

Ks. Artur J. Katolo

KSZTAŁCENIE ADEPTÓW MEDYCYNY NA TERYTORIUM WŁOCH W WIEKACH XVI-XVIII

To, co należy stwierdzić na samym początku to fakt, iż do XVI w. zawód lekarza na Półwyspie Apenińskim był sam w sobie podzielony, i to zarówno pod względem instytucjonalno-prawnym, jak i społecznym (pochodzenie klasowe adepta medycyny). Najczęściej organami, które nadawały prawo wykonywania zawodu lekarskiego były cechy zawodowe. Nie istniało rozróżnienie na działalność naukowo-dydaktyczną oraz praktykę zawodową. Tytuł nadawany przez cech zawodowy lekarzy był automatycznie przyjmowany do wiadomości przez dane państwo regionalne; posiadał on walor zawodowy¹.

Tytułem podstawowym nadawanym przez uniwersytety, był tytuł doktora, który przysługiwał lekarzom-filozofom (*medici-filosofi*). Tytułu doktora nie mogli używać chirurdzy (*cyrulicy*), którzy przynależeli do cechu fryzjerów lub nacinaczy żył (*flebotomi*). Ten stan rzeczy wynikał z faktu, iż chirurgia nie należała do dziedziny sztuk wyzwolonych (*arti liberali*), ale do sztuk manualnych (*arti meccaniche*)².

Rozdział między lekarzami a chirurgami pogłębiał się również z powodu pochodzenia społecznego kandydatów do obydwu zawodów. Aby zostać chirurgiem nie było potrzebne odpowiednie pochodzenie. Kolegia medycz-

¹ Por. E. Brambilla, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione medica*, w: *Storia d'Italia, annale 7: Malattia e medicina*, red. F. Della Peruta, Torino 1984, s. 5-6.

² Por. tamże, s. 6. Jak stwierdza autorka: „La distanza tra fisici e cerusici resta, al di là di tutte le eccezioni individuali, quella che corre tra professioni civili, che non derogano alla nobiltà, ed arti meccaniche e manuali, il cui esercizio è incompatibile con la promozione nell'ordine nobile”.

ne przyjmowały kandydatów na chirurgów bez ograniczeń. Inna sytuacja panowała w odniesieniu do lekarzy. Nie tylko, że wymagane było odpowiednie pochodzenie, ale dodatkowo istniał limit miejsc w naborze kandydatów. Należy dodać w tym miejscu, iż przez odpowiednie pochodzenie rozumiano posiadanie obywatelstwa danego miasta (ojciec kandydata musiał posiadać obywatelstwo miasta, w którym syn miał zamiar studiować) i nie zajmowanie się pracami mechanicznymi jako źródłem zarobkowania (dotyczyło to zarówno samego kandydata jak i jego ojca, a nawet i dziadka)³.

Prawa i przywileje, jakie łączyły się z wykonywaniem zawodu lekarskiego zależały od typu ukończonej uczelni. Na terenie Italii istniały dwa typy szkół medycznych: kolegium typu uniwersyteckiego i kolegium miejskie. Kolegium uniwersyteckie posiadało wyłączność na nadawanie tytułu doktora sztuk i medycyny (*doctor artium et medicinae*). Kolegium miejskie nie miało prawa nadawania tego tytułu, ale ukończenie go uprawniało do wykonywania zawodu lekarskiego w granicach miasta w zakresie określonym przez kontrakt⁴.

Do XVI w. wydziały medyczne, tak jak wszystkie średniowieczne *universitates studiorum*, nie tyle były szkołami, ile raczej korporacjami zawodowymi. Korporacje medyczne troszczyły się nie tylko o kształcenie nowych lekarzy, ale również o nauczycieli sztuki lekarskiej. Nauczyciele zwyczajni (*lettori ordinari*), posiadający tytuł doktora, stanowili grupę bardzo zamkniętą; mieli oni prawo nadawania tytułu doktorskiego. Na wykłady prowadzone przez nich mogli uczęszczać jedynie niektórzy studenci. Obok nauczycieli zwyczajnych byli również nauczyciele nadzwyczajni (*lettori straordinari*), na których lekcje mógł uczęszczać każdy. Taki student określany był wówczas jako *scholarz-terminator* i nie otrzymywał tytułu doktora po ukończeniu nauki⁵. Należy dodać, iż w tym okresie, *lettori straordinari* mieli prawo wykładania jedynie w kolegiach miejskich.

