbrauch so stark, daß ein Ersatz nothwendig wird, so hat der Wärter sich sofort beim

Ober-Inspector oder der Wäscheverwalterin dieserhalb mit dem Buche zu melden, um gegen Empfangnahme die Eintragung bewirken zu können.

Der Gebrauch der der Anstalt gehörigen Wäschestücke, Pantoffeln etc. ist den Wärtern aufs strengste bei Strafe von 2½ sgr. untersagt, welcher Satz im Wiederholungsfalle erhält wird.

Die unreine Wäsche muß niemals im Krankenzimmer bleiben, sondern stets sofort an dem dazu bestimmten Kasten aufbewahrt werden.

Ereignet es sich, daß ein Kranker ein Pocken oder einer andern ansteckende Krankheit auf dem Krankenzimmer erkrankt, so ist die sämmtliche von ihm benützte Wäsche aber nicht zu der andern unreine Wäsche in den Kasten zu legen, sondern ist solche, sowie das Bett selbst aus dem Zimmer zu entfernen und zu diesem Zweck dem Oberinspector oder Hausmeister Anzeige zu machen, die dann das Wärter veranlassen.

Wöchentlich Freitag Nachmittags wird die im Laufe der Woche angesammelte unreine Wäsche in das Waschhaus geliefert und für jedes in diesem Zustande abgegebene Stück ein gleiches reines im Empfang genommen, so daß eine Aenderung der Stückzahl im Inventarien Buche nicht erfolgen darf. Ist solche indessen vorgenommen, so muß dieses in dem Buche gehörig vermerkt werden.

Sobald ein Kranker auf die Station geliefert wird, was gewöhnlich aus dem Badhause geschieht, sind dem Badewärter aus dem Wäscheinventarium diejenigen Stube zurückgegeben, womit der Patient bekleidet ist. Demnächst ist dem Ober-Inspector Meldung von der Aufnahme der Kranken unter Abgabe des Aufnahmezettels zu machen.

Wenn ein Kranker Erlaubniß zum Ausgehen vom Arzte erhalten hat, ist dem Ober-Inspector hievon, so wie von der Rückkehr Mittheilung zu machen. Das Kranke ist dann an den Hausmeister behufs Empfangnahme seiner eigenen Kleider zu verweisen, die gegen die Lazarethkleidung zu wechseln ist, da es niemals gestattet ist, solche aus der Anstalt mitzunehmen und hat der Wärter dann den Kranken zur Pforte zu begleiten. Bei der Rückkehr des Kranken muß derselbe dann wieder die Lazareth-Kleidung anlegen, und seinen eigenen Kleider an den Hausmeister auf den Kleiderboden liefern.

Wenn ein Kranker stirbt, ist dessen Bett mit einem Schirm zu versehen und sogleich dem Arzte der bestimmt wie rasch derselbe zu entfernen ist, und dem Ober-Inspector Anzeige zu machen und wieder Leichnam dann von der Station abgeholt, und muß mit einem Hemde der Leichnam dabei bekleidet bleiben, welches jedoch aus der Todkammer zurückgeliefert werden muß.

Jedes Leiche ist an der großen Zehe ein Zettel mit dem Namen des Kranken und den Wärtern zu befestigen.

Wird ein Kranker aus einem Krankenzimmer in ein anderes verlegt, hat Wärter, welcher ihn abliefern sich von denjenigen, welcher ihn annimmt die Wäschestücke etc. womit ihn er bekleidet ist einzulaufen und ist der Abgang sowohl als der Zugang von beiden Wärtern dem Ober-Inspector sogleich anzuzeigen.

Wenn ein Kranker entlassen wird, hat der Wärter mit Beschädigung des Entlassungsscheines dem Ober-Inspector Anzeige zu machen und demselben gleichzeitig die Recessblätter abzuliefern, den Patienten aber zum Hausmeister auf den Kleiderboden zu führen um gegen Umtausch der Lazareth-Kleidung gegen die seinige in Empfang zu nehmen, welche erstere der Wärter aufzubewahren hat.

Gleich nach der Entlassung eines Patienten von der Station ist das Bett mit reiner Wäsche zu versehen. Bei einem Sterbefalle wird die Unterlagedecke etc. gänzlich entfernt und durch dergleichen andern ersetzt und hat der Wärter dafür zu sorgen, daß die

Lagerstellen stets sogleich in gehörig brauchbaren Zustand versetzt werden und nicht ordnungswidrig bleiben.

Der Wärter hat darauf zu achten, daß die Kranken keinerlei Gegenstände in ihrem Betten aufbewahren und dieserhalb häufig Nachsuchung zu halten.

Wenn weibliche Patienten zu Nährarbeiten von den Aerzten angewiesen werden, sind solche von der Wäscheverwalterin in Empfang zu nehmen und zu vertheilen, und muß die Wärterin darauf sehen, daß solche Fleißig und ordentlich ausgeführt werden, daß die Patienten für die Wärterin dergleichen Arbeiten machen, ist nicht gestattet, sondern bei Strafe der Entlassung verboten.

