

Ústav historických věd
Fakulta filozofická
Univerzita Pardubice

THEATRUM HISTORIAE

11

Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická

2012

Publikace vznikla vznikla s podporou Grantové agentury České republiky při realizaci grantového projektu č. 410/11/0487 *Dějiny těla v dlouhém 19. století*.

Na obálku byla použita litografie Josefa Dmycha z cyklu ilustrací léčebných metod Vincenze Priessnitze z roku 1895 (Státní okresní archiv v Jeseníku).

© Univerzita Pardubice, 2012

evidenční číslo MK ČR E 19534

ISSN 1802-2502

Obsah

Daniela TINKOVÁ

Konec hippokratovského světa? Příspěvek k otázce pojetí nemoci mezi renesancí a 19. stoletím 7

Evžen STROUHAL

Pacient a lékař – už ve starém Egyptě 25

David TOMÍČEK

Mor a lékařská literatura pozdního středověku 35

Kateřina ČADKOVÁ

Slabost jedince či poslání? Teoretická a praktická recepce nemoci v prostoru laické religiozity vrcholného středověku 47

Katarína NÁDASKÁ

Vnímanie choroby a starostlivosť o chorých u mendikantov na príklade sv. Alžbety Uhorskej 59

Ingrid KUŠNIRÁKOVÁ

Pacienti a zdravotnícky personál bratislavskej nemocnice milosrdných bratov v ranom novoveku 69

Diana DUCHOŇOVÁ

***O svoje zdravie maj usilovnú starosť.* Prevencia a liečba chorôb na esterházyovskom dvore v 17. storočí** 81

Martina HALÍŘOVÁ

Koncept dětské abnormality v 19. století 99

Václav GRUBHOFFER

Medikalizace smrti na přelomu 18. a 19. století. Okamžik smrti, zdánlivá smrt a vzorce chování k mrtvým z hlediska dějin lékařství 104

Ludmila HLAVÁČKOVÁ

Pokus o školení ošetřovatelek v pražské všeobecné nemocnici ve 40. letech 19. století 124

Tomáš JIRÁNEK

Nemoci a léčebné terapie v životě Emanuela Salomona z Friedbergu - Mírohorského 133

Milena LENDEROVÁ

Anna Bayerová, Anna Fischer -Dücklemann: lékařky, zdraví a sexualita na přelomu 19. a 20. století 153

Daniel HUPKO

Strasti starého grófa. Autoreflexia choroby v osobnej korespondencii aristokrata na sklonku 19. storočia 167

Vladan HANULÍK

Intertextuální narativ? Vnímání vodoléčebné terapie pacienty Vincenze Priessnitze 183

Jan SEIDL

Zhýralci a psychopati. Trestání homosexuality za první republiky a česká medicína 205

Recenze a zprávy 226

Seznam recenzentů jednotlivých příspěvků (abecedně) 241

Seznam autorů (abecedně) 242

Daniela TINKOVÁ

Konec hippokratovského světa? Příspěvek k otázce pojetí nemoci mezi renesancí a 19. stoletím¹

Abstract: *The study introduces the basic outline of conceptions and characteristics of historical approaches to origin of illness and contagion. Essential were primarily the decomposition of ancient Hippocratic-Galen paradigm and the birth of a new model of consideration and defining of illness in the period between the Renaissance and the mid-19th century. We focus on three issues: the question of the definition of illness; efforts to create “nosological” classification schemes; efforts to understand the disease contagion, and the transmission and spread of disease.*

Key words: *nosology – miasma – conception – theory of conception – history of medicine*

Fenomén nemoci provází člověka odnepaměti a poznamenal tak sociální, politické, kulturní dějiny člověka; tvoří tak jejich integrální součást. Součástí kultury se pochopitelně staly i způsoby, jakým je nemoc chápána, vykládána a pojmenována: definice nemoci, stejně jako zkušenost s ní, je specifická v čase, místě i kultuře, závisí na normách a hodnotách dané společnosti a kultury a navzdory své „objektivní“, biologické podstatě se tak jeví i jako produkt kulturní (a ideologický).

Protože tento text má být úvodním příspěvkem k (časově i tematicky) poměrně široce pojaté problematice nemoci, ošetřovaných i ošetřovatelů, v dlouhém časovém úseku, je můj pojat spíše obecněji a jeho charakter je především přehledově-problémový. Jeho hlavním cílem tak bude načrtnout základní „linie“ a charakteristiky pojmání nemoci (bez nároku na úplné vyčerpání tématu a s plným vědomím skutečnosti, že naznačené změny se pochopitelně neodehrávaly lineárně a náznak možná poněkud „školsky“ „vývojového“ schématu nemá nijak sugerovat neexistenci paralelních, alternativních způsobů myšlení). Určující bude především rozklad antického hippokratovsko-galénovského paradigmatu a zrození nového modelu promýšlení a definování nemoci, v období mezi renesancí a polovinou 19. století. Soustředíme se na tři problémy: otázku definice nemoci; snahy o vytváření „nosologických“ klasifikačních schémat; snahy o pochopení nákazy, šíření nemoci.

1 Studie vznikla s podporou Grantové agentury České republiky při realizaci grantového projektu č. 410/11/0487 pod názvem *Dějiny těla v dlouhém 19. století*.

I. Od galénovsko-hipokratovského humorálního konceptu k anatomicko-mechanistickému „solidismu“, klinické patologii a mikrobiologii

Hippokratovsko-galénovská koncepce nemoci vycházela z medicíny, dnes bychom řekli, „holistického“ charakteru, která vnímala člověka v jeho celistvosti a analogicky pojímala i léčbu. Odpovídala jednak představám o vztahu mikrokosmu a makrokosmu, jednak tzv. *humorální teorii*, podle níž se každá živá hmota skládá ze čtyř šťáv - krve, žluči, černé žluči, hlenu neboli flegmatu. Správný poměr či „harmonie“ těchto čtyř šťáv byly charakteristikou organismu zdravého, naopak nemoc byla projevem jejich nerovnováhy či „špatné směsi“ (*dyscrasie*). Hledání příčin nebo stanovení „diagnózy“ do takové medicíny nepatřilo: důležitý byl pouze popis symptomů, které byly - ať šlo o horečku, zácpu, průjem, mdlobu, slabost apod. - vlastně *eo ipso* považovány za „nemoc“. „Příčiny“ nemocí - jak je chápeme dnes - starořecké lékaře vlastně nezajímaly; ostatně v rámci zmíněného humorálního paradigmatu to ani nebylo potřeba, vždyť „příčina“ byla jasná a univerzální - tkvěla v uvedené nerovnováze tělesných šťáv, jež byla většinou způsobena špatným životním stylem. „Nemoc“ tak byla „odhalována“ a „pojmenována“ výhradně na základě svých vnějších projevů, příznaků; jinak to ani nebylo možné, protože ve starém Řecku panoval zákaz pitvání lidského těla. Hippokrates z ostrova Kós (nar. 460 př. Kr., zemřel asi 370 př. Kr.), resp. to, co „Hippokratem“ nazýváme (tedy monumentální *Corpus Hippocraticum* o sedmdesáti knihách, případně i lékařská „škola z ostrova Kós“) se nezabýval ani anatomii či fyziologií, nezajímaly ani o příčiny nemocí, ani o diagnózu.² Pro tento myšlenkový model bylo dále příznačné, že neexistovalo (resp. nebylo relevantní) ani rozlišení mezi chorobami tělesnými a duševními: jejich kořeny byly identické a analogická byla i léčba.

Konceptu nemoci odpovídaly i představy o adekvátní léčbě. K obnovení rovnováhy šťáv měla napomoci v prvé řadě evakuace šťáv „přebytečných“: klasickým postupem bylo pouštění žilou, užívání pijavic apod. Ke klasickým léčebným prostředkům patřil citrón, který měl rozpouštět nadbytečný hlen. Starořeckí hippokratovští lékaři byli přesvědčeni, že tělo samo obsahuje prostředky ke svému uzdravení, disponuje svou vlastní léčebnou silou (*vis medicatrix*), již může lékař pouze napomáhat a hlavně - jak hlásala jedna z prvotních zásad Hippokratových - především nesmí škodit (*primum non nocere*). Cestě ke zdraví měl člověk napomáhat především střídavým životním stylem a uměřenou stravou, která byla považována za lék a dočkala se vlastní analogické klasifikace do čtyř skupin odpovídajících

2 Tzv. „pergamonská škola“, paralelní ke škole z ostrova Kós, rozvíjela poněkud jinou linii lékařského myšlení. Anatomické a fyziologické poznatky tak odkázal budoucím generacím až římský filozof a lékař řeckého původu Galénos z Pergamonu (129-200 n. l.), který se začal věnovat pitvám zvířat, na jejichž základě usuzoval na analogie s lidským organismem.

cích čtyřem živlům/temperamentům/věkům/hlavním orgánům/ (viz tabulky 1 a 2) na základě známého modelu sympatií/příbuzností, jež Michel Foucault nazývá „renesanční epistémou“: „Znakem příbuznosti, zároveň tím, co ji činí viditelnou, je prostě analogie.“³ Nešlo však jen o střídmost fyzickou, ale i duševní: bylo třeba vyhýbat se všem excesům, prudkým hnutím mysli – *vášním*.⁴

Hippokratovsko-galénovský model, zděděný z antiky, dominoval až hluboko do 17. století a svým způsobem přetrvával až hluboko do století osmnáctého (a na práh devatenáctého), přestože jeho autoritu začaly již od 15.-16. století problematizovat jednak intelektuální, vědecké novinky, jednak nové jevy sociální i biologické.

Rozšíření praxe pitev pak umožňuje identifikaci většího počtu dosud neznámých patologických stavů a změn, k nimž dochází v mrtvém těle a postupná systematizace pozorování nemoci u lůžka nemocného napomáhá k lepšímu a koherentnějšímu uchopení příznaků (symptomů) nejrůznějších chorob. S příchodem renesance současně narůstá počet známých nemocí. Se zámořskými objevy a vůbec s rozšiřováním geografického horizontu evropského člověka přicházejí na starý kontinent chřipka, tyfus, žlutá horečka (z Afriky), syfilis (z Ameriky)⁵ a další „nosologické entity“, které se do galénovského humornálního paradigmatu už úplně „nevejdou“. Novověké lékaře tak trápí řada (staro)nových otázek: Znamená nemoc dysfunkci nějaké tělesné části – tekuté či pevné, nebo je sama o sobě svébytnou entitou? Rodí se přímo v lidském organismu, nebo do něj vstupuje „zvnějšku“?

V renesančním období byla poměrně rozšířená idea „prvotních semen“ nemoci, (*seminaria prima*). Šlo o hmotné, ale neviditelné částičky, které mohou pronikat do lidského organismu: takovou teorii rozvíjel například italský lékař, humanista Girolamo Fracastoro (1478-1553) ve svém díle *De Contagione et Contagiosis Morbis et Curatione* z roku 1546. Podobnou teorii semen zastával také Paracelsus (1493-1541); ten byl však – v opozici k celému hippokratovsko-galénovskému učení – současně přesvědčen, že nemoc představuje svébytnou existenci, má vlastní strukturu a vlastní kvality; každá nemoc také vy-

3 Michel FOUCAULT, *Slova a věci*, Praha 2007, s. 27

4 K hippokratovsko-galénovskému modelu, především pak k jeho vlivu na pozdější evropskou medicínu existuje poměrně bohatá literatura. K základnímu seznámení viz např.: Mírko GRMEK (ed.), *Histoire de la pensée médicale en Occident 1, Antiquité et Moyen Age*, Paris 1995; Fridolf KUDLIEN, *Der Beginn des medizinischen Denkens bei den Griechen*, Zurich – Stuttgart 1967; Erich SCHÖNER, *Das Viererschema in der antiken Humoralpathologie*, Wiesbaden 1964; nebo David CANTOR (ed.), *Reinventing Hippocrates*, Aldershot – Burlington – Singapore – Sydney 2002; případně i klasická práce Raymund KLIBANSKY – Erwin PANOFSKY – Fritz SAXL, *Saturn and Melancholy*, London 1964.

5 Massimo LIVI BACCI, *Populace v evropské historii*, Praha 2003, s. 77-78.

žaduje zcela specifický lék.⁶ (To není samozřejmě úplně novátorská myšlenka: už Platón ve svém dialogu *Timaios* označil nemoc za zvíře, které si žije svůj vlastní život.⁷)

Také Athanasius Kircher (*Scrutinium physico-medicum pestis*, 1658) a Anthoni van Leeuwenhoek mohli později, v 17. století, již díky mikroskopu sledovat drobné „animalkuly“,⁸ jejichž pohybem vysvětlovali i šíření nemoci.

Analogický „paracelsovský“ model „semen“ rozvíjeli v následujícím století také další významní lékaři, především slavný Vlám Jan Baptista van Helmont (1579-1644). Právě jemu také náleží mimo jiné ta zásluha, že se jako jeden z prvních snažil rozlišit „příčiny“ od pouhých „příznaků“, zatímco například ještě jeho významný mladší současník z Británie Thomas Sydenham (1624-1689), definoval nemoc jako „souhrn symptomů“. Van Helmont byl naopak přesvědčen, že tyto *symptomy* nejsou *příčinami*, ani nepředstavují samostatnou nemoc (horečka je klasický příklad), ale jsou pouze projevem boje těla proti této nemoci.⁹ Naopak zmíněný Sydenham považoval za „boj“, který vede tělo, nemoc samotnou; nemoc sama tak pro něj představovala blahodárné úsilí přírody o obnovení původního stavu.

K důslednějšímu vymezení vztahu mezi příčinou, příznakem/symptomem a samotnou nemocí obecně napomáhal v 17. století rozvoj anatomie a iatrofyzikální přístup k medicíně. Bez důsledků nezůstalo samozřejmě ani šíření a zdokonalování nových vynálezů: například díky mikroskopu se tak učencům otevřel v lidském těle dosud neviditelný strukturovaný svět. Lékaři se začali ptát po „příčinách“ a „sídlech“ nemocí, které začali nacházet v pevných – a nikoli už v tekutých – částech lidského organismu: pro tento důraz na pevné části, jímž se odlišoval od stoupenců humoralismu, se takový proud myšlení začal v dobovém slovníku označovat jako „solidismus“. Stará medicína se zajímala o *obsah* orgánů; nyní se pohled obrací: „solidisté“ se soustřeďují na samotné tyto „pevné“ orgány.

6 Viz např. Mirko D. GRMEK, *Le concept de maladie*, in: Mirko D. Grmek – Bernardino Fantini (eds.), *Histoire de la pensée médicale en occident 2. De la Renaissance aux Lumières*, Paris 1997, s. 157-176, zde zejm. s. 160-164; viz též Walter PAGEL, *Paracelsus: An Introduction to Philosophical Medicine in the Era of the Renaissance*, 2. vyd., Basel – München - Paris 1982.

7 J. F. A. Mc MANUS, *The Fundamental Ideas of Medicine. A Brief History of Medicine*, Springfield-Illinois 1963, s. 41.

8 Heslo *Contagion*, in: Roderick E. McGREW (ed.), *Encyclopaedia of Medical History*, London 1985, s. 77-79.

9 Jan Baptista van Helmont chtěl také skoncovat s antickou teorií nemoci jako „excesu“, „nedostatku“ či „narušení“ (humorální rovnováhy) a, analogicky jako Paracelsus, připisoval nemoci vlastní existenci. Současně ji popisoval jako špatné fungování dvou základních „archeů“, které představují *archeus influus* (božský princip oddělený od myslící duše) a autonomní *archei institi* řídící jednotlivé orgány. M. D. Grmek, *Le concept*, zejm. s. 160-164; viz též Walter PAGEL, *Van Helmont's Concept of Disease – To be or not to be? The Influence of Paracelsus*. *Bulletin of the History of Medicine* 46, 1983, s. 419-454.

Průkopnická role je připisována dubrovnickému rodákovi Giorgiu Baglivimu (1668-1707), činnému na univerzitách v Bologni a Římě. Tento předčasně zemřelý lékař pravděpodobně jako první prohlásil za „sídlo“ fyziologických a patologických procesů v lidském těle pevná „vlákna“ tvořící organismus (*fibri*), nikoli již tedy obligátní „šťávy“.¹⁰ Skutečné počátky tzv. orgánové patologie jsou však obvykle připisovány jinému Italovi: Giambattista Morgagni (1682-1771), profesor na univerzitě v Padově, po šest desetiletí pečlivě shromažďoval svá anatomická pozorování, založená na experimentální metodě, než roku 1761 publikoval v Benátkách své nejslavnější dílo (a jedno z nejvýznamnějších děl evropské medicíny vůbec), anatomicko-patologické pojednání *De sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indigatis* o sedmi stech padesáti stranách. Ačkoli se Morgagnimu nemoc jeví stále především jako „souhrn příznaků“, její bezprostřední příčina již spočívá v narušení struktury konkrétního orgánu; nemoc je tedy jasně lokalizovatelná a nemusí nutně zasáhnout celé tělo.¹¹ Taková definice nemoci se stala ve druhé polovině 18. století velice vlivnou.¹² Morgagniovský koncept ostatně prosvítá i z článku „Nemoc“, již pro Diderotovu Encyklopedii zpracoval roku 1765 rytíř de Jaucourt: „*Nemoc je špatná dispozice, (...) která způsobuje více či méně citelné narušení výkonu jedné nebo více funkcí zdravého života, nebo dokonce některou z těchto funkcí zcela přerušuje.*“¹³

Tento koncept nemoci definované *narušením, poškozením, lézí (lésion)*, později prohloubila patologie tkáňová, za jejíhož „zakladatele“ je považován předčasně zesnulý talentovaný francouzský lékař François-Xavier Bichat (1771-1802) a jeho *Traité des mem-*

10 Těžiště Bagliviova studia tvořil mozek a jeho stěžejní dílo představuje *De praxi Medica*, publikovaná v Římě roku 1696. K teoriím nemoci v 17. století, především ve vztahu k rozvoji anatomie viz např.: Walter PAGEL – Marianne WINDER, *Harvey and the „modern“ Concept of Disease*. Bulletin of the History of Medicine 42, 1968, s. 496-509 a Luigi BELLONI, De la théorie atomistique mécaniste à l'anatomie subtile (de Borelli à Malpighi) et de l'anatomie subtile à l'anatomie pathologique (de Malpighi à Morgagni), Clio Medica 6, 1971, s. 99-107.

11 K Morgagnimu a jeho pojetí nemoci viz např. Giuseppe ONGARO, *Giovanni Battista Morgagni*, in: Sandra Casellato – Licuana Sitran Rea (eds.), *Professori e scienziati a Padova nel Settecento*, Treviso 2002, s. 20-30, dále M. D. GRMEK, *Le Concept II.*, s. 176; TÝŽ, *De la réception du De sedibus de Morgagni en France au XVIIIe siècle, Dix-Huitième siècle*, Paris 1991, s. 59-72. Viz též Robert P. HUDSON, *Disease and its Control. The Shaping of Modern Thought*, Connecticut – London 1983, s. 106-108.

12 Můžeme nicméně připomenout, že by byly tradiční koncepty zcela opuštěny: ještě někteří přední lékaři pozdně osvětské doby a počátku 19. stol. se drželi teorie příznaků, i proto se například ještě na počátku 19. stol. rozlišovalo 17 různých „tuberkulóz“, protože nebyla známa ta „jediná příčina“, již představuje tzv. „Kochův bacil“. „Co je to zápal pohrudnice (*pleurésie*)?“ tázal se ještě na konci 18. století Pierre-Georges Cabanis (1757-1808), jedna z největších lékařských autorit z doby Direktorie a konzulátu. „Je to souběh vedlejších příznaků (*accidents*), které ji tvoří“. Analogicky tak definoval nemoc jako asociaci symptomů, které lékařův pohled zkrátka vyjímá ze zmateného celku; za názvem neleží žádná skutečná, autonomní realita. Jean-Paul LÉVY, *Le pouvoir de guérir. Une histoire de l'idée de maladie*, Paris 1991, s. 180.

13 „*La maladie est une disposition vicieuse, un empêchement du corps ou de quelqu'un de ses organes, qui cause une lésion plus ou moins sensible, dans l'exercice d'une ou de plusieurs fonctions de la vie saine, ou meme qui en fait cesser absolument quelqu'une.*“

branes z roku 1800.¹⁴ Toto poškození, *lésion*, považovali pak Laurent Bayle (1774-1816) a René-Théophile Laënnec (1786-1821/26) za samotnou *esenci* nemoci, nikoli již za její „příčinu“ nebo „důsledek“; proto už cílem diagnózy nemá být napříště určit celek/souhrn symptomů, ale právě samo toto poškození, „lézi“.¹⁵

V „lézi“ příslušného orgánu byla napříště hledána také příčina, či, řečeno dobovým slovníkem, „sídlo“ (*siège*) poruch duševních.¹⁶

Jestliže ještě pro Bichata představovaly sídlo nemoci tkáň, pak později, ve druhé polovině 19. stol. došlo ještě k dalšímu „mikroskopickému“ zúžení pohledu, a to s patologií buněčnou, která je spojována především se jménem pruského politika a lékaře z berlínského špitálu Charité Rudolfa Ludwiga Karla Virchowa (1821-1902),¹⁷ za jejího „zakladatele“ však bývá obvykle považován německý přírodovědec Theodor Schwamm (1810-1882), k jehož předchůdcům můžeme počítat i českého fyziologa Jana Evangelistu Purkyně. Nelze však opominout ani roli, již sehrál Louis Pasteur (1822-1895) při výzkumu mikroorganismů na základě studia mléčného, octového a alkoholového kvašení, které mu umožnilo zformulovat teorii, že nemoci, stejně jako hniloba či zánět, jsou způsobeny živými mikroorganismy.¹⁸ Ve 20. století tuto na buněčnou patologii navázala patologie molekulární: teprve tyto teorie 19. a 20. století můžeme považovat za projev skutečného „konce humoralismu“ v lékařském myšlení. Rolf Winau podotýká, že buněčná patologie zcela rozbila koncepci univerzální „nemoci o sobě“: „existují pouze nemocné buňky“, jednak *de facto* narušila i univerzální koncepci člověka o sobě a jeho těla: „jsou-li nemocné jen některé buňky, pak lékaře už nezajímá „zbytek“ těla.“¹⁹

Aby tento výklad nepůsobil tak přímočaře, je možná nasnadě podotknout, že paralelně existovala však samozřejmě i další učení přinášející „alternativní“ výklady nemoci, která

14 Roselyne REY, *Une doctrine du XIXe siècle. Bichat et l'émergence de la notion de tissu*, in: Danielle Gourevitch (ed.), *Histoire de la médecine. Leçons méthodologiques*, Paris 1995, s. 108-114.

15 M. D. GRMEK, *De la réception, tamtéž*; TÝŽ, *Concept de la maladie...*, in: Mirko D. Grmek – Bernardino Fantini (eds.), *Histoire de la pensée médicale en occident 3., Du romantisme à la science moderne*, Paris 1999, s. 147-169.

16 Autorka této studie se například v jednom z předchozích výzkumů snažila sledovat způsoby, jakými se v lékařském diskursu přelomu 18. a 19. stol. vykládaly „melancholie“ a „sebevražedné sklony“ a jak se hledalo fyzické „sídlo“ této „nemoci“, viz Daniela TINKOVÁ, *Hřích, zločin, šílenství v čase odkouzlování světa*, Praha 2004, s. 282-290.

17 Jeho klasickou biografií se stala práce Erwina Heinze ACKERKNECHTA, *Arzt, Politiker, Anthropologe*, Stuttgart 1957. K Virchowovi a jeho konceptu nemoci viz též M. D. GRMEK, *Concept*, in: *Histoire* 3, s. 154-156.

18 K osobnosti a dílu L. Pasteura existuje rozsáhlá literatura. Pro seznámení viz např. Patrice DEBRÉ, *Louis Pasteur*, Paris 1994; Bruno LATOUR, *Pasteur, une science, un style, un siècle*, Paris 1995; či Daniel RAICHWARG, *Louis Pasteur, l'empire des microbes*, Paris 1995.

19 Rolf WINAU, *Die Entdeckung des menschlichen Körpers in der neuzeitlichen Medizin*, in: Arthur E. Imhof (Hg.), *Mensch und sein Leben*, München 1983, s. 209-225, zde s. 221.

nezůstala bez vlivu, ať šlo například o „živočišný magnetismus“ - „mesmerismus“²⁰ nebo třeba o populární brownianismus (též „brunonianismus“) jako jednotící či holistická filozofie medicíny populární především v německých zemích a severní Itálii. Její průkopník, žák velkého neurologa W. Cullena, John Brown (1735-1788), zakládal svou teorii nemoci na základě principu vzrušení, *excitability*, jako ústřední vlastnosti (jejímž centrem je neuromuskulární systém) každé živé bytosti vnímat a přijímat podněty zvenčí a reagovat na ně. Nemoc může být vyvolána dvojitým způsobem – buď přemírou stimulace, tzv. *sthenií*, nebo její naprostou absencí – tzv. *asthenií*. Při sthenických nemocech je potřeba snížit úroveň excitace a podpořit mírnou očistu organismu (Brown doporučoval také striktní vegetariánství), naopak při nemocech asthenických mělo pomáhat podávání různých dráždivel včetně kořeněného jídla, vína, opia či brandy.²¹ Právě Brown, stejně jako jeho učitel W. Cullen, tak vlastně rozvíjeli klasické teorie rovnováhy. Koncept „dyskrasie“ jako špatné směsi v krvi coby projev patologie se ostatně „znovuobjevil“ ještě hluboko v 19. století u vůdčí osobnosti tzv. vídeňské školy, lékaře, politika, patologa, královéhradeckého rodáka Karla von Rokitanski (1804-1878).²²

II. Čas systémů – nosologická schémata

Ke konceptualizaci nemoci v období druhé poloviny sedmnáctého až první poloviny devatenáctého století neodmyslitelně patří také vytváření „nosologických schémat.“ Výraz „nosologie“ (z řeckého *nósos* - nemoc) označoval studium kritérií klasifikací nemocí a není náhodou, že se objevil v 18. století spolu s prvními klasifikacemi živočišných a rostlinných druhů. Lékařům nebylo dlouho zcela jasné, podle jakého klíče mají být nemoci vlastně řazeny? Podle příznaků, podle příčin, podle poškozené části organismu nebo podle druhu tohoto poškození? Tato kritéria obecně mohou být skutečně trojího druhu – *sémiologického* (dle příznaků), *etiologického* (dle původu) a *patogenického* (podle mechanismů, které spouštějí nemoc). Na prahu moderní doby se však setkáváme i s klasifikacemi podle napadených orgánů, což je ale z dnešního hlediska mnohem problematičtější (už proto, že některé nemoci mohou napadat více orgánů, případně proto, že stejný orgán mohou poškozovat různé nemoci).

20 K mesmerismu viz např. Jean THUILLIER, *F. A. Mesmer ou l'extase magnétique*, Paris 1988; Robert DARNTON, *Mesmerism and the End of Enlightenment in France*, Cambridge – Massachusetts - London, 1968.

21 K brownianismu viz např. William F. BYNUM – Roy PORTER, *Brunonianism in Britain and Europe*, Wellcome Institute of the History of Medicine, London 1988.

22 Hvězdoslav ŠTEFAN, *Karel Rokitanský*, Hradec Králové 1954; Hvězdoslav ŠTEFAN – Olga PROCHÁZKOVÁ – Ivo ŠTEINER, *Karel Rokitansky*, Hradec Králové 2005.

