

Marian Surdacki (Lublin)

Protestanci a rozwój szpitali w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku

W okresie średniowiecza, aż do czasów soboru trydenckiego, oprócz szpitali zakonnych na terenie państwa polskiego znane były zlokalizowane w większych miastach szpitale prepozyturalne, pełniące przede wszystkim funkcję przytułku, a nie lecznicy. Były to samoistne placówki administracyjno-gospodarcze, posiadające osobny kościół oraz duchownego prepozytora. Placówki te były w dużym stopniu uzależnione od miast i ich magistratów sprawujących swoje rządy za pośrednictwem swoich przedstawicieli, zwanych prowizorami. Przełomowe znaczenie dla rozwoju dobroczynności miał sobór trydencki, który podporządkował całkowicie szpitale władzy Kościoła, czyniąc ją odpowiedzialną za ich zakładanie i opiekę nad potrzebującymi pomocy¹. Skutkiem zaleceń soborowych był masowy rozwój, nie spotykanych dotąd, szpitali-przytułków parafialnych w Polsce, stanowiących swego rodzaju agendy parafii, zarządzane przez plebanów. W średniowieczu chorzy stanowili tylko jedną z kategorii pensjonariuszy, którzy mieli wstęp do szpitali. W świadomości średniowiecza traktowano chorych i żebraków jako odrębny stan *pauperes Christi*, cieszący się w społeczeństwie dużym szacunkiem zarówno ze strony świeckich, jak i Kościoła. Ubóstwo i starość, oprócz choroby, nadawały prawo do korzystania z miłosierdzia i schronienia w średniowiecznych szpitalach². Zmiana form i struktur opieki społecznej w okresie potrydenckim szła w parze z pewnymi przeobrażeniami stosunku społeczeństwa i Kościoła do ubogich. W przeciwieństwie do średniowiecza w czasach nowożytnych sam fakt ubóstwa nie uprawniał już do korzystania z przywilejów opieki społecznej. Prawo to przyznaje się wyłącznie „prawdziwym biednym”, a więc ludziom starym, nie mogącym pracować, oraz chorym.

Wielkopolska część diecezji poznańskiej obejmowała najbardziej na zachód wysunięty obszar Polski przedrozbiorowej, pokrywający się z dawnym woje-

¹ *Conciliarum Oecumenicorum Decreta*, Roma 1962, s. 665, 692, 716, 764—765.

² B. G e r e m e k, *Ludzie marginesu w średniowiecznym Paryżu w XIV–XV wieku*, Wrocław 1971, s. 169; zob. też Z. P o d g ó r s k a - K l a w e, *Od hospicjum do współczesnego szpitala*, Wrocław 1981.

wództwem poznańskim oraz niewielkim skrawkiem zachodniej części kaliskiego. Oba te województwa tworzyły w XVII i XVIII w. terytorium Wielkopolski właściwej o bardzo odrębnej specyfice historycznej, geograficznej, kulturalnej, gospodarczo-społecznej i religijnej³. Główną cechą ekonomicznej odrębności Wielkopolski było szybsze aniżeli na innych terenach tempo rozwoju gospodarczego i społecznego. Charakterystyczny dla całego kraju regres ekonomiczny w XVII i XVIII w. miał w Wielkopolsce znacznie słabszy przebieg niż gdzie indziej. Do swoistych cech rozwoju Wielkopolski między innymi należała stosunkowo mocno zaawansowana urbanizacja i wysoki odsetek ludności protestanckiej, głównie luteranckiej⁴. Sąsiedztwo Śląska i Pomorza oraz intensywne wymiana handlowa z tymi regionami przyśpieszała wzajemnie ich rozwój gospodarczy oraz przenikanie do Wielkopolski protestantyzmu, mającego duże znaczenie dla rozwoju szpitali. Wpływy innowiercze w Wielkopolsce w okresie reformacji były o wiele większe niż np. w Małopolsce, a szczególnie na Lubelszczyźnie. W związku z tym inaczej też kształtowały się w tej prowincji stosunki wyznaniowe niż na pozostałych ziemiach Rzeczypospolitej. Podstawowym zadaniem artykułu jest próba odpowiedzi na pytanie, jak duży wpływ na kształtowanie się sieci szpitali w wielkopolskiej części diecezji poznańskiej w XVII i XVIII w. wywarły panujące w niej stosunki wyznaniowe? Inne czynniki rzutujące na stan ilościowy szpitali w tej diecezji będą zasygnalizowane jedynie w sposób bardzo ogólny⁵.

Obszar wielkopolskiej części diecezji poznańskiej był podzielony na trzy archidiakonaty: poznański, pszczyński oraz śremski. W skład archidiakonatu poznańskiego wchodziło 8 dekanatów: bukowski, czarnkowski, kostrzyński, obornicki, poznański, pyzdrowski, rogoziński i średzki; w skład archidiakonatu śremskiego 8 dekanatów: borecki, kościański, krobski, koźmiński, nowomiejski, śmigielski, śremski i wschowski; w skład archidiakonatu pszczyńskiego 3 dekanaty: grodzki, zbąszyński i lwówecki⁶.

Ramy chronologiczne artykułu, zwłaszcza dolna granica czasowa, zostały zdeterminowane w dużym stopniu podstawą źródłową, którą stanowią akta wizytacji kościelnych⁷. Najstarsze zachowane wizytacje pochodzą z początków

³ J. Topolski, *Pojęcie regionu historycznego. Cechy odrębności historycznej Wielkopolski*, [w:] *Dzieje Wielkopolski*, pod red. tegoż, t. 1, Poznań 1967, s. 27 (dalej cyt. *Dz. Wlkp.*).

⁴ Tamże, s. 26–28.; A. Gąsiorowski, *Granice Wielkopolski*, [w:] *Dz. Wlkp.*, s. 31–32.

⁵ Problem omawiany jest w pracach: M. Surdacki, *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*, Lublin (w druku); tenże, *Sieć szpitali w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*, „Roczniki Humanistyczne”, R. 40: 1992, z. 2 (złożony do druku).

⁶ W analizie pominięto dekanat miejski poznański, zwizytowany tylko w całości w latach 1777–1787.

⁷ Wykaz literatury zawierającej charakterystykę akt wizytacji jako źródła historycznego i ocenę ich przydatności do różnego typu badań historycznych zawiera artykuł: M. Surdacki, *Stosunki wyznaniowe w diecezji krakowskiej w połowie XVIII wieku na podstawie wizytacji i Tabel*

XVII w. (1603—1607). Za górną granicę czasową przyjęto czas odbycia ostatniej wizytacji generalnej diecezji w latach 1777—1787. Baza źródłowa stanowiła tylko jeden aspekt określający ramy chronologiczne artykułu. Ważniejsze są tu przemiany, jakie się dokonały w modelu i organizacji szpitali po soborze trydenckim. Uchwały soborowe miały, jak już wspomniano, podstawowe znaczenie dla rozwoju sieci szpitali parafialnych, zwłaszcza wiejskich. Nowe spojrzenie na kwestię szpitali przyniosło Oświecenie, kiedy to zaczął rozpowszechniać się pogląd, że szpitale powinny być instytucjami świeckimi. Od chwili wstąpienia na tron Stanisława Augusta Poniatowskiego zajęto się powszechnie szpitalami, dążąc do ich reformy i poddania pod kontrolę państwa. Koniec wieku XVIII stanowi więc cezurę przejściową między szpitalami potrydenckimi, specjalizującymi się w opiece nad biednymi, a szpitalami nowego typu, poddanymi zarządowi państwowemu, których główną funkcją było leczenie⁸.