Verlangt ein Kranker den Zuspruch eines Geistlichen, hat der Wärter, nach Anfrage beim Aerzte, ob solche nicht nachtheilig und gestattet werden kann, dem Ober-Inspector im Falle der Zustimmung von Seiten des Arztes Mittheilung zu machen, der dann des Weitere veranlaßt.

Die Wärter, welche zum Nachwachtdienst stimmt sind, dürfen sich während dieser Zeit niemals entkleiden, oder aufs Bett legen, sondern müssen den Dienst stets aufrichtig wahrnehmen.

Da das Wärter-Personal alles zu seiner Beköstigung bedürftige von der Anstalt geliefert erhält, darf dasselbe sich keinen Speisen oder Getränke auf die Küchen des Korridore oder sonstigen Feuerungen bereiten.

Beurlaubung Gesuche hat das Wärterpersonal nach vorher einzuholender Genehmigung des Oberarztes beim Ober-Inspector anzubringen und wird in der Regel ein Urlaub nur bis 9 Uhr Abends ertheilt. Bei Besuchen außerhalb der Anstalt hat das Wartepersonal eigene Kleidung anzulegen, da die Lazareth-Kleidung nur für den Dienst bestimmt ist.

Schließlich ist noch zu erwähnen, wie es wünschenswerth erscheint, daß das Wartepersonal, soweit der Krankenpflege es gestattet, die sonntäglichen Gottesdienste in dem Bethsaale der Anstalt beizuwohnen sich angelegen sein lassen möge.

Dokument nr 12**Statut Lazaretu w Gdańsku z 1874 r.**

Źródło: APG, 977/1203, s. 103–104.

[s. 103] Statut für Verwaltung des Lazareths am Olivaer Thor in Danzig.

Ueber die Verwaltung des Lazareths am Olivaer Thor in Danzig sind auf Vorschlag des Magistrats daselbst und mit Genehmigung der Herren Minister des Innern und der geistlichen etc. Angelegenheiten folgende, bis auf Weiteres gültige Festsetzungen getroffen.

§.1. Das Lazareth am Olivaer Thor ist eine ursprünglich aus freiwilligen Zuwendungen hervorgegangene Anstalt zum Zwecke der Aufnahme und Verpflegung armer Kranken.

Es sollen deshalb die Mittel der Anstalt nicht ausschließlich zur Erfüllung der der Stadt bezüglich der Armen Krankenpflege gesetzlich obliegenden Verpflichtung verwendet werden, sondern es soll, so weit dies angänglich, die Benutzung der Anstalt auch solchen Kranken eingeräumt werden, welche nicht im gesetzlichen Sinne arm sind.

Der Regel nach sollen für Kranke dieser letzteren Kategorie zwanzig Betten reservirt werden.

Auch soll, in soweit dies ohne Beeinträchtigung der dem Stadtbezirke Danzig angehörigen Kranken thunlich ist, solchen Kranken, welche den in der Umgebung des Stadtbezirks liegenden auswärtigen Armenverbänden angehören, in geeigneten Fällen, und nach Maßgabe der dieserhalb vom Magistrate der Stadt Danzig zu treffenden näheren Bestimmungen Aufnahme gewährt werden.

§.2. Die den Zwecken des Lazareths einmal gewidmeten, der Anstalt zugehörigen Fonds müssen dieser ihrer Zweckbestimmung zu allen Zeiten erhalten bleiben.

§.3. Ueber die Einnahmen und Ausgaben des Lazareths wird eine von dem Stadthaushalte getrennte Rechnung geführt [s.104] und zwar auf Grund eines alljährlich aufzustellenden Voranschlagen.

§.4. Etwaige Ueberschüsse aus den Einnahmen der Verwaltung des Lazareths werden dem Kapitalfonds desselben zugeführt.

§.5. Die Vertretung der Anstalt nach außen liegt dem Magistrate der Stadt Danzig ob.

Die Verwaltung der Anstalt erfolgt durch ein nach den Vorschriften des §.59 der Städteordnung vom 30 Mai 1853 gebildete Organ des Magistrats.

§.6. Die Verwaltungsbeamten und ärztlichen Beamten der Anstalt werden vom Magistrate gewählt; die Zahl derselben, ihr Wirkungskreis und die für die Anstellung maßgebenden Bedingungen werden von ihm festgestellt.

§.7. Den gegenwärtig angestellten Beamten des Lazareths gegenüber tritt der Magistrat in die Rechte und Pflichten des bisherigen Vorstandes ein.

§.8. Zu Folge einer speziellen Stiftung muß für die Anstalt stets ein evangelischer Geistlicher angestellt sein, der in derselbe gegen eine angemessene Vergütung die Seelsorge und den sonntäglichen Gottesdienst abhält. Den kirchlichen Verhältnissen des Lazareths wird dadurch in keiner Weise präjudicirt.