Snahy o vytvoření jakýchsi „druhů“ nemocí samozřejmě existovaly už dříve, i v antice existovalo alespoň jakési vágní rozdělení na nemoci „individuální“ a „kolektivní“, na nemoci „pevných“ a „tekutých“ částí. Hippokratovský systém znal jen poměrně jednoduchou klasifikaci nemocí, které dělil na *prudké, chronické, endemické a epidemické* – příznačně podle jejich projevů/symptomů/příznaků, nikoli podle „příčin“. Také někteří renesanční myslitelé se pokoušeli o určení několika „skupin“ chorobných stavů. K nejzajímavějším bezpochyby náleží „klasifikace“ Paracelsova (1493-1541), která postupuje dle „příčin“ (pojatých pochopitelně zcela „paracelsiánsky“): nemoci se tak dělí na ty 1) od Boha, 2) z hvězd, 3) z nějakého omylu či pochybení přírody, 4) z představivosti, případně z očarování, 5) z nějaké jedovaté látky.²³

Jinou logiku klasifikace nabídl zhruba o půl druhého století později Thomas Sydenham (1624-1689), který ve 2. polovině 17. stol. tvrdil, že stejná nemoc se i u různých osob přeci projevuje stejnými příznaky, takže by na základě rozdílů a podobností mělo být možné ustavit nosologický systém, tedy přirozenou a koherentní klasifikaci. Byl přesvědčen, že každé onemocnění má v takovém systému své místo podobně jako každé zvíře či rostlina. Sám se ale do žádné takové konkrétní klasifikace nepustil, pokusil je jen o nastínění soupisu symptomů a klinických popisů charakteristických pro určitou nemoc, který by mohl sloužit k vytvoření klasifikace.²⁴

Na prahu 18. století však ovládl velkou část vědeckého světa skutečný „duch systémů“, tedy snaha klasifikovat nemoci podle jasných druhů v linnéovském stylu jako rostliny či zvířata nebo nerosty; dokonce sám Carl Linné (1707-1778), autor nové přírodovědné taxonomie (*Systema Naturae*, 1735, *Species Plantarum*, 1753) pokusil i o jakousi klasifikaci nemocí (*Genera Morborum*, 1763).²⁵

Ještě významný leydenský lékař Herman Boerhaave (1668-1738), učitel obou velkých zakladatelů „vídeňské školy“, Gerharda von Swieten (1700-1772) a Antona de Haën (1704-1776), utvořil klasifikaci „humorálního“ typu: rozlišoval tak 1) nemoci z oslabení či ochabnutí (souchotiny/úbytě); 2) nemoci z přebytku síly; 3) nemoci z excesů oběhové soustavy (záněty, hnisání); 4) „samovolné narušení šťáv“; 5) oběhové poruchy; 6) zácpy.²⁶

První konzistentní nosologický systém ovšem ještě před Linném vytvořil jeden z předních příslušníků montpeliérské vitalistické školy a Linnéův dobrý přítel, François Boissier de Sauvages (1706-1767). Inspirován Linném i Sydenhamem, pokusil se o ustavení

23 Raymond VILLEY a kol., *Histoire du diagnostic médical*, Paris – New York – Barcelone – Milan 1979, s. 52-53.

24 M. D. GRMEK, *Concept*, in: *Histoire* 2, s. 167-170, dále např. R. VILLEY, *Histoire*, s. 62-63.

25 *Systema Naturae* (1735), *Species Plantarum* (1753), *Genera Morborum* (1763).

26 R. VILLEY, *Histoire*, s. 69.

klasifikace nemocí dle symptomatických podobností. Rozdělil je – po vzoru botaniků – podle příznaků/symptomů do 10 tříd, 40 řádů a 2.400 druhů.²⁷ Už v roce 1731 publikoval *Nouvelles classes de maladies*, které později (1763) přepracoval jako *Nosologia methodica*; měly údajně vliv i na samotného Linného. Na Boissiera de Sauvages navázal původem slovinský lékař Jean-Michel Sagar (*Systema morborum symptomaticum*, 1776), který se snažil o podobnou linnéovskou klasifikaci nemocí podle tříd, řádů, rodů a druhů.²⁸

Jednodušší model vytvořil zakladatel britské neurologie William Cullen (1710-1790) ve svých *First Lines Practice of Physic* (1778-1779), kde si vystačil s pouhými čtyřmi třídami nemocí:

1) *pyrexie* - „horečnatá onemocnění“, jichž rozlišoval 5 druhů, a patřila sem většina infekčních onemocnění: najdeme zde „horečky“, krvácení, katary apod.,

2) *kachexie*: celková sešlost a slabost (Cullen jmenuje zakrnění, různé nádory, krtici, syfilis, skrofulózu, ale i žloutenku),

3) *neurózy*: kromě šílenství sem patřily mj. spasmy-křeče (kam ale řadil také například tetanus, tanec sv. Víta, cukrovku, černý kašel či bušení srdce (palpitace).

4) *lokální onemocnění*.

První tři odpovídaly poruchám čtyř tradičních fyziologických funkcí – *animální*, *vitální* a *naturální*, třída čtvrtá zahrnovala patologické změny lokálního charakteru.²⁹

Vrcholným (a přelomovým) dílem této „systematické“ klasifikace však byla slavná práce Philippa Pinela (1745-1826) *Filozofická nosografie neboli analytická metoda aplikovaná na medicínu* z roku 1798,³⁰ která se jen do roku 1818 dočkala dokonce šesti vydání. Mýtický otec „moderní“ psychiatrie zde rozlišoval pět základních tříd „vnitřních nemocí“, které prý vytvořil na základě „patologických procesů“; zajímal se tedy spíše o formy poškození (*lésions*) než o samotné narušené orgány: 1) *Fièvres* (horečky); 2) *Phlegmasies* (záněty vnitřní); 3) *Hémorragies* (krvácení); 4) *Névroses* („neurózy“; řadí sem ovšem například i tetanus a dokonce černý kašel); 5) *Lésions organiques* (organické poruchy; do této kategorie Pinel zjevně zahrnoval vše, co mu nezapadalo do kategorií předcházejících – například i cukrovku).³¹ Později, ve svém „lékařsko-filozofickém pojednání o duševní chorobě“ vyčlenil Pinel také nemoci duševní, tzv. *vésanie*, a rozdělil je do čtyř skupin, kte-

27 Sauvagesovo dílo lze najít online, viz: <http://web2.bium.univ-paris5.fr/livanc/?cote=41347&do=livre>.

28 M. D. GRMEK, *Concept*, in: *Histoire* 2, s. 171.

29 Viz např. Roy PORTER, *Největší dobrodíní lidstva. Historie medicíny od starověku po současnost*, Praha 2001, s. 294-295.

30 Philippe PINEL, *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, Tom. I *Introduction*, Paris 1798.

31 Tamtéž, zejm. s. 5 a násl.

ré tvoří prostá melancholie (částečné delirium), mánie (obecné delirium), demence (všeobecné oslabení intelektu) a idiocie (úplný zánik rozumových funkcí).³²

Možná stojí za zmínku, že v českých zemích se o jakousi systematickou klasifikaci nemocí pokusil známý fyzikus pražského Starého Města, Franz Xaver Alois Stelzig (1784-1856),³³ doktor medicíny, chirurgie a magistr porodnictví. (Je ostatně považován i za průkopníka „politické aritmetiky“ v našich zemích - sestavil mimo jiné první úmrtnostní tabulky pro Čechy za období 1800-1828).³⁴ Ve své slavné zdravotnické topografii Prahy z roku 1824 rozdělil nemoci - především tedy ty, s nimiž se mohl setkat i v prostředí hlavního města Českého království - podle několika kategorií. Podle četnosti výskytu tak rozlišuje nemoci: sezónní; epidemické; endemické; sporadické; „stálé“ (?) – *stehende*; nakonec jmenuje „nákazy“ (doslova *Pesten*) obzvláště panující v Praze. Dále postupuje Stelzigovo rozčlenění dle projevů (vyrážky – *Ausschlagskrankheiten*; záněty – *Entzündungskrankheiten*, krvácení – *Blutflüsse* a nemoci nervové – *Nervenkrankheiten*, kam vedle hysterie či hypochondrie patří například i „zamilované šílenství“ či sebevražda. Z dnešního pohledu možná trochu anorganicky kompletují tento výčet nemoci „chronické“, kam Stelzig řadí různé druhy onemocnění rozličného původu i příznaků, od vodnatelnosti a zlučových kamenů po bledničku a průjem.³⁵

Během 19. století, kdy se dále rozvíjel „osvícenský“ důraz na pozorování a na praxi, stejně jako klinická medicína, lékařská obec postupně rezignovala na příliš ambiciózní zobecňování. Přesto se objevily i snahy o mezinárodní statistickou klasifikaci; 1893 tak vznikl v Chicagu seznam dle modelu Bertillonova, sestaveného v Paříži roku 1885; jde o mezinárodní klasifikaci příčin úmrtí. Nový pokus následoval v roce 1948, později roku

32 TÝŽ, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, reprodu., Paris 1965. K počátkům nosologie viz též François DAGOGNET, *Le catalogue de la vie. Etude méthodologique sur la taxinomie*, Paris 1970, kapitola III. (La nosologie), s. 125-171.

33 Narodil se v Hošticích u Litoměřic, roku 1815 byl promován doktorem medicíny a chirurgie. Od roku 1820 působil jako městský ranl lékař Horního Nového Města v Praze, od roku 1824 byl staroměstským fyzikem. Posléze působil v hlavním městě Českého království jako policejní a soudní lékař. Dočkal se také čestného občanství Prahy, a to za ošetřování raněných ze svatoušních bouří v r. 1848. Jeho nejvýznamnější díly byly: Franz Xaver Alois STELZIG, *Versuch einer medizinischen Topographie von Prag*, Praha 1824; a TÝŽ, *Geschichtlich-statistische Darstellung der Cholera in Prag*, Praha 1833. Ke Stelzigovi nově viz např. článek Martin FRANC, *Obyvatelé Prahy roku 1824 očima lékaře*, in: Zdeněk Hojda – Roman Prahel (ed.), *Mezi časy... Kultura a umění v českých zemích kolem roku 1800*. Praha 2000, s. 369-379.

34 Své výsledky publikoval Stelzig ve studii Resultate der Geburts- und Sterbeverhältnisse otištěné roku 1830 v Časopise českého muzea. Viz Prokop ZÁVODSKÝ, *Vlastenecké muzeum v Čechách a rozvoj naší statistické vědy*, in: Bulletin České statistické společnosti 2, 1993, s. 2.

35 Franz Alois STELZIG, *Versuch einer medizinischen Topographie von Prag*, Prag 1824, Bd. 2., 1. oddíl, s. 9-88.

1993 se v Ženevě zrodila 10. mezinárodní klasifikace (*Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, tzv. CIM-10), první, která se snaží být exhaustivní.³⁶

„Nosografické“ konstrukce ve stylu Williama Cullena, Boissiera de Sauvages či Philippa Pinela tak měly krátký život a také „duch systemizace“, který pokoušel medicínskou vědu v období od 2. poloviny 17. do poloviny 19. století, vedl k přílišným zobecňováním a zjednodušováním. Přesto se lze domnívat, že přispěl k systematictějšímu promýšlení vztahů mezi „symptomy“ a „příčinami“ a tím i k chápání nemoci samotné.

III. Nákaza a „miazmata“

K nabourání tradičního pojetí nemoci napomohla také intenzivní zkušenost s novými nákazami, které na prahu novověku zasáhly Evropu: (pozdně) středověká a raně novověká Evropa zoufale bojuje s řadou chorob epidemického charakteru, jejichž objasnění se staré koncepci stále více vymyká. Nemoci se „záhadně“ objevovaly a „záhadně“ mizely, přesouvaly se napříč kontinentem i oceánem. A nejde jen o opakující se epidemie moru, které trápily Evropu až do 18., resp. počátku 19. století. Rozvoj měst, již doprovázela rostoucí koncentrace obyvatelstva a také zámořské (a jiné obchodní dálkové cesty), stejně jako masové přesuny vojsk napomáhaly k interpersonální, internacionální i interkontinentální výměně přenašečů. Klasickým příkladem bylo nejen šíření malárie z bažinatých italských regionů, ale také „export“ spalniček, neštovic, lepry a malárie mezi indiánské obyvatelstvo střední Ameriky či „import“ žluté zimnice a syfilidy do Evropy.³⁷

Že nemoc může být přenosná, vědělo se už v antice; u Hippokrata najdeme jen rozdělení nemocí na individuální (způsobené selháním diety a životního stylu) a kolektivní (způsobené klimatem, ročním obdobím, vzduchem apod.), jež jsou dále rozčleněny na „lokální“ (vyvolené špatným vzduchem, vodou, půdou, ročním obdobím či klimatem) a „obecné“. Ve vysvětlení tohoto druhého typu nemocí, nemocí „kolektivních“, hrají roli tzv. „miazmata“, tedy škodlivé prvky obsažené ve vzduchu, do něhož se obvykle dostávají exhalací ze země, ale především z rozkládající se hnilobné hmoty typu výkalů, mrtvol, bažin apod. Ty pak pronikají dýchacími či jinými cestami do organismu, kde pak škodí.³⁸

36 M. D. GRMEK, *Concept*, in: *Histoire* 3, s. 166-167.

37 K epidemiím v raně novověké Evropě viz např. Massimo LIVI BACCI, *Populace v evropské historii*, Praha 2003, s. 77-79.

38 Viz např. heslo *Contagion et Infection*, in: Dominique LECOURT (ed.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris 2004, s. 283.

Vysvětlit formu přenosu nemoci, to byl tedy další těžký úkol pro rodící se novověkou medicínskou vědu. Girolamo Fracastoro (ve zmíněném spise *De Contagione*, 1546) věřil v přenos „živých semen“ nemoci, jejichž teorii zformuloval na základě svých zkušeností se syfilidou a morem. To, co nazýval „*seminaria*“ či „*contagium animatum*“, se předává z osoby na osobu a může také pronikat neživými věcmi. S ideou podobných „*corpusculi*“, která mohou ulpívat na věcech, pracoval, jak již víme, také například Athanasius Kircher (*Scrutinium physico-medicum pestis*, 1658).³⁹ Ve stejném období se ale objevovala i jiná vysvětlení, především pomocí vlivu planet a různých atmosférických tlaků.

Současně vznikala první protiepidemická opatření preventivně-represivního charakteru, která na sebe brala různou podobu: od 16. století znala Evropa různé „lodní papíry“ pro námořní dopravu, které kontrolovaly pohyb zboží a osob. V 17. a v první polovině 18. století se zdokonaloval systém karantén a sanitárních kordónů, jejichž cílem bylo izolovat místo nákazy od kontaktu se „zdravým“ světem (popř. izolovat naopak místo „zdravé“).⁴⁰ Bližší studium morových řádů a komplexních pravidel, jež je potřeba dodržovat v čase konkrétní epidemie (tyfus, neštovice, dobytčí mor, etc.), které vycházely i v českých zemích v raně novověkém období, by nám jistě prozradilo mnohé nejen o logice obraně proti šíření nákazy, ale i o chápání této nákazy samotné.

Až do konce 18. století však ani lékaři nerozlišovali mezi různými modalitami přenosu epidemií; tato otázka nabyla skutečné důležitosti právě až na přelomu 18. a 19. věku, kdy obecně narostl zájem o fenomén nákazy. Tehdy se začala promýšlet komplexnější preventivní opatření, rozvíjelo se hledání „příčin“ epidemií i jejich „civilizační“ kořeny. Ve stejné době se dočkal jisté „renesance“ Hippokratův spis *O vzduchu, vodě a místech*, který byl několikrát reeditován v různých evropských jazycích. Nabízel mnohé podněty tehdejšímu rostoucímu zájmu o „životní prostředí“, styl stravování, hygienu bydlení a obecně „zhoubného“ prostředí velkých zalidněných měst apod.⁴¹ Do popředí zájmu významných dobových lékařů se tak dostávají také vzduch, voda, půda, potraviny⁴² jako potenciální zdroje chorob (ale i zdraví).

Specifickému zájmu lékařů se těšil především vzduch, jako hybná síla pro vše živé. Dlouho panovalo přesvědčení, že vzduch může pronikat do lidského těla nejen vdechnutím, ale také póry pokožky, případně i prostřednictvím potravy, a tak bezprostředně pů-

39 D. LECOURT, *Dictionnaire*, s. 283 a násl.

40 Viz např. M. LIVI BACCI, *Populace*, s. 97 a násl.

41 Viz např. D. CANTOR, *Reinventing Hippocrates*.

42 Johann Peter FRANK, *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, (Bd. I.–IV., Mannheim 1779–1788, Bd. V., Tübingen 1813, Bd. VI., Wien 1817–1819), zde díl III. (1787), s. 779, a Zacharias Gottlob HUSZTY, *Diskurs über die medizinische Polizey*, Bd. I. – II., Pressburg – Leipzig 1786, zde díl I., s. 296; dále např. Joseph BERNT, *Systematisches Handbuch der Staats-Arzneykunde*, Bd. I., Wien 1816, s. 195.

sobit na živé tkáni včetně krve. Funkce ovzduší, jak podotýká Alain Corbin, určovala normy „zdravého“ a „nezdravého“ a byla tedy úzce spojována přímo s definicemi zdraví a nemoci.⁴³ Nemenšímu zájmu se těšila samozřejmě i voda – další faktor napomáhající rozkladu, ochabování a odumírání tkání, především pak voda stojatá. Zvláštní pozornosti vědců, především lékařů, se tak začaly těšit nejrozličnější druhy výparů a samozřejmě i jejich zdroje: studny, bažiny, močály, žumpy, podzemní jezírka, hrobky, městská jatka. Ani tekutiny tělesné, tak drahé hippokratovskému světu, nezůstávaly stranou – krev, mléko, sliny, semeno, pot – produkty různých vyměšovacích žláz – byly podrobovány detailnímu studiu.⁴⁴

Neodmyslitelnou součástí dobového lékařského slovníku se stal opět hippokratovský pojem „miazmatu“. Ještě přední francouzský lékař první poloviny 19. stol., François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838), rozlišoval tři „ohniska“ (*foyers générateurs*) miazmat: 1) miazma rodící se z rozkladu organických těl (bahno, břehy řek, hřbitovy), 2) miazmata vznikající v prostředí velkého, resp. hustého shromáždění lidí (věznice, špitály, lodě, obležená města) a 3) miazmata vycházející od jednotlivých pacientů, kteří doslova „produkuji“ infekci, kterou udržují a šíří.⁴⁵

V prvních desetiletích 19. století také zjevně došlo k důslednějšímu rozdělení pojmů „*infectio*“ a „*contagio*“, které byly v řadě jazyků rozlišovány již dříve (v češtině máme pro oba výrazy bohužel jen jediný překlad). Jestliže první pojem vycházel v podstatě ještě ze zmíněného hippokratovského pojetí nákazy způsobené „*miazmaty*“, pak výraz „*contagio*“ se vztahoval k tradici „fracastorovské“ – tedy k předpokladu přenosu nemoci z člověka na člověka formou přímého kontaktu, dle Fracastora samozřejmě za pomoci drobných, zrakem nepostřehnutelných částic. Rozdíl tkvěl i ve strategiích boje proti takové nákaze: idea *contagio* vyžadovala přísnou segregaci, izolaci a princip karantény; idea *infectio* vyžadovala naopak důsledný boj proti těmto „ohniskům“ nákazy a jejich uzavírání.⁴⁶

Až do časů Kochových (1843-1910) nebylo možné problém nákazy empiricky „vysvětlit“; teprve mikrobiologie přispěla ke „smíření“ obou zdánlivě antagonistických proudů. Dnes jsou za přenos nemocí obvykle považováni různí paraziti, choroboplodní mikrobi – tedy heterogenní skupina mikroorganismů, již tvoří bakterie, viry, prvoci, spirochéty a podobně – kteří proniknou do lidského organismu, přežijí v něm, rozmnoží se a opět se šíří dále. Massimo Livi Bacci shrnuje čtyři základní způsoby pronikání mikrobů do lidského těla (a současně vlastně i čtyři hlavní způsoby přenosu chorob), které můžeme

43 Alain CORBIN, *Narcis a miasma: Čich, pach, životní prostředí a sociální představy 18. a 19. století*, Praha 2004, s. 17.

44 A. CORBIN, c. d., zejm. s. 24-40.

45 *Contagion*, in: Dominique LECOURT (ed.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, s. 283-286.

46 Tamtéž.

po příslušném doplnění logicky uspořádat (viz tabulka 3).⁴⁷ Současně však v úvahu připadají také další faktory, které hrály v předmoderní Evropě často roli rozhodující (a dodnes působí především v zemích třetího světa), jako především nedostatečná hygiena a výživa, které snižují imunitu, stejně jako omezené možnosti prevence, nemluvě o nedostatečné lékařské péči a nedostupnosti vhodných léků: i teorie „infekce“ a „miazmat“ tak dostala svou novou podobu.

Závěr

Soudobá česká populární encyklopedie *Diderot* definuje nemoc takto: „nemoc, choroba, morbus. a) souhrn reakcí organismů (rostlin, živočichů a člověka) na poruchu rovnováhy mezi vnitřním prostředím organismu a vnějším prostředím; b) soubor patologických příznaků, které mají společný mechanismus vzniku (patogenezi) i původ (etiologii). Příčiny mohou být zevní (fyzikální, chemické, sociální faktory) a vnitřní (individuální dispozice). Podle průběhu může nemoc probíhat ve formě akutní (s rychlým průběhem) a chronické (vleklé).“⁴⁸

Současné chápání „nemoci“ lze implicitně tušit i ze způsobu, jakým světová zdravotnická organizace definovala zdraví: je to prý „stav úplného fyzického, mentálního a sociálního blaha“⁴⁹, nikoli tedy pouze „absence nemocí nebo poranění.“

Mnohasetleté, či snad dokonce tisícileté úsilí o vymezení pojmu nemoci – jež poznamenaly i spory mezi přístupem „ontologickým“ (nemoc jako reálná entita s vlastní existencí) a přístupem „fyzilogickým“ (nemoc jako jedinečný proces v určité osobě)⁵⁰ – tak nakonec vedlo k poměrně volným definicím eklektického stylu, které většinou zahrnují současně hledisko sémiologické, etiologické i patogenické, zohledňuje se i rozlišení akutního a chronického průběhu nemoci a neopomíjí ani faktory sociální.

Tím spíše se snad otvírá prostor pro humanitní vědy, které jistě mají co říci i k tak (zdánlivě) objektivně biologické skutečnosti, jakou je nemoc.

47 M. LIVI BACCI, *Populace*, s. 79-80.

48 *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*, M/O, Praha 1999, s. 333.

49 *Concepts of Disease in the West*, in: Kenneth F. KIPPLE (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge 1993, s. 45.

50 Tamtéž, s. 45.

Résumé

La fin du monde hippocratique?

Contribution à la question de la concept de maladie entre la Renaissance et le 19e siècle

Comme il s'agit d'un essai qui ouvre la problématique de la maladie, des patients et du corps soignant portant sur un cadre thématique et chronologique assez vaste, il est conçu d'une manière généralisante et son caractère est plutôt synthétique et récapitulatif. Le but du texte est surtout d'ébaucher les lignes caractéristiques fondamentales qui accompagnent la désagrégation du vieux paradigme antique de la maladie de Galien et Hippocrate, et la naissance du concept « moderne » entre les XVIe et XIXe siècle.

On développe trois lignes thématiques : a) les tentatives d'explication du phénomène de la maladie entre la théorie des humeurs et le « solidisme » anatomico-mécanistique, voire la pathologie organique-cellulaire-moléculaire ; b) les tentatives de création d'une taxonomie des maladies (d'une « nosologie » ou « nosographie » ; c) les tentatives de comprendre le phénomène de la contagion / infection (idées des « semences », des « miasmes » etc.).

Přílohy:**TABULKA 1: „Korespondenci“ mezi živly a tělesnými šťávami můžeme ilustrovat například takto:**

Živly	Vzduch	Země	Voda	Oheň
Kvality	teplý a vlhký	chladná a suchá	chladná a vlhká	teplý a suchý
Roční období	jaro	podzim	zima	léto
Tělesné šťávy	krev	černá žluč (melancholé)	flegma-hlen	žluč
Orgány	srdce	slezina	mozek a plíce	játra
Temperamenty	sangvinický (krevný)	melancholický (kalokrevný)	flegmatický (vodnokrevný)	cholerický (pěnokrevný)
Lidský věk	mládí	stáří	smrt	dospělost
Pohlaví	-	-	žena	muž
Strava/léčebný prostředek			ryby, ovoce (melouny, švestky, třešně)	maso + horké víno

TABULKA 2: Jiný příklad „korespondence“ mezi vesmírem, přírodou a člověkem (tedy i mezi astronomií, alchymii a medicínou:

Hvězdy/planety (astronomie)	Příroda (alchymie)	Člověk (medicína)
Slunce	zlato	srdce
Měsíc	stříbro	mozek
Merkur	rtuť	plíce
Venuše	měď	ledviny
Mars	cín	pohlavní orgány
Jupiter	železo	játra
Saturn	olovo	slezina

TABULKA 3: Základní způsoby přenosu nákazy (inspirováno M. Livi-Baccim)

	Tělesný orgán /soustava/tkáň	Prostředník přenosu	Forma přenosu	Nemoc
1.	trávicí soustava	výkaly	vyučování; kontaminace vody, potravin	(para)tyfové horečky, úplavice, průjem, cholera
2.	dýchací ústrojí	vzduch	kašel, kýchání, mluvení	černé neštovice, záškrt, tuberkulóza, spalničky, chřipka, mor plicního typu
3.	genitálie	produkty pohlavních žláz	pohlavní styk	syfilis, kapavka apod. dnes AIDS
4.	oběhová soustava	krev, tkáň	kousnutí, bodnutí hmyzem (blechy, klíšťata, komáři) nebo hlodavcem	žlutá zimnice, malárie, mor, tyfus

Evžen STROUHAL

Pacient a lékař – už ve starém Egyptě

Abstract: *Living conditions of the ancient Egyptians were not as ideal as it might seem, considering their perfect creations of art and architecture which we admire today. It reveals among other things short period of their life expectancy and gradual uncovering traces of disease in skeletons or mummies. It is not surprising that since the beginning of Egyptian civilization developed in Egypt from prehistoric art of healing independent discipline of medicine. With the increase of population density grew the number of doctors, whose quantity reached a peak during the New Kingdom period. Thanks to the invention of writing on papyrus scrolls could their empirical knowledge be passed on from generation to generation through medical texts. Apart from treatment manuals these medical texts contain historically the first scientific system, which tried to explained functions of healthy and sick organism. Some of the doctors have reached soon domain specialization, while others gained hierarchical titles counting as well the highest of them. Their excellent reputation has spread beyond the borders of Egypt, where in the 1st Millennium BC learned their practices adepts of Greek medicine. In the Ptolemaic Period grew up in Alexandria one of the most important centers of Greek medicine.*

Key words: *physician – scientific medicine – healing arts – ancient Egypt – history of medicine*

Životní podmínky

S vysycháním Sahary kulminujícím na konci 3. tisíciletí př.n.l. se údolí Nilu stalo oázou, kam se stahovali lidé z dalekého okolí. Nil se každoročně rozvodňoval, takže svá obydlí stavěli na okraji údolí nebo naplavených pahorcích. Úrodnost políček zajišťovaly záplavy a tak obyvatelstva stále přibývalo, takže v Nové říši se jejich počet odhaduje na tři milióny. Práce na zdravém vzduchu a smíšená strava podporovaly odolnost a zdraví. Na druhou stranu neřešené odstraňování odpadků, nedostatečná osobní hygiena, rostoucí kontakt mezi lidmi, občasné větrné bouře i nedostatečně vyhřívané chatrče v zimním období bez odvodu kouře vedly k častému výskytu nemocí. Mezi nimi hrály nejdůležitější úlohu parazitární nákazy a infekční choroby, především tuberkulóza. Spolu s vysokou úmrtností novorozenců a kojenců drasticky snižovaly průměrnou délku života, pohybující se u širokých lidových vrstev mezi pouhými 20 až 30 lety, u výše postavených úředníků, aristokratů a vládců v rozmezí o deset let vyšším.

Zdravý člověk

Není divu, že být zdravým se v Egyptě stalo ideálem šťastného života. V dochovaných textech to prozrazují výrazy „být mladým, neporušeným, zachovaným, silným, dobře se cítícím“. Touhu zůstat zdravým i ve starším věku vyjadřuje přání „aby údy zůstaly pevné a oko mohlo vidět do dálky“ nebo „necht se nacházíš jako ten, kdo má stáří ještě před sebou, který spí (klidně) do rozbřesku, zbavený bolesti či sípavého kašle“. Zdraví (*seneb*) bylo součástí některých osobních jmen. O zdraví lidé prosili bohy v modlitbách, dopisy končili přáním „ať jsi zdrav“ nebo „žij v dobrém stavu, zdraví, ne v chudobě.“¹

Lidé věděli, že pro uchování zdraví je třeba se mýt, když se zašpinili, nebo zapotili, polévali se vodou pomocí misek nebo konví, umývali se u nilských kanálů nebo vodních nádrží. Místo mýdla používali kousky natronu. Sochy významných lidí drží v ruce složený šátek, vhodný k setření potu z čela nebo k čištění nosu. Lékařské texty uvádějí řadu kosmetických receptů k péči o pokožku nebo vlasy.

Nemocný člověk

Dokud člověk neonemocněl, lékaře nepotřeboval. Obrátil k němu pozornost teprve, stal-li se pacientem. Vznik nemoci byl každému jasný u poranění nebo kousnutí člověkem či zvířetem, bodnutí štírem nebo uštknutí hadem. Choroby trávicího traktu byly logicky spojovány s chybnou nebo zkaženou potravou nebo jejím zamořením červy. Vznik jiných vnitřních chorob byl přičítán krvi, stolici nebo choroboplodným látkám v cévách. Počátek jiných nemocí však přičítali dechu démona, boha nebo mrtvého, případně důsledku prokletí. Byly však i nemoce způsobené neznámým jedem a nemoce bez udané příčiny. Démonické síly mohly vniknout do hlavy, ramen i jiné části těla přímo, jiné choroby ústy, okem, uchem – ne však nosem. Tělo opouštěly ústy, pupkem, močovými cestami a řití.²

Vzájemný vztah pacienta a lékaře texty neobjasňují. Pacienti patrně navštěvovali lékaře v jeho domě. S jistotou je známo, že mohl být zavolán nebo přiveden k nemocnému do jeho obydlí. Není však doložena existence ordinací, ošetřoven nebo nemocnic. Teprve na sklonku Ptolemaiovské doby vzniklo u chrámu v Dendeře hydroterapeutické sanatorium.