Po soborze trydenckim zapoczątkowany został trwający około dwa wieki dynamiczny proces zakładania szpitali przytułków parafialnych na wsiach lub w mniejszych miastach, w których zwykle nie było prepozytur. W pierwszym trzdziestoleciu XVII w. zaledwie co piąta parafia wielkopolskiej części diecezji poznańskiej posiadała na swoim terenie szpital. Warto zaznaczyć, że szpitale posiadało 60% parafii miejskich⁹. W parafiach wiejskich natomiast szpital w tym okresie był jeszcze zjawiskiem bardzo rzadkim. Posiadało go zaledwie 7% tego typu parafii. W miastach Wielkopolski Zachodniej na początku XVII w. dominującym typem szpitala były prepozytury, będące swego rodzaju „spuścizną” średniowiecza, szpitale zaś parafialne, podobnie jak i na wsiach, były zjawiskiem statystycznie mało istotnym.

Wraz z upływem czasu w wieku XVII daje się zaobserwować zjawisko stałego wzrostu liczby parafii posiadających szpitale. Ukształtowana na samym początku tego stulecia rzadka sieć szpitali w diecezji poznańskiej wykazywała jednak aż do końca pierwszego półwiecza mało zauważalne tendencje rozwojowe. W latach 1638—1641 odsetek parafii ze szpitalami w archidiakonacie pszczyńskim i poznańskim wynosił 22,8%.

Ze względu na brak przekrojowych badań nad ilościową sytuacją szpitalnictwa w tym okresie w innych regionach Rzeczypospolitej nie można

biskupa A. S. Załuskiego, „Roczniki Nauk Społecznych”, R. 11: 1983, z. 2, s. 104—105. Szczegółową ocenę wykorzystanych akt wizytacji zawiera artykuł: M. S u r d a c k i, *Akta wizytacji kanonicznych jako źródło do badań nad szpitalnictwem diecezji poznańskiej w okresie przedrozbiorowym*, „Roczniki Nauk Społecznych”, R. 19: 1991/1992, z. 2 (złożony do druku).

⁸ Dokładne omówienie literatury dotyczącej dziejów szpitalnictwa zawiera praca: M. S u r d a c k i, *Opieka społeczna... Z kolei stan badań nad protestantyzmem zestawia między innymi S. S a l m o n o w i c z, O sytuacji prawnej protestantów w Polsce (XVI—XVIII w.)*, „Czasopismo Prawno-Historyczne”, R. 25: 1973, z. 2, s. 159—173.

⁹ Wszystkie dane statystyczne dotyczące szpitali przyjęto na podstawie ustaleń dokonanych w pracy: M. S u r d a c k i, *Opieka społeczna...*

jednoznacznie ocenić, czy niski odsetek parafii ze szpitalami w diecezji poznańskiej był typowy dla całości ziem polskich. Można jedynie powiedzieć, że był on niższy niż w archidiaconacie lubelskim w latach 1603—1604. Tam bowiem w 31,7% parafii istniał szpital¹⁰. Powstaje zatem podstawowe pytanie o podłoże tak niskiego ilościowego stanu szpitali wielkopolskich? Nie ulega żadnej wątpliwości, że bardzo duży wpływ na ukształtowanie się sieci szpitali w Wielkopolsce w początkach XVII w. wywarła reformacja. Ruch innowierczy ogarnął Wielkopolskę w stopniu o wiele większym niż inne regiony Rzeczypospolitej. Okres reformacji przyprawił diecezję poznańską o bardzo dotkliwe straty, a w strefie północno-wschodniej diecezji, szczególnie w okolicach Wąlcza, Międzyrzecza oraz Wschowy mocno podważył jej organizację parafialną¹¹. W pierwszych dziesięcioleciach XVII w. bardzo znaczna ilość parafii znajdowała się jeszcze w rękach protestantów. Wizytatorzy, pomimo że nie zawsze mieli możliwość bezpośredniego oglądu tych parafii i nie spisali ich akt wizytacji, to jednak uwzględniali je z reguły w swoich księgach z adnotacją: „per Haereticos ocupata”¹². Obecność innowierców stwierdzili wizytatorzy w 19 parafiach. Niektóre z tych kościołów zostały przez protestantów zniszczone, np. w parafiach: Rakoniewice, Gnin, Kwilicz, Czaplinek. Zwycięstwo reformacji było kompletne w powiecie waleckim. Podobna sytuacja powstała w zachodniej części powiatu poznańskiego, reformacja opanowała tam starostwo międzyrzeckie. Nawet klasztor paradyski (Jordanów) nie zdołał przez długie lata zachować świątyni w swych posiadłościach dla katolicyzmu¹³. Według J. Nowackiego w obrębie ówczesnych granic Królestwa Polskiego w wielkopolskiej części diecezji poznańskiej upadły bezpowrotnie w okresie reformacji dwie parafie, przejściowo zajęte były przez innowierców 174 kościoły parafialne i filialne, a w dalszych 45 parafiach były długie wakanse, nie wiadomo jednak, czy połączone z częściowym zajęciem ich kościołów przez desydentów¹⁴.

Informacje o okupowaniu kościołów parafialnych i ich zniszczeniu przez protestantów są o tyle ważne, że wykluczają definitywnie istnienie szpitala¹⁵. Księgi wizytacji bowiem w żadnej z wymienionych 19 przejętych przez

¹⁰ M. M r o c z e k, *Stan szpitali w Archidiaconacie Lubelskim na podstawie wizytacji Bernarda Maciejowskiego, biskupa krakowskiego w 1603–1604 r.*, „Wiadomości diecezjalne Lubelskie”, 1949, nr 6, s. 325–328.

¹¹ Por. J. N o w a c k i, *Dzieje archidiecezji poznańskiej. Archidiecezja poznańska w granicach historycznych i jej ustrój*, t. 2, Poznań 1964, s. 565.

¹² Chodzi tu o parafie: Bucz, Cerekwica, Czaplinek, Dębowa Łąka, Długie Stare, Gnin, Kosieczyn, Kwilicz, Leszno, Lewice, Morkowo, Nadarzyce, Ossowa Sień, Rakoniewice, Skoki, Wilkowo Leszczyńskie, Wilkowo Polskie, Wschowa, Zielęcin.