Vorstandes Statut wird hierdurch von mir gestätigt.
Königsberg, den 29ten Mai 1874.

L.S.
Der Ober-Präsident der Provinz Preußen
Wirkliche Geheime Rath gez von Horn

Dokument nr 13**Statut szpitala Najświętszej Maryi Panny w Gdańsku z 1852 r.**

Źródło: *Statuten des St. Marienkrankenhauses und Hospitals in Danzig.*
Danzig: [b.w.] 1852

I. Ueber die Anstalt selbst.

§1. Das unter Leitung barmherziger Schwestern gestellte, mit einem Hospital verbundene Krankenhaus in der Stadt Danzig wird im Namen der Allerheiligsten Dreifaltigkeit mit dem 4. November 1852 eröffnet und unter den besondern Schutz der heiligen Jungfrau und Gottesgebälerin Maria, deren Namen die Anstalt für ewige Zeiten führen soll, gestellt.

Das Krankenhaus hat den Zweck, Kranke beiderlei Geschlechtes zur Heilung und Pflege aufzunehmen. Hilfsbedürftige Kranke sind zur Aufnahme in dieselbe, soweit Raum und Mittel der Anstalt erlauben, zunächst zu berücksichtigen.

§2. Die Anstalt ist als eine kirchliche der Aufsicht des hochwürdigsten Diöcesanbischofs unterworfen, wie dieses das Konzil von Trident Sess. XXII Cap. 8 und 9 und Sess. VII Cap. 15 *de reformatione* anordnet.

§3. Das St. Marien-Krankenhaus mit dem Hospital ist und bleibt von den Aufsicht der weltlichen Obrigkeit und von einer Unterwürfigkeit unter dieselbe für nun und immer völlig frei, und ist der weltlichen Oberaufsicht des Staates nur insoweit unterworfen, als es die allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen vorschreiben. Durch die Genehmigung dieser Statuten werden der Anstalt die Rechte der milden Stiftungen beigelegt.

§4. Die zur Uebernahme der Anstalt berufenen barmherzigen Schwestern gehören dem Mutterhause in Nancy oder Trier an, die Anstalt ist also eine Filial dieser Mutteranstalt und den Anordnungen und Regeln der letztern unterworfen. Eine der Schwestern wird als Apothekerin der im Hause einzurichtenden Apotheke vorstehen.

§5. Sollte, was Gott verhüten wolle, über kurz oder lang durch dieses oder jenes Ereignis dieser Orden die Leitung des Hauses nicht mehr führen können, oder das Krankenhaus und Hospital aus welchem Grunde immer nicht mehr bestehen können, so soll das gesamte Vermögen der Anstalt von dem alsdann bestehenden Kuratorium (§7) dessen ungeachtet fortverwaltet werden und diesem die Verpflichtung obliegen:

a. die Einkünfte der Anstalt, ohne die Substanz anzugreifen, zur Verpflegung armer Kranken, zunächst der Stadt Danzig, zu verwenden,

b. sobald als möglich eine ähnliche Anstalt unter Leitung einer römisch-katholischen Genossenschaft wieder ins Leben zu rufen und dieser das ganze Vermögen zuzuwenden, und

c. sich in dieser ganzen Angelegenheiten nach den Bestimmungen des hochwürdigsten Diöcesan-Bischofs oder Sr. Heiligkeit des Papstes zu richten.

II. Ueber das Kuratorium.

§6. Zur Ausführung des Absicht, in welcher dieses Krankenhaus und Hospital gestiftet ist, wird ein Verwaltungsrat gebildet, welcher völlig unabhängig von jeder weltlichen Behörde alle äußern Angelegenheiten der Anstalt verwaltet.

§7. Der Verwaltungsrat besteht aus den römisch-katholischen Pfarrei in Altschottland und aus sechs katholischen Einwohnern aus Danzig oder der Pfarrei Altschottland. Diese sechs Mitglieder werden auf den Vorschlag der erstgenannten Pfarrer vom hochwürdigsten Diöcesan-Bischof ernannt.

§8. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden, einen Rendanten und einen Schriftführer und hält monatlich an einem vorbestimmten Tage eine ordentliche Sitzung.

§9. Der Vorsitzende leitet die Verhandlungen, beruft die etwa notwendigen außerordentlichen Zusammenkünfte des Verwaltungsrates und giebt bei Stimmengleichheit durch seine Stimme den Ausschlag.

§10. Legt ein Mitglied des Verhandlungsrates sein Amt freiwillig nieder, oder wird eine Stelle durch Tod, durch Versetzung oder durch eine Notwendigkeit, welche nach dem Vorschlage der übrigen Mitglieder des Verwaltungsrates der Diöcesan-Bischof auszusprechen hat, erledigt, so wird ein neues Mitglied von den übrigen Mitgliedern des Verwaltungsrates gewählt (§7) und dem hochwürdigsten Diöcesan-Bischof zur Bestätigung vorgeschlagen.