Od XVI w. rozpoczął się powolny proces zmian, podyktowany zmianami w stosunkach między kolegiami uniwersyteckimi a kolegiami miejskimi. Pod-

³ Por. tamże, s. 6-7. Por. także: E. Brambilla, *Tra teoria e pratica: studi scientifici e professioni mediche nella Lombardia settecentesca*, w: *Lazzaro Spallanzani e la biologia del Settecento. Teorie, esperimenti, istituzioni scientifiche*, red. G. Montanelli i P. Rossi, Firenze 1982, s. 558-559.

⁴ Por. E. Brambilla, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione medica*, s. 7. Szerzej pisze ta sama autorka: Tenze, *Il „sistema letterario” di Milano: professioni nobili e professioni borghesi dall’età spagnola alle riforme teresiane*, w: *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell’età di Maria Teresa*, red. A. De Madalena [i inni], Bologna 1982, s. 79-160.

⁵ Por. E. Brambilla, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione medica*, s. 7.

stawową zmianą było to, iż aby móc studiować w kolegium miejskim należało, tak, jak w przypadku kolegium uniwersyteckiego, legitymować się odpowiednim pochodzeniem. Kto takowego nie posiadał, wówczas nie mógł uczęszczać na zajęcia z zakresu medycyny, nawet jako scholarz-terminator⁶.

Tytuł doktora, który nadawały uniwersytety od czasów Średniowiecza, posiadał swoją wagę *ubique locorum*. W odniesieniu do lekarzy z tytułem doktora oznaczało to, iż tytuł ten nie był ograniczony do jakiegoś terytorium, zaś praktyka zawodowa mogła być prowadzona wszędzie. Z tytułem tym łączyło się również prawo nauczania wybranych przez siebie uczniów⁷.

Przeciwno temu stanowi rzeczy, jeszcze w XVI w. zaczęły protestować kolegia miejskie oraz terytorialne. Celem takiego zachowania było wyeliminowanie z zawodu lekarzy obcokrajowców oraz lekarzy pochodzących z innych miast. Chciano w ten sposób pousuwać także tak zwanych „forensi”, czyli lekarzy nie posiadających odpowiedniego pochodzenia – chodziło głównie o osoby wywodzące się z rodzin chłopskich⁸.

Aby osiągnąć wyżej wspomniane wymagania, zaczęto kolegiom miejskim i terytorialnym nadawać te same prerogatywy, co kolegiom uniwersyteckim. Nauczyciele sztuki medycznej w kolegiach miejskich i uniwersyteckich musieli posiadać podwójną inkorporację: uniwersytecką i miejsko-terytorialną. W imię wyższości medycyny nad chirurgią i nacinaniem żył, starano się ograniczyć monopol tych dwóch ostatnich poprzez rejestrację tytułów i przynależności do odpowiednich korporacji zawodowych. Z drugiej jednak strony, lekarze z tytułem doktora, uzyskanym w kolegium uniwersyteckim, zostali zobowiązani do składania egzaminu zawodowego w kolegium miejskim. Dopiero zdanie takiego egzaminu upoważniało do wykonywania zawodu⁹.

⁶ Por. tamże. „[...] tuttavia, questo sistema è stato profondamente trasformato dal modificarsi del rapporto tra Collegi universitari e cittadini: che ha ridefinito i requisiti d'appartenenza ai secondi termini di nascita, intesa come cittadinanza ed astensione dalle arti meccaniche estesa al padre ed eventualmente anche all'avo, in rapporto al consolidarsi degli stati regionali e territoriali: e per questa via, escludendo dall'esercizio professionale entro un dato territorio chi sia privo di quei requisiti, di riflesso ha chiuso per loro anche la matricola dell'universitas degli scolari-apprendisti”.