1 Hermann GRAPOW, *Grundriss der Medizin der Alten Ägypter* 3: *Kranker, Krankheiten und Arzt*, Berlin 1956, s. 3-5.

2 Tamtéž, s. 27-31.

Lékařské texty na papyrech

Lékařských papyrů se zachovalo 13, většinou jako opisů starších originálů, pořízených od Střední do konce Nové říše. Jsou zaměřeny převážně k léčbě nemocí, v mnohem menší míře uvádějí patofyziologické nebo fyziologické poznatky. Vedle nich existují asi dvě desítky textů magických, obsahujících mimo jiné léčebná zařikávání.

Lékařské texty zachycují způsoby vyšetřování pacienta zrakem, hmatem a výjimečně i čichem. Protože byly návodem k jednání lékaře, obracejí se k němu v druhé osobě („ty máš udělat“). Naproti tomu vystupuje pacient jako třetí osoba, jako „on“, zpravidla jako muž, pouze u ženských chorob jako žena. Ve staroegyptštině je pacient nazýván „ten, který je nemocný“ (*mr*), méně často „trpící“ (*whdj*) nebo „mající bolesti“ (*mn*).³

Mimo návody k léčení lze z obsahu lékařských papyrů rekonstruovat historicky první vědecký systém, který vysvětloval funkce zdravého a nemocného organismu na základě tehdejších, přirozeně ještě často nedokonalých poznatků

Lékaři a léčitelé

V Egyptě léčili nemocné tři kategorie odborníků: světští (laičtí) lékaři, kněžší bohyně - Sachmety a kněžší-lektoři. Vedle nich pokračovali v zařikávání chorob tradiční léčitelé-kouzelníci, jejichž existenci předpokládáme již v pravěkých kulturách.

Jméno laických lékařů *sunu* obsahuje v hieroglyfickém písmu značku šipky. Podle některých autorů to souvisí s tím, že to byli původně léčitelé, kteří hrotem šipky otvírali vředy nebo abscesy. Ve faraonské době však toto jméno označovalo lékaře obecně. Lékařské umění a vědění bylo jejich výhradním vlastnictvím, někdy považovaným za „tajný“. V nelékařských textech Střední říše lze najít lékaře jako „znalce tajného umění“.⁴

Od pradávna bylo v Egyptě léčení spojeno s kněžským stavem. Už ve Staré říši je doložen „dvorní lékař a kněz“, v paláci Achnatona v el-Amarně působil „představený lékařů a kněžší boha Atona“. Anonymní lékař zanechal po sobě v nedalekých alabastrových lomech v Hatnubu grafito č. 15: „*Jsem představený kněžší bohyně Sachmety, představený kouzelníků, vrchní lékař krále [Achnatona], který čte denně knihu, ošetřuje toho, kdo je nemocný, který pokládá ruku na pacienta, kterého poznal [tj. vyšetřil], obratný ve vyšetřování rukou [tj. hmatem]*“.⁵ Byl jedním z kněžší chrámu obávané bohyně války Sachmety, zobrazované jako ženy se lví hlavou. Symbolizovala moc sesílat na člověka nemoci, takže ji bylo

3 Tamtéž, s. 73-4, 80, 107.

4 Tamtéž, s. 86, 88, 90.

5 Tamtéž, s. 93.

třeba usmiřovat úctou a obětmi. V jejich chrámech hledali pacienti pomoc a uzdravení, takže se bez lékařů neobešly.

Jiným typem chrámových léčitelů byl níže postavený kněz-předčítatel (lektor) *cherheb*, doprovázející deklamací posvátných textů chrámové rituály a oběti zemřelým. O své činnosti nás zpravuje jeden z nich: „*Jsem písař boží knihy, [...] silný ve svých prstech, obratný, když je má hodina [služby], jsem i výborný cherheb, zdatný při posuzování utrpení, [...] mé kouzlo platí nemocnému obličejí, mé zaklínání špatnému pachu.*“⁶

Třetí kategorií léčitelů byli kouzelníci *sau*, kteří léčili zaříkadly, kouzly a amulety. Zachoval se titul jednoho z nich „představený kouzelníků *heka*“ tj. magického umění napsaného slova.⁷ Někteří lékaři měli i titul písaře nebo představeného písařů, což mohlo být jejich vedlejší zaměstnání. Domníváme se, že i lékaři, kteří se tímto titulem nehonosili, museli umět číst i psát, aby se vyznali v čtení lékařských textů.

Pomocníci lékařů

Léky připravovali pro své pacienty sami lékaři, zpravidla podle receptů uvedených v textech. Za jejich jakési pomocníky lze považovat výrobce obinadel, které z rituálních důvodů tkali výhradně z čistých lněných vláken - jak pro mumifikaci mrtvých, tak i pro živé pacienty. Na obinadlech mumie princezny Chekeretnebti jsem během našich výzkumů v Abusíru objevil hieratický nápis s titulem a jménem jejich výrobce (*vet*), představeného tkalcovské dílny Chenemu. Obvaz z lékařovy výbavy, jaký používá balzamovač, uvádí např. případ 9 Smithova papyru.⁸

V Egyptě existovali i výrobci protéz, kterými byly doplňovány nejen chybějící části mumií, např. amputované končetiny nebo rozpadlé pohlavní údy. Němečtí antropologové našli v hrobě TT 95 na západním břehu Nilu u Luxoru dřevěnou protézu palce nohy, připevněnou koženými řemínky k zápěstní kosti amputované 50-60 leté ženy z 21.-22. dynastie. Na spodní straně protézy jsou patrné neklamné známky jejího používání během ženina života.⁹

6 Papyrus Leiden D 32 z Nové říše

7 Paula Alexandra Da Silva VEIGA, *Health and Medicine in Ancient Egypt*, Oxford 2009, s. 27.

8 Eugen STROUHAL – Břetislav VACHALA – Hana VYMAZALOVÁ, *Lékařství starých Egyptanů. I. Staroegyptská chirurgie, péče o ženu a dítě*, Praha 2010.

9 Andreas G. NERLICH - Albert ZINK - Ulrike SZEIMIES – Hjalmar G. HAGEDORN, *Ancient Egyptian prosthesis of the big toe*, in: *The Lancet* 356, 2000, s. 2176-2179.

Počty lékařů

V dosavadních pramenech zjistil Jonckheere existenci 98 lékařů,¹⁰ z nichž 80 je známo úplným jménem, 2 neúplným a 16 je anonymů. O čtvrt století později jich napočítal Ghaliougui 127,¹¹ z nichž 52 působilo v době Staré říše, 20 v době Střední říše, 40 v době Nové říše a 15 v Pozdní době. Tato čísla vztažená na počty let uvedených období ukazují na podobnou frekvenci ve Staré (5,3 lékařů) jako Střední říši (4,7 lékařů), následovanou vzestupem v Nové říši (8,1 lékařů) a prudkým poklesem v Pozdní době (pouze 1,9 lékaře na rok). Vzestup počtu lékařů v Nové říši lze vyložit tehdejší demografickou expanzí Egyptanů (odhad 3 milióny) ve srovnání s 1 600 000 lidmi ve Staré a 2 milióny ve Střední říši (Butzer 1976). Jeho pokles v Pozdní době je přičítán tehdejšímu odklonu od racionálního lékařství ke kouzelnictví, ale i zhoršení ekonomické situace, válkám a s nimi spojeným ničením dokladů. Ve srovnání s mnohem většími počty *iatros* následného Řeckořímského období šlo ovšem v dynastických dobách o velmi malé počty.

Drtivá většina lékařů byli muži, jen představená (nejspíše ženských) lékařek Pesešet (Stará říše), lékařka Tava (kolem 300 př.n.l.) a anonymní porodní bába (*iatrini*, 3.stol.n.l.) zastupují ženy.¹²

Stavovská hierarchie

Lékařské povolání bylo uspořádáno hierarchicky. Na vrcholu pyramidy stál hlavní lékař - původně „Velkého domu“, od Nové říše „Pána Obou zemí“ (tj.krále).¹³ Jemu podléhal hlavní lékař královny a další královi lékaři, vedle toho také dvorní lékaři, pečující o zaměstnance královského paláce. V čele nekrálovské linie byl nejvýše hlavní lékař Severu a Jihu (v některých dobách zastoupený dvojmo, jak pro Sever, tak pro Jih). Ve vyšších funkcích nacházíme často představené lékařů, vzácně ředitele lékařů a ojediněle inspektora nebo velitele lékařů. Tíhu každodenní praxe nesli prostí lékaři, z nichž starší nebo zasloužilí si mohli k jménu připojit čestný titul *šmšu* tj. starší čili senior.¹⁴

10 Frans JONCKHEERE, *Les Médecins de l'Egypte Pharaonique. Essai de prosopographie*, Bruxelles 1958, s. 17.

11 Paul GHALIOUNGUI, *The Physicians of Pharaonic Egypt*, Cairo – Mainz am Rhein 1983, s. 94.

12 Tamtéž, s. 18, 92.

13 H. GRAPOW, Grundriss, s. 95.

14 P. GHALIOUNGUI, *The Physicians*, s. 89-90; F. JONCKHEERE, *Les Médecins*, s. 95-98.

Oborová specializace

O odborné specializaci lékařů píše Hérodotos (II, 84) v 2. pol. 5.stol. př.n.l.: „*Medicina je u nich provozována podle specializačního systému: každý lékař léčí jednu chorobu a ne více. Tak se celá země hemží praktiky, z nichž někteří léčí nemoce očí, jiní hlavy, jiní zase zubů, další konečníku a někteří ty nemoce, které nejsou omezeny na jedno místo*“.¹⁵ V jeho době to nepřekvapuje, kdyby specializačních titulů nebylo doloženo mnoho již ve Staré říši. Tehdy k nim patřil lékař obou očí, zubní lékař (jednak „ten který ošetřuje chrup“, jednak nelékař-dentista), dále lékař břicha a „pastýř řitě“.¹⁶

Výuka mediků

Adepti lékařství (*iry ibh*) se na své povolání připravovali v Domech života (*per anch*), které nebyly ordinací ani laboratoří, ale písárnami a knihovnami. V jejich zdech byly okrouhlé otvory, v nichž byly přechovávány svitky textů různých vědeckých oborů, mezi nimi i lékařství. Tehdejší medicí ještě neměli titul lékaře (*sunu*) na rozdíl od svých učitelů. Ve srovnání s nimi byli zobrazováni menší, v podřízeném postavení.¹⁷ V běžných písařských školách nebo v Domech života museli nejprve ovládnout umění čtení a psaní. Lékařským textům se asi učili nazpaměť, aby si věděli v každé situaci rady. Jestli doprovázeli své učitele při jejich návštěvách pacientů, není jisté, i když to lze předpokládat.

Mít v ruce lékařský text a řídit se jeho zkušeností bylo povinností a současně obranným štítem každého lékaře. Dopadl-li jeho zákrok špatně nebo podaný lék neúčinkoval, mohl být zbaven viny, pokud postupoval *lege artis*. V důsledku stálého opisování textů, které v průběhu času byly považovány za vnuknuté lidem bohem moudrosti Ptahem a tudíž za posvátné, zůstalo egyptské lékařství po dlouhá staletí bez patrnějšího pokroku.

Společenské postavení

V rámci staroegyptské společnosti patřili lékaři k vyšší vrstvě, požívající úcty ostatních lidí, ať pacientů či zdravých. Lze to doložit několika doklady. Mnozí bohové (např. Thovt) byli považováni za znalce lékařství a někteří domnělí (Imhotep z doby vlády Džosera) či doložení lékaři (Amenhotep, syn Hapua z doby Amenhotepa III) byli zbožněni a stali se

15 HÉRODOTOS, *Dějiny*, Praha 1972, zde kniha II., s. 84.

16 F. JONCKHEERE, *Les Médecins*, s. 99-100.

17 P. GHALIOUNGUI, *The Physicians*, s. 89.

v Pozdní době patrony lékařství. U žádných lékařů nebyla zjištěna pejorativní jména nebo přezdívky, součástí jména mnohých bylo jméno některého z bohů. V důsledku zvyku předávání zaměstnání z otce na syna se na to zřejmě myslelo už při narození chlapce. Řada lékařů pocházela z bohatých nebo vznešených rodin, mnohým se dostalo cti být jmenováni v hrobech princů nebo krajských hejtmanů, které ošetřoval. Jiní lékaři získali během života čestné nelékařské tituly. Jejich vyšší postavení se odráželo i v nadprůměrně bohatých hrobech na významných místech pohřebišť. Jen asi třetina dosud známých lékařů znaky bohatství či vyšší úrovně postrádala. Zmínky o lékařích na sídlišti dělníků královských hrobů v Dér el-Medíně nebo v králových lomech v Hatnubu společně s fyzicky pracujícími neznamena, že jejich postavení bylo dělníkům rovné.¹⁸ Šlo o lékaře, vyplácené státní pokladnou, kteří dělníkům a chudým poskytovali bezplatnou péči. Většina lékařů ovšem byla soukromými osobami a vzhledem k neexistenci peněz byly jejich honorářem naturálie, především chléb, džbány piva, drobné zvířectvo, nebo různé drahé předměty, jako honosná náhrobní stéla, zlatý nákrčník nebo cizokrajné dary (hrob Nebamuna TT 85 v Luxoru). Někteří lékaři zbohatli tak, že si mohli koupit dům, statek, zahradu, vinici či polnosti.¹⁹

Lékaři a mumifikátoři

V populární literatuře se někdy uvádí, že se lékaři učili anatomii v dílnách mumifikátorů (*vabet*). Vyjímání vnitřností z těla zemřelých však nebyla anatomická pitva, ale hrubá a neestetická práce, konaná poslepu obtížným vyřezáváním vnitřních orgánů s výjimkou srdce, které mělo jako nositel identity člověka zůstat na místě. Mumifikátoři patřili mezi řemeslníky s nejnižším společenským postavením, pracovali izolovaně a mnozí lidé se jich štilili. Měli odlišného patrona než lékaři, a to boha mrtvých Anupa. Příležitostnou návštěvu lékaře v mumifikační dílně nelze vyloučit, ale lékař se současným titulem mumifikátora nebo opačný případ není z celého dynastického období znám. Ojedinelým příkladem jakéhosi vztahu obou povolání je stéla lékaře Minemsehnet, jehož děd byl balzamovač Nebneb. Šlo tu ovšem zřejmě o společenský vzestup uvedeného lékaře v rámci jeho rodiny, nikoliv o přímý kontakt lékařství a balzamace.²⁰

Teprve v Řeckořímské době začali v egyptské Alexandrii převážně řečtí lékaři jednak pitvat těla odsouzených zločinců, jednak balzamovat zemřelé, většinou však s nevalným úspěchem. To prozrazují špatně zachované mumie z této doby (např. mladé ženy Hereret

18 Tamtéž, s. 95.

19 Tamtéž, s. 96-97.

20 Tamtéž, s. 6, 24-25, 93.

z muzea v Moravské Třebové).²¹ Dokládá to také dvoujazyčný text z Ptolemaiovské doby, kde je výraz *taricheutes* (mumifikátor) přeložen jako *sunu* (lékař).²²

Závěr

Egyptské lékaře vyhledávali pro jejich znalosti nejen domácí pacienti, ale i nemocní z okolních zemí, kam se šířil jejich věhlas. V 1. tisíciletí př. n. l. přicházeli na stáže do Egypta mnozí adeпти řecké medicíny. Řada poznatků z egyptských lékařských textů přešlo do hippokratovských spisů. V Alexandrii vzniklo za Ptolemaiovců jedno z nejvýznamnějších center řeckého lékařství.

21 Eugen STROUHAL – Luboš VYHNÁNEK, *Egyptian Mummies in Czechoslovak Collections*, in: Sborník Národního muzea v Praze, vol. XXXV B, 1979, s. 60-61

22 Francis Llewellyn GRIFFITH, - Ulrich WILCKEN, *A bilingual sale of liturgies in 136 B.C.*, in: *Zeitschrift für Ägyptische Sprache und Altertumskunde* 45, 1908, s. 103-110.

Zusammenfassung

Der Patient und Arzt - schon im alten Ägypten

Die Lebensbedingungen der alten Ägypter waren nicht so ideal, wie es scheint, wenn wir ihre perfekten Kreationen beurteilen. Es bestätigt unter anderem auch die kurze Zeit ihres Lebens und schrittweise Aufdeckungen der Spuren von Krankheiten auf den Skelette oder Mumien. Nicht überraschend ist, dass seit dem Beginn der Zivilisation entwickelte sich in Ägypten aus prähistorischem Heilwissen eigenständiger Bereich der Medizin. Mit der Zunahme der Bevölkerungsanzahl wuchs auch die Menge der Ärzte, deren Zahl erreichte den Höhepunkt während des Neuen Reichs. Dank der Erfindung des Schreibens auf Papyrusrollen, konnte auch das empirische Wissen von Generation zu Generation durch medizinische Texte weitergegeben werden. Neben bestehen als Behandlung Handbücher enthalten die Texte auch geschichtlich das erste wissenschaftliche System, welches Funktionen gesunden und kranken Organismus erklärte.

Einige von den Ärzten haben bald Fachspezialisierung erreicht, während andere hierarchische Titel, die zu den höchsten Standesprivilegien gehörten, gewonnen haben. An der Spitze der

Pyramide war der Hauptarzt - ursprünglich des „Großes Hauses“, seit dem Neuen Reich des „Herrn den beiden Ländern“ (des Königs). Dieser Funktion unterwarfen sich der Hauptarzt der Königin und die andere Ärzten des Königs, wie zum Beispiel auch die Hofärzte, die sich um die Mitglieder und Beschäftigte des königlichen Palastes kümmerten. Die Hauptlast der täglichen Praxis für übrige Population trugen die einfache Ärzten, von denen nur die ältere oder verdiente der Ehrenpromotion erreichten, das sie den Namen *šmšw* (älteren oder Senior) zu ihren Name anschließen konnten.

Ihr Ruf hat sich über die Grenzen Ägyptens erweitert, wo in das erste Millennium vor Christus die Adepten der griechischen Medizin gewandert haben. In ptolemäischer Epoche wuchs in Alexandria einer der wichtigsten Zentren der griechischen Medizin. Eine Reihe von Erkenntnissen übergab sich aus den ägyptischen medizinischen Texte in hippokratischen Schriften.

David Tomíček

Mor a lékařská literatura pozdního středověku

Abstract: This paper deals with the question of contagiousness and communicability of plague in the treatises of late medieval physicians and leads to conclusions that beside the generally accepted miasmatic theory (i.e. plague is communicated by air) two other conceptions were important. First, plague acts like contagious diseases, especially those with clearly visible skin symptoms, is communicable from human to human and dangerous is a mere contact with diseased person or with something which was in contact with the such person. Second, plague is very similar to poison and is able to spread like this matter.

Key words: plague – contagion – poison – medical literature – late Middle Ages

Pandemie moru z let 1347/48 a jeho následné opakující se epidemie patří k těm velkým tématům historiografie medicíny, která jsou otevírána a podrobována diskusi opakovaně.¹ Ve svém krátkém příspěvku bych se rád prostřednictvím pramenů ponořil do myšlenkového světa lékařů 14. a 15. století a poukázal na některé souvislosti spojené s rizikem nákazy v případě této nemoci. Budu vycházet z poznání, že spojovat lékaře pozdního středověku výhradně s tzv. miasmatickou teorií, čili tezí o šíření moru vzduchem, je nepřesné až zavádějící.² Poodhalit teorie a koncepty vztahující se k této nemoci se pokusím na základě interpretace latinsky psaných spisů o moru, jež publikoval v letech 1910–1925 Karl Sudhoff,³ s přihlédnutím ke starší lékařské tradici a případně k některým pramenům odlišné provenience. Na úvod si připomeňme, že středověcí lékaři věděli, že některé nemoci jsou nakažlivé. Jejich výčet najdeme vedle seznamu nemocí dědičných již ve verších proslulého *Regimen sanitatis Salernitanum*, jehož

1 Z novější literatury viz John ABERTH, *The Black Death: the Great Mortality of 1348–1350*, Boston 2005; O. J. BENEDICTOW, *The Black Death 1346–1353. The Complete History*, Woodbridge 2004; Samuel K. COHN, *The Black Death transformed*, London 2002; Andrzej KARPIŃSKI, *W walce z niewidzialnym wrogiem*, Warszawa 2000; David HERLIHY, *Black Death and the Transformation of the West*, Cambridge 1998.

2 Jon ARRIZABALAGA, *Facing the Black Death: perceptions and reactions of university medical practitioners*, in: Luis García-Ballester – Roger French – Jon Arrizabalaga – Andrew Cunningham (ed.), *Practical medicine from Salerno to the Black Death*, Cambridge 1994, s. 259.

3 Karl SUDHOFF (Hg.), *Pestschriften nach der Epidemie des "schwarzen Todes" 1348*, in: Archiv für Geschichte der Medizin 1910/11 – 1925 (cit. dále jako AGM). Srov. kritiku Sudhoffova edičního počínu S. J. COHN, *The Black Death*, s. 37–68.

vznik se datuje do 12. století.⁴ Koncept dědičných a nakažlivých chorob byl vlastní také rané arabské medicíně. Ve sbírce *Kniha pokladů*, kterou sepsal v 9. století Thâbit Ibn Qurra, se dočteme, že staří lékaři doporučovali vystříhat se kontaktu s lidmi, kteří trpěli sedmerem nakažlivých nemocí: leprou, svrabem, neštovicemi, spalničkami, ozaneou, oftalmií a morními nemocemi.⁵

V reakci na morovou pandemii, jež naplno propukla v Západní a Jižní Evropě roku 1348, toto téma rozvinul Jacme d'Agramon, lékař působící v katalánském městě Lleida/Lérida. Jeho spis *Regiment de preservació de pestilència* obsahuje následující slova: „A když se mě někdo zeptá, které že jsou ty nemoci přenášeny z člověka na člověka, říkám, že tyto jsou lepra, svrab, souchotiny a oftalmie, morní horečky, neštovice, spalničky a kožní nemoci. A obecně všechny nemoci, které pocházejí z morového povětří.“⁶ Autor zde sice přímo nehovoří o „nakažlivých“ nemocech, ale uvádí, že to jsou nemoci „přenášeny z člověka na člověka“. Albík z Uničova, lékař posledních lucemburských králů, zaznamenává širší výčet, který se shoduje s textem salernského regimenu a připojuje definici, ze které vyplývá, že nakažlivé nemoci jsou takové, které se přenášejí z jednoho člověka na jiného formou nákazy. Jejich název se skládá z předpony *con-* a kořenu *-tango*, z čehož plyne význam, že se „zároveň (do)týkají mnohých“.⁷

Pro tyto výčty je charakteristické, že v nich převažují nemoci s vnějšími projevy, přičemž se nejedná výhradně o projevy kožní. Albík mezi nakažlivými chorobami uvádí například *frenensis id est dementia*.⁸ Přesto je ale pravděpodobné, že odkaz starozákonní nemoci *Zaraath*, která se viditelně projevovala na kůži, byl pro tradici nakažlivých nemocí určující. Svědčí o tom ostatně vyhrocená reakce středověké společnosti právě na malomocenství.⁹ Soudobé lékařství každopádně fenomén přenosu nemoci z člověka na člověka znalo v podobě nemocí nakažlivých i dědičných a lékařsky orientované texty riziko onemocnění touto cestou pravidelně připomínají. Mor z roku 1347/8 proto mohl být zcela v duchu této tradice vnímán jako nemoc nakažlivá, nicméně nebyl to všeobecně přijí-

4 *Febris acuta, phthisis, scabies, pedicon, sacer ignis /Anthrax, lippa, lepra, frenesis contagia praestant: /Iungitur ophthalmus congelans lippus et arma.* Viz Salvatore De Renzi (ed.), *Collectio Salernitana* V, Naples 1859, s. 71.

5 Max MAYERHOF, *The „Book of Treasure“ an Early Arabic Treatise on Medicine*, Isis 14, 1930, s. 61.

6 Marie Louise Duran-Reynals - Charles-Edward Amory Winslow (ed.), *Regiment de preservacio a epidimia o pestilencia e mortaldats*, Bulletin of the History of Medicine 23, 1949, s. 69.

7 *Morbi contagiosi, ab uno homine ad alium transeuentes, inficientes et mortem inducentes naturae hominae, dicuntur contagiosi a con, quod est simul, et tango, si quasi simul multos tangentes.* Karl SUDHOFF, *Ein spätmittelalterliches Epileptikerheim zu Rufach im Oberelsass*, AGM 6, 1913, s. 454. K Albíkovi z Uničova viz Milada ŘÍHOVÁ, *Dvorní lékař posledních Lucemburků*, Praha 1999.

8 Karl SUDHOFF, *Ein spätmittelalterliches Epileptikerheim*, s. 456.

9 K tématu srov Roy PORTER, *Největší dobrodíní lidstva*, Praha 2001, s. 146.

maný názor. Zejména někteří duchovní s odkazem na Boží milost/hněv akcentovali jiné příčiny vzniku této choroby a nakažlivost s despektem prezentovali jako výmysl lékařů.¹⁰

V souvislosti s nastíněnou polemikou o nakažlivosti moru byla neméně důležitá otázka, zdali má mor přirozené příčiny, či nikoliv. Z odpovědi na tuto otázku bylo možné dále rozvádět argumenty o smysluplnosti (případně opaku) profylaxe či léčby.¹¹ V našem vzorku pramenů reflektuje toto téma Jindřich z Vratislavi, který nejpozději na přelomu 14. a 15. století napsal, že veškerá taková zkaženost (tj. mor) může být protikladnými prostředky napravena a také jí může být příslušným nastavením humorální tělesné dispozice bráněno. S odkazem na předchozí text dodává, že nakaženou materii lze pomocí zkušených lékařů z těla vyhnat a odstranit.¹²

Jindřich z Vratislavi se dále ptá, jestli je mor společný všem lidským tělům, a nepřímou tedy proč vlastně na mor neumřou všichni lidé, minimálně v daném místě. Takto přeformulovaná je zmíněná otázka o to závažnější, že zkažený vzduch (chceme-li *miasma*) byl v zásadě považován za zásadní vektor přenosu nemoci či zdroj nákazy. Odpovídá si záporně a s odkazem na Avicennu dodává, že ne všechna těla jsou k nákaze náchylná, pouze taková, která jsou plná hrubých a špatných vlhkostí.¹³ Jiné texty v této souvislosti uvádějí hned dvojici „sporných témat“ (*dubia*). Mistr Petr z Chotěbuzi například předestírá otázky, proč na mor umře jeden člověk, a jiný ne, případně lidé v jedné vesnici, a v jiné ne a zdali jsou tyto morové nemoci nakažlivé, či nejsou. Na první otázku odpovídá, že existuje dvojice příčin – činná a trpná. Prvně jmenovaná se týká nebeských vlivů, jejichž dopad je všeobecný, druhá je závislá na připravenosti jednotlivých těl, čili opět na tělesné dispozici, případně životosprávě. Na druhou otázku výslovně neodpovídá, že morní nemoci jsou nakažlivé, nicméně varuje před jedovatými výpary, které vycházejí z nemoc-

10 Domácím ohlaselem takového postoje je dialog Jana z Bakova, ve kterém sedlák polemizuje o moru s učeným lékařem. Obvinění z výmyslů viz Jan z BAKOVA, *Sedlák povycvičený rozmlauvání o moru s doktorem lékařským o moru maje, že od morových bolestí žádného nakažení není, dovozuje*, Praha 1582., f. 177r. John Aberth soudí, že právě odmítáním konceptu nákazy se muslimové mj. liší od křesťanů. Jako příklad uvádí, že dokonce i papež Klement VI. opustil své morem ohrožované sídlo. J. ABERTH, *The Great Mortality*, s. 96.

11 Opět relativně pozdní reflexi daného problému v domácím prostředí lze spatřovat v polemice Jana Kocína z Kocínětu. Konkrétní pasáž o přirozených příčinách, jež umožňují léčbu přirozenými prostředky, viz Jan KOCÍN Z KOCÍNĚTU, *Rozmlauvání o moru*, Praha 1582, f. C₅b.