¹³ J. N o w a c k i, *op. cit.*, s. 551, 557; J. D w o r z a c z k o w a, *Reformacja w Wielkopolsce*, [w:] *Dz. Wlkp.*, s. 557.

¹⁴ J. D w o r z a c z k o w a, *op. cit.*, s. 557 i n.

¹⁵ Zob. M. S u r d a c k i, *Akta wizytacji kanonicznych...*

protestantów parafii nie stwierdziły szpitala, nawet w tak dużych miastach, jak Leszno czy Wschowa. Także sporządzony na podstawie studiów J. Nowackiego, a po części także pracy J. Łukaszewicza, wykaz ponad 90 parafii, które jeszcze w różnych okresach XVII w. były okupowane przez protestantów, potwierdza ten wniosek¹⁶. We wszystkich tych parafiach, z wyjątkiem Skwierzyny, aż do momentu ich rekatolicyzacji żadna z ksiąg wizytacji nie wykazała istnienia szpitala. Wymieniony wykaz wraz z ustalonymi datami odzyskania parafii przez katolików był podstawą w ustalaniu liczby szpitali. Data przejęcia parafii przez kościół katolicki stanowi cezurę czasową, przed którą całkowicie wykluczone jest istnienie szpitala (katolickiego) w parafii.

Okres, w którym często powtarzano wyrażane w uchwałach synodalnych trydenckie zalecenia zakładania szpitali przy parafiach¹⁷, zbiegł się z bardzo niekorzystnym dla ich realizacji procesem masowej utraty kościołów katolickich na rzecz innowierców. Oddanie parafii w ręce protestantów wiązało się z usunięciem katolickiego plebana, w którego gestii leżało założenie szpitala przy kościele oraz troska o jego prawidłowe funkcjonowanie. Okres więc, zapoczątkowany zagarnięciem parafii przez protestantów aż do momentu jej odzyskania, wiązał się nierozłącznie z brakiem na jej terenie szpitala parafialnego. Pomimo że pod koniec XVI w. przywrócono dla katolicyzmu większość wcześniej utraconych kościołów, to jednak znaczna jeszcze ich część (31 parafii)¹⁸ pozostawała na samym początku XVII w. nadal pod rządami różnowierców. We wszystkich tych parafiach¹⁹ źródła nie wykazują istnienia szpitala. Liczna obecność protestantów w początkach XVII w. w Wielkopolsce Zachodniej sprawiła, że rozwój sieci szpitali parafialnych, zwłaszcza na wsi, w tej prowincji był opóźniony w stosunku do innych regionów Rzeczypospolitej. W pierwszym trzydziestoleciu XVII stulecia istniało w wielkopolskiej części diecezji poznańskiej zaledwie 28 szpitali parafialnych (po 14 w miastach i na wsiach), co w porównaniu z liczbą 31 zlokalizowanych wyłącznie w miastach prepozytur, świadczy niezbyt korzystnie o ich stanie ilościowym.

Okres reformacji nie wywarł natomiast większego wpływu na liczbę i sieć prepozytur szpitalnych. Ich stan ilościowy osiągnięty u progu XVII w. nie uległ większym zmianom aż do końca XVIII stulecia. Większość szpitali prepozytu-

¹⁶ Zob. J. Nowacki, *op. cit.*, s. 353—481; J. Łukaszewicz, *Opis historyczny kościołów parochialnych, kościółków, kaplic, klasztorów, szkółek parochialnych, szpitali i innych zakładów dobroczynnych w dawnej diecezji poznańskiej*, t. 1—2, Poznań 1858—1859.

¹⁷ Zob. M. Surdacki, *Źródła normatywne kościelne jako podstawa do badań nad szpitalnictwem w Polsce przedrozbiorowej*, „Roczniki Nauk Społecznych”, R. 18: 1990, z. 2 (w druku).

¹⁸ Skoki, Ostroróg, Kwilicz, Lewice, Gnin, Kosieczyn, Rakoniewice, Międzyrzecz, Stary Dwór, Przytoczna, Skwierzyna, Cerekwica, Miłosław, Wschowa, Dębowa Łąka, Długie Stare, Gołanice, Leszno, Ossowa Sień, Wilkowo, Bojanowo, Bucz, Drzeczkowo, Morkowo, Chrzypsko Stare, Wilkowo Polskie, Smolice, Szkaradowo, Zakrzewo, Obrzycko, Gołaszyno.

¹⁹ Stanowiły one 11% ogółu analizowanych parafii.

ralnych powstałych w średniowieczu zwycięsko przetrwała okres reformacji. Niektóre z nich, przechodząc w XVI w. wraz z parafią w posiadanie innowierców, czasowo nie funkcjonowały, lecz gdy tylko nastąpiła rewindykacja kościoła parafialnego na rzecz katolików, wznowiały swoją działalność. Przykładem może tu być prepozytura szpitalna Św. Mikołaja w Międzyrzeczu, która od czasów Zygmunta Augusta pozostawała w rękach luteran i dopiero w roku 1603 razem z parafią została przywrócona katolikom²⁰. Zdarzało się też, jak np. w Skwierzynie, że po sprostamentyzowaniu parafii szpital prepozyturalny spełniał funkcję opiekuńczą nad innowiercami²¹. Jest to jedyny występujący w wykorzystanych wizytacjach przypadek świadczący o tym, że także protestanci zajmowali się problemem ludzi potrzebujących pomocy. Zagadnieniem, które wymaga gruntownych badań, jest pytanie, czy i o ile sami protestanci zakładali szpitale w swoich gminach, czy też opieka społeczna nad ubogimi przybrała u nich inne formy niż u katolików. Ogólnie wiadomo, że innowiercy posiadali własne sposoby rozwiązywania problemów opieki społecznej nad ludźmi biednymi. Pomimo braku na ten temat dokładniejszych badań znane są przypadki prowadzenia przez nich swoich szpitali. O istnieniu szpitala ewangelickiego w Międzyrzeczu w r. 1793 dowiadujemy się m.in. z *Opisów miast polskich z 1793 r.*²² O szpitalach ewangelickich w innych regionach Rzeczypospolitej, a także o szpitalach żydowskich czy nawet prawosławnych wspomina także w swojej pracy A. Zeniuk²³.

O związku stanu ilościowego szpitali z problemem protestantyzmu świadczy sytuacja w dekanatach wschowskim i lwóweckim, na terenie których protestanci okupowali jeszcze na początku XVII w. aż 11 na 41 istniejących tam parafii (7 w dek. Wschowa i 4 dek. Lwówek)²⁴. Miało to niewątpliwy wpływ na bardzo niski ilościowy stan szpitali w tych dekanatach; sieć szpitali była tu prawie dwukrotnie rzadsza od ogólnodiecezjalnej (w dek. Lwówek 13% parafii posiadało szpital, w dek. Wschowa 11,1%). Z kolei w dekanatach śremskim i czarnkowskim, w których wszystkie parafie na początku XVII w. miały charakter katolicki, sieć szpitali była bardzo gęsta, a w dek. śremskim (61,5%) nawet najgęstsza w diecezji²⁵. Nie we wszystkich jednak częściach diecezji liczbę szpitali można bezpośrednio wiązać z obecnością i rządami innowierców w parafii. W czterech dekanatach położonych we wschodniej

²⁰ J. Łukasiewicz, *op. cit.*, s. 367.