⁷ Por. tamże. „Il titolo che dall'età medievale i Collegi universitari conferivano, infatti, si rivendicava valido *ubique locorum*, ossia non aveva delimitazioni territoriali, ed autorizzava a un esercizio professionale che conteneva in sé anche la facoltà d'insegnamento, intesa come docenza privata per la formazione di allievi-apprendisti”.

⁸ Por. tamże, s. 8.

⁹ Por. tamże, a także: Ch. B. Schmitt, *La scienza nelle università italiane nel Cinquecento e agli inizi del Seicento*, w: *L'affermazione della scienza moderna in Europa*, red. M.P. Crossland, Bologna 1979, s. 165-190; J.J. Bylebil, *The School of Padua: humanistic medicine in the*

Zmiany, które zaczęły się pojawiać w systemie kształcenia lekarzy w XVI w. zaowocowały kolejnymi w wieku XVIII. Po pierwsze, zostały zarzucone publiczne wykłady *ex cathedra* w kolegiach miejskich. Po drugie, wolne zapisy na studia medyczne zostały zastąpione limitem miejsc. Po trzecie, wprowadzono system naboru prywatnego. Nauczanie prywatne nie ograniczało się jedynie do lekcji teoretycznych, ale wiązało się z praktykami pod kierunkiem lekarza-nauczyciela. Scholarze-terminatorzy oraz praktykanci, uczestniczyli w prywatnej praktyce lekarskiej swojego mistrza¹⁰.

W XVIII w. przestało praktycznie istnieć rozróżnienie na medyczne kolegia uniwersyteckie i kolegia miejskie. Utrzymany natomiast został wcześniejszy wymóg odpowiedniego pochodzenia kandydata: kandydaci pochodzący z rodzin lekarskich byli szczególnie premiowani. Kolegia miejskie, oprócz wcześniejszego przyznawania prawa wykonywania zawodu, zaczęły dążyć do otrzymania prawa nadawania tytułu doktora. W ten sposób każdy absolwent medycznego kolegium miejskiego mógłby otrzymać także prawo nauczania sztuki medycznej¹¹.

Należy w tym miejscu wspomnieć, iż tytuł profesora nie tyle był synonimem nauczyciela, ile człowieka wykonującego wolny zawód i, co się z tym wiązało, posiadającego prawo naboru i kształcenia uczniów. Był to efekt odejścia od wykładów *ex cathedra* i zwrócenia się ku systemowi nauczania prywatnego. Co więcej, dzięki wchłonięciu medycznych kolegiów uniwersyteckich przez kolegia miejskie, nie było już więcej różnicy między „profesorem publicznym” a „profesorem prywatnym”, jeśli chodzi o nauczanie. Różnica pozostała jedynie w prawie nadawania stopni i tytułów akademicko-zawodowych. I tak „profesor publiczny”, będąc kierownikiem jakiejś katedry w kolegium (*ordinario*), mógł nadawać tytuły akademickie i zawodowe. „Profesor prywatny”, który chociaż należał do zespołu wykładowców kolegium, takiego prawa już nie posiadał. Wiązało się to z faktem, iż „profesor prywatny” nie był „ordinario”, ale „straordinario” (nadzwyczajny) lub „aggregato” (dołączony). Ten stan rzeczy miał szczególnie miejsce w Piemontcie i Lombardii¹².

sixteenth century, w: *Health, medicine and morality in the sixteenth century*, red. C. Webster, Cambridge 1979, s. 335-370; M. Pelling, C. Webster, *Medical practitioners*, w: *Health, medicine and morality in the sixteenth century*, s. 165-235.

¹⁰ Por. E. Brambilla, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione medica*, s. 8-9.

¹¹ Por. tamże, s. 9.