12 *Item dubium est, an epydimia possit curari et aliquis ab ea posset reservari? Ad hoc respondum, quod sit ratio, quia omnis talis corruptio potest per contraria reduci et etiam per contrariam dispositionem impediri, sicut iam dictum est, et etiam materia infecta per medicos peritos potest eici et evacuari. Viz Tractatus de preservationibus et remediis pestilentiarum compositus per reverendum magistrum et doctorem Hinricum Rybbinis de Wartislavia. AGM 4, 1911, s. 212.*

13 *corpora propria ad febres pestilentes sunt aliquae et non omnia praeparata, pro quo nota quod ista corpora prius inficiuntur ab epydimia sive a pestilentia, quae sunt plena humoribus grossis et malis. Ibidem.*

ných těl, a doporučuje proto nezdržovat se ve společnosti lidí, neboť by mezi nimi mohl být nakažený jedinec.¹⁴

Jak jsme již měli možnost poznat, byla za nakažlivou považována taková nemoc, která se přenáší z člověka na člověka a není dědičná. Kontakt s nemocným či nakaženým člověkem byl proto považován za mimořádně rizikový. Zmiňovaný Jindřich z Vratislavi ve svém traktátu popsal trojí způsob, kterým se kazí/zamořuje vzduch. Je to působením nepříznivých nebeských konstelací, hnilobnými výpary z mrtvých těl a prostřednictvím smradlavého dechu. U této možnosti výslovně uvádí „v současnosti“ a varuje před návštěvami nemocných.¹⁵ Nemoc nicméně nemusela pohledem autorů studovaných pojednání vstupovat do těla pouze respiračním traktem, nýbrž také kožními průduchy. S vědomím tohoto rizika lékaři opakovaně nedoporučovali v dobách morového ohrožení návštěvu obecních lázní a například autor spisu *Regimen bonum in epydemia* výslovně píše, že během pobytu v takovém prostředí je srdce zahřátější, kožní póry otevřenější a vzduch nakažlivější. Vše kvůli horkosti vycházející z těl. V této pasáži se také objevuje raritní tvar *contagiositas* – nákaza, jež se v lázni snadněji šíří.¹⁶

Nejen dech či výpary z těla nemocného mohou způsobit nákazu, ohrožující jsou takřka veškeré lidské odpadní produkty, od potu až k výkalům. Nákaza pojmenovaná jako „zhoubný vzduch“ může dokonce ulpět i na vlne oděvů, a takto se dále přenášet.¹⁷ Pozornosti lékaře Bartolomea a Sancta Sofia v polovině 15. století dále neuniklo, že u nakaženého člověka se nemoc nemusí zjevně projevit, a přesto může takový jedinec nákazu dále šířit. Připomíná v této souvislosti jakousi „dívku vyživenou napellem“ (*puella nutrita na-*

14 *Ex istis dictis possunt solvi duo dubia, cur unus moritur in pestilentia et alter non, vel in una villa et in alia non. Secundum dubium, si tales morbi pestilentiales sunt morbi contagiosi uel non. Ad primum respondeo quod etiam est causa vna agentis scilicet influenza celestis, que directius respicit vnum hominem quam alium et magis istum locum uel illum. Alia causa est ex parte passivi, quia iste magis paratus est quam alter, qui autem magis sunt parati, patet ex prioribus prescriptis. Ad aliud dubium videtur quod sic, quia de talibus corporibus effumant fimi (!) venenosi corrumpentes aerem, qui inspiratur et humores etc. Et ideo fugiendum est ab infectis ymo tempore postea nullus debet stare in tumultu gentium, quia posset esse quod aliquis esset infectus.* Petrus de Kothobus, *Tractatus de pestilentia*, AGM 11, 1919, s. 125.

15 *Nota tripliciter corrumpitur: primo propter malam constellationem sicut autor dicit fuisse isto anno, quo compilavit istum tractatulum, secundo propter putredinem cadaverum aerem inficientem et hoc multotiens contingit. Tercio corrumpitur aer recenter ex fetido id est ex anhelitu fetido, et ergo malum est visitare infirmos tempore pestilentiae propter anhelitum fetidum. Viz Tractatus de preservationibus et remediis, s. 211.*

16 *Vitentur balnea, maxime communia, nam contagiositas facilius se diffundit in balneo ab uno in alium, cum pori sunt ibi valde aperti et corda calidiora et aer infectibilior propter calorem ex corporibus qualescunque fortius extrahentem.* Viz *Regimen bonum in epidemia*, AGM 5, 1912, s. 81.

17 *Quinta regula est, quod fugiantur consortia hominum et loca fetida et specialiter fetorem latrinarium in camera et caveat ab infectis vel visitantibus infirmos tales, quia licet aer venenosus ei sit factus consuetudinarius et naturalis, tamen alios inficere posset odore propter malum aerem inclusum in porositatibus corporis sui et lanositate vestium et anhelitu et sudore.* Viz *Regulae technicae contra pestilentiam*, AGM 4, 1911, s. 421-22.

pello), aniž by téma dále rozvíjel.¹⁸ Onen *napellus* je bezpochyby Oměj šalamounek (*Aconitum napellus*), který Matthioli zná jako *Šalomúnek* a píše o něm, že „žádná bylina není tak jedovatá.“¹⁹ Johannes Hacke v *Listě o ochraně proti otravě jedem*, který sepsal pro Jana Lucemburského, cituje Rhazésova slova, že „Oměj šalamounek patří k těm jedům, které jsou nejhorší.“ Dále pak podle Avicenny „je oměj nebezpečný jed a jeho protijedem je *minus napelli*, a to je totiž červ, který se jím živí a přebývá v kořeni *napellu*.“²⁰ Že by měli živočišové (myši, mouchy), kteří přijdou s tímto omějem do kontaktu či se jím živí, působit jako protijed, ví i Matthioli.²¹

Vincent de Beauvais a Petrus de Abano zaznamenali pozoruhodnou historku o (jistě půvabné) dívce záměrně vyživené jedem/omějem, která sloužila jako vražedkyně. Jen její milostné oběti působilo smrt, nemluvě o slinách či dechu.²² Pověst o travičkách, která se měla šířit prostřednictvím díla Rufa z Efesu, znal i Johannes Hacke, který zmiňoval slavnou travičku, „o níž se podle Galéna zmiňují všichni filosofové, kteří psali o jedech“ a která byla z Itálie. „Užívala jed tak dlouho,“ píše Johannes Hacke, „až se stal součástí její přirozenosti.“ Prý také „o tom poučila některé dívky a stejným způsobem jim dávala jed užívat, aby mohly krále při svých milostných stycích zavraždit.“²³ Jedná se patrně o jeden a týž, nejspíš známý příběh, který Bartolomeo a Sancta Sofia použil jako doklad pro své tvrzení, že morem nakažený jedinec a potencionální přenašeč nemoci nemusí mít navenek žádné varující příznaky. *Napellus* jako prudce jedovatou rostlinu se dvěma kořeny (přičemž jeden z nich je jedem a druhý protijedem) rostoucí na hoře nedaleko Milána zná také Jindřich z Vratislavi.²⁴

18 *Item notandum ultimo, quod possibile est, quod aliquis sit infectus et non paciatur et iste tamem inficit alios et tales moriuntur a peste. De puella nutrita napello.* Bartolomeo a Sancta Sofia, *Consilium contra pestem*, AGM 6, 1913, s. 352.

19 Petr Ondřej MATTHIOLI, *Herbář aneb Bylinář*, Praha 1596, s. 396B.

20 Milada ŘÍHOVÁ a kol., *Lékaři na dvoře Karla IV. a Jana Lucemburského*, Praha 2010, s. 93.

21 P. O. Matthioli, *Herbář*, s. 397B.

22 Vincent de Beauvais: *Dixit autem Rufus, quod nutrina fuit puella cum veneno, ut interficerentur per eam reges qui cum ea conuenirent, et quod ista in complexione sua consecuta est, ut saliva eius interficeret animal, et non appropinquaret ei gallina. Petrus de Abano: Rufus etiam dicit, quod antiqui reges fecerunt puella nutriri napello, ut per eius anhelitum et aplexum, cum ea coeuntes morerentur.* Cit. dle Ferrero HERNÁNDEZ (ed.), Iohannis Aegidii Zamorensis, *Liber contra venena et animalia venenosa*, Mayo 2002, doktorská práce, s. 441-442.

23 M. ŘÍHOVÁ a kol., *Lékaři*, s. 81-83.

24 *Judei in Mediolana civitate noscunt unum montem iacentem prope civitatem Mediolanensem, in quo monte crescit una herba, quae vocatur vapellus (!statt „Napellus“!) et est venenum pessimum inter omne venenum et interficit hominem in instanti, et haec eadem herba habet duas radices quarum una est tanquam tyriaca id est dryaken et alia est venenosa multum inter omnes herbas et radices mundi, et quantitas unius denarii inficit et interficit hominem in instanti. Viz Tractatus de preservationibus et remediis*, s. 215.

V souvislosti s morovou nákazou jsou ve studovaných spisech poměrně pravidelně zmiňovaná zvířata, zejména u autorů, kteří jsou závislí na Avicennovu *Canon medicinae*. Jejich nezvyklé chování je interpretováno jako jedno ze znamení nastupující nemoci. Je-li zdrojem nákazy zkažený vzduch v povětrí, opouštějí svá hnízda ptáci a létají nízkou. Pokud je mor způsoben jedovatými výpary ze zemského nitra, vylézají na povrch plazi a hlodavci. Avicenna (tisk z první poloviny 16. století) jako zástupce hlodavců jmenuje myši (*mures*),²⁵ Mistr Jindřich, možná Jindřich z Brém, zmiňovaný k roku 1392 jako rektor pražské univerzity, ale například ve svém pojednání preferuje krtky (*talpae*) a plchy (*glires*) doprovázené žábami (*buffones*). Středověký autor samozřejmě neměl ponětí o vektoru přenosu nemoci krysa – blecha – člověk, nicméně k vylézajícím hlodavcům doplňuje původní informaci, že „tehdy jsou mnozí pochyťáni.“²⁶ Zůstává otázkou, jak toto sdělení vyložit. Chytali snad lidé dezorientované a umírající hlodavce, jejichž srst se hemžila infikovanými blechami, čímž vlastně nevědomky napomáhali přenosu nemoci? Té nemoci, o které nemáme jistotu, že odpovídala modernímu moru bakterie *Yersinia Pestis*?²⁷

O moru Mistr Jindřich praví, že je to nemoc tuze nakažlivá, přenášejí se z člověka na člověka a ze zvířat na zvířata.²⁸ Cestu přenosu ze zvířete na člověka nezmiňuje. Některé lékařské texty naznačují, že mezi lidským a zvířecím těly byla respektována spíše určitá vazba, než hierarchií podmíněná hranice, jak o ní hovořil Sheldon Watts.²⁹ Lidské tělo je sice ve srovnání s těly zvířecími vznešenější, ale zároveň je svou povahou slabší, takže mu může uškodit i to, co zvířatům neublíží.³⁰ Na druhou stranu, právě pro blízkost povah má člověk opustit své bydliště, když začnou umírat s ním žijící zvířata, jako jsou psi nebo kočky.³¹ Augustin, lékař a biskup v Tridentu, ve svém traktátu z roku 1340 přenos nemoci ze zvířete na člověka naznačuje. Hovoří o nespécifikovaných zvířatech žijících na oby-

25 Avicenna, *Liber canonis totius medicine*, liber IV., fen I., tractatus IV., cap. III., Lugduni 1522, f. 329v.

26 *Quantum signum est, quando aves fugiunt de nidis suis sive a locis altis ad loca inferiora certe vel ad alias regiones, sencientes aerem corruptum in alto. Et etiam quandoque animalia habitancia in terra exeunt de terra et fugiunt propter corruptum aerem, buffones et praecipue talpae et glires et tunc multae capiuntur.* Viz *Causae, signa et remedia contra pestilentiam edita per Magistrum Henricum*, AGM 7, 1913, s. 83.

27 Srov. Samuel K. CONN JR., *The Black Death: End of a Paradigm*, *The American Historical Review* 107, 2002, s. 703-738.

28 *Circa hic est notandum quod pestilentia est morbus valde contagiosus et infectuosus et deambulans, quia ambulat de homine in hominem, de animalibus et animal.* Ibidem, s. 84.

29 Sheldon WATTS, *Epidemics and history*, New Haven – London 1999, s. 4.

30 *Ad quintum dicitur, quod inter omnia animalia homo est nobilior et debilior nature, igitur quod dnon (non?) ledit bruta, homines ledere potest.* Viz *Questio medica*, AGM 11, 1919, s. 49-50.

31 *Que mortalitas si adveniant animalibus vobiscum habitantibus ut catis, canibus et similibus de propinquo nature humane est futura et tunc non melius nisi fugere.* Viz *Tractatus de febribus pestilentialis*, AGM 14, 1923, s. 159.

dlených místech, která vtahují zkažené výpary a následně přenášejí nákazu na jiná zvířata i na člověka.³² O nákaze prostřednictvím dechu jedovatých tvorů žijících v dutinách hovoří také Bartholomeo a Sancta Sofia.³³

O přenosu morové nákazy z člověka na zvíře hovoří anonymní *Regulae technicae contra pestilentiam*. Autor těchto řádků doporučuje, aby se šaty po zesnulých na mor prodávaly nejdříve rok či dva po jejich smrti a nejlépe mimo hradby města. Je tedy přesvědčen o tom, že se v oblečení nemocných může skrývat riziko nákazy a jako doklad pro svá tvrzení připomíná dvě události, kterých byl svědkem. V Alemanii údajně viděl, jak se výbavy po jedné z obětí epidemie dotkli dva chlapci a následně zemřeli. V holandském Medembliku prý vynesli na slunce postel nebožky a jakési prase s ní posléze přišlo do kontaktu. Onemocnělo s příznaky moru a zemřelo. Autor z uvedeného vyvozuje závěr, že by bylo lepší všechny takové věci po zemřelých spálit, jak se tomu prý děje v Itálii, než je prodávat.³⁴

V podobném duchu líčí mor i Giovanni Boccaccio. Dle jeho tvrzení byla tato choroba natolik nakažlivá, že se přenášela i na „tvory nepatřící mezi lidi“. Sám byl údajně svědkem toho, jak „na ulici byly vyhozeny hadry nějakého chudáka, jenž zemřel na tuto chorobu, a tu se stalo, že k nim přišli dva vepři, kteří v nich podle svého zvyku velmi ryli a hrabali nejprve rypákem a potom i tesáky; za hodinku nato se však už trochu potáceli, jako by požíli jedu, a pak se oba dva svalili na hadry, které ke svému neštěstí škusali.“³⁵ Jistě není náhodné, že jak neznámý autor protimorových pravidel, tak i Boccaccio zdůrazňují, že tento jev viděli na vlastní oči. V obou případech se také jedná o přenos nemoci dotykem spíše než prostřednictvím vdechnutí jedovatých výparů.

Z výše uvedeného je dobře patrné, že mor byl obávaný jako vysoce nakažlivá choroba, která se může na člověka přenést při styku s nemocnou osobou, a co hůře, minimálně nepanovala jistota, že nakažlivé nejsou také věci, se kterými nemocný přišel do styku. Lékaři a především ošetřující personál byli vystaveni vysokému riziku, jak připomíná např.

32 *Isti venti elevant vapores sepe a locis corruptis et impellunt ad loca habitabilia, ubi animalia habitat, quo quidem animalia attrahunt vapores corruptos et sic attrahendo animalia et homines inficiuntur quia varie infirmitates inde generantur ex vaporibus corruptis.* Lynn THORNDIKE, *A pest tractate before the black dech*, AGM 23, 1930, s. 351.

33 *Item a flatu animalium venenosorum existencium in cavernis.* Bartolomeo a Sancta Sofia, *Consilium*, s. 352.

34 *De quibus patet, quod vestes morientium non debent subito vendi nec prius annum vel duos et hoc extra municipia opidi, unde haec vidi in Almanica, quod subito suppellectilia cuiusdam mulieris mortue peste ad solandum posita fuerant et duo pueri tetigerunt, ea et ambo mortui sunt, similiter in Hollandia in Medenblich mortua fuit quaedam mulier peste et lectus repositus fuerat ad solem et porcus quidam volitabat super lectum et acquisivit botrum et mortuus est. Sic securius esset omnia comburere quam vendere, ut saepius fit in Ytalia in principio pestilentiae. Viz Regulae technicae contra pestilentiam,* AGM 4, 1911. s. 422.

35 Giovanni BOCCACCIO, *Decameron*, Praha 1965, s. 12.

Compendium epidemiae.³⁶ Lze tedy očekávat, že instrukce adresované lékařům budou tuto skutečnost zohledňovat a budou se lišit od obecných doporučení jak přistupovat k nemocnému, které lékaře v zásadě instruují, aby svým chováním zdůrazňoval vlastní důstojnost a důležitost. Všechny diagnostické postupy je proto potřeba vykonávat rozvážně a do určité míry udržovat nemocného či jeho domácnost v nejistotě. Slovy anonymního salernského pojednání z 12. století: „*Dlouze a několikrát měř puls. Okolostojící tak budou po dlouhém očekávání přijímat tvá slova s větším povděkem. Posléze si nech přinést moč a dlouho zkoumej její barvu, substanci, množství a obsah.*“³⁷

V souvislosti s morovým onemocněním je lékař prostřednictvím studovaných textů varován, aby kontakt s nemocnými co nejvíce omezil. Padovský anonym z první poloviny 15. století na závěr svých stručných doporučení s jitou upřímností píše, že je nejlepší nemocné raději vůbec nenavštěvovat,³⁸ což je postoj připomínaný v 60. letech 14. století také Guy de Chauliacem. V jeho slavném *Inventarium sive chirurgia magna* čteme, že se lékaři neodvažovali navštěvovat nemocné, a pokud tak činili, byli pro ně schopni udělat jen málo a nedostávali zaplacení.³⁹ O penězích hovoří také Jacme d'Agramont, který se nečekaně dotýká oblíbeného topoi kritiků lékařů – chamtivosti. Nabádá své kolegy, aby si pro samou nenasytost nezpůsobili smrt, a raději své styky s nemocnými v době moru omezili.⁴⁰ Johannes Jacobi, významný francouzský lékař, kterého vzpomínal pražský arcibiskup Jan z Jenštejna, tvrdil, že byl z důvodu chudoby nucen léčit morem nemocné a přežil jen díky praxi neustálého čichání k houbě či chlebu nasáklému octem, čemuž prý

36 *Sunt enim huiusmodi morbi contagiosi, ex attractione enim aeris corrupti et venenosi ab infirmis respecti [?] inficiuntur eis assistentes et inde est, quod moriuntur omnes, ut sepius in eadem domo et maxime illi, qui sunt de genere infirmorum vel qui magis assistunt. Viz Compendium epidemiae, AGM 11, 1919, s. 175.*

37 M. ŘÍHOVÁ a kol., *Lékaři*, s. 31.

38 *Item medici antequam ingrediantur cameras infirmorum, primo faciant aperire fenestras et removeantur superfluitates omnes et sputa, deinde subfumigetur camera thure vel junipero, intret demum cameram infirmi et tangat pulsum eius et non respiciat eum per vultum, ne inficiatur fetido anhelitu. Melius eum esset non visitare. Viz Nota de pestilentia, AGM 6, 1913, s. 338.*

39 *(Mortalitas) fuit enim inutilis pro medicis et verecundosa, quia non erant ausi visitare propter timorem inficiendi et quando visitabant, parum faciebant et nihil lucrabantur. Guidonis de Cauliaco, In arte medica exercitatisimi chirurgiae. Lugduni 1572, trac. II., cap. V., s. 113-114.*

40 A také další důvod je sdružování se s nemocným, kdo má morovou chorobu, jelikož jsme viděli a slyšeli od lidí důvěryhodných, že mistra služebníci zemřeli na stejnou nemoc a dokonce také lékař a zpovědník. A proto se všichni lékaři v době moru mají chránit před chamtivostí po penězích, neboť ten, kdo má takové motivy, může způsobit svou vlastní smrt a také smrt svých přátel. A i kdyby byl samotným synem lakoty a hrabivosti, dal by všechny poklady světa, aby se vyhnul takovému výsledku. Viz *Regiment de preservacio*, s. 70. Ke kritice lékařů srov. Andrea CARLINO, *Petrarch and the Early Modern Critics of Medicine*, *Journal of Medieval and Early Modern Studies* 35, 2005, 3, s. 559-581.

jeho kolegové nechtěli věřit.⁴¹ V této souvislosti je zajímavé, že Jacobi měl užívat pouze takového profylaktického prostředku, který byl doporučován chudým lidem.⁴²

Z instrukcí pro lékaře navštěvující morem nakažené pacienty, dochovaných pod názvem *Observandum, ubi contingerit visitare pestilenticum*, je jasně patrná tendence omezit styk s nemocným a jeho prostředím na minimum. Pokud je pacientova místnost příliš malá nebo špatně větraná, nemá do ní lékař vůbec vstupovat a má si nechat nemocného vynést ven a položit na vyvýšené místo. Když měří puls, má se vyhnout kontaktu s jeho oděvem, případně lůžkovinami a dotýkat se pouze bližšího zápěstí. Rozhodl-li se zkoumat jeho exkrementy, má tak činit na dálku a zásadně na čerstvém vzduchu. Pokud vstupuje do místnosti, kde pacient leží, měl by si zajistit dostatečné preventivní větrání a okna by měla zůstat otevřená i po celou dobu jeho pobytu. Veškeré látky vycházející z těla nemocného by měly být před vstupem lékaře shromážděny a odstraněny z místnosti. Nemocným je doporučeno, aby si ložní prádlo měnili pravidelně každý den (určitě ale před vstupem lékaře) a nechali místnost preventivně vykropit doporučenými směsmi a opatřit nádobami s vonnými látkami. Lékař pak by měl mít na těle zavěšené vonné substance a drahé kameny. Do místnosti má vstupovat pomalu a po celou dobu své návštěvy čichat k houbě namočené v octě.⁴³

V 90. letech 16. století si kněz Jan z Bakova v česky psaném tisku postěžoval na tehdejší lékaře, že údajně za časů morové epidemie odmítají provádět uroskopická vyšetření, jeho slovy: „*nechtějí ani urínu hleděti*.“⁴⁴ Ve stejném duchu hovoří i Janův současník, lékař Bartholomeus Schwalb, jenž v případě moru pochybuje o spolehlivosti uroskopie jako diagnosticko/prognostické metody, čímž zdůvodňuje svůj odmítavý postoj k této praxi.⁴⁵ První tři body výše citovaného latinského katalogu rad pro lékaře se týkají právě uroskopie. Lékař má moč přenášet v nádobě zakryté třemi až čtyřmi vrstvami lnu, aby z ní neunikaly nebezpečné výpary. Pokud sezná, že dům nemocného není dostatečně větraný, má moč raději zkoumat na ulici. Když nelze jinak a musí se nádoby s močí dotýkat sám, měl by tak činit v rukavicích a rychle.⁴⁶ S takovou mírou opatrnosti kontrastuje zkušenos-

41 *Et ergo dicit magister Jacobus quod quondam fuit pestilentia in monte pessulano et ego non potui vitare communitatem, quia transivi de domo in domum ad curandum infirmos causa paupertatis meae ac tum paravi panem vel spongiam vel pannum intinctum in aceto in manu mea et tenui prope os et nasum et sic evasi talem pestilentiam, socii autem mei non credentes me vitam retinere. Johannes Jacobi, Ad honorem sanctae et individuae trinitatis, AGM 5, 1912, s. 57. Srov. M. ŘÍHOVÁ, *De medicis et medicinis carnalibus*, in: Zdeňka Hledíková (ed.), *Bolletino dell'Istituto storico ceco di Roma V*, Praga 2006., s. 18-33.*

42 *Regimen praeservativum et curativum*, AGM 7, 1913, s. 78.

43 *Observandum, ubi contingerit visitare pestilenticum*, AGM 4, 1911, s. 405-06

44 Jan z BAKOVA, *Sedlák*, f. 54r.

45 Bartholomeus SCHWALB, *Nářízení a správa velmi potřebná*, Praha 1598, f. B₁r.

46 *Primo facias apportare coopertum panno lineo triplicato vel quadriplicato, taliter quod fumi urinae exhalare non possint. Secundo considera, an domus habeat aerem spatiosum et latum an non. Si non,*

tí s morem nezatížený text Mistra Nicolaa Bertrucia (zemřel v roce 1347) *De decem cautelis medicorum* adresovaný praktikujícím lékařům, kde čteme: „A když zkoumáš moč, přiber k tomu nejenom svůj zrak, ale i jazyk a vyptej se i na pohlaví, věk, potíže aj., neboť stejná moč co do barvy a substance, může být výsledkem různých chorob.“⁴⁷ Zde ještě hovoří *medicus*, který plně důvěřuje výsledkům uroskopického zkoumání.

Florentský lékař Nicolaus Falcutius (zemřel v roce 1411) ve svém spise o léčbě morových horeček naopak s odkazem na Gordonia tvrdil, že všechny jedovaté nemoci klamou lékaře, neboť moč nemocného vypadá chválihodně a podstatně. To však prý není výsledek působení nemoci, jelikož v moči se odráží pouze přijímaná potrava (tj. patrně ona klamná podstata). Jedovaté nemoci jsou totiž natolik zlé, že se s nimi přirozenost neodvažuje bojovat. Z charakteru moči lze očekávat obrat k pozitivnímu vývoji onemocnění, přichází nicméně smrt. Nicolaus Falcutius proto zdůrazňuje, že prognóza u takových nemocí je nejistá a nelze říct, jestli se pacient uzdraví, nebo zemře.⁴⁸ Tato slova lze skutečně nalézt ve spise *Lilium medicinae* Bernarda Gordonia z počátku 14. století, přičemž do souvislosti s jedovatými nemocemi jsou zde kladeny výslovně neštovice a spalničky.⁴⁹ Opis lékařských rad z 15. století, připisovaných lékaři Francinovi de Bononia, zmiňuje v tomto kontextu vedle morových horeček, neštovic a spalniček také antrax, karbunkul a herpes.⁵⁰ Z uvedených názvů se lze domnívat, že Francinus ve svém výčtu uvedl právě nemoci charakteristické kožními příznaky a zároveň ty nemoci, které texty středověké medicíny hodnotí jako nakažlivé.

facias urinale portare in plateam et ibi urinam inspicias. Si vero curtem latum et amplum aerem habeat, tunc poteris secure ingredi domum et in medio ipsius domus considerabis urinam. Tercio laudo quod urinale potius teneatur per illos de domo infirmi, quam quod tu ipsum in manu teneas et tangas ipsum. Si vero ipsum in manu assumas, cum chirothecis et cito tangas et cito dimittas. Viz Observandum, s. 405.

47 M. ŘÍHOVÁ a kol., *Lékaři*, s. 35.

48 *Pronosticum Gordonii, cujus haec verba sunt: Omnes egritudines venenosae ut plurimum deludunt medicos, quia urina videtur laudabilis et cum ypostasi et hoc non est ex materia morbi sed cibi, quia natura non audet morbum invadere propter maliciam eius, et cum expectatur crisi ad bonum tunc venit mors. Advertamus igitur diligenter, quia tantorum morborum non sunt certae pronunciaciones, salutis neque mortis. Nicolaus Florentinus, De cura febris pestilentialis, AGM 6, 1913, s. 340.*

49 *Omnes sunt male terminacionis, et cum terribilibus accidentibus, et fraudelentis, ad quas cosueuerunt sequi variolae, et morbilli, et aegritudines venenosae, et ut plurimum deludunt medicos: quoniam urinae videntur laudabiles et hypostaseatae, et non ex materia morbi, sed cibi: quia natura non audet morbum inuavedere propter malitiam morbi eius: et cum expectatur crisis ad bonum, tunc venit mors. Bernardus Gordonius, Lilium medicinae inscriptum, Lugduni 1559, s. 42.*

50 *Item omnes febres pestilenciales sunt malae terminacionis et cum terribilibus accidentibus et fraudulentis ad quas consueverunt sequi variolae, morbilli et aegritudines multae venenosae ut antrax, carbunculus, herpes etc. Et ut plurimum diludunt medicos, quia urinae videntur laudabiles et ypostasivae, et non est ex materia morbi sed cibi. Et quando expectatur crisi ad bonum, tunc venit mors. Haec Gordonius. Francinus de Bononia, Pomum ambrae tempore pestis secundum Francinum doctorem, AGM 6, 1913, s. 330.*

Lékaři píšící o moru Gordoniovu prognosticky orientovanou pasáž patrně intencionalně aktualizovali a instrumentalizovali. Získali tak učený argument, kterým mohli zdůvodnit svůj odmítavý postoj k uroscopickým vyšetřením. Strach z kontaktu s močí či nejruznějšími výměšky nemocného prožívali jistě neobyčejně silně. Anonymní erfurtský spis o moru z počátku 15. století například výslovně radí dotýkat se dýměje a vysoce nakažlivé látky z něho vycházející pouze dřevěným nebo kovovým držátkem.⁵¹ Charakter moči u pacientů trpících morem byl však patrně skutečně zavádějící a přiváděl lékaře do rozpaků. V zápiscích neznámého lékaře publikovaných Miladou Říhovou čteme: „*Dále jsem měl jednoho z téhož domu, a to byl jeho syn a také onemocněl morem, ale snášel to dobře a uzdravoval se, a tak se mu tedy ulevilo a jeho moč byla dobrá. A tehdy, jak se mu ulevilo, znovu upadl druhého dne do nemoci a třetího dne zemřel.*“⁵²

V předchozích odstavcích bylo možné pouze naznačit složitost studovaného problému. Tvrdit, že středověcí lékaři věděli o nakažlivosti moru a obávali se kontaktu s nemocným, znamená objevovat objevené. Přesto je ale užitečné mít při čtení lékařských pramenů tuto skutečnost na paměti. Zkažený vzduch, v lékařských spisech pravidelně zmiňovaný, byl skutečně vnímán jako prvořadá příčina vzniku onemocnění, v každodenním potýkání se s morem nicméně bylo možné racionalizovat riziko prostřednictvím dvou jiných konceptů. Je to zaprvé představa, že zřetelně odpudivé nemoci jsou přenosné a zdrojem nákazy v jejich případě může být i zprostředkovaný kontakt. Zadruhé potom podobnost morové nákazy s otravou – jedem. Zkažený či „zamořený“ vzduch je vlastně vzduch otrávený. Mor se šíří a působí jako jed v celé své zákeřnosti. Jako s jedem s ním pozdně středověcí lékaři také bojovali.