²¹ AV 3, s. 143. (Uwaga: Sygnatury AV oznaczają kolejne księgi akt wizytacji znajdujących się w Archiwum Archidiecezjalnym w Poznaniu).

²² J. Wąsicki, *Miasta zachodniego pogranicza Wielkopolski 1793–1815*, Poznań 1960, s. 31–34.

²³ A. Zeniuk, *Rozwój sieci szpitalnej na ziemiach etnicznie polskich do końca XVIII w.*, „Szpitalnictwo Polskie”, 20: 1976, z. 6, s. 256.

²⁴ Długie Stare, Dębowa Łąka, Gołanice, Kwilicz, Leszno, Lewice, Lutom, Ossowa Sień, Ostroróg, Wilkowo, Wschowa.

²⁵ M. Surdacki, *Sieć szpitali...*

części diecezji (Stęszew, Pызdry, Nowe Miasto, Rogoźno) protestanci okupowali w latach 1628—1630 tylko parafie Skoki i Miłosław, a sieć szpitali była tam ponad trzykrotnie rzadsza od ogólnodiecezjalnej²⁶. Także w położonym tam dekanacie kostrzyńskim sieć parafii ze szpitalem była stosunkowo rzadka (15,4%), pomimo że żadna parafia tego dekanatu nie była w rękach protestantów. Dla odmiany w dekanacie krobskim, mimo że protestanci sprawowali rządy aż w 4 parafiach (Smolice, Szkaradowo, Zakrzewo, Gołaszyn), współczynnik zagęszczenia sieci szpitali (52,9%) przekraczał tam prawie trzykrotnie współczynnik dla całej diecezji.

Z powyższych badań wynika, że gęsta lub rzadka sieć parafii ze szpitalami w poszczególnych regionach diecezji nie zawsze zależała od stopnia sprostanzowania tych terenów. Należy zatem przyjąć, że liczba parafii zajętych przez protestantów nie rzutowała bezpośrednio na sieć szpitali w poszczególnych dekanatach, a była raczej czynnikiem obniżającym stan ilościowy szpitali w ramach dekanatów, niezależnie od liczby mieszkających tam protestantów. Każda bowiem utrata parafii na rzecz protestantów wiązała się nierozłącznie z utratą szpitala lub z przekreśleniem możliwości jego założenia na jej terenie, rekatalicyzacja zaś parafii taką możliwość zawsze otwierała. Można zatem powiedzieć, że o ile reformacja przyczyniła się do ogólnie niskiego ilościowego stanu szpitali w diecezji, to bezpośrednich przyczyn gęstszej sieci szpitali w dekanatach zachodnich, północnych (dek. Czarnków) i południowych oraz bardzo rzadkiej w dekanatach środkowo-wschodnich należy szukać w uwarunkowaniach gospodarczo-społecznych poszczególnych regionów Wielkopolski Zachodniej.

Bardzo ważna dla rozwoju szpitali była wojna szwedzka z lat 1655—1660. Wizytacje z lat 1660—1667 odnotowały na terenie dekanatów: bukowskiego, czarnkowskiego, średzkiego, krobkiego i śremskiego wzrost parafii ze szpitalami do 47,2%, wobec 35% w pierwszym trzydziestoleciu tego stulecia. Intensywny proces zakładania nowych szpitali kontynuowany był przez całą drugą połowę XVII stulecia. W latach 1672—1685 ponad połowa parafii archidiakonatu śremskiego (55,6%) posiadała własny szpital, natomiast w latach 1695—1696 szpitale istniały w 42,5% ogółu parafii archidiakonatu poznańskiego. W archidiakonacie śremskim aż 96,8% parafii miejskich i 43,1% wiejskich dysponowało szpitalami. W archidiakonacie poznańskim odsetek parafii miejskich i wiejskich ze szpitalami wynosił odpowiednio 77,8 oraz 26,7. Generalnie więc szpital na wsi w osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych latach XVII stulecia, w przeciwieństwie do pierwszej połowy tego wieku, nie był już zjawiskiem marginalnym, natomiast w miastach stanowił on zjawisko prawie powszechne.

W kształtowaniu się sieci szpitali w diecezji poznańskiej czas „potopu”, jak też lata bezpośrednio go poprzedzające oraz lata tuż po zakończeniu wojny

²⁶ *Ibidem*.

były momentem przyspieszającym ten proces i stanowiły okres, w którym miało miejsce największe natężenie zakładania szpitali. Pauperyzacja społeczeństwa w wyniku ostrego kryzysu gospodarczego i upadku miast, a także zniszczenia wojenne powodujące klęski głodu oraz związane z tym zarazy i epidemie spowodowały pojawienie się wielkiej liczby kalek i ubogich żebraków pozbawionych dachu nad głową i skazanych na życie z jałmużny²⁷. Zapotrzebowanie na opiekę społeczną w drugiej połowie XVII w. stało się dużo większe niż w pierwszym półwieczu tego stulecia. W Wielkopolsce odpowiedzią na to zapotrzebowanie był szybki rozwój instytucji charytatywnych. Rozwój sieci szpitali w diecezji poznańskiej dokonywał się także dzięki nieustającej akcji Kościoła katolickiego, znajdującej wyraźne odbicie w ustawodawstwie kościelnym, zwłaszcza synodalnym²⁸. Ustawodawstwo to w zakresie szpitalnictwa stanowiło wyraz szeroko pojętej reformy potrydenckiej, obejmującej również reorganizację systemu opieki społecznej. Istotnym czynnikiem skłaniającym plebanów do budowy szpitali było również „zapotrzebowanie” Kościoła na ubogich, którzy pełnili na jego rzecz wiele pomocniczych funkcji²⁹.

Stały wzrost liczby szpitali w Wielkopolsce miał niewątpliwy związek z przezwyciężeniem reformacji. Postępujący z każdym rokiem proces rewindykowania na rzecz katolicyzmu zajętych wcześniej przez protestantów parafii otwierał nowe możliwości zakładania szpitali. Właśnie z rekatolicyzacją Leszna (1661 — parafia ta do tego roku znajdowała się w rękach Braci Czeskich) czy Wilkowa Polskiego można łączyć pojawienie się szpitali w tych parafiach. Kościół szpitalny Św. Ducha w Lesznie powstał w roku 1645, a więc jeszcze przed ostatecznym odzyskaniem kościoła parafialnego z rąk innowierców³⁰. Nie można stwierdzić, jak długo potem powstał istniejący już w czasie wizytacji z 1683 r. szpital prepozyturalny. Powstawanie szpitali w miejscowościach zajętych wcześniej przez protestantów było z pewnością wynikiem zwiększania się w nich wpływów katolickich. Należy bowiem zauważyć, że w południowych dekanatach: śmigiełskim i wschowskim, w których ludność protestancka nadal stanowiła bardzo dużą część mieszkańców, odsetek parafii ze szpitalami był zdecydowanie najniższy w skali wszystkich 13 zwizytowanych w drugiej połowie XVII w. dekanatów diecezji³¹.