¹² Por. tamże. Aby lepiej ukazać różnicę między „profesorem publicznym” a „profesorem prywatnym”, można sięgnąć do słów piemonckiego lekarza Giovan Battisty Bianchiego, który w roku 1718, czyli dwa lata po przywróceniu działalności Uniwersytetu w Turynie

W Italii, w XVIII w. wszystkie profesje związane z medycyną – lekarze, cyrulicy i nacinacze – znajdowały się w stanie napięcia panującego między kolegiami kształcącymi w dziedzinie sztuk wyzwolonych (arti liberali) a korporacjami kształcącymi w zakresie sztuk manualnych (arti meccaniche). Dochodziło do konfliktów dotyczących prawa wykonywania zawodu i naboru adeptów (szczególnie powracała kwestia odpowiedniego pochodzenia). W każdym mieście, wraz z terytorium jemu podległemu, nie brakowało lekarzy, oraz innych osób związanych z medycyną, które mogłyby założyć kolegium medyczne. Problemy pojawiały się na tle prawa wykonywania zawodu w sposób wolny i prawa egzaminowania. Z prawem egzaminowania, w celu nadania prawa wykonywania zawodu, wiązały się napięcia w zakresie czasu ważności nominacji egzaminatorów, którzy stanowili dwie grupy: wybranych na pewien okres czasu (eletti a tempo) i mianowanych dożywotnio (nominati a vita). Szczególnie w przypadku tych ostatnich (nominati a vita) pojawił się problem z tak zwanymi układami rodzinno-dziedzicznymi. Członkowie rodziny uważali, iż prawo do przeprowadzania egzaminów zawodowych powinno przechodzić automatycznie z ojca na syna¹³.

Istniejący w Italii zwyczaj nadawania tytułów zawodowych związanych z medycyną, opartego na monopolu, albo lepiej – monopolach, korporacji zawodowych lub też kolegiów miejskich, doprowadził do sporu o kompetencje między kolegiami uniwersyteckimi a kolegiami miejskimi, między lekarzami „szlacheckimi” (medici nobili) a lekarzami „mieszczańskimi” (medici borghe-

przez Vittorio Amedeo II, pisał: „essendo io Professor pubblico, disegnato, e stabilito direttamente dal Sovrano (...) soltanto faccendosene da me le private veci, e non pubbliche, per non esservi fino ad ora Università”. *Lettere di Lancisti a Morgagni e parecchie altre dello stesso Morgagni ora per la prima volta pubblicate*, red. A. Corradi, Pavia 1876, s. 229. Natomiast w celu ukazania różnicy między uniwersytetem a innymi uczelniami, w latach 1764-1765, faencki lekarz Giuseppe Cicognini pisał w swoim sprawozdaniu do Wiednia o działalności Lombardzkiego Wydziału Medycyny: „Sono le Università, e le Accademie de’ Studj generali così dette, non solo per la universalità delle dottrine, che con certo ordine e metodo vi si insegnano, ma ancora dall’ autorità regia, da cui sono fondate, dalle Dignità e Uffizi, di cui sono ornate, dalle Facoltà, e Colleggi stabiliti per promuovere alli Gradi, dalle Giurisdizioni, e Privilegi, che alle altre scuole Episcopali, e Cenobiali non competono. (...) Sarebbe errore il credere che il solo corpo de’ Cattedratici costituissero l’Università, ovvero questa formassero li soli scolari, ma bensì e li Cattedratici e gli Scolari, e li Collegi dei Dottori, e li Magistrati sono tutti membri”. Cyt. za: E. Brambilla, *Il „sistema letterario” di Milano: professioni nobili e professioni borghesi dall’età spagnola alle riforme teresiane*, w: *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell’età di Maria Teresa*, red. A. De Maddalena [i inni], Bologna 1982, s. 89.

¹³ Por. E. Brambilla, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione medica*, s. 9-10.

si), między uniwersytetami a wydziałami oraz między profesjami wolnymi (lekarzami) a profesjami manualnymi (chirurgami). Przedmiotem kontrowersji nadal było zagadnienie pochodzenia i wiedzy. Chodziło o to, aby do zawodu lekarskiego dopuszczano, nie w oparciu o pochodzenie, ale w oparciu o posiadaną wiedzę. Wiedza starającego się o prawo wykonywania zawodu lekarza, miała być podstawą promocji profesjonalnej i społecznej¹⁴.