§11. Der Rendant leistet Zahlungen nur nach Anweisungen des Verwaltungsrates, und verabreicht der Vorsteherin der barmherzigen Schwestern das zur Erhaltung der Anstalt Nötige monatlich zum voraus, und legt jährlich in der Februar-Sitzung die Jahres-Rechnung, worüber in der März-Sitzung, nach Berichtigung der etwa gezogenen Erinnerungen von dem Verwaltungsrat, vorbehaltlich der Bestimmung §2 dieses Statuts, quittiert wird.

III. Ueber Aufnahme der Kranken.

§12. Die Aufnahme eines Kranken geschieht infolge der gutachtlichen Aeußerung des Arztes der Anstalt auf einen von ihm erteilten Aufnahmeschein.

§13. Epileptische, blöd- und wahnsinnige, krätzige, venerische, mit Grind und Pocken oder Krebsgeschwüren Behaftete, sowie schwangere Personen werden nicht aufgenommen. Zeigt sich während des Aufenthaltes im Krankenhause eine der genannten Krankheiten, so wird die damit behaftete Person sogleich aus dem Hause entfernt.

§14. Unheilbaren oder zu Langwierigen Kranken kann zu ihrer Beobachtung nur ausnahmsweise ein Aufenthalt auf kurze Zeit gestattet werden.

§15. Die Aufgenommenen, welche Kleidungsstücke oder sonstige Gegenstände mitbringen, dürfen dieselben zu ihrem Gebrauche benutzen; im entgegengesetzten Falle werden aber solche im Effekten-Magazin aufbewahrt. Nach ihrem Ableben fallen diese Gegenstände der Krankenkasse anheim, ohne daß die Anverwandten irgendeinen Anspruch daran zu machen haben.

§16. Ohne ausdrückliche Erlaubnis des Arztes oder der Oberin ist das Ausgehen der Rekonvalescenten untersagt; wird einem die Erlaubnis erteilt, so muß er jedenfalls vor dem Nachtessen wieder im Hause zurück sein. Wer sich heimisch aus dem Hause entfernt, wird angesehen, als habe er dasselbe freiwillig verlassen.

§17. Die Kranken sowohl als die Rekonvalescenten und die sie besuchenden Angehörigen müssen sich den Vorschriften und Anweisungen des Arztes oder Oberin unterwerfen. Unfolgsame und widerspenstige Patienten haben es sich selbst beizumessen, wenn sie aus der Anstalt verwiesen werden, und haben die Kosten ihrer Verpflegung zu tragen.

§18. Unentgeltliche Aufnahme wird, soweit Raum und Mittel der Anstalt erlauben, nur denjenigen hilfsbedürftigen Kranken beiderlei Geschlechts gewährt, die weder selbst noch durch ihre verpflichteten Verwandten imstande sind, sich ärztlichen Beistand, Medikamente und Pflege zu verschaffen. Die gewöhnlichen Gebühren für die Aufnahme eines Kranken werden auf 6 Sgr. für den Tag festgesetzt und müssen monatlich pränumerando entrichtet, und die Zahlung beim Eintritt eines neuen Monats ebenso erneuert werden. Für diese Vergütung genießt der Kranke vollständige Verpflegung, ärztliche Behandlung und zwar nach Anordnung des Arztes.

§19. Werden Freibetten gestiftet, so entscheidet der Wille der Stifter über die Bedingungen, unter denen unentgeltliche Aufnahme eines Kranken stattfinden. Sollten Freibetten ohne solche Bestimmungen gestiftet werden, so setzt der Verwaltungsrat die Bedingungen für die Aufnahme fest, der jedoch hierbei so wie für die Aufnahme der gegen Entgelt zu verpflegenden Kranken einen Unterschied nach der Konfession nicht feststellen kann.

IV. Ueber das Hospital.

§20. Da für das Hospital zur Zeit keine Stiftungen vorhanden sind, so können nur solche Personen als Hospitaliten aufgenommen werden, welche sich mit dem Verwaltungsrat über die Bedingungen geeinigt haben.

§21. Hospitaliten sind der Ordnung des Hauses in allen Beziehungen unterworfen.

V. Schlußbestimmungen.

§22. Die hier entworfenen Statuten enthalten die Grundgesetze der Anstalt; der jedesmalige Verwaltungsrat ist bevollmächtigt und beauftragt, dieselbe nach den Bedürfnissen der Zeit im Einverständnisse mit dem hochwürdigsten Diöcesan-Bischofe zu entwickeln und zu vervollständigen. Jedoch darf keine Aenderung mit den vorstehenden

einundzwanzig Paragraphen und mit den Verordnungen des Mutterhauses im Widerspruch stehen.

Danzig, den 29. September 1852.

Das Komitee zur Gründung einer Kranken-Anstalt unter Leitung barmherziger Schwestern.