Dynamiczny proces masowego zakładania szpitali przypadł w Wielkopolsce na wiek XVII, a zwłaszcza na drugą jego połowę. W rezultacie gęstość sieci szpitali na badanym terenie ostatecznie ukształtowała się już pod koniec

²⁷ S. Litak, *Struktura i funkcje parafii w Polsce*, [w:] *Kościół w Polsce*, pod red. J. Kłoczowskiego, t. 2: *Wiek XVI–XVIII*, Kraków 1970, s. 424. Zob. też L. K r ó l i k, *Organizacja diecezji łuckiej i brzeskiej od XVI do XVIII w.*, Lublin 1983, s. 326.

²⁸ Zob. M. Surdacki, *Źródła normatywne kościelne...*

²⁹ M. Surdacki, *Z życia religijnego pensjonariuszy szpitali wielkopolskich w XVII i XVIII w.* „Roczniki Nauk Społecznych”, R. 17: 1989, z. 2, s. 21–39.

³⁰ J. Łukasiewicz, *op. cit.*, s. 296–297; J. Nowacki, *op. cit.*, s. 657.

³¹ M. Surdacki, *Opieka społeczna...*, rozdz. I.

XVII stulecia. Podczas gdy w innych dzielnicach wzrost liczby szpitali postępował w miarę równomiernie przez cały XVII i częściowo XVIII w.³², to w Wielkopolsce po masowej „eksplozji” szpitali w XVII stuleciu w następnym okresie nastąpił zastój w ich rozwoju.

Na podstawie wizytacji generalnej z lat 1724—1728 ustalono, że w tym czasie szpital posiadało 43,9% parafii zachodniej części diecezji poznańskiej. Nagły zastój w rozwoju szpitalnictwa na terenie tej diecezji miał w głównej mierze swoje źródło w wojnie północnej, wyniszczającej gospodarkę Wielkopolski w stopniu o wiele większym niż w innych dzielnicach Rzeczypospolitej. Zahamowanie rozwoju szpitali stanowiło tylko jedno z elementów ogólnego kryzysu, jaki pojawił się w miastach i wsiach wielkopolskich po tej wojnie.

W latach 1737—1744 szpitale działały w 42,6% parafii wielkopolskiej części diecezji poznańskiej, natomiast w latach 1777—1787 szpitale posiadało 41% parafii. Tak więc wszystkie kolejno po sobie następujące osiemnastowieczne wizytacje generalne tej diecezji wykazały na tym terenie minimalne, ale stałe zmniejszanie się odsetka parafii posiadających szpital. Wyjaśnienie odmiennego i przyspieszonego, w stosunku do innych regionów, formowania się sieci szpitalnej w Wielkopolsce jest zadaniem bardzo trudnym. Szukając źródeł tego zjawiska, należy przede wszystkim mieć na uwadze odrębność rozwoju społeczno-gospodarczego i specyfikę wyznaniową Wielkopolski.

Pod względem liczby parafii posiadających szpitale Wielkopolska wyraźnie górowała nad innymi prowincjami Rzeczypospolitej, z wyjątkiem Małopolski (w XVIII w.). W diecezji krakowskiej, pokrywającej się w sensie historycznym i geograficznym z obszarem Małopolski, odsetek parafii posiadających w latach 1747—1749 szpital wynosił 61%³³. Późniejsze ustalenia P. Gacha zweryfikowały ten odsetek do 59,5%³⁴. Pomijając dwa największe miasta będące stolicami omawianych prowincji — Poznań i Kraków — odsetek parafii ze szpitalami w Wielkopolsce Zachodniej pokrywającej się z wielkopolską częścią diecezji poznańskiej w latach 1737—1744 był niższy około 12% niż w Małopolsce. Przodownictwa Małopolski w skali całego kraju pod tym względem nie można łączyć z sytuacją gospodarczą tej prowincji. Zarówno bowiem pod względem rozwoju społeczno-ekonomicznego, ogólnej zamożności, jak i stopnia urbanizacji Wielkopolska stała w omawianym okresie wyżej od Małopolski³⁵. O tym, że sytuacja gospodarcza nie miała decydującego wpływu na rozwój szpitali, świadczy fakt, że archidiakoniat śremski leżący w południowej

³² *Ibidem*, rozdz. I.

³³ S. Litak, *op. cit.*, s. 429.

³⁴ P. Gach, *Sieć szpitali w diecezji krakowskiej w połowie XVIII wieku*, „Roczniki Humanistyczne”, R. 21: 1973, z. 2 s. 249—250.

³⁵ J. Topolski, *Wielkopolski model gospodarczy drugiej połowy XVIII w.*, [w:] *Dz. Wlkp.*, s. 815—817.

części diecezji poznańskiej, sąsiadujący z wysoko rozwiniętym ekonomicznie Śląskiem, posiadał zawsze największy w Wielkopolsce odsetek parafii ze szpitalami. W Małopolsce zaś dekanaty: oświęcimski, żywiecki, zatorski, bytomski oraz pszczyński graniczące od zachodu ze Śląskiem, lub częściowo do niego należące, a więc będące pod wpływem stosunków gospodarczo-społecznych tam panujących, odznaczały się zdecydowanie najniższym odsetkiem parafii posiadających szpital w skali diecezji krakowskiej³⁶. Przyjrzenie się strukturze wyznaniowej mieszkańców na terenie wymienionych dekanatów pozwala na stwierdzenie, że w dekanatach tych istniały największe skupiska ludności protestanckiej w tej diecezji³⁷. Jeśli się uwzględni, że także w południowo-zachodnich dekanatach diecezji poznańskiej (Śmigiel, Wschowa, Grodzisk, Zbąszyń) o bardzo niskim odsetku parafii ze szpitalami innowiercy byli bardzo istotnym elementem osadniczym, nasuwa się wniosek, że rozwój szpitali i ich sieć w bardzo znacznym stopniu zależały od struktury wyznaniowej poszczególnych terenów. Wniosek ten znajduje potwierdzenie w przypadku województw sandomierskiego, a szczególnie lubelskiego, odznaczających się bardzo wysokim współczynnikiem parafii posiadających szpitale, a jednocześnie minimalnym odsetkiem ludności protestanckiej³⁸.