51 *Etiam caveatur, ne vulnus et materia effluens nudis tangatur manibus, seu tenaculo ferres (ferro?) seu ligneo.* Viz *Ein ausführlicher lateinischer Pestraktat im Jahre 1405 der Stadt Erfurt gewidmet*, AGM 11, 1919 s. 86.

52 Milada ŘÍHOVÁ, *Středověký lékař*, in: M. Nodl – F. Šmahel (ed.), *Člověk českého středověku*, Praha 2002, s. 332-333.

Zusammenfassung

Die Pest und medizinische Literatur des späten Mittelalters

Studie beschäftigt sich mit der Frage der Ansteckungsfähigkeit der Pest und ihre Darstellung und eine Kommunizierbarkeit der Pest in den Abhandlungen der spätmittelalterlichen Ärzte. Behaupten, dass mittelalterliche Ärzte die Pest und ihre Ansteckung Potential wussten, und damit befürchten sie den Kontakt mit dem Patienten, bedeutet zu entdecken, was schon entdeckt war. Dennoch es sinnvoll ist, beim Studium medizinischen Quellen dieses Faktum im Gedächtnis haben.

Die Analyse der mittelalterlichen Quellen, meist aus der Zeit des vierzehnten und fünfzehnten Jahrhunderts führt aber zu Schlussfolgerungen, dass für Ärzte schon in diesen Zeit neben allgemein aner-

kannten miasmatischen Theorie (d.h. Pest übermittelt sich durch Luft) zwei andere Vorstellungen wichtig waren. Erstens - die Pest ist in ähnlicher Weise wie andere ansteckende Krankheiten, besonders solche Seuchen, die mit deutlich sichtbaren Hautausschlägen erkennbar sind, von Mensch zu Mensch übertragbar. Gefährlich ist damit auch ein bloßer Verkehr mit erkrankter Person oder mit Sachen, die im Kontakt mit solchen Menschen waren. Zweitens, die Pest ist der gleiche wie Gift und kann sich wie diese Materie verbreiten.

Kateřina Čadková

Slabost jedince či poslání? Teoretická a praktická recepce nemoci v prostoru laické religiozity vrcholného středověku.

Abstract: *The medieval reception of the illness and the weakness of a human body is investigated through the hagiography sources. The inquiry of the causes and the explanation of the simple existence of the illness focusses not only on the experienced practice, but on the theological concept and on the religious point of view.*

Key words: *illness – medical practice – sin – religiosity – saints*

Pro pátrání po teoretické a praktické recepci nemoci ve středověké mentalitě jsem si zvolila období vrcholného středověku, konkrétně 13. a 14. století, a v něm nově vznikající či se intenzivně rozvíjející náboženská hnutí a duchovní formace, vycházející z oblastí severní a střední Itálie a svou silou dále inspirující další kraje evropské, mimo jiné i české země. Nahlížím-li touto optikou přístup středověkého člověka k nemoci, k nemocným a k péči o ně, získávám obraz složený z dvou příbuzných, přesto však nestejných rovin či úhlů pohledu. Jeden z nich je pohled determinovaný katolickou církví – čili tou autoritou, dávající středověkému člověku návod na pochopení světa a vlastní role v něm – a její dlouhou tradicí, která do sebe absorbovala inspirace světa starozákonního i pohanského (např. vztah k tělesným tekutinám, etc.). Druhým úhlem, který ten první tradiční protíná, jsou pak nové akcenty, které do této problematiky vnáší religiozita (nejen) laická, formovaná v 13. století a 14. století zejm. mendikantskými řády ale i novými potřebami a směřováním společnosti.

Hned v úvodu je třeba zmínit omezení, které tento historický exkurz má. Prameny, ze kterých čerpám a které vypovídají o vývoji religiozity na příkladech konkrétních osobností, živých svatých (František z Assisi, Kateřina Sienská a další), jsou charakteru legendistického (*Vitae*) či vychází z akt shromážděných církevní jurisdikcí (zejm. kanonizační procesy). Máme tedy před sebou texty, které zobrazují dané světce či živé svaté, tak jak je vnímali či jak je chtěli prezentovat jejich hagiografové. Tážeme-li se jich na náhled středověké společnosti na choroby a na choré, pak z těchto pramenů vyčteme teologicko-laický přístup a nikoli odborný lékařský náhled. Nechápu však tuto skutečnost jako omezu-

jící, spíše naopak. Vidím ji jako vhodné hledisko k pochopení toho, jak nad nemocí a nad člověkem nemocí postiženým uvažují protagonisté *Vitarum*, respektive sami autoři textů - teologové nebo církevní činitelé lékařsky nevzdělaní. Ti ve svých dílech shrnují postoje a názory, které s sebou téma „nemoc“ nese, a skrze svá díla - ve středověké společnosti velmi populární - tak i předávají vlastní vnímání širokému laickému publiku k přijetí a věření.

Stejně tak jako my nyní, tázal se i středověký člověk po příčině (a smyslu) nemoci a hledal odpověď na ni, jen jeho východiska byla diametrálně odlišná. Tato východiska odpovídala jednak omezením, se kterými se potýkala lékařská věda ve středověku, jednak silnému vědomí bezmoci v konfrontaci s chorobami a postižením. V neposlední řadě pak svou roli sehrálo i nábožensko-teologicky podmíněné uvažování středověku, které odkázalo právě nemoc do oblasti spojené s lidskou tělesností a pozemským světem, čili do oblasti spíše odmítané než vstřícně chápané.

Přesto že je medicína ve svých vědeckých plenkách¹, nemůžeme středověkému laickému přístupu, prezentovanému v daných pramenech, upřít snahu určovat nemoci a jejich původ velmi prakticky, a sice skrze somatickou stránku, skrze hmatatelné příčinnosti a souvislosti. V tomto posuzování a hledání příčin a vlivů na lidské zdraví či nemoc se uplatňuje zejména zkušenost generací. Nezřídka se však vyskytne i snaha o odborné lékařské zařazení nemoci, pakliže autor základní znalosti z oblasti medicíny má, či se o nich neváhá poučit.² Výklady původu nemocí pak čerpají z realistického posuzování fungování lidského těla, jeho vývojových procesů i jeho případných disfunkcí. Praměny svědčí například i o tom, že existuje dobré povědomí o podmíněnosti zdravotního stavu životním prostředím a třeba i stravovacími návyky.³ Stejně tak existuje povědomí o konkrétních formách nemocí, jejich charakteru a způsobu přenosu.

Praměny však zároveň svědčí i o nejistotě středověké medicíny, se kterou se tato pokouší čelit zdravotním problémům. Mezi různými metodami, vycházejícími z výše zmíněných praktických zkušeností i z praktik hraničících s magií, převládá prostředek těšící se velké důvěře ve středověké společnosti, nemá však nic společného s lékařskou vědou. Středověký člověk se utíká velmi často k prosbě o pomoc Boží. V ní vnímá vyšší autoritu

1 Lékařství je ve středověkém světě silně propojeno s židovskou kulturou a to až do té míry, že se právě medicína stává takřka „židovskou profesí“. Srov. Giorgio COSMACINI, *Medicina e modno ebraico. Dalla Bibbia al secolo dei ghetti*, Roma – Bari 2001, s. 93.

2 Např. cit. Raymundus DE CAPUA, *Vita Sanctae Catharinae Senensis. Legenda maior*, AA SS Aprilis Tom III, Venezia 1738., kap. VII, PL 0780E: „*Repleta siquidem est tota corpusculi ejus cutis quibusdam pustulis seu apostematibus parvulis, ut modo medicorum loquamur.*“ (Celé její tělíčko bylo pokryto kožními puchýřky či, abychom použili výraz lékařský, drobnými abscesy)

3 R. DE CAPUA, *Vita*, 0780E, „quia infirmitas illa magis ex superfluitate, quam ex defectu procedere videbatur“ (neb je známo, že ta nemoc pochází spíše z nadbytku, než nedostatku jídla)

a moc, neboť „*multo plus potest Christus quam Galenus* (mnohem více zmůže Kristus než Galenus).⁴ Tato pomoc Boží je žádána skrze světce, časté zprostředkovatele lidských uzdravení. Léčení se pak zpravidla děje formou zázraků, ať už osobním kontaktem se světce nebo až po světce smrti. Tyto zázraky a nadpřirozená lékařská asistence nacházejí své neoddiskutovatelné místo v lidské nemoci tím spíše, čím více cítí nemocný beznaděj vlastního zdravotního stavu a jeho možného lékařského napravení.⁵ A právě z dikce hagiografických textů svěští lékaři vystupují tím více neúspěšní, čím více je třeba zdůraznit kontrast mezi lidskou slabostí (zde schopnostmi světského lékaře) a Boží velikostí (zde schopnostmi světce) - byť i snaha lékaře směřuje stejným směrem, jako pomoc světce.⁶

Nevalnou jistotu, se kterou středověké mentalitě nabízí své výklady nemoci a jejich léčení lékařská věda, vyvažuje jiná autorita a jistota středověkého světa. Tou je příčinnost nábožensko-teologická, která s logikou sobě vlastní nahlíží nemoc jako zásah nadpřirozených sil, ať už sil božských či ďábelských. Toto chápání je samozřejmě silně ovlivněno církevní doktrínou a jejími více či méně fundovanými interpretacemi.

Základním výkladem nemoci z tohoto pohledu je nemoc jako trest za hřích. Tato interpretace staví na prosté úvaze, že hřích je původce všeho zlého a tedy i nemoci. Je navíc podložen citátem z Nového zákona, kde Ježíš při uzdravení dlouhodobě nemocného říká: „Jdi a už nehřeš, ať se ti nepříhodi něco horšího“.⁷ Na tomto základě se pak vrství další úvahy nad tím, zda hřích, který způsobil konkrétní nemoc, byl hříchem samotného nemocného, či například jeho rodičů. Středověká mentalita dokonce nachází souvislost mezi konkrétním hříchem a konkrétní nemocí, které je původcem.⁸ Tato kauzalita je usazena

4 R. DE CAPUA, *Vita*, 0916E. Zde odkaz na Aelia Galena (nebo též Claudia Galena), řeckého lékaře a filosofa (129 – 216), jehož vliv na medicínskou vědu a teorii trval po celý středověk až do 17. století. Srov. heslo „*Galen of Pergamum*“ in: Encyclopædia Britannica Library, viz: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/223895/Galen-of-Pergamum>

5 Zázračná uzdravení nemocného či dokonce záchrana umírajícího, jsou neoblíbenějšími a nejčastějšími zázraky světců v hagiografiích i v aktech kanonizačních procesů. Tomáš z Celana věnuje uzdravujícím zázrakům sv. Františka z Assisi celou třetí knihu svého Prvního životopisu sv. Františka a popisuje celkem 41 uzdravení těla i ducha, která se stala po smrti světce; srov. Tomáš z CELANA, *První legenda svatého Františka*, Bonaventura Šivar (ed.), Velehrad 2003, s. 149-166. Autor Legendy blahoslavené Anežky uvádí celkem 29 konkrétních zázraků, způsobených Anežkou, z nichž je 22 zázraků uzdravení či záchrany před jistou smrtí; srov. *Legenda blahoslavené Anežky a čtyři listy sv. Kláry*, Jan Kapistrán VYSKOČIL (ed.), Praha 1934, s. 31-41. Zázraky b. Iohanny z Orvieto (celkem 30) se všechny věnují uzdravení a záchraně před smrtí, srov. Iacopo SCALZA, *Legenda beate Vanne seu Iohanne virginis de Urbeveteri*, in: Emore Paoli – Luigi G. Ricci (ed.), *La leggenda da Vanna da Orvieto*, Spoleto 1996, s. 161-166.

6 Valerie J. FLINT, *The Early Medieval „Medicus“, the Saint – and the Emchanter*, *Social history of medicine* 2, 1989, s. 135, 142.

7 Nový zákon, Jan 5,14.

8 Darrel W. AMUNDSEN, *Medicine, Society, and Faith in the Ancient and Medieval Worlds*, Baltimore – London 1996, s. 188.

pevně ve středověkém myšlení, uzákoňuje se v konkrétních církevních dokumentech, vydaných papežskou kanceláří. *Decretales* Rehoře IX. zahrnují mimo jiné dekret *Cum infirmitas*, přijatý 4. lateránským koncilem, ve kterém se prikazuje lékařům přicházejícím k nemocnému, aby nejprve dohlédli na to, zda jejich pacient vykoná zpověď a lituje svých hříchů, a teprve poté aby přistoupili k léčbě. Důvod tohoto postupu je více než jasný: „*Quum infirmitas corporalis nonnunquam ex peccato proveniat*“ (tělesná nemoc nezřídka pochází z hříchu).⁹ Z toho logicky vyplývá, že by medicínská léčba neboli světská snaha o nápravu, započatá ještě před kajícím úkonem neboli duchovní nápravou, mohla být zcela neúčinná a zbytečná.¹⁰ Praktická recepce nemoci jako trestu za hřích je silně citelná jak v dikci pramenů, tak se zhmotňuje například v podobě kajících procesí, doprovázejících každou epidemii středověkých evropských dějin.

Nemoc je možné vnímat skrze oči středověku také jako slabost způsobenou ďáblem. Dle středověké mentality má démonické působení v oblasti zdraví a nemoci stejný smysl jako ve všech jiných oblastech. Ďábel vede s Bohem Tvůrcem neustálý boj za duše lidí. V momentě, kdy se nepříteli lidských duší podaří zeslabit tělesnou konstituci člověka či dokonce omámit jeho mysl, stává se i vládcem nad jeho duší. A jím postižený člověk se pak stává ďáblovým pomocníkem v pokoušení dalších.¹¹ Mnou studované prameny k životům zbožných osobností (a zejména žen) jen potvrzují, že je to právě lidská mysl, která je v diskusi nad nemocí považována za primární sféru působení ďábla. Satan tedy nepadne lidskou mysl a způsobí mentální postižení či nestandardní chování té které osoby.¹² Obojí je pak klasifikováno jako nemoc.

Středověká mentalita však zná ještě jeden výklad nemoci na teologickém základě, a tím je nemoc jako nutnost seslaná Bohem. Čili, nemoc již není trest, ale prostředek k nápravě člověka a šance změnit vlastní nesprávné chování. Děje se tak v momentě, kdy Bůh „udeří člověka na těle, aby jej na duši uzdravil.“¹³ V legendistické literatuře pak nalezneme i umocnění tohoto motivu, kdy Bůh dokonce uděluje nemoc jako „dar“ pro své vy-

9 GREGORIUS IX., *Decretales*, Liber 5, titulus 38, capitulum 13: „*Quum infirmitas corporalis nonnunquam ex peccato proveniat, dicente Domino languido, quem sanaverat: «Vade, et amplius noli peccare, ne deterius aliquid tibi contingat,» praesenti decreto statuimus, et districte praecipimus medicis corporum, ut, quum eos ad infirmos vocari contigerit, ipsos ante omnia moneant et inducant, ut medicos advocent animarum, ut, postquam fuerit infirmo de spirituali salute provisum, ad corporalis medicinae remedium salubrius procedatur, quum causa cessante cesset effectus.*“

10 D. W. AMUNDSEN, *Medicine*, s. 203.

11 Srov. R. DE CAPUA, *Vita*, 0892D.

12 D. W. AMUNDSEN, *Medicine*, s. 186, s. 187: příčiny duševních poruch bývají spatřovány stejně jako v klimatických podmínkách a ďábelské posedlosti, tak i v nezřízenosti člověka, v jídle či sexu.

13 Srov. R. DE CAPUA, *Vita*, 0890C: „...Percussit enim prius Palmerinam praedictam in corpore, ut in anima sanaretur.“ (Stihl tedy nejdříve Palmerinu na těle, aby ji uzdravil na duši).

volené, kteří skrze toto fyzické či duševní utrpení mohou rozvíjet svou trpělivost a další křesťanské ctnosti a dojít tak vlastní svatosti.¹⁴

Není asi třeba zdůrazňovat, že v legendistické dikci či v dokumentech kanonizačních procesů stojí středověkého vnímání nemoci jako výslednice působení nadpřirozených sil (ať už božských či ďábelských) nad přírodním výkladem, stavícím více či méně na vědomostech a zkušenostech lékařské vědy. Recepce myšlenky, podle které nemoc s sebou nese punc hříchu či dokonce ďáblova působení, jen potvrdí a dále prohloubí určitou degradaci nemocného ve středověké společnosti a jeho vyčlenění nejen fyzicky ale i morálně na samý okraj společnosti. Toto vyčlenění pak jen umocní jeho zranitelnost a znesnadní možnost léčit se, neboť vrhá nemocného do skupiny dalších nemocných (ať už mimo městské hradby, či do chudých špitálů), kde se mu dostane buď žádné, nebo minimální lékařské péče a naplnění základních životních potřeb.

Do tohoto výkladu vnáší jiný výrazný akcent religiosní hnutí 13. a 14. století, zahrnující jak nově vznikající řády či jejich reformované podoby, tak i velmi silný laický proud. František z Assisi a s ním další generace náboženských nadšenců z řad řádových či laických rodin milosrdných nebo kajících bratrů či sester, přichází s dosti originální zkušeností Boha jako člověka a z toho plynoucí náboženské praxe, která silně akcentuje lásku k bližnímu. Nehledí na božství jako na velkou a přitom vzdálenou sílu, ale zpřítomňuje si ji v bližním - v nemocném a slabém člověku. Nemocný je tu zosobněním Boha v každodenním životě, jeho bolest je bolestí trpícího Krista.¹⁵ Nemoc a její snášení tak nabývá v pohledu nové religiozity zcela konkrétní funkci. Nemocný bližní je vnímán jako součást chodu světa a jeho dějin spásy. Služba nemocnému je příležitostí v rozvíjení křesťanských ctností i v sebedisciplinaci sebe samého.

Tento koncept se bohatě rozvíjí jak v oblasti intimní zbožnosti jednotlivců, tak zanechává své výrazné stopy v jejich veřejném působení a životě společnosti vůbec. Mnozí lidé živí svoji zbožnost skutečnými prožitky Kristova utrpení, které zažívají na svém těle. Např. František z Assisi získává znamení hřebů na rukou a nohou, Chiara di Montefalco nese hmatatelně ve svém srdci znaky Kristova utrpení včetně trnové koruny či kříže¹⁶. Tyto fyzicky prožité či mystické zkušenosti si pak živí svatí přenášejí do vnějšího světa, kde ve

14 I. SCALZA, *Legenda*, s. 152.

15 Claudio LEONARDI, *Universalita di Chiara da Montefalco*, in: Enrico Menesto (ed.), *Il processo di cannonizzazione di Chiara da Montefalco*, Perugia 1984, s. XV. Srov taktéž R. DE CAPUA, *Vita*, 0889D: „...*Sponsumque suum in leprosa illa intuens mentali oculo.*“ (vnitřním zrakem vidíc v nemocném svého Ženicha).

16 Tomáš Z CELANA, *První životopis svatého Františka*, in: Jiří Bonaventura Štivar (ed.), *Františkánské prameny II.*, Velehrad 2003, s. 130; Sv. BONAVENTURA, *Legenda Maior. Větší životopis svatého Františka*, in: Ctirad Václav Pospíšil (ed.), *Františkánské prameny I.*, Olomouc 1999, s. 422n; *Inquisitio processus inquisitionis Clarae de Crucis Montesfalconis ordinis sancti Augustini ab 6. IX. 1318 ad VII. 1319*

spolupráci s dalšími zbožnými pomáhají nést kříž bolesti a utrpení spolu s nemocnými, a to tím, že jim slouží v jejich nemoci.¹⁷ Religiosita tak dostává zejména v laické sféře dvě základní roviny. První rovinu představuje intenzivní duchovní život a druhou, s ní paralelní, pak pravidelná péče o nemocné a slabé. Ona druhá sféra se stává pro mnohá náboženská společenství dokonce hlavní náplní jejich aktivity ve veřejné sféře, jako např. v případě špitálních bratrstev.¹⁸ Nemocní jsou pro zbožného člověka prostředkem, jak se přiblížit Kristu trpícímu. Jsou mu prostředkem k jeho vlastní spáse. Vytváří se tak skutečně duální přístup k osobní náboženské praxi, *vita contemplativa* a *vita activa*, který je symbolizovaný buď starozákonními ženskými vzory Rachel a Liou či, a to mnohem častěji, novozákonními sestrami Marií a Martou.¹⁹ A středověká společnost tento dualismus ráda přijímá. Kombinace „nazíravého a činného života“²⁰ představuje pro společnost vítaný přínos do sociální a zdravotní péče. Ba co víc, středověká společnost neváhá přiznat v této práci místo dokonce i ženám-laičkám a tyto se jí rády ujímají. Zejména laické zbožné ženy, nesvázané klauzurou, tak v této formě religiozity získávají relativní samostatnost a svobodu ve veřejném působení. Uplatňují se v hospicích a nemocnicích svého vlastního řádu nebo institucích městských.²¹ Pro ženy, vyloučené z církevní hierarchie, znamená tato práce přímé zapojení-se do spasitelného díla církve. Ne náhodou vede právě tudy jejich slavná cesta k budoucí blaženosti, jak to můžeme spatřit např. u Alžběty Durynské jako u jednoho z prvních vzorových příkladů, či u osobností domácího prostředí, kterými jsou Zdislava z Lemberka a další členky její rodiny.²² Jejich význam a síla jejich vzoru pramení nejen z faktické práce pro nemocné a slabé, ale i v duchovní podpoře a osobním ctném příkladu, který nemocnému dávají a kterým mohou jeho samotného přivést k duchovnímu smíření. Protože duchovní uzdravení člověka chápe středověká mentalita rovněž jako uzdravení, jako uzdravení mnohem důležitější než to tělesné.

Zaměříme se nyní na charakter péče o nemocné jako na jeden z důležitých bodů této úvahy nad recepcí nemoci ve středověku. V první řadě je nutno zdůraznit, že práce v ne-

facta, art. CLIX, in: Enrico Menesto (ed.), *Il processo di canonizzazione di Chiara da Montefalco*, Firenze – Perugia 1984, s. 26.

17 E. MENESTO, *Il processo*, s. CLXXIX.

18 Jediný původem český řád, Řád křížovníků s červenou hvězdou, který byl založen Anežkou Přemyslovnou pro službu ve špitále, byl zformován z původního laického špitálního bratrstva bulou Řehoře IX. v roce 1237. Jaroslav POLC, *Světice Anežka Přemyslovna*, Praha 1988, s. 41.

19 Tomáš AQUINSKÝ, *Summa Theologiae* IIa-IIae, q. 182, art. 1. Edice textu je přístupná v elektronické podobě na stránkách dominikánského nakladatelství Krystal, viz: <http://www.krystal.op.cz/sth/sth.php?&A=1>.

20 český překlad pro latinské termíny *vita contemplativa* a *vita activa*, srov. Tamtéž, *Theologická suma, doslovný překlad*, Emilián Soukup (ed.), Olomouc 1937.

21 Maiju LEHMIJOKI-GARDNER, *Worldly Saints. Social Interaction of Dominican Penitent Women in Italy, 1200-1500*, Helsinki 1999, s. 110.

22 Jaroslav LUDVÍKOVSKÝ (ed.), *Cronica domus Sarensis*, Brno 1964, s. 162nn.

mocnicích a špitálech, o které vypovídají texty legend a kanonizačních procesů, se počítá mezi práce z nejpodřadnějších.²³ Zbožní lidé-laici nevykonávají v nemocnicích a hospicích práci profesionálních lékařů. Jejich aktivitu bychom spíše definovali jako zdravotnicko-pečovatelskou službu spojenou se sociální péčí.²⁴ Základní služba nemocnému spočívala jak v každodenním ošetření ran a vředů a omytí těla, ale nezřídka kdy leželo na bedrech zbožného služebníka i nakrmení a hmotné zajištění nemocného, v některých případech dokonce i závěrečné pohřbení zemřelého.²⁵ Laici sloužili nejčastěji v místech, kde se lékařské pomoci nedostávalo z finančních motivů, nebo kde se lékařská pomoc ukázala již zbytečná. Neváhali sestoupit k těm nejodvrženějším, do míst nejvyšší bídy. „Oblíbenými“ nemocnými, o které se tito živi svatí starali, byli právě lidé nemocní malomocenstvím (leprou). Tito nemocní patřili na společenském žebříčku skutečně k těm nejnižším, ať už kvůli nakažlivosti nemoci, ať už kvůli nevzhledným stádiím, kterými tělo s postupující nemocí procházelo, či kvůli beznaději v záchranu před smrtí, kterou lepra pro svého nositele od objevení prvních příznaků znamenala.²⁶ O to více se v pramenech zdůrazňuje zásluha těch, kdo o malomocné pečují jako o ty nejposlednější z posledních. O to více se zdůrazňuje jejich ponížení se z lásky k bližnímu. O to více vystupuje kontrast jejich žebříčku hodnot s žebříčkem hodnot zbytku společnosti, když jsou zbožní laici schopni dát svůj život do služby všem těmto pomalu umírajícím.

Středověké prameny však kontakt zdravého člověka s nemocným nelíčí jako věc samozřejmou a bezproblémovou, spíše naopak. Domnívám se, že je na místě hovořit přímo o silném souboji, který vede dotyčná svatá osobnost s nemocí.

Prvním momentem souboje zbožného člověka, angažujícího se ve službě nemocným, je vůbec schopnost rezistence vůči nemoci. Hagiografie často vypočítává ona *mirabilia*, kdy svatý muž či žena přichází i třeba opakovaně do kontaktu s nakaženým pacientem a nemoc se na něj přesto nepřenesle. Je výrazem hrdinství ale zároveň i jisté svéhlavosti, když František z Assisi neváhá políbit ruku malomocnému.²⁷ Ani Kateřina Sienská neustává i přes silné protesty matky v péči o malomocnou ženu, a to ani v momentě, kdy se malomocenství projeví na ní samotné. Až když nemocná zemře a Kateřina ji vlastníma rukama připraví do hrobu a pohřbí, ustoupí malomocenství z její rukou, jako by tam

23 M. LEHMIJOKI-GARDNER, *Worldly Saints*, s.120n.

24 Srov D. W. AMUNDSEN, *Medicine*, s. 206n sleduje dále vazbu mezi výskytem pohanských praktik v neprofesionální medicínské praxi a mezi početným zastoupením osob ženského pohlaví v této oblasti.

25 R. DE CAPUA, *Vita*, 0889C-0890A, Tommaso DA SIENA, *Legenda b. Mariae de Venetiis*, in: Flaminio Cornelius (ed.), *Ecclesiae Venetae antiquis monumentis nunc etiam primum editis illustratae ac in decades distributae authore Flaminio Cornelio senatore Veneto. Venetiis 1749*, s. 389.

26 Robert JÜTTE, *The Social Construction of Illness in the Early Modern Period*, in: Jens Lachmund – Gunnar Stollberg (ed.), *The Social Construction of Illness*, Stuttgart 1992, s. 25

27 Svatý Bonaventura, *Legenda Maior*, s. 369

nikdy nebylo.²⁸ Prameny nás nenechávají na pochybách, že k rezistenci je člověku třeba nesmírné duševní síly a opory v Bohu.

Druhým momentem, při kterém vede člověk boj s nemocí, je přemáhání vlastního fyzického odporu k nemoci a nemocnému. Nemocný se zde stává pro svého zbožného služebníka příležitostí vyzkoušet sebe, svoji trpělivost, svoji snášenlivost, překonat hnus, který v něm konečná stádia nemoci zcela přirozeně vyvolávají.²⁹ Za tyto reakce tělesného odporu se dotyčný zbožný pečovatel hluboce viní a jeho rozhodnutí odpor překonat pak eskaluje v činy, které citelně překračují hranice hygieničnosti a pojetí hnusu. Citujme zde pro názornost příběh ze života Jana Colombiniho. Tento sienský kazatel a zakladatel hnutí *Yesuatů*, potkává jednoho dne malomocného. Nechá jej ulehnout do své vlastní postele, omyje jeho rány, ale toto všechno se mu zdá nedostatečná zkouška vlastní pevnosti a odolnosti vůči „přirozenosti“ (myslí se, přirozenému odporu vůči nemocnému). Colombini se tedy dle pramenů vážně zaobírá myšlenkou na to, že vypije tu vodu, kterou předtím malomocného omyl.³⁰ Bylo by jistě mylné odmítnout tento boj náboženských nadšenců s vlastním odporem vůči nevzhledným stádiím nemoci jen jako sebedmrskáčský heroismus. Snaha překonávat odpor vlastního žaludku pramení stále z touhy vidět v ubožákovi Krista a tedy chápat jeho utrpení jako věc, která je plně v souladu s Božím plánem. V těchto momentech se živý svatý snaží neošklivit si cokoli z toho, co je Božím dílem a záměrem.