Osterrath, Königl. Ober-Regierungsrat.

Rossolkiewicz, Ehrendomherr von Culm, Bischöfl.

Kommissarius, Pfarrer an der Königl. Kapelle.

Michalski, Pfarrer.

Dr. Dittki, Schulrat.

Wilh[elm] Wiedemann, Kaufmann.

Carl Schmidt, Kaufmann.

Landmesser, Pfarrer.

Dr. Lenz.

Fiebag, Pfarrer zu St. Brigitta.

Robert Mehlmann, Kaufmann.

Brill, Pfarrer in Altschottland.

Joh[ann] Gottf[ried] Theod[or] Kuhn, Kaufmann i
Holzhändler.

Dokument nr 14**Statut szpitala diakonis ewangelickich w Gdańsku z 1865 r.**

Źródło: *Statut des Diakonissen-Krankenhauses für Kinder und Erwachsene in Danzig.*
Danzig: Edwin Groening 1865

Nachdem längst in Danzig das Bedürfniß einer von evangelischen Diakonissen versorgten Krankenanstalt und namentlich einer solchen für die vielen kranke Kinder, die aus Mangel an Wartung verkommen, dringend gefühlt worden ist, sind auf Anregung des weiblichen Vereins für Kranken- und Armenpflege die Unterzeichneten zusammengetreten und haben, da der Aufruf vom 1. Mai 1857 schnell reichlichen Zukunft von milden Gaben zur Folge hatte, sofort allhier „das Evangelische Kinder-Krankenhaus“ gestiftet und sich als dessen Vorstand constituirt. Dasselbe ist unterm 25. Mai von Ihrer Majestät der Königin von Preußen in Protection genommen, am 10. Juli eingeweiht und am 20. Juli durch die Aufnahme des ersten kranken Kindes eröffnet, das Grundgesetz aber am 18. Januar 1858 festgestellt worden. Bald wurde die Pflege des Hauses lebhaft auch für Erwachsene verlangt und der immer bestimmter Weisung Gottes folgend haben die Unterzeichneten am 28. December 1860 zu ihrer genannten Stiftung eine zweite „das Diakonissen-Stift“ hinzugefügt, beide unter dem Namen „Diakonissen-Krankenhaus für Kinder und Erwachsene“ zu einem Ganzen verbunden und das Grundgesetz demgemäß modificirt, so daß es für beide und die Gesamtstiftung gemeinschaftlich gilt. Dieses Grundgesetz ist nunmehr von den Unterzeichneten als den Stiftern nochmals revidirt worden und lautet jetzt wie folgt:

I. Zweck und Wesen der Stiftung.

§1. Das Diakonissen-Krankenhaus für Kinder in Danzig umfaßt das Evangelische Kinder-Krankenhaus und das Diakonissen-Stift. Das Evangelische Kinder-Haus hat den Zweck kranke Kinder medizinisch und diätetisch in Kur zu nehmen und ihnen leibliche und geistige Pflege zu gewähren. Das Diakonissen-Stift hat den Zweck Kranke jedes Alters in Pflege zu nehmen, auch Diakonissen auszubilden.

§2. Das Diakonissen-Krankenhaus für Kinder und Erwachsene hat als milde Stiftung alle Rechte einer solchen; auch ist es der Oberaufsicht des Staats nur so weit unterworfen, als die allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen vorschreiben, und der Vorstand des Hauses leitet und verwaltet alle Angelegenheiten desselben völlig unabhängig und selbständig.

§3. Es ist ein rein evangelisches Institut und sämtliche Mitglieder des Vorstandes wie alle, die, angestellt oder freiwillig, in der Anstalt thätig sind, müssen evangelischen Glaubens sein; auch muß im Vorstande immer mindestens ein Geistlicher der evangelischen Landeskirche als vollberechtigtes Mitglied sitzen.

II. Vorstand des Hauses.

§4. Der Vorstand besteht aus mindestens fünf männlichen und fünf weiblichen Mitgliedern.

§5. Nach außen hin, auch in denjenigen Fällen, in denen die Gesetze eine Special-Vollmacht erfordern, wird das Haus vertreten durch drei männliche Mitglieder des Vorstandes, welche dieser jedes Mal eigens dazu erwählt.

§6. Die von Vorstände ausgestellten und mit dem Siegel des Hauses bedruckten Urkunden verbinden das Haus.

§7. Der Vorstand wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und Schatzmeister nebst deren Stellvertretern und vertheilt übrigens die Geschäfte unter seine Mitglieder. Alle Mitglieder dienen dem Hause unentgeltlich.