W odróżnieniu od innych ziem Rzeczypospolitej Wielkopolska jeszcze w II połowie XVIII w. (lata 1777—1787) posiadała bardzo duży odsetek protestantów (27%)³⁹. Z całą pewnością w latach trzydziestych i czterdziestych tego stulecia odsetek ten był jeszcze większy. Dla porównania protestanci w Małopolsce w połowie XVIII w. stanowili zjawisko marginalne, a ich udział w ogólnym zaludnieniu tej dzielnicy wynosił 0,3%⁴⁰. Liczna obecność protestantów, zwłaszcza w zachodnich prowincjach diecezji poznańskiej, posiadających własne formy opieki społecznej, musiała wpłynąć na liczbę szpitali na tych terenach. Trzeba tu pamiętać, że druga fala kolonizacji niemieckich osadników w XVIII w. objęła zarówno miasta, jak i wsie wielkopolskie. Przybysze ci, których liczbę J. Topolski szacuje na 30 tys.⁴¹, w znacznym stopniu przyczynili się do zniemczenia wielu miast wielkopolskich leżących na jej południo-

³⁶ M. Surdacki, *Opieka społeczna...*, rozdz. I; S. Litak, *op. cit.*, s. 429; P. Gach, *op. cit.*, s. 249—250.

³⁷ M. Surdacki, *Ludność Małopolski w połowie XVIII wieku*, „Roczniki Humanistyczne”, R. 32: 1984, z. 2, s. 195—197 oraz mapy.

³⁸ Por. M. Surdacki, *Opieka społeczna...*, rozdz. I; tenże, *Ludność Małopolski...*, s. 195—197; J. Lewicki, *Stosunki wyznaniowe w wielkopolskiej części diecezji poznańskiej w II połowie XVIII wieku*, [w:] *Z badań nad dziejami zakonów i stosunków wyznaniowych w Polsce*, Lublin 1984, s. 127—138; S. Litak, *op. cit.*, s. 429; P. Gach, *op. cit.*, s. 249—250.

³⁹ Zob. J. Lewicki, *op. cit.*, s. 109 i n.

⁴⁰ M. Surdacki, *Ludność Małopolski...*, s. 197.

⁴¹ J. Topolski, *Procesy osadnicze i urbanizacyjne. Bilans demograficzny Wielkopolski w XVIII w.*, [w:] *Dz. Wlkp.*, s. 813.

wo-zachodniej granicy. W pogranicznych miastach, takich jak: Leszno, Wschowa, Babimost, Trzciel, Kargowa, a także leżących tam wsiach, przeważającą liczbę mieszkańców stanowiła niemiecka ludność wyznania ewangelicko-augsburskiego⁴². Na szczególną uwagę zasługuje tu casus Wschowy, a także wspomnianego wcześniej — założonego w 1547 r. Leszna. Choć oba te miasta posiadały już w pierwszej połowie XVII w. 5—10 tys. ludności i charakteryzowały się bardzo dynamicznym rozwojem gospodarczym⁴³, to jednak przez długi okres tego stulecia nie posiadały swojego szpitala⁴⁴.

Jakkolwiek problem protestantów tłumaczy w znacznym stopniu ogólnie niższy odsetek parafii ze szpitalami w Wielkopolsce, w porównaniu do Małopolski, to nie stanowi on jednak generalnej przyczyny zmniejszenia się stanu ilościowego szpitali w diecezji poznańskiej w XVIII w. Należy bowiem pamiętać, że z upływem każdego dziesięciolecia liczba innowierców ciągle zmniejszała się. Ubytków ludności protestanckiej, spowodowanych rekatolicyzacją, nie była w stanie w pełni zrekompensować nowa fala osadnictwa niemieckiego. Sukcesywne zmniejszanie się liczby innowierców stanowić powinno, jak to miało miejsce w XVII w., sprzyjające warunki do dalszego rozwoju szpitali. Warto zaznaczyć, że spośród 32 parafii, które u progu XVII w. okupowane były przez „heretyków”, w XVIII stuleciu w ich rękach znajdowała się tylko jedna parafia (Przytoczna — rekatolicyzowana w 1739 r.). A jakie perspektywy dla rozwoju szpitali otwierało odzyskanie kościołów parafialnych przez katolików, świadczy fakt, że aż w 10 spośród rekatolicyzowanych parafii w okresie późniejszym zostały założone szpitale⁴⁵.

Z drugiej jednak strony warto postawić pytanie, czy przyczyn zahamowania rozwoju szpitali w pierwszej połowie XVIII w. w Wielkopolsce nie należy, choć w minimalnym stopniu, upatrywać właśnie w upadku reformacji. Przypuszczenie to nasuwają analogie, jakie można zauważyć w procesie kształtowania się sieci szpitali i sieci szkół parafialnych w diecezji poznańskiej w XVII i XVIII w. Zdaniem wielu historyków oświaty masowe upowszechnienie się szkolnictwa elementarnego w Polsce od końca XVI w. dokonywało się przede wszystkim dzięki akcji Kościoła katolickiego, pragnącego zahamować szerzący się protestantyzm. Kościół posoborowy, chcąc przeciwdziałać reformacji, dążył do pogłębienia oświaty religijnej wśród szerokich mas społeczeństwa m.in.

⁴² J. Wąsicki, *op. cit.*, s. 14, 50.

⁴³ Oprócz Poznania posiadającego 19—20 tys. ludności, miasta te wraz z Rawiczem liczyły najwięcej ludności w Wielkopolsce, w której przeciętne miasto posiadało około 1500—1800 mieszkańców. Zob. W. Dorzaczek, J. Topolski, *Struktura społeczna i narodowościowa mieszczaństwa. Konflikty wewnętrzne*, [w:] *Dz. Wlkp.*, s. 494.

⁴⁴ Pierwsza informacja o szpitalu we Wschowie pochodzi dopiero z wizytacji z lat 1737—1738 (AV 24 s. 47).

⁴⁵ W parafiach: Skoki, Ostroróg, Kwilicz, Międzyrzecz, Mścislów, Wschowa, Leszno, Obrzycko Stare, Wilkowo Polskie, Zakrzewo.

poprzez zakładanie szkół parafialnych⁴⁶. Jak twierdzi S. Olczak, po wyraźnym rozkwicie szkolnictwa elementarnego w pierwszej połowie XVII w. w diecezji poznańskiej, w drugiej połowie tego stulecia nastąpił wyraźny spadek liczby szkół parafialnych. Problem upadku szkół można łączyć z zagadnieniem zwycięstwa nad protestantyzmem⁴⁷.

Jakkolwiek celem szpitali była przede wszystkim opieka nad ludźmi biednymi i starymi, to jednak stawiały sobie one także zadania wychowawczo-kształcące w stosunku do swoich podopiecznych. Szczególny akcent kładziono w szpitalach na katechizację — nauczanie głównych prawd wiary — a więc na ogólną edukację katolicką⁴⁸. Pod względem edukacyjnym szkoły parafialne i szpitale miały wspólne założenia, z tą różnicą, że szkoły troszczyły się o wychowanie w duchu Kościoła katolickiego najmłodszych warstw społeczeństwa, natomiast szpitale dbały przede wszystkim o „katolickość” dusz starszego pokolenia. Powstaje więc pytanie, czy jedną z podstaw rozwoju szpitali w XVII w. nie była troska Kościoła o zatrzymanie przy katolicyzmie bardzo licznych w tym stuleciu rzesz ubogich (żebraków)?