Intenzivní zdravotnická či chceme-li sociálně pečovatelská práce řeholníků a zejména zbožných laiků vnáší do mentality středověké společnosti shovívavější pohled na primárně odsuzované nemocné. V přístupu k nemocným se, díky jejich ztotožnění s Kristem skrze bolest a utrpení, objevuje úcta, se kterou k nim osobnosti nové religiosity přistupují a vykonávají své skutky milosrdenství. Marie Benátská, která stejně jako mnoho jejích zbožných současnic navštěvovala ženy nakažené morem, dle slov svého hagiografa sloužila nemocným, „se zvláštní radostí a veselostí myslí i těla.“³¹ Tento duchovní rozměr má nutně vliv na celkovou recepci nemoci ve společnosti. Zmírňuje primární odsudek ne-

28 R. DE CAPUA, *Vita*, 0889E-F

29 *Závěť svatého Františka*, in: Jiří Bonaventura ŠTIVAR (ed.), *Františkánské prameny I.*, Velehrad 2001, s. 59: „Pán dal mně, bratru Františkovi, abych takto začal konat pokání: neboť když jsem byl v hříších, zdálo se mi příliš trpkým vidět malomocné. A sám Pán mě přivedl mezi ně a prokázal jsem jim milosrdenství. A když jsem od nich odcházel, to, co se mi zdálo hořkým, změnilo se mi ve sladkost duše a těla.“

30 Arrigo LEVASTI, *S. Caterina da Siena*, Torino 1947, s. 75. Podobně i z života Kateřiny Sienské, R. DE CAPUA, *Vita*, 0892B-C a 0893F

31 Tommaso DA SIENA, *Leggenda di Maria da Venezia*, in: Fernanda Sorelli, *La santità imitabile*, Venezia 1984, s. 184: „...con singulare iocundita e leticia mentale e corporale...“. Tento motiv radosti ze služby postiženým morem je přítomen pouze v Tommasově italské verzi legendy, v latinském originále se explicitně nevyskytuje, srov. T. DA SIENA, *Legenda b. Mariae*, s. 389.

mocného jako člověka s puncem hříchu. Stejně tak zmírňuje i jeho vyčlenění ze života společnosti.

Obraťme však svou pozornost na samotné živé svaté a na jejich přístup ke své vlastní nemoci. Zde si velmi ráda vezmu k ruce konkrétní typologii, která vystupuje z legendy Kateřiny ze Sieny, jako vzoru z nejbohatších v této oblasti. Její krátký život je celý prostoupen nemocí a slabostí těla. Vinu na jejím nedobré zdravotním stavu mají jak nemoci přirozeně přicházející, tak i neduhy a zdravotní problémy spojené s jejími extrémně přísným zacházením s vlastním tělem. Její drasticky dlouhé půsty a nedostatek spánku jen silně umocňuje velké vydání energie a nedostatečný odpočinek. Kombinace všech těchto praktik způsobí takřka Kateřininu sebeustrukci.

Sienská světice v textech vlastních hagiografů hovoří o všech svých tělesných komplikacích a zdravotních újmách se smířením. Utrpení, které s sebou nemoc přináší, snáší s prokazatelnou radostí. Dle hagiografů pochází tato radost jednoznačně z lásky ke Kristu. Tato láska, kterou doslova hoří, jí dává radovat se z utrpení.³² Čím větší je bolest, kterou jejich tělo prožívá, tím více se těší z toho, že se v prožívání utrpení blíží Kristu. V žádném případě není cítit ani náznak toho, že by chtěla najít hmatatelnou příčinu nemoci, či že by z dané nemoci chtěla najít cestu ven. Naopak. Dá se říci, že si zejména zbožné kající ženy, mezi něž patří i Kateřina, své nemoci takřka hýčkají jako příležitost prožívat ještě vyšší utrpení, které chtějí snášet pro očištění sebe a světa od hříchů.³³ Kajicnice a další zbožní aktivisté vrcholného středověku jsou tedy často v pramenech prezentováni jako pasivní přijímatelé nemoci seslané Bohem, bez jakékoli vůle něco proti ní konat, protože tato nemoc a utrpení je součástí Božího plánu.

Je však třeba zmínit ještě druhý náhled, který vystupuje z Kateřininých slov v textu legendy, když komentuje vlastní pozemskou existenci. V žádném případě se z jejího pohledu na sebe sama nevytrácí onen velký despekt vůči vlastnímu tělu, který jsme výše zařadili mezi odsudky pramenic z teologické tradice. Kateřinino základní východisko v postoji k vlastnímu tělu je ono velmi tradiční pohrdání a odsouzení své pozemské schránky.³⁴ A v postoji k vlastní nemoci je pak zrovna tak stále přítomno ono původní „nemoc je trest za mé vlastní hříchy“, seslaný Bohem.³⁵ Zbožná žena, která v ostatních

32 R. DE CAPUA, *Vita*, 0871B, T. DA SIENA, *Legenda*, s. 388

33 R. DE CAPUA, *Vita*, 0871B: „... gloriabatur in infirmitate proprii corporis, ipsamque amore Sponsi sui libentissime ferebat.“ (chlubila se vlastní nemocí, snášela ji velmi ochotně z lásky k božskému Ženichovi)

34 R. DE CAPUA, *Vita* 0889F „... spernebat siquidem velut lutum proprium corpus...“ (pohrdala totiž svým tělem jako špinou)

35 R. DE CAPUA, *Vita*, 0897B. Kateřina věří, že její vlastní hříchy jsou příčinou její neschopnosti jíst: „Dicebat enim: Deus propter peccata mea percussit me singulari quadam passione sive infirmitate ... ego libentissime vellem comedere, sed non possum. Orate obsecro pro me, ut ipse indulgeat mihi peccata mea“ (Říkala totiž: Bůh na mě svalil toto trápení či neduh pro mé vlastní hříchy... ráda bych jedla, ale ne-

nemocných bližní vidí druhého Krista (*alterum Christum*), sama sobě toto povzbudivé srovnání nedopřeje a hodnotí svoji nemoc s mnohem větší degradací.

Závěr

Závěrem příspěvku tedy shrňme středověkou recepci nemoci, který vyvstává z hagiografických pramenů. Tváří v tvář nemoci druhého člověka živí svatí neváhají aktivně jednat. Navštěvují nemocné a ošetřují je. Přivádí je k duchovnímu smíření. Prokazují jim své služby s láskou bliženskou, chovají se k nim s úctou, jakou by chtěli prokazovat samotnému Kristu. Nemocný se v tomto konceptu stává smysluplným článkem dějin spásy, jeho utrpení v nemoci je motivem pro jistou míru úcty ze strany společnosti. Tento přístup živých svatých k nemocnému je základem pro to, aby byla ve středověké mentalitě překonána ostrakizace nemocných jakožto hříšníků trestaných od Boha.

Ve vztahu zbožných hrdinů legendistiky k vlastní nemoci již nevnímáme takovou jednoznačnost. Živí svatí se v jednom okamžiku radují z vlastní nemoci jako z utrpení, které je přibližuje ke Kristu. V tomto momentě jsou též prezentováni jako součást dějin spásy, ve kterých má jejich utrpení své místo, jak bylo výše demonstrováno. Nicméně, hned v dalším okamžiku ti stejní zbožní lidé paradoxně ostrakizují sami sebe, když označí své vlastní nemocné tělo jako důsledek své vlastní hříšnosti a svou nemoc jako na trest z hůry. Tento motiv, kterým se vracíme zpět k onomu tradičnímu způsobu odsouzení své nemoci jako trestu za vlastní hříchy, vystupuje z hagiografických textů stále velmi výrazně. A to i přes to, že se jedná o motiv, který samotní živí svatí ve svém přístupu k bližním nemocným již zpravidla nevnímají³⁶ a který naopak popírají svým vstřícným chováním vůči nim. Zdá se však, že ona úcta vůči jiným nemocným jako k druhému Kristu,³⁷ kterou tito živí svatí pomohli rozvinout ve středověké mentalitě, bývá v jejich nahlížení sebe sama překryta tradičním konceptem odsudku těla, trestaného nemocí za hříchy.

mohu. Modlete se za mě, aby mi odpustil mé hříchy.). Následně pak v listu č. 92 říká, že neustále prosí o milost Boha, aby jí pomohl zbavit se neřesti obžerství, srov. S. Caterina DA SIENA, *Le Lettere*, Umberto Meattini (ed.), Torino 1993, s. 1512.

36 Výše citovaný případ nemocné Palmeriny, která byla Bohem stížena tělesnou nemocí, aby dostala příležitost uzdravit vlastní duši, je v daném Životopise výjimečným případem. Srov. pozn. 13

37 R. DE CAPUA, *Vita*, 0889D.

Summary

The Weakness or The Vocation of The Human Being? Teoretical and Practical Reception of The Illness in The Frame of The Religiosity in The High Middle Ages

The concept of the illness, its presence in the life of society, its causes as well as the impulses to progress used to be interpreted by the medieval mentality in the two parallel ways. The medical experienced knowledge represented one of them, the theological approach another, where the condemnation of the sick people (through their sins) determined their social existence.

This paper tries to underline the transition in the theological concept in the frame of the 13. and 14. century. The changes in the reception of the illness,

that were bound with the new religious movements of those times, bring the new judgements of the ill people and emphasize their role in the salvation. These shifts, however offering different and more positive reception of the illness in the medieval mentality, are not universal at all. The resistance of the traditional explanation of the illness through the concept of the sin is still present and serves as the instrument of the self-rejection, even in the minds of those representatives of the new religiosity.

Katarína NÁDASKÁ

Vnímanie choroby a starostlivosť o chorých u mendikantov na príklade sv. Alžbety Uhorskej

Abstract: *The oldest sources documenting the life of St Elizabeth (1207–1231), which date back to the 13th century, created a strong tradition linking St Elizabeth with caring for the sick and ill. The mendicant movement brought forth a new understanding of the ill as the second Christ. The ill, as alter Christus, were the subject of Elizabeth's charity. Sources originating from the period pertaining to Elizabeth's life mention treatments of mainly infectious, highly repulsive diseases and the curing of corporeal defects, injuries and lethal injuries, in order to necessitate the biggest contrast and to excite awe in the recipients of the legends texts. Turning one's soul away from sin was considered to be part of a person's treatment, too. The physical shell of the ill wasn't the final aim of her help. For Elizabeth, caring for the ill was a form of piety complementing her vita activa. The ill were to become one of the saint's main attributes in art representation.*

Key words: Saint Elizabeth – charity – healing Arts – history of medicine – 13th Century

Na konci 13. storočia medzi rokmi 1279–1301, teda približne 50 až 60 rokov po Alžbetinej smrti, napísal o sv. Alžbete anonymný hagiograf, že jej zásluhou „Každý druh mrzkosti a všetky znetvorenia sa prirodzene odstraňujú“, že „prinavráca telesné zdravie...“ a „vyháňa všetky choroby“.¹ Tento obraz o nej životopisec vytvoril na základe určitých historických udalostí v Alžbetinom živote, kedy ako krajinská grófka Durínska poskytla počas hladu v roku 1226 postihnutým pomoc² a po smrti jej manžela a priznaní vdovských práv postavila v roku 1228/9 v Marburgu špitál pre chorých a chudobných, v ktorom sa sama aktívne angažovala.³ Hagiografická tradícia po Alžbetinej

1 „Omnes genus turpitudinis et totius vitii deformitas remouetur a natura...redduntur naufragi salutis corporali...depelluntur omnes morbi.“ Lori PIEPER, *A new Life of St. Elizabeth of Hungary: The Anonymous Franciscan. The Text of the Anonymous Franciscan* (kritické vydanie textu legendy), in: *Archivum franciscanum historicum* 93, 2000, 1–4, s. 76. (ďalej *Franciscan*) *Bibliotheca Hagiographica Latina*. Ed. Socii Bollandiani, Bruxelles 1992, 2509. (ďalej BHL)

2 *Dicta quatuor ancillarum*, in: Albert HUYSKENS (ed.), *Quellenstudien zur Geschichte der hl. Elisabeth Landgräfin von Thüringen.*, Marburg 1908, s. 119. (ďalej *Dicta*) *Bibliotheca Hagiographica Latina. Novum supplementum*. Ed. Henricus Fros. Bruxelles : Société des Bollandistes, 1986, 2493 m.; THEODORICUS DE APOLDA, *Vita S. Elisabethae viduae, landgraviae Thuringiae, ducis Saxoniae, Hassiae principis et comitis palatinae*. Ed. Georgius PRAY, Tyrnaviae 1770, III. 7. (ďalej *Teodorik*) BHL 2496.

3 *Dicta*, s. 124, 125. *Teodorik*, V. 8–10, VI. 4. Ottó GECSER, *Aspects of the Cult of St. Elizabeth of Hungary with a Special Emphasis on Preaching, 1231–1500*, PhD. dissertation, Budapest 2007, s. 5, 21.

smrti v roku 1231 a po svätorečení 27. mája 1235 ďalej skomponovala korpus príhod a zázrakov z jej života,⁴ kde sú hlavnými postavami chorí a vôbec núdzni v rozmanitých podobách, ktorým ona poskytovala pomoc a úľavu.

V stredovekých prameňoch k sv. Alžbete nájdeme pestrú paletu pohľadov na chorých, ich choroby a liečbu. Sledujeme v nich hagiografický obraz, ktorý však stojí na historickej realite stredoveku. Máme doložené viaceré osobnosti skúmaného obdobia s podobným štýlom života a podobným súborom dochovaných prameňov, čo bádateľom pomáha vnímať tento fenomén v dejinnom kontexte.⁵ Naša sonda sa zameriava na obdobie 13. storočia, kedy najstaršie pramene k životu sv. Alžbety vytvárali hagiografický obraz o nej pre nastávajúce dekády. Hovoríme o Liste Konráda z Marburgu / *Summa vitae* (1232) a Výpovediach jej štyroch služobníč / *Dicta* (1235), ktoré boli súčasťou kanonizačného procesu. Majú autentický charakter. Ďalej sa v štúdiu opierame o *vita* od Caesaria z Heisterbachu (1236–1237), upravené Výpovede služobníč v diele tzv. *Libellus* (1236–1241), o *vita* od anonymného františkána (1279–1301) a napokon o *vita* od Teodorika (1289–1297). Uvedený výber patrí k najstarším hlavným dielam k životu sv. Alžbety z 13. storočia.⁶ Tradícia charity a milosrdenstva z 13. storočia, ktorú pramene vytvorili, bola natoľko silná, že sv. Alžbeta sa od stredoveku až dodnes spája so starostlivosťou o chorých.

Choroba v chápaní stredoveku

Ešte z dedičstva neskorej antiky a barbarských štátov poznáme stredoveké vnímanie choroby aj ako straty *fortuny*, teda určitej milosti, ktorá danej komunite zabezpečovala šťastie a poriadok.⁷ Choroba narušovala spoločenský status človeka. Vnášala neporiadok do väčších alebo menších štruktúr. Choroba bola znakom chaosu. Oproti chaosu stojí Boží poriadok, ktorý na zemi obnovujú svätci ako Alžbeta. Do tohto svetla chceme dať aj úvodný citát o sv. Alžbete – „Každý druh mrzkosti a všetky znetvorenia sa prirodzene odstraňujú“, teda ona liečením obnovila poriadok. Pri *translatio* pozostatkov sv. Alžbety

4 Analýzu prameňov o sv. Alžbete pozri: O. GECSEK, *Aspects*, s. 9–53.

5 André VAUCHEZ, *La Santità nel Medioevo*. Bologna 2009, s. 220–222.

6 *Epistola examinatum miraculorum sancte Elyzabet ad dominum papam*, in: Quellenstudien zur Geschichte, s. 155–160. (ďalej *Summa vitae*) BHL 2490.; *Dicta*, s. 112–140.; Caesarius HEISTERBACHENSIS, *Vita sancte Elyzabeth Lantgravie*, in: Albert HUYSKENS (Hg.), *Die Schriften des Caesarius von Heisterbach über die heilige Elisabeth von Thüringen*, Bonn 1937, s. 344–381. (ďalej *Caesarius*) BHL 2494.; *Der sog. Libellus de dictis quatuor ancillarum s. Elisabeth confectus*, in: Albert HUYSKENS (Hg.), *Der sog. Libellus de dictis quatuor ancillarum s. Elisabeth confectus*, Kempten - München 1911, s. 1–86. (ďalej *Libellus*) BHL 2493.; *Franciscan*, s. 50–78.; *Teodorik*, s. 1–218.

7 Niektoré pohľady na chorobu pozri: Jacques Le GOFF, *Kultura stredoveké Evropy*, Praha 2005, s. 330–331, 373, 406–410.

1. mája 1236 sa údajne objavil olej, ktorý „s neobyčajnou vôňou hojne vyvierať z jej kostí“.⁸ Na vlastnom tele bola teda podľa výpovedí prameňov zázračne „pomazaná“ olejom. Ako pomazaná mala legitímnosť byť divotvorcom a na Boží príhovor liečiť. V zázrakoch vyličená mnohých chorých sa ukazuje Alžbetina uzdravujúca schopnosť divotvorcu. „Účinnosť“ svätca bola podmienená práve jeho schopnosťou stať sa divotvorcom.⁹ Alžbetinu „účinnosť“ vyskúšali mnohé zázraky, ktoré sa stali súčasťou jej kultu.

Doba sv. Alžbety bola časom rozvoja silného mendikantského hnutia, ktoré do stredovekej spoločnosti prinieslo novú optiku duchovného a sociálneho chápania sveta.¹⁰ Podľa neho sa *vita activa* a *vita contemplativa*, teda aktívne skutky a modlitba, stali rovnocennými cestami duchovného života. Svoje praktické uplatnenie hnutie našlo v aktivizácii voči marginalizovaným a sociálne slabým. Choroba ohrozovala resp. znižovala spoločenský status. Vyčlenila človeka na okraj spoločnosti. Odpudzovala z estetického aj zdravotného hľadiska. Choroba vzbudzovala strach z nešťastia, nákazy a smrti. Prvý z oficiálne svätých, kto razil zjavne nové chápanie k chorým bol sv. František z Assisi († 1226, kanonizovaný v roku 1228). Prekonal svoj strach a odpor k malomocnému a pobožkal ho, ako to zaznamenáva jeho životopisec Tomáš z Celana († 1260): „...kým ešte (František–pozn. autorky) žil vo svete, ocitol sa jedného dňa pred malomocným: prinútil sám seba, priblížil sa k nemu a pobožkal ho. Od toho momentu sa rozhodol umrtnovať stále viac.“¹¹ Vyslal signál o novom chápaní choroby a chorého. S novým duchovným prúdom sa presadil aj nový model svätosti. Fyzický dotyk s chorým sa stal znakom svätosti. Alžbetine skutky k chorým musíme pozorovať v celkovom kontexte mendikantského hnutia. Svedectvá jej súčasníkov a životopiscov nám objasňujú pozíciu chorých a ich chorôb v spojitosti s Alžbetou a jej konaním.

Alžbeta a chorí

Alžbetine ošetrovateľské aktivity museli byť počas jej života akiste dominantné, lebo už prvé pramene krátko po jej smrti obsahujú prevažne opisy jej charitatívnej činnosti. Z nami skúmaných spisov ide o *Summa vitae, Dicta*.¹² Ostatné pramene, ktoré z nich neskôr vy-

8 „...oleum mirifici odoris de ossibus eius in bona quantitate manasse, quod et hodie insipientibus patet et fide nobis constat oculata, quod gutte tamquam roris super gramen vel herbam decidentis stant.“ Libellus, s. 83. Pozri aj Caesarius HEISTERBACENSIS: *Sermo de Translatione beate Elyzabeth*, in: Die Schriften, s. 387, kap. 5. BHL 2495.

9 Réginald GRÉGOIRE, *Manuale di agiologia*, Fabriano 1987, s. 306–307. A. VAUCHEZ, *La santità*, s. 470–474.

10 A. VAUCHEZ, *La santità*, s. 376–381.

11 TOMASSO DA CELANO, *Vita prima*, in: Fonti Francescane. Editio Minor, Assisi 2003, s. 348.

12 K *Summa vitae, Dicta* pozri pozn. 2, 4, 6.

chádzali, museli vlastným spôsobom podľa potrieb prijímateľa textu interpretovať tieto aktivity voči chorým. Pre Alžbetino okolie bolo jej správanie viac ako nezvyčajné. Podobne sa s ním museli vysporiadať aj hagiografi. Autori, ktorí si osvojili nové hodnoty *sancta novitas*, teda novej medikantskej svätosti, chápali starostlivosť o chorých ako prejav svätého aktívneho života, *vita activa*. Z alžbetínskej spisby uplatňujú tento pohľad najmä Konrád z Marburgu, autor listu *Summa vitae*, ktorý je vôbec prvým zachytením jej života, spracovateľ textu *Libellus* a Teodorik z Apoldy, hagiograf najrozsiahlejšej stredovekej legendy o sv. Alžbete.¹³ Autori, ktorí naopak nepoužívali princípy mendikantskej duchovnosti a nevnímali *vita activa* ako plnohodnotnú duchovnú cestu, predstavovali Alžbetin vzťah k chorým ako tradičnú hodnotu lásky k blížnemu alebo dokonca ako mučeníctvo,¹⁴ pričom sa jej aktivity snažili kompenzovať náráciou o kontemplatívnom živote v modlitbe, čo bol v stredovekej duchovnosti opak aktívneho života. Tieto pohľady na Alžbetu sú však v menšine. V prameňoch a stredovekej tradícii prevládol obraz Alžbety ako vyznavačky mendikantského vnímania chorých podľa princípov *sancta novitas*.

Postavenie chorých v alžbetínskych prameňoch

Alžbeta podľa prameňov prichádzala do kontaktu s chorými už v postavení krajinskej grófkyni Durínska. Pramene podčiarkujú, že sa najväčšmi zaujímal o tých najodpuďujúcejších a najopustenejších, ktorých spoločnosť zo strachu vylúčila. Umývala ich, asistovala pri vykonávaní potrieb a posluhovala im.¹⁵ Chorých navštevovala v ich príbytkoch alebo v ňou zriadenom dome v blízkosti hradu Wartburg.¹⁶ Brávala ich tiež tajne do hradu, kde ich za pomoci služok umývala a ošetrovala.¹⁷ Do ešte intenzívnejšieho kontaktu s chorými prišla po založení svojho špitála v Marburgu.¹⁸ Jej spovedník Konrád píše rok po Alžbetinej smrti pápežovi list s opisom udalosti, keď Alžbeta uložila do vlastnej postele ochrnutého chlapca – sirotu s krvotokom. Starala sa o neho až do jeho smrti tak, že

13 K *Summa vitae*, *Libellus* a Teodorikovi pozri pozn. 2, 4, 6.

14 „...cum tria sint genera martirii, sicut scribit beatus Gregorius, videlicet in sanguinis effusione, in assidua carnis maceratione et in proximorum compassione, nullius horum experts exstitit Elyzabeth.“ *Caesarius*, 8., s. 357. Paradoxom je, že aj v texte anonymného františkána, ktorý kladie dôraz na novú františkánsku spiritualitu, nachádzame tiež kompenzáciu a vyladovanie *vita activa* a *vita contemplativa*. Alžbetine skutky vsadil do roviny všeobecnej lásky k blížnemu a upozorňuje na Alžbetin duchovný život a modlitbu. Dôvodom bolo zrejme to, že autor pripodobňuje sv. Alžbetu k sv. Kláre, žene mendikantskej duchovnosti a zároveň žene klauzúrneho modelu života. *Franciscan*, s. 57.

15 *Dicta*, s. 117, 124.

16 *Dicta*, s. 119–120. O. GECSER, *Aspects*, s. 5, 21.

17 *Teodorik*, II. 7.

18 *Summa vitae*, s. 158. *Dicta*, s. 125. *Teodorik*, VI. 4.

ho počas dňa a noci nosila na rukách vykonávať potreby a umývala jeho špinavé oblečenie.¹⁹ Podobne to bolo aj s malomocnou dievčinou, ktorú však Konrád poslal preč z obavy pred Alžbetiným nakazením.²⁰ Spomína aj udalosť, kedy Alžbeta u seba ubytovala chlapca so svrabom. Umývala ho a liečila. Pričom Konrád uviedol, že nevie, odkiaľ sa naučila zručnosti ošetrovania, keďže chlapec sa vyliečil.²¹ Pozastavenie nad tým, odkiaľ Alžbeta vedela chorých ošetrovať, nájdeme aj v ďalších neskorších prameňoch, ktoré zjavne vychádzali z Konrádovho listu.²² Vo Výpovediach jej služobník nájdeme správu o malomocnej žene, ktorú Alžbeta prijala do špitála, viazala jej rany, umývala ju a liečila liekmi, čo pomohlo natoľko, že sa jej stav zlepšil.²³

Okrem týchto takpovediac exaktných prípadov, pramene v oblube spomínajú zázračné príhody s chorými alebo v menšom počte aj ich zázračné uzdravenia. Prirodzená a zázračná rovina uzdravení sa v prameňoch prelína. Je zaujímavé sledovať, že i keď sa zázrak považuje za vybočenie z prirodzeného poriadku, nikdy sa v textoch neobjavuje ako vec neprirodzená. V duchu úvodného hagiografického citátu – „*Každý druh mrzkosti a všetky znetvorenia sa prirodzene odstraňuje*“ – je zázrak ako vybočenie zo zákonitého prirodzeného poriadku zároveň súčasťou nadobúdania prirodzeného poriadku sveta. Môžeme hovoriť o cyklickom kolobehu a obrode, ale aj o lineárnom vývoji v čase. Nadobúdanie prirodzeného chodu vecí je súčasťou oboch stredovekých princípov vnímania času (vývoja).²⁴ Zázrak vyjadruje zásah vyššej moci, preto je nie neprirodzený, ale nadprirodzený. Z toho dôvodu je aj v súčasnom podaní slovníkov²⁵ zázrak chápaný ako nadprirodzený a ako súčasť nie všedného chodu vecí.

Zázračné príhody s chorými sú osobitnou skupinou. Medzníkom v ich výskyte v prameňoch bola Alžbetina kanonizácia v roku 1235. V prameňoch napísaných pred Alžbetinou kanonizáciou nenachádzame vo vybraných skúmaných prameňoch prípady zázračného vyliečenia. Konrád neuviedol žiadne zázračné uzdravenie, ktoré by sa udialo za Alžbetinho života. Zaznamenal však zázračné uzdravenie cisterckého mnícha z mentálneho postihnutia na Alžbetinom hrobe deň po jej pohrebe.²⁶ Podobne aj vo Výpove-

19 *Summa vitae*, s. 158.

20 Tamže, s. 158–159.

21 „...a scabie curandum assumpsit et tam in lavando quam in medicando, a quo didicerit nescio, eius curam gessit.“ *Summa vitae*, s. 159.

22 *Teodorik*, VI. 11.

23 „...quam beata Elizabeth levabat, tegebat et ulcera eius pannis ligabat et medicamentis fovebat.“ *Dicta*, s. 128–129.

24 J. Le GOFF, *Kultura*, s. 236–237.

25 Ako príklad uvádzame výklad Heslo Zázračný, in: *Krátky slovník slovenského jazyka*, viz: <http://slovník.juls.savba.sk/?w=z%C3%A1zra%C4%8Dn%C3%BD&s=exact&c=Raa6&d=kssj4&d=psp&ie=utf-8&oe=utf-8>.