§8. Der Vorstand hält monatlich eine regelmäßige Sitzung und wenn nöthig beruft der Vorsitzende außerordentliche Sitzungen. Eine Sitzung ist beschlußfähig, wenn außer dem Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter mindestens noch zwei männliche und drei weibliche Mitglieder des Vorstandes anwesend sind. Zu einem Beschlusse gehört Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

§9. Der aus den Stiftern des Hauses gebildete Vorstand ist bleibend und ergänzt sich, wenn Mitglieder ausscheiden, durch eigene Wahl. Gegenwärtig bilden den Vorstand:

1. Fräulein L. Blech,
2. Frau E. Conwentz, geb. Tiessen,
3. Fräulein B. Meyer,
4. Frau M. Nisbet geb. Böhm,
5. Frau W. Panten geb. von Reiswitz,
6. Fräulein F. Plaw,
7. Dr. med. Abegg, Stellvertreter des Vorsitzenden,
8. Superintendent A. Blech, Vorsitzender,
9. Sanitätsrath Dr. Glaser,
10. Kaufmann M. A. Hasse, Schatzmeister,
11. Kaufmann J.S. Stoddart, Stellvertreter des Schatzmeisters,
12. Kaufmann E.D. Thiel.

II. Kur und Pflege der Kranken.

§10. Zur Kur und Pflege der Kranken bestellt der Vorstand unter Vorbehaltung der Oberaufsicht und des Entlassungsrechts einen Arzt, auch wenn nöthig mehrere Aerzte, einen Geistlichen der evangelischen auch wenn nöthig mehrere Ärzte, einen Geistlichen der evangelischen Landeskirche und so viel evangelische Diakonissen als das Bedürfnis heischt.

§11. Der Arzt des Hauses bestimmt unter eigener Verantwortung die medizinische und diätetische Behandlung der Kranken; er entscheidet auch darüber, in wie fern ein Kranker sich in medizinischer Hinsicht zu Aufnahme oder Entlassung eignet.

§12. Der Geistliche ist der Seelsorger des Hauses und Alles, was darin für geistige Pflege der Kranken geschieht, steht unter seiner Leitung.

§13. Das Pflegen selbst aber, das leibliche und geistige, üben die Diakonissen, auch führen sie das ganze innere Hauswesen und die Kranken so wie die Dienenden des Hauses sind ihnen Folgsamkeit schuldig.

IV. Aufnahme der Kranken.

§14. Aufgenommen werden Kranke jedes Glaubens und Standes mit Ausschluß derer, die an unheilbaren oder ansteckenden Krankheiten leiden, so wie auch der geisteskranken und epileptischen.

§15. Die Aufnahme und Verpflegung in dem Hause ist ein Liebeswerk und de der Vorstand kann sie jeder Zeit nach freiem Gutdünken gewähren oder versagen, auch die bereits gewährte wieder entziehen.

§16. Für Kur und Kost ist ein angemessenes Pflegegeld und zwar immer auf 14 Tage voraus zu entrichten; bleibt ein Kranker kürzere Zeit im Hause, so wird das Zuvielgezahlte zurückerstattet. Nach Befinden kann das Pflegegeld ermäßigt, auch ganz erlassen werden.

V. Verwaltung des Vermögens.

§17. Das Vermögen der Stiftung verwaltet der Vorstand ganz selbständig laut §2. Sie wird erhalten durch die Pflegegelder, ferner durch laufende Beiträge, Geschenke, Vermächtnisse und sonstige Zuwendungen. Was der Art dem Evangelischen Kinder-Krankenhaus zugedacht oder bereits zugewendet ist, oder diesem oder dem Diakonissen-Stift besonders zugewendet werden wird, soll auch so besonders verwendet werden.

§18. Alljährlich legt der Schatzmeister dem Vorstande Rechnung ab und dieser hat jenem Decharge zu ertheilen und die Rechnung dann der Königl. Regierung zur Einsicht vorzulegen.

VI. Schlußbestimmungen.

§19. Sollte je ein Mal aus irgendeinem Grunde dies Diakonissen-Krankenhaus gar nicht weiter bestehen können, so soll der Vorstand das gesammte Stiftungs-Vermögen fortverwalten und es so bald als möglich zur Gründung einer neuen evangelischen Anstalt der Art oder, wenn das durchaus unausführbar wäre, zu einem andern evangelischen Liebeswerk verwenden. Die Stiftung bestehe nun in welcher Weise es sei, für alle Zeiten muß sie eine rein evangelische Stiftung bleiben und ihre ganz selbständige Verwaltung durch den völlig unabhängigen Vorstand behalten. Die Paragraphen eins, zwei, drei dieses Statuts (§1. bis §3.) dürfen, so lange das Diakonissen-Krankenhaus besteht, nicht geändert werden. Dieser Paragraph neunzehn (§19) aber darf überhaupt niemals geändert werden.

§20. Die übrigen sechzehn Paragraphen des Statuts (§4. bis 18. und 20.) können Abänderung erleiden, doch ist dabei folgendes Verfahren zu beobachten: der Antrag wird in einer der regelmäßigen Monatssitzungen von einem Vorstandniesmitgliede eingebracht und wenn ihn außer diesem noch zwei Anwesende unterstützen, wird erst in der nächsten Monatsitzung über ihn Beschluß gefaßt, was aber bei der Einladung zu dieser Sitzung den Vorstandsmitgliedern bekannt gemacht sein muß; eine Abänderung ist beschlossen, wenn mindestens zwei Drittel des ganzen Vorstandes dafür stimmen.