Szczególnie ostry spór o kompetencje istniał między lekarzami a chirurgami. W Italii, tak jak i w pozostałych krajach Europy w XVIII w., profesja lekarska zaliczana była do sztuk wyzwolonych, teoretycznych. Chirurgia natomiast, postrzegana była jako niegodna medycyny, gdyż zaliczano ją do sztuk manualnych, mechanicznych i wyłącznie empirycznych. Spór ten posiadał głębokie korzenie społeczne. Od wieków, prawa szlacheckie oraz kościelne zabraniały lekarzom wykonywania prac ręcznych oraz używania „ognia i żelaza” w odniesieniu do ciała ludzkiego. Aby więc dodatkowo odróżnić lekarza od chirurga, ten pierwszy nie tylko, że musiał otrzymać wykształcenie uniwersyteckie oraz adekwatny tytuł, ale dodatkowo miał obowiązek posługiwania się językiem łacińskim, jako językiem ludzi wykształconych. Chirurg nie musiał spełniać tych warunków – wystarczyło, iż był biegły manualnie w przeprowadzanych operacjach¹⁵.

Obok tych uwarunkowań społecznych sporu o kompetencje, istniały uwarunkowania „tradycyjno-medyczne”, które zawarte zostały w systemie [*Corpus*] hipokratejsko-galeńskim. System hipokratejsko-galeński medycyny uważał, iż wiedza, którą powinien posiadać chirurg, jest czymś dodatkowym w stosunku do wiedzy posiadanej przez lekarza-naturalistę. Sztuka medyczna dotycząca wnętrza ciała ludzkiego, nazywana także filozoficzną lub teoretyczną, nie ograniczała się do rejestracji zewnętrznych symptomów choroby, ale starała się dotrzeć do jej źródeł. Bazując na znajomości przyczyn choroby, lekarz przechodził ponad jej przejawami zewnętrznymi i widzialnymi i starał się leczyć to, co jest wewnątrz pacjenta, to, czego nie widać¹⁶.

¹⁴ Por. M. Ramsey, *Medicina e politica di monopolio professionale nel XIX secolo*, „Quaderni storici”, 1981, s. 962.

¹⁵ Por. E. Brambilla, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione medica*, s. 10. Autorka pisze na ten temat: „Un primo u più radicale ordine di conflitti era quello che opponeva il chirurgo al medico, l'arte meccanica e ignobile alla professione liberale e civile, la pura empiria alla pura teoria: se in termini sociali l'opposizione era profondamente radicata nella società d'ordini, e fondata sull'antica preclusione nobiliare ed ecclesiastica contro il lavoro manuale e le operazioni col ferro e col fuoco sul corpo umano, in termini di studi a distinguere il medico-fisica dal chirurgo era anzitutto l'istruzione e il titolo di rango universitario, e quindi l'uso del latino come lingua dotta”.

¹⁶ Por. tamże, s. 10-11. Autorka stwierdza: „Quelle conoscenze erano ordinate in una teoria o sistema che definiva quelle dei cerusici come competenze residue, rispetto al campo

Chirurg (cyrulik) zajmował się leczeniem części zewnętrznej ciała ludzkiego. Jeszcze w XVIII w. istniało przekonanie, iż terapie chirurgiczne (zwane także empirycznymi), pozbawione są podstaw teoretycznych i racjonalnych, a wobec powyższego, prowadzone są, oraz nauczane, na zasadzie powtórzeń i naśladowania¹⁷. Z tego też właśnie powodu chirurgia zaliczana była do sztuk manualnych (mechanicznych).