Częściowe potwierdzenie powyższego przypuszczenia znajdujemy w aktach wizytacji parafii Swarzędz z 1695 r. Wizytujący tę parafię Zalasowski zanotował, że pleban lub jego wikary mają prawo i obowiązek odwiedzania w czasie choroby chorych sekty luteranańskiej („Infirmos Lutheranae Secta tempore infirmitatis”). Zdaniem wizytatora, nie powinni oni być w takich momentach z dala od swoich zagubionych i błędzących ubogich braci („malignis et erroneis”), a wtedy być może łaska Boża sprawi, że nawrócą się na wiarę katolicką⁴⁹. Z opisu wizytacyjnego niezbyt jasno wynika, czy chodziło o chorych luteran mieszkających w swoich domach, czy też przebywających w szpitalach. Gdyby przyjąć tę drugą wersję, to z kolei nie wiadomo, czy wizytator miał na myśli szpital katolicki, czy nie wymieniony w źródle szpital protestancki. Opis ten świadczy jednak, że walka Kościoła katolickiego w okresie zaniku reformacji o „dusze ludzkie” objęła również teren szpitali. Człowieka chorego, starego i słabego, stojącego w obliczu śmierci, łatwiej było nawrócić na „prawdziwą” wiarę, niż młodego, zdrowego i silnego.

Wspomniano już wcześniej, że sieć szpitali zależała w dużym stopniu od struktury wyznaniowej ludności. W wielkopolskiej części diecezji poznańskiej w latach 1777—1787 katolicy stanowili 67,2%, a protestanci 26,5% ogółu mieszkańców. Trzecia grupa wyznaniowa — Żydzi — stanowiła jedynie 5,8% liczby ludności⁵⁰. Rozpatrując zapotrzebowanie społeczne na szpitale katolic-

⁴⁶ S. Olczak, *Szkolnictwo parafialne w Wielkopolsce w XVII i XVIII wieku (W świetle wizytacji kościelnych)*, Lublin 1978, s. 42.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 52, 56 i inne.

⁴⁸ Zob. M. Surdacki, *Z życia ubogich...*

⁴⁹ AV 18, s. 605.

⁵⁰ J. Lewicki, *op. cit.*, s. 110 i tabela nr 5.

kie, należy uwzględnić tylko ludność wyznania rzymskokatolickiego, która stanowiła około 2/3 wszystkich mieszkańców diecezji. Znamienne jest, że w archidiakonacie pszczewskim, w którym katolicy stanowili tylko około połowę ogółu ludności, odsetek parafii ze szpitalami na przestrzeni XVII i XVIII w. był zawsze stosunkowo niski. Odwrotnie było w archidiakonacie śremskim, w którym katolicy stanowili 3/4 ludności, natomiast odsetek parafii ze szpitalami był tu zawsze najwyższy w diecezji⁵¹. Związek między odsetkiem ludności katolickiej a zagęszczeniem szpitali uwidoczni się jeszcze bardziej w ramach dekanatów. W dekanatach: zbąszyńskim, wschowskim, grodziskim i rogozińskim, w których katolicy stanowili około połowę ludności, odsetek parafii posiadających szpital był około dwukrotnie mniejszy niż w całej diecezji⁵². Także w dekanatach: kostrzyńskim, obornickim i śmigiełskim, na terenie których mniejszości wyznaniowe (przede wszystkim protestanci) stanowiły trzecią część mieszkańców, procent parafii ze szpitalem był wyraźnie niższy (ok. 10—20%) od ogólnodiecezjalnego. Z kolei w dekanatach: śremskim, kościańskim, koźmińskim i nowomiejskim, o dominującej przewadze katolików (80—90%), stan ilościowy szpitali zarówno w XVII, jak i XVIII w. był zdecydowanie najwyższy. Wyjątkiem są tu tylko dekanaty lwówecki i krobski, w których katolicy stanowili zaledwie 49,9% oraz 60,3% ogółu ludności, natomiast sieć szpitali na ich terenie była, nie licząc dekanatu krobskiego, najgęstsza w całej diecezji⁵³.

O tym, że liczna obecność protestantów wpływała na rzadszą sieć szpitali, można się przekonać na przykładzie parafii, w których katolicy stanowili mniejszość wśród innych wyznań. Na 19 tego typu parafii⁵⁴ szpitale działały zaledwie w 6 (31,6%). Warto zaznaczyć, że 10 z tych parafii należało do najbardziej „sprotestantyzowanych” w latach 1777—1787 dekanatów: grodziskiego, zbąszyńskiego i wschowskiego, o najrzadszej sieci szpitali. Bardzo duży odsetek ludności innowierczej, sięgający 30—90%, stanowił prawdopodobnie jedną z przyczyn braku szpitali w bardzo dużych pod względem zaludnienia (powyżej 2000 osób) parafiach: Skwierzyna, Gołaszyn, Obrzycko, Skoki, Gnin, Rakoniewice (ponad 50% innowierców) oraz w parafiach: Skórzewo, Goniębice, Łysiny, Kębłowo (od 30 do 50%).

Na osobną uwagę zasługują 34 parafie, które u progu XVII w. znajdowały się pod rządami protestantów. Mimo że zdecydowana większość z nich już w XVII w. została rekatolicyzowana, a kilka pozostałych przeszło w ręce katolików na początku następnego stulecia, to jednak fakt długotrwałego

⁵¹ M. Surdacki, *Opieka społeczna...*, rozdz. I.

⁵² Zob. przypisy 49, 50.

⁵³ Tamże.

⁵⁴ Stobnica, Obrzycko, Śmigieł, Bojanowo, Bukowiec, Gnin, Kopanica, Rakoniewice, Łaszczyn, Gołaszyn, Sieraków, Wytomyśl, Skoki, Pruśce, Wschowa, Ossowa Sień, Skwierzyna, Kosieczyn, Międzyrzecz.

okupowania ich przez protestantów miał istotny wpływ na powstanie w nich szpitali. Spośród tych parafii tylko 10 (29,4%) posiadało w latach 1777—1787 szpital⁵⁵. Przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać w tym, że w parafiach tych jeszcze pod koniec XVIII stulecia istniały duże skupiska ludności protestanckiej. Chodzi tu szczególnie o takie parafie, jak: Skoki, Lewice, Gnin, Kosieczyn, Rakoniewice, Skwierzyna, Ossowa Sień, Obrzycko, Gołaszyn, których ludność w 50% była protestancka, oraz Stary Dwór, Przytoczna i Sieraków, w których odsetek innowierców wynosił około 30%. We wszystkich wymienionych parafiach w okresie wizytacji z lat 1777—1787 nie było żadnego szpitala. Na marginesie warto tu jeszcze dodać, że ludność protestancka występowała w mniejszym lub większym stopniu na całym terenie wielkopolskiej części diecezji poznańskiej. Na podstawie akt wizytacji z lat 1777—1787 stwierdzono obecność protestantów aż w 268 parafiach na 306 istniejących⁵⁶. Należy o tym pamiętać, rozpatrując problem stosunkowo rzadkiej sieci szpitali w Wielkopolsce.