Danzig, den 13. März 1865.

Der Vorstand des Diakonissen-Krankenhauses für
Kinder und Erwachsene.

L. Blech. E. Conwentz. B. Meyer. M. Nisbet. W.
Panten. F. Plaw. Dr. Abegg. A. Blech. Dr. Glaser.
M.A. Hasse. J.S. Stoddart. C.D. Thiel.

Dokument nr 15**Epikrytyczna historia choroby pacjenta Lazaretu w Gdańsku
Heinricha Juliusa Lemke z 6 grudnia 1858 r.
Lekarz prowadzący: dr Ernst Adolph Stich**

Źródło: Prozess wider den Oberarzt des Städtischen Lazareths zu Danzig Herrn Dr. Ernst Adolph Stich: verhandelt vor dem Kriminalgerichtshof zu Danzig am 4, 5. und 6. Juli 1861. Danzig: A.W. Kafemann, 1861, s. 4–7

Der Aufforderung vom 28. November folgend, liefere ich die Krankengeschichte des Heinrich Julius Lemke von der Zeit ab, wo derselbe auf der inneren Station behandelt worden ist.

Bei Abgabe dieser Krankengeschichte, die nicht allein Thatsachen, sondern auch referirte Angaben des Kranken aufnehmen mußte, erwähne ich zuerst, daß der Kranke ein ungemein böotisches Individuum war. Er gab auf die einfachsten Fragen verquere Antworten. Am 24. September wurde er aufgenommen. Es konnte bei den widersprechenden Angaben des Kranken nicht genau festgestellt werden, wie lange er krank sei, nur so viel wurde mit Sicherheit ermittelt, daß dies nicht länger, als eine Woche vor Aufnahme in das Lazareth war. Er will allgemeine Gliederschmerzen gehabt haben, hat indessen in den ersten Tagen seinen Dienst noch versehen können, sich aber seiner Krankheit wegen Vernachlässigung in demselben zu Schulden kommen lassen, so daß sein Dienstherr Veranlassung fand, ihn, wie er schon damals aussagte, in einer sehr rohen Weise zu züchtigen. Die Krankheit steigerte sich nach und nach, und der Kranke wurde dem Lazareth überwiesen. Hier zeigten sich bei dem kräftigen Menschen keine Spuren äußerer Verletzung, der Kranke hatte nicht einmal blaue Flecke oder sonst Spuren von Contusionen. Er hatte allgemeine und, so weit es zu ermitteln war, überall gleichmäßig empfindliche Gliederschmerzen. Dabei war ein ziemlich starkes Fieber vorhanden. Die Milz war stark vergrößert. Diese Thatsache veranlaßte die Frage, ob er an Wechselfieber gelitten habe. Nach vielem Inquiriren war die Ueberzeugung zu gewinnen, daß er seit länger als einem Jahre wiederholt an Wechselfieber gelitten hatte.

Es war nach den wenig zuverlässigen Angaben und nach dem, was objectiv zu ermitteln war, nicht möglich, zu einer genügenden Einsicht über seinen Zustand zu gelangen. Der Kranke wurde mit indifferenten Mitteln expectativ behandelt. Am dritten Tage nach der Aufnahme erst zeichneten sich zwei Stellen des Körpers neben namentlich Nachts sehr heftigen allgemeinen Gliederschmerzen bei Druck und bei Bewegung des Kranken durch Schmerzhaftigkeit aus. Es war dies die linke Unterbauchgegend und der linke Arm. Jetzt erst fing er an, die Mißhandlungen, die er erlitten hatte, als Grund der Krankheit zu betrachten, und bezeichnete nun zum erstem Male diese Stellen als besonders bei der Mißhandlung betroffen; blieb aber noch jetzt bei der Angabe, schon vor dem Mißhandlung Schmerzen an allen Gliedern gehabt zu haben.

Am vierten Tage zeigte sich an der linken Hüfte und am linken Arme eine Anschwellung, jedoch ohne jede Röthung der Haut, so daß schon damals vermuthet werden mußte, die eigentlich erkrankte Stelle seien an beiden Punkten die Knochen. Große Schmerzhaftigkeit, wenn auch geringer als an diesen beiden Stellen, zeigte sich auch in anderen Körpertheilen, namentlich auch im rechten Arme und Beine und im Kreuze. Es

mußte demnach ein allgemeines akutes Erkranken eines größeren Theiles der Knochen angenommen werden, das an den beiden speciell erwähnten Stellen eine besondere Heftigkeit erlangt hatte. In den nächsten Tagen nahm die Geschwulst jener beiden speciell erwähnten Stellen eine besondere Heftigkeit erlangt hatte. In den nächsten Tagen nahm die Geschwulst jener beiden bezeichneten Stellen zu, es zeigte sich am achten Tage eine undeutliche Fluctuation an der Hüfte, die dann mit dem Messer eröffnet wurde. Der Arm war bis zum Vierfachen seines Umfanges angeschwollen, und es wurden am zehnten Tage tiefe Einschnitte auf den Knochen gemacht, die aber nicht sofort Eiter entleerten; indessen floß am zwölften Tage eine größere Menge plötzlich aus einer der aus einer der Oeffnungen ab.