Anonim (opublikowany w Trydencie w 1718 r.) *Il mondo disingannato da veri medici, cioè Difesa crito-apologetica de' Medici Ippocratico-Galenici contro un Libricciolo intitolato Il mondo ingannato da falsi medici del Sig. Dot. Giuseppe Gazola Medico Cesareo, ed Accademico Aletofilo*, napisany został w obronie lekarzy hipokratejsko-galeńskich¹⁸. Wyjaśniał on na czym polega teoria medyczno-filozoficznego funkcjonowania organizmu. Otóż, według tego tekstu organizm ludzki posiada trzy jamy: naturalną, życiową i duchową. W każdej z tych jam są produkowane odpowiednie płyny i duchy, które pozwalają na funkcjonowanie ciała. W jamie naturalnej (zwanej także „niższą”), która rządzi funkcjami naturalnymi, ekonomicznymi i reprodukcyjnymi, wątroba zajmowała się „ukrwieniem”, przemieniając pokarm w krew gęstą i ciemną, która odżywiała pozostałe części organizmu poprzez system żył. W jamie życiowej („średniej”) znajdował się wrodzony płomień serca, który będąc wentylowanym przez płuca, produkował „ducha życiodajnego”. Płomień ten mieszając się z krwią, nadawał jej kolor jasnoczerwony. Ta krew, dzięki uderzeniom serca i systemowi tętnic, dostarczała ducha życiodajnego poszczególnym częściom organizmu, i zapewniała zarazem możliwość wykonywania ruchów. W jamie duchowej („wyższej), czyli w mózgu, niczym w kuźni, wytwarzane były duchy z materiału dostarczonego przez krew. Duchy te, dzięki systemowi nerwowemu, rozchodziły się następnie po całym ciele, zapewniając wykonywanie funkcji sensorywnych i intelektualnych¹⁹.

riservato al medico-fisico: il campo cioè della medicina interna, detta anche filosofica o teorica perché non si limitava a registrare i sintoni dei mali ma risaliva alle loro cause, e sulla base della conoscenza delle cause poteva fondare, oltre le apparenze esteriori e visibili, la cura dei mali interni ed invisibili”.

¹⁷ Por. tamże, s. 11. Autorka pisze wprost: „Sicché, per residuo, ai cerusici restava la cura della superficie esterna del corpo umano, ed una pratica terapeutica priva delle ragioni della teoria – un catalogo di cure empiriche prive di una base di studi e conoscenze teoriche, apprese e tramandate per imitazione e ripetizione e non per raziocinio”.

¹⁸ [Anonim], *Il mondo disingannato da veri medici, cioè Difesa crito-apologetica de' Medici Ippocratico-Galenici contro un Libricciolo intitolato Il mondo ingannato da falsi medici del Sig. Dot. Giuseppe Gazola Medico Cesareo, ed Accademico Aletofilo*, Trento 1718.

¹⁹ Por. tamże, s. 31. Szczególnie opis funkcjonowania mózgu oddany został bardzo plastycznie: „Nella cavità superiore infine il cervello era la fucina, in cui (...) si lavorano

Jak zauważa R.G. Frank, taki model medycyny związany był ściśle z filozofią, a szczególnie z fizyką arystotelesowską – tak zwany model teorii przyczyn wrodzonych („teoria innatistica”). Do tego dochodziło jeszcze arystotelesowskie rozróżnienie duszy na wegetatywną (roślinną), sensorywną (zwierzęcą) i intelektualną (ludzką). Każda z tych dusz, w swoich funkcjach, związana była z głównymi organami jam ciała²⁰: dusza wegetatywna – z wątrobą (jama niższa); sensorywna – z sercem (jama średnia); intelektualna – z mózgiem (jama wyższa).

Z tej teorii przyczyn wrodzonych, opartej na koncepcji rodzajów dusz i ich właściwości, wyrastał również specyficzny język medyczny. Jeszcze w XVIII w. czymś nie do pomyślenia była chęć opisywania funkcjonowania ciała ludzkiego w sposób analityczny i mechaniczny, w taki sposób jakby dotyczyć miał bytów pozbawionych duszy. Z takiego ujęcia medycyny teoretycznej – jako części filozofii – wyrastała również medycyna praktyczna wykładana w kolegiach medycznych. Cechą charakterystyczną, tak praktykowanej, oraz nauczanej, medycyny, był opis chorób „niewidzialnych”, dokonywany na podstawie symptomów zewnętrznych (np. kolor moczu, kolor krwi, żółci itp.). Lekarz zajmował się obserwacją odchodów i wydzielin pochodzących z płynów i humorów obecnych w organizmie oraz mierzenia temperatury i pulsu jako produktów cnót i właściwości organów wewnętrznych²¹ – wszystko to stosownie do humoralnej teorii chorób Klaudiusza Galena.

