

ANNA JABŁOŃSKA, *Funkcje społeczne parafii archidiecezjalnego gnieźnieńskiego w XVII wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2013, ss. 409, tab. 12, ryc. 5.

Przed laty Eugeniusz Wiśniowski pisał, przy okazji charakteryzowania parafii średnio-wiecznych, że były one podstawowymi komórkami życia społecznego. Podobnie uważali inni historycy Kościoła, chociaż w dyskursie badawczym na przestrzeni dziesiątków lat inaczej rozkładali akcenty.

Pod soborze trydenckim, kiedy rozpoczęto w Polsce wprowadzać jego postanowienia, szczególny nacisk kładziono na takie instytucje parafialne, jak szkoły, bractwa i szpitale. Wokół nich miała się koncentrować, zdaniem hierarchów Kościoła, działalność lokalnej społeczności parafialnej. Takie rozumowanie potwierdza wydawanie od końca XVI w. szeregu uchwał na synodach, np. *Epistola pastoralis...* (tzw. Pastoralna) z 1601 r., która stała się swego rodzaju wzorem powielanym przez cały wiek XVII.

Wobec tego, nie dziwi tak sformułowany przez Annę Jabłońską tytuł książki. Dzięki zachowanym w Archiwum Archidiecezjalnym w Gnieźnie wizytacjom archidiecezjalnego gnieźnieńskiego z pierwszych dziesięcioleci, z końca pierwszej połowy i z lat dziewięćdziesiątych XVII stulecia, miała możliwość prześledzenia zmian wynikających z wprowadzania uchwał soboru trydenckiego w terenie. Jest to podstawowy paradygmat przy formułowaniu wniosków z zakresu badań społecznych i różnych zjawisk gospodarczych.

Jest jeszcze jeden argument, który każe zwrócić uwagę na zastosowane cezury chronologiczne. Zachowane źródła pozwalają bowiem na konfrontację opisywanej rzeczywistości z aktami normatywnymi, czyli na zestawienie teorii z praktyką, co wcale nie jest częste w polskiej historiografii, nadużywającej metod retrogresji i retrospekcji. Uzupełnieniem tych źródeł są księgi metrykalne powstałe w konsystorzach generalnym (oficjalat), dokumenty samoistne i wiele innych, przede wszystkim proveniencji kościelnej.

Pod względem terytorialnym praca obejmuje granice archidiecezjalnego gnieźnieńskiego. Omawiane zagadnienia rozpatrywane są w kontekście konkretnej jednostki administracyjnej Kościoła. Autorka zbadała około 170 parafii, przy czym najwięcej informacji na temat ich stanu materialnego i osobowego pochodziło z wizytacji z początku XVII w.

Praca składa się ze wstępu, trzech części, zakończenia, aneksu zawierającego indeksy nauczycieli i personelu kościelnego, tabel ujmujących wzmianki o szkołach, bractwach i szpitalach. Całości dopełniają wykazy skrótów, źródeł i literatury.

Biorąc pod uwagę profil naszego czasopisma, interesujące są zwłaszcza ustalenia Autorki dotyczące szeroko rozumianej problematyki szpitali. Była ona wielokrotnie poruszana na łamach „Kwartalnika Historii Kultury Materialnej”, co niewątpliwie przyczyniło się do jej popularyzacji wśród historyków doby staropolskiej.

A. Jabłońska rozpoczyna swoje rozważania od przedstawienia danych statystycznych. Wynika z nich, że w 8 analizowanych dekanatach funkcjonowało 68 lub 69 szpitali, czyli w około 37% parafii. Zatem nie była to sytuacja wyjątkowa na tle innych obszarów Rzeczypospolitej. Zwracając uwagę ustalenia dotyczące liczby prepozytur, dynamiki zmian ilościowych oraz jakościowych na przestrzeni stulecia. Prepozytury, jako instytucje bogatsze i działające częściej w miastach o średniowiecznej genezie, okazywały się trwalszymi i „odporniejszymi” na zawirowania dziejów i kryzysy ekonomiczne. Potwierdziło się też — typowe dla innych ziem — zagęszczenie szpitali w związku z zaawansowaniem urbanizacji; aż 45 tego typu instytucji działało w miastach, dotyczy to wszystkich prepozytur<sup>1</sup>. Zatem w tej kwestii ustalenia Autorki nie wnoszą nowych wniosków, ale uzupełniają obecny stan wiedzy.

<sup>1</sup> Zob. S. Litak, *Szpital w Polsce przedrozbiorowej. Rozwój i problematyka*, [w:] *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*, red. M. Dąbrowska, J. Kruppé, Studia i Materiały z Historii Kultury Materialnej, t. 66, Warszawa 1998, s. 13–31.