26 *Summa vitae*, s. 160.

diach jej štyroch služobník nenájdeme zmienky o zázračných uzdraveniach počas Alžbetinho života. Nadprirodzené uzdravenia spomínané pre obdobie počas Alžbetinho života sa vyskytujú v prameňoch napísaných po Alžbetinej kanonizácii.²⁷ K týmto prípadom zázračného vyliečenia patrí v legendách sa opakujúca príhoda malého chlapca, ktorého Alžbeta našla pri svojom špitáli. Viackrát sa ho pýtala, čo mu je, ale nedopovedal jej, pretože bol od narodenia nemý. Keď svoju otázku napokon zopakovala, zrazu jej chlapec jasne odpovedal, že je nemý a priviedla ho sem jeho matka.²⁸ Zázraky a zjavenia v podaní neznámeho spracovateľa textu *Libellus* sú sprievodným javom svätého života. Vyčíta však zbytočné mudrovanie a márnivú chválu na ich adresu, preto ak zázraky spomína, tak v spojení s ich verifikovateľnosťou. Ide o nový pohľad, keď je dôkazom svätosti viac skutok ako zázrak.²⁹

Práve vďaka zázračným príhodám s chorými si môžeme hlbšie priblížiť podstatu stredovekého chápania chorých u mendikantov. Najmarkantnejším príkladom je tzv. zázrak s krížom. Uvádza ho *vita* od dominikána Teodorika zo záveru 13. storočia. Alžbeta ešte ako krajinská grófká položila istého malomocného po kúpaní do manželskej postele. Zisťovala to jej svokra a povedala to Alžbetinmu manželovi Ľudovítovi. Keď prišli do izby, Ľudovít videl v posteli položený kríž. Legendista to vysvetľuje tým, že Ľudovít pochopil, že „sa v chorých údoch prijíma a ošetruje sám náš Pán Ježiš Kristus.“³⁰ Chorý v tomto vzťahu vystupoval ako *alter Christus*, druhý Kristus. Kto sa dokáže priblížiť k chorému, približuje sa ku Kristovi tak, ako sa Kristus v evanjeliu približoval k ľuďom. Hovoríme o motíve *imitatio Christi*, napodobovania Krista, ktoré bolo súčasťou ideí *vita apostolica*, mendikantského apoštolského života podľa evanjelia. V tejto súvislosti môžeme vidieť svedectvo Alžbetinej služobnice Isentrudy, že jej pani sa malomocných nebála, ako sa nebála ani zdravých ľudí.³¹ Jedla s chorými na Zelený štvrtok ako Ježiš Kristus s učeníkmi a umývala nohy malomocným.³² Povestný strach z chorých sa v kontexte *imitatio Christi* stáva bezpredmetným, pretože v chorých Alžbeta videla Krista. Vnímanie chorých v kontexte *imitatio Christi* a *sancta novitas* potvrdzuje väčšina, okrem vyššie uvedených, prameňov k sv. Alžbete z 13. storočia.

27 Najviac zázračných uzdravení spomedzi alžbetinských legiend z 13. storočia uvádza františkánsky anonymný autor a tiež Teodorik okrem textu jeho legendy aj v zbierke zázrakov na konci legendy. Napríklad: *Franciscan*, s. 69–70; *Teodorik*, s. 164–218.

28 *Franciscan*, s. 66; *Teodorik*, VII. 6.

29 „...nos hec (miracula–pozn. autorky) potius censuimus, quantumlibet vera, caute recitanda, quam presumptuose asserenda.“ *Libellus*, s. 81.

30 „Intellexit enim, quod in membris suis infirmis suscipitur et fovetur Christus Dominus Iesus.“ *Teodorik* II. 7. Podobne: „Quam bene nobis est, quod Dominum nostrum sic balneamus et tegimus.“ *Dicta*, s. 128.

31 *Dicta*, s. 121.

32 *Teodorik*, II. 12; *Dicta*, s. 120–121.

Postavenie chorôb v alžbetínskych prameňoch.

Jednotlivé druhy chorôb majú v písomných prameňoch rozličné pozície pred a po Alžbetinej smrti. Počas Alžbetinho života v prameňoch dominujú chorí s infekčnými ochoreniami. V prvom rade malomocenstvo, taktiež kožné ochorenia ako svrab, vredy, choroby s výskytom telesných tekutín a podobne.³³ Nákazlivá nemoc bola najodpudivejšia aj preto, lebo vzbudzovala najväčšie riziko nákazy. Išlo teda o prípady, kedy zmienka o danej chorobe mala vyvolať u prijímateľov textu odpor, aby navodila silný kontrast pri opise Alžbetinho fyzického kontaktu pri ošetrovaní takto postihnutého.³⁴ Z tejto skupiny chorých pochádza aj väčšina ošetrovaných prípadne uzdravených jej zásluhou počas života. Telesné a duševné postihnuté ako slabomyseľní alebo invalidi sa počas jej života spomínali zväčša iba všeobecne, napríklad, že ich rada vyhľadávala a oni ju nazývali matkou.³⁵ Po Alžbetinej smrti texty uvádzajú zázračné uzdravenia na jej príhovor a pri jej hrobe. Bolo ich tak veľa, že vznikali celé zbierky zázrakov.³⁶ Takmer v nich miznú zmienky o infekčných postihoch. Dominujú už uzdravenia ťažkých telesných a duševných postihnutí, úrazov a odvrátených úmrtí.³⁷ Uzdravenia viditeľne trvalých alebo dlhoročných postihov a úrazov ako bolesti, duševné vady, výrastky na tele, ochrnutia, slepota, hluchota a podobne mali vyvolať efekt úžasu. Sociálny záber bol široký. Medzi uzdravenými boli ženy, muži, deti, študenti, duchovné osoby, mnísi, mešťania aj aristokrati.

Obraz chorých v alžbetínskych prameňoch.

Zároveň je zjavné, že rozprávanie o chorých je súčasťou literárneho postupu pri výstavbe diela. Má prijímateľa textu zaujať, vzbudiť emóciu a účinne odovzdať hagiografovo posolstvo. Hagiografi písali o milosrdnom vzťahu k chorým v jej prípade oveľa viac ako u iných svätých mendikantov tej doby (sv. František, sv. Anton († 1231, kanonizovaný

33 Napríklad: *Summa vitae*, s. 158–159; *Dicta*, s. 120–121; *Franciscan*, s. 59, 63, 64; *Teodorik*, II. 12, IV. 9, VI. 4, 11.

34 Napríklad: *Teodorik*, III. 7.

35 „...ut eam omnes matrem appellantur domumque intrantem accurrendo circumdarent, sibi fiducialiter assistendo inter quos scabiosos, infirmos, debiles, magis sordidos, et deformes specialiter diligens, capita eorum manibus attractans et in sinu suo collocans.“ *Teodorik*, III. 7.

36 *Summa vitae* zachytáva jedno zo zaznamenávaní zázrakov v roku 1232. *Summa vitae*, s. 156. V Teodorikovom súbore zázrakov sú uvádzaní svedkovia, rozlišujúc z nich priamych a nepriamych, a farnosť uzdraveného. U neho uvedené zázraky boli skúmané a niektoré aj schválené Svätou stolicou. *Teodorik, Miracula*, s. 164, I. Ďalšie zbierky: *Hec miracula operatus est Dominus per lantgraviam*, in: *Quellenstudien zur Geschichte*, s. 150; *Incipiunt miracula sancte Elyzabet*, in: *Quellenstudien zur Geschichte*, s. 161–239; BHL 2491, 2489; *Incipiunt miracula felicitis Elyzabet*, in: *Quellenstudien zur Geschichte*, s. 243–266; BHL 2499.

37 Napríklad: *Teodorik, Miracula*, IV, VII, XII, XXIV, XXVI, XLIII, XLIV.

v roku 1232), sv. Dominik († 1221, kanonizovaný v roku 1234)). Bolo to zaiste preto, lebo bola žena a nežila v klauzúre, čo bola v tej dobe priveľmi riskantná kombinácia na ocitnutie sa v heréze v očiach cirkvi. Ošetrovanie chorých bolo jednou z mála legitímnych verejných aktivít žien. Starostlivosť o chorých sa stala s uznaním pápeža Gregora IX. († 1241) najpriateľnejšou činnosťou pre ženy laičky.³⁸ Aktivizácia voči sociálne slabým a marginalizovaným sa v priebehu 13. storočia v cirkvi presadila ako znak svätosti. O chorých sa starali aj beginské spoločenstvá, ale tie neboli cirkvou oficiálne uznané ako rád.³⁹ Práve pápež Gregor IX. presadzoval pre organizované ženské spoločenstvá klauzúrny model, nie otvorený, ako bol begínsky. Pozornosti hagiografickej literatúry však neušli ani beginské predstaviteľky,⁴⁰ ale ich model sa nestal natoľko rozšírený ako alžbetínsky. Legendisti informujú, že Alžbetina starostlivosť o chorých bola podľa zaužívaných hagiografických toposov srdečná, oddaná a láskavá. Lenže typické pre Alžbetinu starostlivosť bolo, že nešlo len o hagiografické dokreslenie, ale o jeden z hlavných motorov Alžbetinho modelu svätosti. Jej záujem o chorých ju robil svätou.

Pri ošetrovaní jej asistovali služobnice, ktoré nazvala „*sestry vo svete*“.⁴¹ Spolu s Alžbetou boli v špitáli oblečené do sivého habitu. Prítomný bol minimálne aj jeden konverš.⁴² Pravdepodobne tvorili organizovanú skupinu, ktorá spravovala špitál. Chorí, ktorých liečila, vnímali Alžbetu ako ich dobrodinku či matku.⁴³ Boli aj nevďační chorí, ktorí sa buď neskôr kajali zo svojho postoja alebo ich nevďačnosť pramene vykresľujú pre Alžbetino duchovné dobro.⁴⁴ Chorý nie je absolutizovaný ako výlučne kladná postava, túžiacia po pomoci. Rovnako ani utrpenie spojené s chorobou nemá iba pozitívne konotácie. Chorý, choroba a jej dôsledky si v skúmaných textoch zachovávajú svoju naturalistickú podobu. Hagiografi sa nesnažia preniknúť hlbšie ho psychológie chorého. Úlohu tu zohráva kontrast dobrých a zlých ľudských vlastností, ktorý dáva vyniknúť konečnému dobru. Hlavnou postavou je sv. Alžbeta.

V opisoch starostlivosti o chorých sa prelínajú prirodzená a nadprirodzená rovina. Účinky ošetrovania ako umývanie, obväzovanie, podávanie liekov (*medicamentum*) a stravy pramene podávajú úplne rovnocenne liečivo ako účinky prejavov náklonnosti spolu-

38 Marco BARTOLI, *Svätá Klára*. Praha 2004, s. 99–109.

39 Daniela DVOŘÁKOVÁ, *Medzi kláštorom a svetom. Beginy v stredovekom Uhorskom kráľovstve*, História 5, 2005, s. 5–7.

40 A. VAUCHEZ, *La Santità*, s. 169–174, 355–374.

41 „*Vita sororum in seculo...*“, *Dicta*, s. 135; „*sorores vocans eis...*“, *Franciscan*, s. 59.

42 „*converso, qui negocia sua peregit, virgine religiosa valde despectabili et quadam nobili vidua surda et valde austera...*“, *Summa vitae*, s. 158. Teodorik, VI. 4. *Franciscan*, s. 56.

43 Teodorik, III. 7, 8.

44 Tamže, IV. 10, VII. 7.

cítienia (*compassio*), objatia, bozkov, umývania rán slzami.⁴⁵ Do uzdravenia človeka sa tiež rátalo aj obrátenie duše od hriechov.⁴⁶ Fyzická schránka chorého nebola konečným cieľom pomoci. Pre Alžbetu bola starostlivosť o chorých formou zbožnosti v rámci svojej *vita activa*. Znamená to, že starostlivosť o chorých nebola naozaj skutočnou zdravotníckou starostlivosťou v dnešnom zmysle slova. Starostlivosť o telo presahovala súčasný sociálny rozmer a mala najmä v spojitosti s medikantskými svätcami aj silný duchovný nadprirodzený rozmer dotýkania Krista. Choroba bola podľa toho príležitosťou k posväteniu, ale nebola hodnotou sama o sebe. Choroba naberala hodnotu v spojitosti so skutkami milosrdenstva v aktívnom živote sv. Alžbety, keď bol chorý druhým Kristom. Zdravé ani choré telo už nemalo predstavovať nepriateľa, ale malo sa stať cestou na posvätenie človeka. Choroba ako taká sama o sebe však nemala hodnotu duchovného dobra.

Chorí prípadne symboly starostlivosti o nich sa najmä v oblasti za Alpami stali najsilnejším atribútom ikonografie sv. Alžbety.⁴⁷ Jedinečný príklad ikonografie môžeme sledovať na alžbetínskom cykle hlavného oltára Dómu sv. Alžbety v Košiciach z poslednej tretiny 15. storočia.⁴⁸ V detailoch vidíme jednotlivé postihy a nástroje a dokonca aj mladého muža s pravdepodobne Downovým syndrómom. Výnimočným pre výtvarné pamiatky tohto typu z daného obdobia v Európe je zriedkavé zobrazenie interiéru špitála.

Choroba a chorí v stredovekom svete boli obávaným tabu. Sv. Alžbeta ako jedna z hlavných predstaviteľiek laickej medikantskej duchovnosti 13. storočia prebudila na základe praktickej systematickej charitatívnej pomoci tradíciu, ktorá dala chorému telu duchovný význam.

45 „Mira res! In fetore redolebat odor, et feter intollerabilis erat ei odor insuperabilis, per ardentissime compassionis amorem...Osculabatur leprosum pedes et ulcera in oculis lacrimas diffundebat.“ *Franciscan*, s. 59, 63.

46 Teodorik, VII. 3, 8. *Franciscan*, s. 61–62.

47 Ivan GERÁT, *Obrazové legendy sv. Alžbety. Téma, médium a kontext*, Bratislava 2009, s. 52–79.

48 Tamže, s. 173–181, 197–204.

Summary

Perceptions of disease and care for the sick by mendicants on the model of Saint Elizabeth

In medieval sources to the history of St. Elizabeth's life we could find a diverse range of perspectives on the sick persons, their diseases and treatment. They include the hagiographic image, however, grounded on the historical reality of the Middle Ages. We have documented several other figures from that period with a similar lifestyle and a similar set of historical sources, which helps researchers to perceive this phenomenon in the context of historical development. The study is focused on the 13th century, when the earliest documentations of St. Elizabeth's life created the hagiographic picture of her life, personality and actions for the coming decades.

The oldest sources documenting the life of St Elizabeth (1207–1231), which date back to the 13th century, created a strong tradition linking St Elizabeth with caring for the sick and ill. The mendicant movement brought forth a new understanding of the ill as the second Christ. The ill, as *alter Christus*, were the subject of Elizabeth's charity. Sources originat-

ing from the period pertaining to Elizabeth's life mention treatments of mainly infectious, highly repulsive diseases and the curing of corporeal defects, injuries and lethal injuries, in order to necessitate the biggest contrast and to excite awe in the recipients of the legends texts. Turning one's soul away from sin was considered to be part of a person's treatment, too. The physical shell of the ill wasn't the final aim of her help. For Elizabeth, caring for the ill was a form of piety complementing her *vita activa*. The ill were to become one of the saint's main attributes in art representation.

Sickness and sick persons both were in the medieval world feared taboo. St. Elizabeth as one of the main representatives of mendicant lay spirituality of 13th century awakened by systematic practical charitable help the tradition which gave the sick body an spiritual significance.

Ingrid Kušniráková

Pacienti a zdravotnícky personál bratislavskej nemocnice milosrdných bratov v ranom novoveku¹

Abstract: *The study deals with the history of the Hospital of Brothers of Mercy in Bratislava in the Early Modern Time with to scope to describe it's staff and confessional, age and social structure of it's patients. The Brothers of Mercy administered it's hospitals according to the orders observance, its personnel and admission of patients also responded to its stipulations. The reforms of Maria Theresia and Joseph II. intervened in the all aspects of the orders life and its hospitals and also modified the staff and structure of patients in Bratislava's infirmary.*

Key words: *Brothers of Mercy – hospital – infirmary – Early modern period*

Príchod milosrdných bratov do Bratislavy

Úroveň zdravotníckej starostlivosti v Uhorsku v ranom novoveku výrazne zaostávala za krajinami západne od jeho hraníc. Do roku 1770 neexistovala na jeho území lekárska fakulta, záujemci o lekárske povolanie boli odkázaní na finančne náročné štúdium na zahraničných univerzitách. V krajine pretrvával trvalý nedostatok lekárov, stálu prítomnosť lekára sa do polovice 18. storočia podarilo zabezpečiť len slobodným kráľovským mestám. Služby univerzitne vzdelaných doktorov boli v tomto období nedostupné väčšine uhorského obyvateľstva, čiastočne ich suplovali chirurgovia-ránhojiči, kúpeľníci, lekárnici a pôrodné babice. Zdravotnícku starostlivosť v obmedzenom rozsahu poskytovali špitály alebo xenodochia, ktoré od stredoveku existovali v niektorých uhorských mestách a mestečkách. Tieto inštitúcie napriek svojmu názvu neboli zdravotníckymi zariadeniami, ale dobročinnými inštitúciami, ktoré poskytovali trvalé zaopatrenie rôznym kategóriám odkázaných osôb a v prípade potreby im mohli poskytnúť aj služby lekára či chirurga.²

1 Štúdia je súčasťou riešenia grantovej úlohy VEGA 2/0085/2010 Od provincie k metropoli. Bratislava v 19. a 20. storočí – obraz mesta v sociálnom a politickom kontexte, ktorý sa riešil na Historickom ústave SAV v rokoch 2010-2012.

2 K dejinám zdravotníctva v Uhorsku v ranom novoveku podrobnejšie: Mária BOKESOVÁ-UHEROVÁ, *Dejiny zdravotníctva na Slovensku*, Martin 1989; Mária BOKESOVÁ-UHEROVÁ, *Zdravotníctvo na Slovensku v období feudalizmu*, Bratislava 1973.

Prvým zdravotníckym zariadením v Uhorsku, ktoré sa venovalo výlučne liečeniu chorých a časovo obmedzenej hospitalizácii pacientov bola nemocnica milosrdných bratov v Bratislave. Iniciátorom jej vzniku bol ostrihomský arcibiskup Juraj Szelepcsényi, ktorý v roku 1672 pozval do mesta milosrdných bratov z viedenského konventu tejto rehole. Vytvoriť primerané materiálne zázemie pre novovzniknutú charitatívnu alebo cirkevnú inštitúciu bolo povinnosťou fundátora, preto arcibiskup pre potreby konventu a nemocnice zakúpil na predmestí bývalý csákyovský palác spolu s príslušným majerom, lúkami, poliami a ovocným sandom. So súhlasom panovníka vykúpil majetok od všetkých daní, kontribúcií a poplatkov. Súčasťou zakladajúcej fundácie bola aj suma 3000 zlatých na opravu a zariadenie budovy, tri vinice v Rači a víno s obilím, ktoré malo rehoľníkom pomôcť preklenúť obdobie do ďalšej úrody.³

Príchod milosrdných bratov do Bratislavy bol súčasťou silnejšieho rekatolizačného tlaku, ktorému bolo uhorské obyvateľstvo vystavené po odhalení sprisahania uhorských šľachticov proti Habsburgovcom v roku 1669. V krajine sa skončilo obdobie relatívnej náboženskej slobody. Protestantom sa odobrali chrámy, ich kňazi a učitelia boli prinútení konvertovať alebo emigrovať a tí, ktorí odolali nátlaku, boli odsúdení na nútené práce. Brány uhorských miest sa otvorili novým náboženským rádom, ktoré mali prispieť k rekatolizácii ich obyvateľstva. V období po roku 1670 sa v Bratislave na pozvanie ostrihomských arcibiskupov usadilo niekoľko náboženských rádov, ktoré mali prispieť k rekatolizácii obyvateľov mesta a milosrdní bratia boli prvým z nich.

Juraj Szelepcsényi nezvolil Bratislavu za sídlo prvého uhorského konventu milosrdných bratov náhodne. Väčšie skupiny chudobných osôb odkázaných na pomoc a podporu okolia sa stali charakteristickou črtou mestských komunit a Bratislava v ranom novoveku patrila k najväčším a najľudnatejším mestám krajiny. Pre katolíkov a ich dobročinné inštitúcie predstavovala silnú výzvu aj početná evanjelická komunita, ktorá žila v meste. Charita sa v ranom novoveku stala súčasťou konfesijného boja, katolícke i protestantské elity sa usilovali čo najlepšie postarať o svojich chudobných spoluveriacich, aby sa kvôli vidine hmotnej pomoci nedali zlákať do tábora „súperiacej“ konfesie. Dobročinnosť v ranom novoveku v sebe spájala pomoc telu so starostlivosťou o dušu, ktorá sa považovala za jej hlavný cieľ a poslanie. Charitatívne aktivity vždy dopĺňalo vzdelávanie vo viere, podporovanie v náboženskej horlivosti, udelenie podpory sa často podmieňovalo účasťou na bohoslužbách a prijatím sviatostí.

3 Magyar Országos Léveltár Budapest (ďalej len MOL), fond C 39 (ďalej len f. C 39), LAD. D, fasc. 14.

Stavebný vývoj konventu a nemocnice

Prvé roky existencie konventu významne poznačili stavovské povstania. V roku 1683 kláštornú budovu s nemocnicou úplne zničil požiar, ktorý vypukol v dôsledku ostreľovania vtedajšieho Schöndorfského predmestia vojskami Imricha Thökölyho. Vďaka podpore cirkevných a svetských elít sa milosrdným bratom podarilo budovu obnoviť. Kláštorný kostol vybudoval v rokoch 1690-1692 na vlastné náklady barón Ján Maholányi, kráľovský personál, príbuzný a dedič Juraja Szelepcsényiho.⁴ Po skončení výstavby zakúpil vtedajší ostrihomský arcibiskup Leopold Kollonich maholányiovský palác situovaný južne od kostola s cieľom postaviť novú kláštornú budovu. L. Kollonich však náhle zomrel, v krajine vypuklo ďalšie stavovské povstanie a výstavba kláštorného komplexu sa musela odložiť na niekoľko desaťročí. Základný kameň kláštora posvätil egerský biskup Anton Erdödy až v roku 1723, stavba bola posvätená 29. novembra 1728. Celý komplex kostola, kláštora a nemocnice bol podľa pôvodného ranobarokového projektu materského kláštora vo Viedni dokončený po polstoročnej zdĺhavej výstavbe.⁵

Hlavná fasáda kláštorného komplexu bola situovaná smerom k mestskému opevneniu, medzi krídlami rozloženými do šírky vynikala vertikála kostola. Na fasáde chrámu i v rizalitoch bočných krídel boli umiestnené barokové plastiky. Interiér kostola tvoril jednolodový priestor ukončený presbytériom a bočné kaplnky.⁶ Jednopooschodová budova kláštora sa rozprestierala po oboch stranách kostola okolo uzavretého nádvorja. V južnej časti bol umiestnený špitál, obytné priestory rehoľníkov sa nachádzali na východnej strane budovy. Severná časť komplexu za kostolom bola dokončená ako posledná a prenajímala sa na bývanie. Za kláštorom sa nachádzala zeleninová záhrada, ovocný sad a park, kláštorný komplex dopĺňal cintorín s márniceou.⁷

Vnútorne priestory kláštora tvorilo päť pomyselných blokov – špitál, lekárňu s laboratóriom, kuchyňa s jedálňou a skladovými priestormi na potraviny, celý rehoľníkov a kostol s kryptou. Špitál predstavovala priestranná miestnosť s posteľami pre pacientov, jednotlivé posteľe boli oddelené zástenami. V čele miestnosti sa nachádzal oltár, pri ktorom sa slúžili bohoslužby a pobožnosti pre pacientov. Na poschodí boli situované celý rehoľníkov a hosťovské izby pre vzácne návštevy.⁸ Prevádzka špitála s početným pacientami si vyžadovala aj ďalšie priestory, najmä sklady posteľnej bielizne, uterákov a obväzového mate-

4 Archív mesta Bratislavy (ďalej len AMB), fond Bratislavské kláštory, Milosrdní bratia, Knihy, Historia domus (1672-1948), fol. 8.

5 Bratislava Mateja Bella, Bratislava 1984, s. 81.

6 Anton BAGIN – Jozef KRAJČÍ, *Kostoly a kaplnky hlavného mesta SSR Bratislavy*, Bratislava 1988, s. 82-83.

7 Bratislava Mateja Bella, s. 82.

8 V polovici 18. storočia sa v kláštore často zdržiaval egerský biskup Anton Erdödy.

riálu; obslužné miestnosti, v ktorých sa prali obväzy a čistili sa chirurgické nástroje a osobitnú miestnosť, v ktorej sa uchovával odev pacientov počas ich hospitalizácie.⁹

Personálne obsadenie kláštora

Konvent milosrdných bratov v Bratislave mal na začiatku svojej existencie šesť členov, do 70. rokov 18. storočia vzrástol ich počet na tridsať. Počet rehoľníkov bol podmienený najmä finančnými možnosťami konventu a počtom pacientov. Personálne obsadenie kláštora bolo dané jeho dobročinnými aktivitami a každodennými povinnosťami. Na čele kláštora stál prior so svojim zástupcom. O pacientov sa starali ošetrovatelia a chirurgovia, lekárne viedol lekárnik so svojimi pomocníkmi. Okrem zdravotníckeho personálu tvorili rehoľné spoločenstvo milosrdných bratov kňazi, kuchári, správca, účtovník a vrátnik, početnú skupinu predstavovali zberatelia almužien. Do priameho kontaktu s pacientami nemocnice prichádzali najmä ich ošetrovatelia. Chorým podávali predpísané lieky, zraneným obväzovali rany, upravovali posteľ, menili posteľné prádlo, nevládných pacientov podľa potreby umývali, česali a čistili od parazitov. V čase obeda a večere ťažkých pacientov odvieďli k stolu, nevládných nakŕmili. Pacientom nemocnice mali byť neustále k dispozícii aj rádom kňazi. Ich povinnosťou bolo pravidelne slúžiť omše a pobožnosti v nemocničnej kaplnke, pacientov poučovať o viere, vysluhovať sviatosti a umierajúcich sprevádzať na ich poslednej ceste.¹⁰

Príslušnosť k rádu milosrdných bratov neotvárala cestu k významnejšej cirkevnej kariére, ale spájala sa najmä s manuálnou prácou pri ošetrovaní chorých, vedení lekárne a pri zabezpečovaní každodenného chodu kláštora, prípadne so zbieraním almužien. Ani jedna z týchto aktivít sa nepovažovala za primeranú pre osoby urodzeného pôvodu, preto členovia rádu, vrátane bratislavského konventu, pochádzali najmä zo stredných vrstiev mestského obyvateľstva. Do bratislavského kláštora prichádzali rehoľníci z rôznych častí podunajskej monarchie Habsburgovcov, dorozumievacím jazykom bola nemčina.

Podľa regule rádu mali v každom kláštore milosrdných bratov žiť maximálne dvaja kňazi. V bratislavskom kláštore vďaka podpore šľachtickej rodiny Csákyovcov žili dlhodobo traja kňazi. Od rehoľných kňazov sa nevyžadovalo univerzitné štúdium teológie, väčšina z nich ukončila len skrátený filozofický a teologický kurz. Zrejme z tohto dôvodu rehoľní kňazi v nedeľu a vo sviatok nekázali vo svojom kostole, ale povolávali na túto činnosť dvoch kapucínov z miestneho kláštora. Napriek tomu, že ťažiskom činnosti milosrdných bratov nebola pastorácia a cirkvi mali slúžiť najmä ošetrovaním chorých, milosrdní bra-

9 MOL, C 39, LAD. D, fasc. 14.

10 Tamže.

tia podobne ako väčšina rádov v potridentskom období dokázali úspešne osloviť rôzne vrstvy obyvateľstva. Dôkazom obľuby bratislavského kláštora milosrdných bratov medzi veriacimi je veľký počet zádušných omší, ktoré sa ročne odslúžili v kláštornom kostole a pomerne vysoká finančná čiastka, ktorú veriaci darovali kláštoru na tieto ciele.¹¹

Milosrdní bratia napriek všetkým povinnostiam spojených s prevádzkou kláštornej nemocnice ostávali v prvom rade rehoľníkmi, ktorí museli žiť podľa rádovej regule a viesť duchovný život, ktorý im predpisovala. Provinciál Germánskej provincie v liste adresovanom Miestodržiteľskej rade v roku 1772 uviedol, že rehoľníci ráno a večer venujú hodinu spoločným modlitbám v chóre, večer si štvrťhodinu spytujú svedomie. V priebehu dňa im regula rádu predpisuje ešte hodinu a pol spoločného rozjímania, zvyšok dňa trávia prácou, okrem obedňajšej a večernej prestávky, ktorá je určená na regeneráciu tela.¹²

Bratislavská nemocnica milosrdných bratov mala pôvodne vlastných rádových lekárov, doktor lekárskeho vied Bartolomej Raurik patrila k zakladajúcim členom konventu. V 18. storočí sa od tejto praxe ustúpilo a nemocnica využívala služby mestských lekárov. Najdlhšie trvala spolupráca s Karolom Perbergom, ktorý žil v Bratislave od roku 1726. Najprv pracoval ako domáci lekár vo viacerých miestnych kláštoroch a v mnohých šľachtických rodinách usadených v meste. V roku 1735 sa stal mestským lekárom, dlhé roky pôsobil ako referent zdravotníckej komisie Miestodržiteľskej rady. Od roku 1727 pracoval ako vedúci lekár v nemocnici milosrdných bratov a v tejto funkcii pôsobil viac ako 50 rokov.¹³ Od roku 1782 žil v hosťovskej izbe kláštora, za svoj pobyt (vrátane stravy, kúrenia a starostlivosti o koňa) platil dohodnutý poplatok 1000 zlatých ročne.¹⁴ Podľa záznamov v Historii domus pôsobil v nemocnici ešte v roku 1785 vo veku 83 rokov.¹⁵ Súčasťou personálu nemocnice bolo aj svetské služobníctvo, ktoré vykonávalo najmä manuálne práce spojené s udržiavaním čistoty a poriadku.