Kompetencje chirurgów sprowadzały się natomiast do części zewnętrznych organizmu ludzkiego oraz do leczenia systemu mięśniowo-szkieletowego. Ich zadaniem była terapia ran, puszczenie krwi, nacinanie wrzodów, stawianie baniek i kuracja złamań²². Były to czynności mechaniczne,

dalla natura gli spiriti col materiale somministratogli incessantemente dal sangue; da' quali poi col mezzo de' nervi, come da tanti rivoli si irriga il corpo tutto, assicurandogli così le funzioni sensitive e intellettive”.

²⁰ Por. Frank R.G. (jr), *Harvey e i fisiologi di Oxford. Idee scientifiche e relazioni sociali*, Bologna 1983, s. 31.

²¹ Por. [Anonim], *Il mondo disingannato da veri medici, cioè Difesa crito-apologetica de' Medici Ippocratico-Galenici contro un Libricciolo intitolato Il mondo ingannato da falsi medici del Sig. Dot. Giuseppe Gazola Medico Cesareo, ed Accademico Aletofilo*, s. 57. „(...) osservate sopra i colori delle orine, del sangue, e della bile, e le di loro varie mutazioni con l'aspersione de' varj licori, e come catalogo de' successi de' mali, e de' rimedj”.

²² Por. E. Brambilla, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione medica*, s.12. Szerzej na ten temat: P. Verri, *De' medici e De' chirurghi*, w: *Ricordi disinteressati e sinceri. Scritti vari*, red. G. Carcano, Firenze 1854, s. 231-241.

nie związane z wyjaśnianiem istoty choroby w oparciu o teorię humoralną oraz przyczyn wrodzonych. Chirurg nie wdawał się w rozważania, który organ, której jamy ciała, jest odpowiedzialny za powstanie określonej patologii.

Kolejnym punktem gdzie pojawiały się spory kompetencyjne była anatomia. Nie chodziło jednak o zagadnienie rangi lekarzy i chirurgów, ich stopni naukowo-zawodowych, szlachetności wiedzy teoretycznej i wulgarności praktyki, czy też sporu między sztukami wyzwolonymi a sztukami mechanicznymi. Anatomia była miejscem spotkania kompetencji lekarzy i kapłanów. Innymi słowy mówiąc, rodził się spór o kształt medycyny: czy ma to być nadal medycyna oparta o filozofię i teologię, czy też o empirię?

Jeszcze w XVIII w. sekcję uważano za coś, co pozostaje w niezgodzie z obowiązkiem pochowania ciała. Szpitale kościelne bardzo niechętnie, albo prawie w ogóle, nie przekazywały ciał zmarłych królewskiemu wydziałom medycznemu. Sekcja traktowana była jako niebezpieczeństwo podważenia teorii filozoficzno-teologicznych medycyny, czyli całej tradycji medycyny galeńskiej²³. W dalszej perspektywie, praktyka i empiria mogły wziąć górę nad teorią, a wobec powyższego kompetencje lekarza zostałyby zrównane z kompetencjami chirurga. Chodziło więc o ustalenie granicy, gdzie kończą się kompetencje teologii i filozofii, a rozpoczyna się dziedzina nauk empirycznych²⁴.

Na terenie Państwa Kościelnego, szczególnie w Rzymie i Bolonii, w odniesieniu do kształcenia chirurgów, nauczano sztuki leczenia w sposób pamięciowy oraz przez naśladowanie, to znaczy uczeń chirurgii przypatrywał się, jak postępuje jego mistrz. W ten sposób wykształcona była większość chirurgów-pielęgniarzy w szpitalach kościelnych. Nauczanie anatomii ograniczało się do poznania struktury szkieletowo-mięśniowej²⁵.

W Bolonii, w szpitalach pozostających pod jurysdykcją kościelną, lekarze uniwersyteccy nie mieli prawa dostępu do martwego ciała w celu przeprowadzenia sekcji. Anatomia nauczana była na podstawie książek. Jedynie

²³ Por. E. Brambilla, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione medica*, s. 12.

²⁴ Por. tamże.