O tym, że odsetek ludności katolickiej decydował w dużym stopniu o istnieniu lub braku szpitala w danej miejscowości, przekonać się można szczególnie na przykładzie miast. Wykorzystując pruskie *Opisy miast polskich z lat 1793–1794* dokonano podziału 76 miast⁵⁷ na 5 kategorii według procentu zamieszkujących je katolików. Następnie na podstawie akt wizytacji z lat 1777—1787 ustalono dla poszczególnych kategorii miast sieć szpitali. Tylko 57,1% miast o najniższym odsetku katolików (poniżej 20%) posiadało szpital. Procent miast ze szpitalem był większy (73,3%) w tych miastach, w których odsetek katolików w ogólnej strukturze ludności wynosił od 20 do 40%. Szpitale istniały natomiast we wszystkich miastach o odsetku katolików 40–60 i 60–80%. W 80% miast o najwyższym współczynniku ludności katolickiej (powyżej 80%), istniał szpital. W tej ostatniej grupie szpitala nie posiadały miasta: Stobnica, Kębłowo, Dobrzyca, Pogożela i Dubin. Warto jednak zaznaczyć, że w ostatnich czterech szpitale istniały jeszcze w okresie poprzedniej wizytacji z lat 1737—1744. Należy zaznaczyć, że odnoszenie stosunków wyznaniowych w miastach z lat 1793—1794 do okresu 1777—1787 nie oddaje w pełni rzeczywistości historycznej. Wydaje się jednak, że struktura wyznaniowa w miastach w ciągu około 10 lat nie zmieniła się w sposób tak istotny, aby mogła wypaczyć obraz badanego zjawiska.

Z punktu widzenia omawianych problemów niezwykle cenną wzmiankę zamieścił wizytator w aktach wizytacji parafii Kościan z 1610 r. Podczas

⁵⁵ Skoki, Ostroróg, Kwilicz, Międzyrzecz, Miłosław, Wschowa, Leszno, Obrzycko Stare, Wilkowo, Zakrzewo.

⁵⁶ J. Lewicki, *op. cit.*, s. 117.

⁵⁷ W analizie pominięto miasta wymienione w „Opisach z 1793...”: Kargowa, Rostarzewo, Wartosław, Brójce, Rawicz, Zaborowo, Piaski, Bojanowo, które w latach 1777—1787 nie były parafiami. Ponadto pominięto: Nekłę, Wolsztyn, Międzychód, dla których opisy z 1793 r. nie dają dokładnych statystyk ludnościowych.

wizytacji szpitala Św. Krzyża w Kościanie zanotował on, że jednym prowizorem szpitala jest T. Weklar — obywatel kościański, drugim zaś „Haereticus”⁵⁸. Informacja ta, wręcz unikalna, posiada doniosłą wymowę. Stanowi bowiem dowód, że w okresie rozwoju reformacji możliwe były wzajemne pokojowe kontakty i współpraca między wyznawcami katolicyzmu i wyznań protestanckich w ramach wspólnych społecznych inicjatyw. Na podstawie tej informacji można również przypuszczać, że katolicki szpital w Kościanie dawał również schronienie ubogim innowiercom. Ciekawe jest, że obecność niekatolickiego prowizora nie spotkała się z żadną negatywną reakcją wizytatora, tym bardziej że, jak wiadomo, zadaniem szpitali, w tym także prowizorów, było kształtowanie i pogłębianie zasad wiary katolickiej. Na mocy synodu poznańskiego z 1738 r. zarządcami szpitali mogli być wyłącznie przedstawiciele ludności katolickiej⁵⁹. Może więc płaszczyzna wszelkich konfliktów wyznaniowych kończyła się tam, gdzie zaczynały się nędza i cierpienie?

Na zakończenie należy postulować konieczność przeprowadzenia odrębnych studiów nad organizacją opieki społecznej we wspólnotach protestanckich, stanowiących na terenie Wielkopolski bardzo istotny element w ogólnej strukturze zaludnienia.

Les protestants et le développement des hôpitaux en Grande-Pologne occidentale aux XVII^e et XVIII^e s.

Après le Concile de Trente fut inauguré le processus dynamique de la fondation d'hôpitaux-hospices. Dans les trente premières années du XVII^e s. une paroisse de Grande-Pologne sur cinq, dans le diocèse de Poznań, avait un hôpital. La rareté des hôpitaux dans ce diocèse était pour une très grande part déterminée par les rapports confessionnels. Les protestants étant nombreux en Grande-Pologne occidentale au commencement du XVII^e s. et les hétérodoxes occupant de très nombreuses paroisses, il était impossible d'y ouvrir des hôpitaux. La cession de la paroisse aux protestants équivalait à l'élimination du curé catholique, responsable pour la fondation de l'hôpital près de l'église et pour son fonctionnement correct. Les recherches effectuées indiquent que, sur les terrains à grande concentration de population protestante, le réseau des hôpitaux était sensiblement moins dense que là où les influences des hétérodoxes étaient moins sensibles. Un tournant dans le développement des hôpitaux a été marqué par les guerres du milieu du XVIII^e s. Toutes les visites de la seconde moitié de ce siècle ont attesté l'existence d'un hôpital dans une paroisse sur deux à peu près dans le diocèse de Poznań. L'accroissement du nombre des hôpitaux en Grande-Pologne était lié à l'élimination de la Réforme. Le processus, d'année en année plus intense, de revendication au profit des catholiques des paroisses occupées par les protestants, ouvrait de nouvelles possibilités de fonder des hôpitaux.

Alors que dans d'autres provinces le développement des hôpitaux avait progressé uniformément au XVII^e et, partiellement, au XVIII^e s., en Grande-Pologne, dynamique au XVII^e s., il

⁵⁸ AV 4, s. 74.

⁵⁹ *Constitutiones et Decreta Synodi Dioeceseanae per (...) Stanislaum de Besdan Hosium. Episcopum Posnaniensem (...) Posnaniae A. D. MDCCXXXVIII (...) celebratae.*

a connu un ralentissement au siècle suivant. Lors des visites des années 1724—1728, 1737—1744, 1777—1787, un hôpital était attesté dans un peu plus de 40% des paroisses du diocèse de Poznań. Il est caractéristique qu'en ce temps aussi les hôpitaux étaient plus rares dans les localités où les catholiques se trouvaient en minorité que là où prédominaient les catholiques. Dans les paroisses détenues préalablement par les hétérodoxes, le réseau des hôpitaux était également moins dense que dans les autres paroisses.

Un problème qui appelle des recherches approfondies est le modèle et l'organisation de l'assistance sociale dans les communautés protestantes.