Zupełnie inaczej było z instytucjami *quasi* szpitalnymi. Wyniki, do jakich doszła A. Jabłońska, wskazują bowiem, iż nierzadko funkcję szpitali pełniły pojedyncze izby mieszczące się w jednym budynku ze szkołą lub małe pomieszczenia znajdujące się przy kościele. Ich rola była jednak odmienna od autentycznych instytucji szpitalnych, takich jak prepozytury ze swoją osobowością prawną i kościelną, często zabezpieczone fundacją, z beneficjum prepozyta szpitalnego, kościołem szpitalnym, nierzadko altarystami i ze świeckimi zarządcami. Ze stosowaniem zasady powoływania owych prowizorów przez instytucję mającą prawo patronatu było w praktyce różnie, ale najczęściej łamano je w przypadku szpitali małych i o skromnym uposażeniu. Wówczas najczęściej pleban, bez świeckich pomocników, zarządzał taką instytucją<sup>2</sup>.

Pozycja ludzi Kościoła w zarządzaniu szpitalami wzrosła wraz z wprowadzaniem w życie ustaleń soboru trydenckiego, następnie synodów polskich i Pastoralnej Maciejowskiego, na co wskazują zalecenia, aby świeccy zarządcy sporządzali sprawozdania finansowe i rozliczali się z nich przed biskupem lub plebanem. Rola czynnika kościelnego wzrastała też wraz z osłabieniem ekonomicznej roli miast w ciągu XVII w., nie mówiąc o fundacjach słabych ekonomicznie i takich, których uposażenie z różnych powodów, przede wszystkim jednak klęsk dziejowych, zdecydowanie wtedy zmalało lub przepadło.

Jak wskazują badania A. Jabłońskiej, zjawiska takie dotyczyły także prepozytury znacznie silniejsze ekonomicznie i organizacyjnie. Podaje tu przykłady Mieściska i Wilczyna, w których plebani przejęli całkowity zarząd i doprowadzili do zaniku beneficjum prepozytów, a także „wyzwolili” się od kontroli władz miejskich (czyli swoich patronów)<sup>3</sup>. Można więc stwierdzić, że owi plebani zastosowali tylko w praktyce postanowienia soboru trydenckiego nakazujące podporządkowanie Kościołowi opieki nad ubogimi, przy okazji poddając jego kontroli także szpitale.

Powstające zatem w XVII w. w archidiaconacie gnieźnieńskim szpitale parafialne były to na ogół niewielkie założenia, cechujące się brakiem samodzielności organizacyjno-finansowej. Ten ostatni powód nie był jednak najważniejszym, który prowadził do zamykania szpitali lub okresowych przerw w ich funkcjonowaniu. Niejednokrotnie, w przypadku instytucji szpitalnych uzależnionych od właścicieli wsi parafialnej, owi właściciele zajmowali pomieszczenia i majątek przytułków, wypędzając ubogich lub zmuszając ich do pracy we własnym folwarku. Potwierdza to zasadę, że to świeccy darczyńcy byli najważniejszym elementem tej struktury, ponieważ to oni dokonywali kluczowych legatów na rzecz ubogich (a nie na obsługujących szpitale duchownych) i to od ich charytatywnego zaangażowania zależała żywotność placówek.

Na badanym terenie istniały dwa podstawowe typy uposażenia szpitali, tj. prepozyturalne i parafialne. Nie różniły się one od zatem ogólnopolskiej praktyki. Można stwierdzić, że szpitale parafialne generalnie nie posiadały zróżnicowanego majątku — dzielącego się na nieruchomości i dochody. W praktyce o zasobności szpitala i względny „dobrobycie” jego podopiecznych decydowały: sprawność prepozyta-plebana i zarządców, wielkość dochodów i uposażenia, lokalna dobroczynność (datki z jałmużny oraz wsparcie na przednówku<sup>4</sup>).

Dane zaprezentowane przez Autorkę wskazują, że w porównaniu z początkiem XVII w. u jego schyłku spadła znacznie liczba ubogich w szpitalach, przeciętnie z 7–15 pensjonariuszy do 3–5 osób. Wynika z tego, iż ani dobre zarządzanie ani wielkość uposażenia nie tylko nie gwarantowały wzrostu zasobności majątkowej szpitali, ale nawet nie pozwalały na utrzymanie *status quo*. Autorka zastanawiając się, jak do tego doszło, zwraca uwagę na zniszczenia spo-

<sup>2</sup> Por. M. Surdacki, *Ustrój polskich szpitali potrydenckich*, [w:] *Cursus mille annorum. Prace ofiarowane Profesorowi Eugeniuszowi Wiśniewskiemu*, „Roczniki Humanistyczne”, t. 48, 2000, z. 2.

<sup>3</sup> W. Męczkowski, *Prowizorowie w dawnej Polsce. Przyczynek do dziejów magistratury naszej*, „Przegląd Historyczny”, t. 5, 1907, z. 2, cz. 2, s. 236, 239–240, 387–390; por. S. Litak, *Parafie w Rzeczypospolitej w XVI–XVIII wieku. Struktura, funkcje społeczno-religijne i edukacyjne*, Lublin 2004.