²⁵ Por. tamże. Szerzej o tym zagadnieniu: B. Genga, G. M. Lancisi, *Anatomia per uso e intelligenza del disegno, ricercata non solo su gli ossi e muscoli del corpo humano, ma dimostrata ancora su le statue antiche più insigni di Roma, delineata in più tavole con tutte le figure in varie faccie, e vedute per istudio della Regia Accademia di Francia Pittura e Scultura sotto la direzione di Carlo Errard. Preparata su i cadaveri dal dottor Bernardo Genga Regio Anatomico. Con le spiegazioni ed indice del sig.r canonico Gio. Maria Lancisi*, Roma 1691.

w okresie Wielkiego Postu, oraz w dniach pokutnych, wolno było lekarzom uczestniczyć w 10-15 sekcjach. Nie przeprowadzali ich jednak osobiście, ale obserwowali to, co czynił chirurg. Po przeprowadzeniu sekcji, zmarłego należało pochować w sposób uroczysty. Tak więc różnice kompetencyjne chirurgów i lekarzy teoretyków pogłębiały się coraz bardziej²⁶. Podobna sytuacja jak w Bolonii, istniała również w Neapolu²⁷, Padwie²⁸, Mediolanie i Pawii²⁹.

Innym punktem sporu o kompetencje, który został już wcześniej zasygnalizowany, było wykształcenie lekarzy – absolwentów wydziałów uniwersyteckich i lekarzy – absolwentów kolegiów medycznych. Chodziło o konfrontacje instytucjonalne między wiedzą medyczną a filozoficzną. W *curriculum* studiów uniwersyteckich tytuł „lekarza natury” stanowił tytuł zezwalający na podjęcie starań do uzyskania tytułu „doctor artium et medicinae”, czyli lekarz-filozof. Częściej jednak był to tytuł doktora nauk teologicznych w dziedzinie praw medycyny³⁰. Tytuł lekarza natury nadawany przez kolegium medyczne nie był natomiast traktowany jako tytuł akademicki, lecz zawodowy. Odpowiadał współczesnemu ukończeniu liceum. Kolegium medyczne, jeśli nie było w jakikolwiek sposób instytucjonalny połączone z wydziałem uniwersyteckim, nie mogło nadawać tytułu „doktora”.

²⁶ Por. F. Cavazza, *Le scuole dell'antico Studio Bolognese*, Milano 1986, s. 258-260; H.B. Adelman, *Marcello Malpighi and the evolution of embryology*, New York 1966, s. 67.

²⁷ M. Torrini, *Antonio Monforte. Uno scienziato napoletano tra l'accademia degli Investiganti e quella palatina di Medinacelli*, w: *Ricerche sulla cultura dell'Italia moderna*, red. P. Zambelli, Bari 1973, s. 108.

²⁸ Por. *Lettere di Lancisi a Morgagni e parecchie altre dello stesso Morgagni ora per la prima volta pubblicate*, red. A. Corradi, Pavia 1876, nr 4, s. 119.

²⁹ Por. E. Brambilla, *Il "sistema letterario" di Milano: professioni nobili e professioni borghesi dall'età spagnola alle riforme teresiane*, w: *Economia, istituzioni, cultura in Lombardia nell'età di Maria Teresa*, red. A. De Maddalena [i inni], Bologna 1982, s. 89.

³⁰ Por. Tenze, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione medica*, s. 13.

IN BREVE**L'educazione dei principianti nella medicina sul territorio d'Italia
nei secoli XVI-XVIII**

Fino al XVI secolo in Italia, la professione medica fu divisa, sia dal punto di vista sociale come dal quello istituzionale. Non esisteva la differenza tra l'attività scientifico-didattica e l'attività professionale.

Il titolo del "dottore di medicina" si poteva acquisire solamente alle Università. Ma questo titolo non bastava per prestare l'attività del medico – si doveva possedere l'autorizzazione da parte del collegio professionale territoriale (collegi municipali).

Dal XVI secolo viene notato il cambiamento circa l'addestramento alla professione medica. Questa riforma comportò sì, che i collegi medici municipali ricevettero gli stessi diritti che le facoltà mediche universitarie. Comunque la distinzione tra il medico e il cirulico (chirurgo) è rimasta. La medicina fu considerata sempre come "arte libera" invece l'attività del chirurgo come "arte manuale".