Die allgemeinen Gliederschmerzen ließen nach, die Geschwulst des Armes und der Hüfte fiel, der Kranke wurde wohler. Es stellte sich Appetit in reichlichem Maße ein, die Eiterung der bezeichneten Stellen dauerte aber fort, und nach wiederholtem Oeffnen der Haut behufs der Eiter-Entleerung am Arme konnte man mit dem Finger eingehen und den Radius an zwei Stellen deutlich rauh fühlen, ein Zeichen, daß die fortdauernde Eiterung am Arm von jenem Knochen ausging.

Aus der Wunde an der Hüfte ging ein Knochenstück ab, und es war dadurch ohne Zweifel festgestellt, daß auch die dortige Eiterung vom Knochen ausging.

Es war nun eigenthümlich zu beobachten, wie in dem an und für sich etwas niedrig geistig entwickelten Kranken sich die Aussagen über die Mißhandlungen modificirten, und wie sich Ueberlegungen in ihm entwickelten, deren Unbegründet sein sich controliren ließ. Jetzt war er nämlich ganz gesund gewesen, war mißhandelt worden, gab namentlich Arm und Hüfte als Stellen an, gegen die er Fußstöße bekommen hatte, von dem Augenblicke an war er erst krank geworden, nichts hatte von der Zeit überhaupt geschmerzt als diese beiden Stellen, den Arm hatte er gleich von der Zeit nicht mehr rühren können. Zu der Befestigung solcher unmotivirten Ueberzeugungen schien namentlich der Umstand beizutragen, daß der Kranke sich täglich ängstigte, es möchten bedeutende Kosten nach seiner Genesung von ihm eingezogen werden.

Die fortdauernde Eiterung nun griff das mit einer kranken Milz behaftete Individuum schnell an, es entwickelte sich ein hydriamischer Zustand (Albumen war nicht im Urin). Der Kranke fieberte von Neuem, bekam einen Decubitus und collabirte so schnell, daß eine Beseitigung der Eiterverlustes um jeden Preis erforderlich schien. Der Kranke wurde deshalb zur eventuellen Amputation der Abtheilung für chirurgische Kranke überwiesen. Ich fand weder im Verlaufe der Krankheit, noch in den Ergebnissen der Section Momente, die bewiesen, daß der Lemke durch die erlittenen Mißhandlungen seine Krankheit acquirirt hätte.

Es ist nicht anzunehmen, daß ein Individuum durch Stöße oder Schläge, wie die vorliegenden, heftige Insulte in der Tiefe bekommen könnte, ohne daß Spuren an der Haut bemerklich sind; namentlich erscheint dies an dem dicht unter der Haut liegenden Hüftknochen durchaus unwahrscheinlich, während es öfter der Fall ist, daß derartige allgemeine Knochen-Erkrankungen unter allgemeiner Schmerzhaftigkeit und Fiebre entstehen, und mit Eiterung eines oder mehrerer Knochen enden. Ich habe im Augenblicke zwei solche Kranken auf meiner Abtheilung liegen, deren vereiternde Knochen nie äußerer Gewalt ausgesetzt gewesen sind.

Der Umstand, daß in den Muskeln des amputirten Armes und im Bindegewebe desselben Blutaustritte gefunden sind, giebt keinen Anhalt, dieselben aus Mißhandlungen unter entstanden anzusehen. Einmal fehlt jede Methode, das Alter von Blutaustritten zu

bestimmen; es ist wohl möglich, daß sie viel jüngeren Datums als die Mißhandlungen sind. Dann liegt aber auch in der Milzerkrankung und dem hydramischen Zustande des Blutes ein Grund, größere Blutsaustritte zu begünstigen, zumal wenn durch den Reizzustand wie er hier vorlag, Hyperaimien eintreten mußten, oder wenn, wie es öfter geschehen ist, mit dem Finger in die Umgebung des Knochens der Untersuchung wegen vorgegrungen werden mußte.

[*Nachdem den Gerichtsärzten diese Krankengeschichte des Dr. Stich und das Journal des Prof. Pohl mitgeteilt war, gaben sie am 18. Dezember ihr Gutachten dahin ab:*¹ daß Lemke am allerwahrscheinlichsten in Folge eines schon lange bestehenden Siechthums und nicht in Folge von Mißhandlungen verstorben sei.

¹ Komentarz wydawcy.