<sup>4</sup> Zob. P. Kardys, *Wiślica w średniowieczu i w okresie wczesnonowożytnym*, Kielce 2006, s. 247–274 (rozdział „Szpital Świętego Ducha”).

wodowane wojnami ze Szwecją, zubożenie społeczeństwa (co zapewne skutkowało wzrostem liczby osób wymagających pomocy), zmniejszenie znaczenia prepozytur, co było typową tendencją odnotowaną również na innych obszarach państwa polskiego<sup>5</sup>. Wydaje się, że interesujące byłoby przyjrzenie się tej kwestii z uwzględnieniem stosunków wyznaniowych istniejących w Wielkopolsce; protestanci bowiem zdecydowanie mniej chętnie angażowali się w pomoc dla ubogich, zwłaszcza dla tych, którzy mogli podjąć pracę zamiast żebrać.

Ciekawym zagadnieniem, poruszonym przez A. Jabłońską, jest kwestia zatrudniania służby przez instytucje szpitalne. W ten sposób placówki te przyczyniały się do wzrostu lokalnej aktywności zawodowej, stając się nierzadko, szczególnie w małych miejscowościach, jedynym pracodawcą. Ta ważna konstatacja, chociaż niewyartykułowana przez Autorkę, powinna zostać uwzględniona w przyszłych badaniach nad historią gospodarczą siedemnastowiecznej Wielkopolski.

Z kolei zagadnienia związane z zabudową szpitalną, podjęte niejako na marginesie głównych rozważań, wydają się ważne dla rekonstrukcji krajobrazu kulturowego (zabudowa przedmieść, wartość kompleksów szpitalnych w miastach, centralne położenie szpitali parafialnych, nierzadko współistnienie z cmentarzem).

Są to jednak uwagi odnoszące się do postulatów badawczych na przyszłość i raczej wiążą się z historią gospodarczą aniżeli społeczną, która była przecież zasadniczym polem zainteresowania Anny Jabłońskiej.

Pracę w części traktującej o szpitalnictwie w archidiakonacie gnieźnieńskim w XVII w. należy uznać za udaną, a rzetelne wykorzystanie źródeł rękopiśmiennych i umiejętność formułowania wniosków o charakterze syntetyzującym dla całego stulecia, wystawia dobre świadectwo warsztatowi badawczemu Autorki.

*Piotr Kardys*  
(Skarżysko Kamienna)

*Narwy miejscowe Polski. Historia — Pochodzenie — Zmiany*, [s.] VIII: O-Pn, red. K. Rymut, B. Czopek-Kopciach, Wydawnictwo PANDIT, Kraków 2009 (2013), ss. 560.

Po dłuższej przerwie, w połowie 2013 r., ukazał się kolejny tom tej niezwykle potrzebnej i poszukiwanej publikacji. O postąpieniach w opracowaniu *narw poszczególnych miejscowości dotychczasowych w poprzednich tomach pisałam kilkakrotnie*<sup>1</sup>. Nie ma zatem potrzeby ponownego ich omawiania, nitaj wskazać tylko kilka przykładów. Przeglądając tom, tym razem dostrzegłam pozytywne zmiany. Stało się tak w odniesieniu do części *narw miejscowych północno-wschodniego Mazowsza*, gdzie nowe osadnictwo, a wraz z nim nowe nazewnictwo miejscowe, powstało od ostatniej ćwierci XIV w. Nie koniec na tym. Dzięki zachowaniu się powstałych wówczas przekazów pisanych jesteśmy w stanie określić nie tylko genezę nowych *narw*, ale też przebiegi zachodzące to procesy nazewnictwa, często specyficzne tylko dla tego obszaru. Nowe *narwy* tworzone wzdłuż kilku schematów. Pierwszy obejmuje *narwy* powstające od *narw* istniejących cieków wodnych i *narw* terenowych, drugi to masowo powstające *narwy* rodowe utworzone od imion, przydomków i herbów nowych osadników, a później ich następców, trzeci to *narwy*

<sup>1</sup> Zob. Z. Gódek, W. Kowalski, *Stan szpitalnictwa w województwie wielkopolskim w drugiej połowie XVII w.*, [w:] *Szpitalnictwo...*, s. 155-163.

<sup>2</sup> E. Kowalczyk (red.), *Narwy miejscowe Polski. Historia — pochodzenie — zmiany*, red. K. Rymut, s. 1: J-R, Kraków 1996, ss. 484; s. II: C-D, Kraków 1997, ss. 519; „KwHKM”, R. XLVII, 1999, nr 1-2, s. 277-281; s. III: E-G, Kraków 1999, ss. 543; „KwHKM”, R. XLIX, 2001, nr 3, s. 273-278; E. Kowalczyk-Hayman (red.), *Narwy miejscowe Polski. Historia — Pochodzenie — Zmiany*, red. K. Rymut, s. V: Ko-Ko, Kraków 2003, ss. 533; „KwHKM”, R. LIX, 2006, nr 2, s. 236-240.