Dobrodinci kláštora a konventu

Finančná situácia i samotná existencia cirkevnej alebo dobročinnnej inštitúcie v ranom novoveku výrazne závisela od podpory cirkevných a svetských elít. Bratislavský konvent milosrdných bratov vzhľadom na svoje pôsobenie v hlavnom meste krajiny, v sídle Uhorskej komory a Uhorskej miestodržiteľskej rady sa mohol spoľahnúť na dobročinnosť

11 V roku 1782 sa v kláštornom kostole odslúžilo 275 zádušných omší ročne, ako protihodnotu získal kláštor kapitál v hodnote 5 500 zlatých, kúriu a vinice v Rači.

12 MOL, C 39, LAD. D, fasc. 14.

13 István VÁMOSSY, *Beiträge zur Geschichte der Medizin in Pressburg*, Poszony-Pressburg 1902, s. 65-66.

14 AMB, fond Bratislavské kláštory, Milosrdní bratia, Knihy, Historia domus (1672-1948), fol. 48.

15 Tamže, fol. 8.

a zbožnosť v meste žijúcej šľachty, ale cirkevných hodnostárov a mešťanov. Okrem zakladateľa Juraja Szelepcsényiho a jeho príbuzného Jána Maholányiho sa významným mecenášom konventu na konci 17. storočia stal ďalší ostrihomský arcibiskup Juraj Szechényi, ktorý mu v roku 1695 daroval fundáciu v hodnote 20 tis. zlatých. Kláštor sa tešil priazni dobrodincov aj v 18. storočí, počet jeho fundácií ako aj výška darovaného kapitálu pozvoľna vzrastali až do nástupu Jozefa II. na uhorský trón. Milosrdní bratia v Bratislave si dokázali získať priazeň a podporu najvyšších vrstiev uhorskej spoločnosti, ich nemocnici daroval fundáciu palatín Mikuláš Pálffy, krajinský sudca Štefan Koháry, radca Uhorskej komory Anton Grassalkovich, brat. župan Jozef Pálffy, ostrihomský arcibiskup František Barkóczy a ďalší.¹⁶

Pacienti nemocnice

Podľa regule rádu poslaním nemocníc milosrdných bratov bola krátkodobá hospitalizácia a nie starostlivosť o dlhodobu choré osoby, preto bratislavská nemocnica neprijímal duševne chorých pacientov, handicapované osoby bez končatín a starých nevládných ľudí.¹⁷ Počet pacientov nemocnice závisel najmä od jej priestorových a finančných možností. V čase vzniku mala nemocnica 8 lôžok, vďaka výstavbe nových priestorov a podpore dobrodincov vzrástla jej kapacita do roku 1780 na 50 postelí a nezmenená ostala až do konca 18. storočia.

Rastúce príjmy nemocnice sa priaznivo prejavili aj aj v počte hospitalizovaných pacientov. Na prelome 17. a 18. storočia sa v nemocnici liečilo ročne sto osôb, o sto rokov neskôr ich bolo takmer tisíc. Nárast pacientov je zrejmý najmä po roku 1740 a úzko súvisí s počtom a hodnotou fundácií, ktoré kláštor v tomto období získal.¹⁸

Pacienti nemocnice pochádzali v sledovanom období najmä z nižších vrstiev mestskej komunity, silnú prevahu mali nádenní robotníci, pohoniči, sluhovia, tovariši a učni. Po roku 1723 pomerne početnú skupinu pacientov tvorili sluhovia v meste žijúcich uhorských magnátov, zamestnancov Uhorskej komory a Miestodržiteľskej rady. V nemocnici sa liečili najmä osoby z nižších priečok šľachtického služobníctva – paholkovia od dobytká, pohoniči, kočiši, ale aj lokaji, husári a záhradníci, zriedkavejšie kuchári či hudobníci. Tretiu početnejšiu skupinu pacientov predstavovali katolícki kňazi, pustovníci z kalvárie nad mestom a klerici z miestneho seminára sv. Imricha. Kňazi zvyčajne nemali farnosť

¹⁶ Tamže, fol. 88.

¹⁷ MOL, C 39, LAD. D, fasc. 14.

¹⁸ V roku 1740 sa v nemocnici liečilo 316 osôb, v roku 1751 až 842.

a v knihe pacientov boli uvedení ako „žiadatelia“.¹⁹ Medzi hospitalizovanými osobami sa občas vyskytli aj hudobníci alebo klauni. Vo všeobecnosti možno povedať, že pacienti nemocnice pochádzali z prostredia, ktoré im v čase choroby nemohlo poskytnúť pomoc a opateru. Dôvodom mohla byť skutočnosť, že v meste nemali príbuzných alebo sa členovia ich rodiny museli postarať o vlastné živobytie a nemohli ošetrovať, prípadne ani živiť chorého príbuzného.

Napriek tomu, že nemocnica bola určená pre chudobné osoby, zachované zoznamy pacientov naznačujú, že nemocnica neprijímala ľudí, ktorí sa živili pouličným žobraním, prípadne túto skutočnosť milosrdní bratia neuvádzali vo svojich záznamoch. Ak k menu pacienta nemohli uviesť jeho povolanie, nahradili ho pojmom „chudobný muž“, prípadne uviedli jeho profesiu s poznámkou, že je bez práce. Ťažko však môžeme potvrdiť alebo vylúčiť, či toto označenie automaticky znamená, že išlo o žobráka. Avšak aj tieto skupiny tvorili len nepatrnú časť z celkového počtu pacientov.

Na základe zoznamov hospitalizovaných osôb môžeme konštatovať, že správcovia nemocnice pri prijímaní pacientov uprednostňovali do polovice 18. storočia mužov vo veku 20-40 rokov. Deti a mládež do 20 rokov sa v tomto období hospitalizovali v nemocnici častejšie ako starší muži, ktorí sa v nemocnici liečili len v ojedinelých prípadoch. Od 40. rokov môžeme sledovať postupný ústup od tejto praxe a o tri desaťročia neskôr tvorili pacienti nad 40 rokov približne 15% z celkového počtu ročne liečených osôb. Dĺžka hospitalizácie bola v sledovanom období rôzna, zvyčajne trvala od niekoľkých dní po niekoľko mesiacov.

Z hľadiska konfesionalnej príslušnosti v sledovanom období jednoznačne prevažovali pacienti katolíckeho vierovyznania, nekatolíci tvorili len nepatrné percento z celkového počtu hospitalizovaných pacientov.²⁰ Regula rádu predpisovala milosrdným bratom ošetrovať chudobné osoby bez ohľadu na ich vierovyznanie, ale ani ona nemohla nič zmeniť na skutočnosti, že charitatívne inštitúcie v Uhorsku raného novoveku mali vždy konfesionalný charakter a stali sa prostriedkom náboženského boja. Pacienti protestantského vierovyznania nemocnicu milosrdných bratov zámerne nevyhľadávali, nakoľko v katolíckom prostredí im vždy hrozilo riziko, že budú vystavení tlaku na zmenu viery.

19 Kňazi zrejme dostávali lepšiu starostlivosť ako bežní pacienti, nakoľko sa v knihe pacientov pri ich mene uvádza poznámka „k jeho stavu primeraná starostlivosť“. Niektorí z nich dostali aj samostatnú izbu, prípadne strávili v nemocnici dlhšiu dobu, ktorá výrazne presahovala bežný čas liečby (jeden z kňazov strávil v nemocnici viac ako rok).

20 AMB, Bratislavské kláštory, Milosrdní bratia, Knihy, Knihy prijatých pacientov 1696-1920.

Bratislavský kláštor v čase reforiem Márie Terézie a Jozefa II.

Milosrdní bratia po príchode do Uhorska spravovali svoje kláštory a nemocnice podľa rádoých pravidiel, nezávisle na uhorských cirkevných a svetských jurisdikciách. Po vzniku Miestodržiteľskej rady v roku 1723 postupne rástli ambície štátnej moci podriaďiť svojej kontrole náboženské i dobročinné aktivity rádu. Každodenný život v kláštoroch a nemocniciach milosrdných bratov však najvýraznejšie poznačili reformné opatrenia Márie Terézie a Jozefa II. Uhorské kláštory milosrdných bratov v komunikácii so štátnou mocou reprezentoval ako celok najmä provinciál Germánskej provincie, ktorý sa snažil obhájiť štátnou mocou kritizovaný spôsob jeho existencie a pôsobenia. S jednotlivými kráľovskými nariadeniami a ich dôsledkami sa však už každý kláštor musel vysporiadať sám.

Mária Terézia vo svojom nariadení z roku 1772 prikázala reštrikciu počtu rehoľníkov vo všetkých kláštoroch milosrdných bratov, ktoré boli odkázané na zbieranie almužien. Bratislavskému konventu povolila dvanásť rehoľníkov, ktorí reálne nemohli zvládnuť všetky činnosti spojené s prevádzkou kláštora, nemocnice, lekárne a kláštorného kostola. Okrem toho časť rehoľníkov trvalo zbierala almužny a kláštor sa musel postarať aj o tých členov rehoľnej komunity, ktorí kvôli chorobe či starobe nemohli pracovať. Mária Terézia síce akceptovala tento argument, ale potrebný personálny stav prikázala doplniť svetským služobníctvom, ktoré považovala za poslušnejšie a jeho vydržiavanie za finančne výhodnejšie. Provinciál odmietol takéto riešenie s tvrdením, že služobníctvo sa vyhýba práci s chorými, je nestále a službu rýchlo opustí pre vidinu lepšieho zárobku. Vo svojej argumentácii spochybnil aj tvrdenie, že svetskí zamestnanci sú pre kláštor lacnejší ako rehoľníci. Podľa jeho názoru boli výdavky na stravu v oboch prípadoch rovnaké, peniaze ušetréné na rehoľnom odeve sa vyplátili svetským osobám ako mzdy. Po dlhom vyjednávaní panovníčka v roku 1774 upustila od znižovania počtu rehoľníkov v jednotlivých kláštoroch, daný stav sa však musel zachovať a zmeniť sa mohol len so súhlasom Miestodržiteľskej rady.²¹ Bratislavský konvent mal v uvedenom roku tridsať členov a ich počet ostal nezmenený až do konca 18. storočia.²²

Bratislavský konvent získal privilégium Leopolda I. z roku 1690 právo zbierať almužny na celom území Uhorska. Odvtedy časť rehoľníkov trávila značnú časť roka na cestách po krajine a zbierala milodary pre svoj kláštor. Mária Terézia sa snažila obmedziť zbieranie rehoľníkov argumentami, že dlhý pobyt mimo rehoľnej komunity ohrozuje ich rehoľnú disciplínu a samotné zbieranie almužien obťažuje obyvateľov krajiny. Vedenie provincie odmietlo tieto argumenty s tvrdením, že cesty mimo kláštor nepredstavujú nebezpečenstvo pre zbožnosť rehoľníkov, lebo vždy majú presne určený čas návratu do svojho klá-

21 MOL, C 39, LAD. D, fasc. 14.

22 AMB, fond Bratislavské kláštory, Milosrdní bratia, *Knihy, Historia domus* (1672-1948), fol. 51n.

tora a na ďalšie cesty sa vydávajú až po duchovnej obnove. Zbieranie almužien nevnímali ako záťaž pre obyvateľstvo, lebo podľa jeho názoru ani jeden rád v Uhorsku neurobil pre verejné dobro toľko ako milosrdní bratia. Rehoľa si napokon právo zbierať almužny neobmedzene na celom území Uhorska uchránila.²³ Po roku 1772 až do konca 18. storočia sa z 30 členov bratislavského konventu venovalo tejto činnosti vždy osem až deväť rehoľníkov.

Mária Terézia v snahe obmedziť výdavky na rehoľníkov určila ročne na zaopatrenie jedného z nich 80 zlatých, 60 zlatých na stravu a zvyšok na ošatenie.²⁴ Táto suma bola pomerne nízka a milosrdným bratom mohla poskytnúť len skromnejší životný štandard. V nasledujúcich rokoch Miestodržiteľská rada túto čiastku niekoľkokrát valorizovala, najvýraznejšie v posledných rokoch 18. storočia. V roku 1799 predstavoval ročný rozpočet na jedného rehoľníka 150 zlatých, z tejto sumy bolo 120 zlatých určených na stravu, zvyšok na odev.²⁵

Výčitky Márie Terézie, že ošetrovaniu pacientov sa venuje len nepatrná časť rehoľníkov sa zrejme aspoň čiastočne zakladali na pravde. Zoznam členov bratislavského kláštora z roku 1777 uvádza, že pacientov ošetrovali len štyria rehoľníci, ďalší traja pracovali v lekární. Okrem priora a subpriora tvorili rehoľnú komunitu traja kňazi, deväť osôb zbieralo almužny, ostatní rehoľníci zabezpečovali každodenný chod kláštora a pracovali v kuchyni, v záhrade alebo sa starali o sklady potravín a vínne pivnice.²⁶ Zrejme pod tlakom štátnej moci postupne vzrastal počet rehoľníkov, ktorí sa starali o pacientov a pomocné práce prevzalo svetské služobníctvo. V roku 1783 pracovalo v kláštornej nemocnici päť ošetrovateľov a štyria chirurgovia, zdravotnícky personál dopĺňali dvaja lekárnici.²⁷

Reformy Márie Terézie sa pacientov kláštornej nemocnice výraznejšie nedotkli. Mária Terézia v snahe predísť šíreniu infekcii nariadila, aby sa v každej nemocnici vytvorili tri nemocničné izby, v ktorých by sa oddelene liečili akútne chorí, pacienti s infekčnými chorobami a rekonvalescenti. Provinciál vo svojej reakcii argumentoval finančnou náročnosťou tohto opatrenia a tvrdil, že v ich nemocniciach sa ešte infekciou nikto nenakazil. Za najúčinnnejšie protinfekčné opatrenia považoval oddelenie postelí zástenami a pravidelné vetranie. Mária Terézia nepresadila ani ďalšiu svoju požiadavku, aby milosrdní bratia poskytovali pacientom dlhodobú starostlivosť a nielen krátkodobú hospitalizáciu. Pojem krátkodobá hospitalizácia je však v tomto prípade relatívny, lebo časť pacientov strávila v nemocnici aj dva - tri mesiace a vo výnimočných prípadoch aj dlhšie obdobie.

23 MOL, C 39, LAD. D, fasc. 14.

24 Tamže.

25 AMB, fond Bratislavské kláštory, Milosrdní bratia, Knihy, Historia domus (1672-1948), fol. 60n.

26 Tamže, fol. 39.

27 Tamže, fol. 71.

Napriek vzniknutým trecím plochám medzi panovníčkou a uhorskými klášťormi milosrdných bratov možno konštatovať, že obdobie jej panovania prinieslo bratislavskej rádovej nemocnici a jej pacientom viac pozitív ako negatív. Všeobecné zdravotnícke nariadenie *Normativum generale in re sanitatis* prijaté v roku 1770 vytvorilo právny rámec pre činnosť rádovej nemocnice a lekárne a definovalo požiadavky na vzdelanie rehoľníkov, ktorí ošetrovali pacientov a pripravovali lieky. Mária Terézia svojimi nariadeniami vytvárala tlak, aby v rámci rehoľnej komunity vzrastal počet zdravotníckych pracovníkov a klášťor efektívnejšie využíval dostupné finančné prostriedky. Panovníčka napriek svojim reformným ambíciám rešpektovala rádové zvyky a tradície, uznala argumenty provinciála a čiastočne ustúpila zo svojich požiadaviek. Vďaka jej štedrosti významne vzrástli príjmy klášťora a nemocnice. V roku 1776 darovala klášťoru fundáciu v hodnote 4 000 zlatých a v nasledujúcom roku mu priznala pravidelnú ročnú podporu z Uhorskej komory. V čase jej panovania kulminovala aj dobročinnosť v meste žijúcich cirkevných a svetských elít. V rokoch 1740–1780 získal klášťor fundácie v hodnote takmer 33 tisíc zlatých, vďaka ktorým mohol výrazne zvýšiť počet lôžok v nemocnici.

Roky vlády Jozefa II. vnímali predstavitelia rádu i bratislavského klášťora milosrdných bratov ako obdobie plné príkoria a šikanovania zo strany štátnej moci. Prior klášťora musel opakovane predkladať Miestodržiteľskej rade súpis hnutelného a nehnuteľného majetku, pravidelne zasielať vyúčtovanie príjmov a výdavkoch a informovať o všetkých personálnych zmenách medzi rehoľníkmi i svetským služobníctvom. Nariadenia Jozefa II. negatívne ovplyvnili rádový a náboženský život rehoľnej komunity ako aj majetkové pomery klášťora a nemocnice. Neistota, ktorú vyvolali unáhlené a uhorské tradície nerešpektujúce reformy panovníka spôsobila, že v čase jeho panovania klášťor získal len minimum nových fundácií, ktoré by zvýšili jeho príjmy.

Reformy Jozefa II. významne zasiahli aj do štruktúry pacientov rádových nemocníc. Na základe nariadení panovníka, dovtedy výlučne zdravotnícke zariadenia, začali poskytovať dohodobú starostlivosť duševne chorým rehoľníkom a kňazom. Pre ich potreby museli všetky nemocnice milosrdných bratov zriadiť na vlastné náklady oddelené izby, v bratislavskej nemocnici ich vzniklo desať. Každý chovanec si musel so sebou priniest zariadenie do cely a odev primeraný svojmu stavu. Provinciál stanovil ročný poplatok za zaopatrenie rehoľníka na 150 zlatých a svetského kňaza na 200 zlatých. Náklady za pobyt rehoľnej osoby mal hradiť jeho materský klášťor, poplatok za svetského kňaza mal platiť diecézny biskup z príjmov jeho biskupstva. Táto nová povinnosť spôsobovala nemocniciam milosrdných bratov ťažkosti a finančné straty, nakoľko stanovené poplatky sa plátili vždy s veľkým časovým oneskorením.²⁸

28 Tamže, fol. 66n.

Na príkaz Jozefa II. museli milosrdní bratia prijať do svojich nemocníc aj duševne chorých dlhoročných zamestnancov ústredných štátnych úradov alebo ich príbuzných. O ich prijatí a prípadnom prepustení do domáceho prostredia nerozhodoval prior konventu alebo lekár nemocnice, ale panovník a Miestodržiteľská rada. Na ilustráciu možno uviesť príklad Františka Hatoša, syna zosnulého sekretára – jubilanta Miestodržiteľskej rady. V roku 1783 Miestodržiteľská rada nariadila bratislavskej nemocnici milosrdných bratov hospitalizovať chlapca kvôli jeho údajným záchvatom blúznenia. Náklady za jeho pobyt mala hradiť Bratislavská župa. Jeho matka Klára Hatosová v roku 1784 požiadala o prepustenie chlapca z nemocnice, preto Miestodržiteľská rada nariadila nemocničnému lekárovi, aby vyšetril jeho zdravotný stav a zistil, či je spôsobilý žiť mimo nemocnice a stretávať sa s ľuďmi. Následne prior konventu 4. mája 1784 informoval Miestodržiteľskú radu, že chlapec blúznil len pár dní po prijatí a vďaka liečbe posledných osem mesiacov už nejavi známky duševnej choroby. Na základe tohto posudku Miestodržiteľská rada 10. mája 1784 povolila, aby sa chlapec vrátil domov. Matka však musela prevziať plnú zodpovednosť za správanie a činy.²⁹

Bratislavský kláštor milosrdných bratov vďaka svojim dobročinným aktivitám nebol ohrozený rušením kláštorov v čase panovania Jozefa II. a na rozdiel od konventov iných žobravých rádov si ubránil právo zbierať almužny po celej krajine a panovník mu ponechal aj pravidelnú ročnú podporu z Uhorskej komory. Opatrenia Jozefa II. však spôsobili v kláštore úpadok rehoľnej disciplíny, ktorý sa nepodarilo odstrániť ešte dlho po jeho smrti. Kláštor ale pomerne rýchlo stabilizoval svoje finančné pomery a už koncom 90. rokov 18. storočia začal s výstavbou nového traktu kláštornej budovy, do ktorej sa umiestnilo novovzniknuté oddelenie pre rekonvalescentov.

29 Tamže, fol. 70, 83, 84.

Summary

Patients and Nursing Staff of Brothers of Mercy Hospital in Bratislava in the Early Modern Period

The study deals with the history of the hospital of Brothers of Mercy in Bratislava in the Early modern period with the aim to describe its staff; confessional, age and social structure of its patients. According to character and mission of the order, the members came mainly from the urban society. Regulars from all parts of Habsburg monarchy met in Bratislava's cloister, communication language was mainly German. Prior and subprior administrated the cloister, the religious community also constituted from priests, sick nurses, apothecaries and religious, who cared for service of the cloister and hospital. The cloister had own order's doctors in the 17th century, in 18th century, however, it used the service of municipal doctor. Secular servants carried out manual works to keep the order and tidiness.

Patients mainly came from the lower social strata, more of them were Catholics in the age between 20 and 40. Non-Catholics constituted only marginal rate of the hospital's patients, part of them during the time of treatment converted. The time of hospitalization was different, usually took from some days to some months.

The Brothers of Mercy administered its hospitals according to the order's observance, its personnel and also admission of patients also responded to its stipulations. The reforms of Maria Theresia and Joseph II. intervened in the all aspects of the order's life and its hospitals and also modified the staff and structure of patients in Bratislava infirmary.

Diana Duchoňová

„O svoje zdravie maj usilovnú starosť“

Prevenencia a liečba chorôb na esterházyovskom dvore v 17. storočí ¹

Abstract: The article deals with the treatment and prevention of diseases in the court of one of the highest-ranking Hungarian aristocrats of 17th century - Palatine Mikuláš Esterházy (1583-1645). Esterhazy belong to the most distinguished figures in early modern Hungary, he managed to earn the title of Palatine, the highest representative of the country, and this post he held for 20 years (1625-1645). The study will focus on health care on his court and not just about his family, but all the courtiers, which oversaw the court master whose responsibilities were in this area given by written instruction. Extremely popular among aristocrats were bath cures in thermal spas that were required not only for therapeutic purposes, but also for relaxation reasons. Spa visits were also a place of various sociability events and entertainment.

Key words: Mikuláš Esterházy – Palatine – diseases – health care – spa – 17th century

Tak rozumiem z tvojho listu, že ste všetci zdraví, čo rád počujem...nech dá Boh, aby som vás mohol v zdraví vidieť...“ takýmito slovami začínal svoje listy manželke a rodinným príslušníkom palatín Mikuláš Esterházy.² Neboli to len zdvorilostné frázy, ale tie slová mali aj svoj konkrétny obsah. V Uhorsku 17. storočia, v čase opakujúcich sa protihabsburských povstaní, osmanského ohrozenia, s tým spojených pustošení, rabovačiek, epidémií či požiarov existovala oprávnená obava o život a zdravie vo všetkých vrstvách obyvateľstva, nevynímajúc aj tú najurodzenejšiu, aristokraciu. Bohatá korešpondencia medzi šľachtickými rodmi mala medziiným za úlohu aj oboznamovanie sa s momentálnym zdravotným stavom pisateľa či adresáta. Zachovala sa tak zaujímavá mozaika osobných postrehov, liečebných postupov, rád a rôznorodých informácií, ktoré predstavujú vitálny prameň tohto spektra každodenného života šľachty.

1 Príspevok vznikol v rámci grantu VEGA č. 2/0063/12 pod názvom Miesto a úloha palatínského úradu v politickom systéme Uhorska v období raného novoveku“ a projektu SAV: CE SDDE Slovenské dejiny v dejinách Európy

2 Lajos MERÉNYI. Eszterházy Miklós újabb levelei Nyári Krisztinához, in: Történelmi Tár, Első közlemény, 1901, s. 356, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 29. august 1624, Viedeň. Išlo o listy adresované druhej manželke M. Esterházyho Kristíne Nyáryovej. Palatín bol v období novoveku zástupcom panovníka, teda po panovníkovi najvyššie postavenou osobou v Uhorsku.

V našom príspevku sa zameriame na liečenie a prevenciu chorôb na dvore jedného z najvyššie postavených uhorských aristokratov 17. storočia, palatína Mikuláša Esterházyho.³ Prameňom k organizácii zdravotnej starostlivosti na jeho dvore sa stali rôzne vyúčtovania a predovšetkým už spomínaná korešpondencia, v ktorej sa dá sledovať záujem palatína o zdravotný stav rodinných príslušníkov a zachytáva aj inštrukcie na riešenie vzniknutej situácie.

Na zdravotnom stave aristokratov sa veľmi často odzrkadľovala predovšetkým zlá životospráva, najmä sústavná konzumácia mäsa a pitie vína, ktorá spôsobovala dnu (podagru) a iné choroby zažívacieho traktu. Spomínané choroby sa snažili liečiť rôznymi liečivými prípravkami, keď už medicínske znalosti nedokázali účinne pomôcť, poslednou nádejou na zmiernenie symptómov rôznych ochorení boli kúpele.

Mikuláš Esterházy sa vo svojich listoch manželke často ponosoval na rôznorodé bolesti, ktoré ho trápili. „*Trpím obrovskou bolesťou zubov, už tri dni mám horúčky, od veľkého počtu liekov, ktoré užívam dva týždne ledva chodím a nemám síl, aj teraz som ešte slabý...*“⁴ Horšie to bolo vtedy, keď rôznorodé ochorenia zasiahli celú rodinu. „*V predchádzajúcich dňoch bol chorľavý môj manžel [Mikuláš Esterházy], syn Ladislav mal kiahne a ešte sa úplne nevyliečil...*“, spomínala Kristína Nyáryová (1604-1641) v liste Barbore Pongráczovej, manželke Františka Révayho, pritom ona sama priviedla v tom čase na svet syna Michala.⁵

3 Mikuláš Esterházy premyslenou politikou podpory Habsburgovcov a vďaka veľmi výhodným dvom manželstvám (Uršula Dersffyová, Kristína Nyáryová) sa zaradil medzi najbohatšie a najvýznamnejšie osobnosti danej doby. V roku 1613 získal barónsky titul, v roku 1618 bol vymenovaný za kráľovského dvornajstra. Kariéra sa uspokojivo vyvíjala aj pri nadobudnutí uhorských funkcií. Od 6. októbra 1617 vystupoval ako berežský župan, o rok neskôr už figuroval ako kráľovský radca a zvolenský župan. Na korunovácii Ferdinanda II. ho 1. júla 1618 ako prvého z barónov pasovali za rytiera zlatej ostrohy. Počas Bethlenovho povstania vďaka početným diplomatickým a vojenským službám si posilnil svoje postavenie, v rokoch 1619 až 1621 bol viackrát kráľovským komisárom na rokovaniach so sedmohradským kniežaťom. V nasledujúcom roku sa po šopronskom sneme okrem získania funkcie krajiniského sudcu, stal aj komorníkom Ferdinanda II. a hlavným kapitánom preddunajského a banského kapitanátu. V nasledujúcom roku, sa už 1. januára 1626 stal županom Šopronskej stolice a 10. augusta získal grófsky titul. K vzostupu rodu Esterházy pozri: Géza PÁLFFY, *Der Aufstieg der Familie Esterházy in die ungarische Aristokratie*, in: Wolfgang Güntler - Rudolf Kropf (Hrsg.), *Die Familie Esterházy im 17. und 18. Jahrhundert*. Wissenschaftliche Arbeiten aus dem Burgenland Band 128, 28. Schlaininger Gespräche. Eisenstadt 2009, s. 13-46; Géza Pálffy. *Pozsony megyéből a Magyar Királyság élére. Karrierlehetőségek a magyar arisztokráciában a 16-17. század fordulóján*. Az Esterházy, a Pálffy és az Illésházy család felemelkedése, in Századok, 2009, 143. évfolyam, 4. szám, s. 853-882, k jeho politike István HILLER, *Palatin Nikolaus Esterházy. Die ungarische Rolle in der Habsburgerdiplomatie 1625 bis 1645*. Wien-Köln-Weimar 1992.

4 Slovenský národný archív, Ústredný archív rodu Erdődy, Korešpondencia, listy adresované Gabrielovi Erdődyemu (ďalej len SNA, ŰA Erdődy), krabica č. 120 (ďalej len kr. č.), list Mikuláša Esterházyho Gabrielovi Erdődyemu, 20. október 1640, Šintava.

5 Slovenský národný archív, Spoločný archív rodu Révay (ďalej len SNA, SA Révay), Korešpondencia, Rôzne 1601-1642, kr. č. 92, list Kristíny Nyáryovej Barbore Pongráczovej, 16. marec 1632, Eisenstadt.

Mikuláš Esterházy sa snažil usmerňovať správanie a životosprávu na dvore a v rodine formou inštrukcií pre služobníctvo resp. formou napomenutí a ponaučení synovi. Inštrukcie a napomínania patria medzi ten typ prameňov, ktorý nám umožňuje aspoň približne vykresliť a priblížiť život na aristokratickom dvore. Predstavujú na jednej strane určitý „ideál“ noriem spoločenského správania, na druhej strane sú reflexiou určitých zvyklostí, prežitých skúseností a zaužívanej praxe v konkrétnom priestore. Podobne ako iné normotvorné pramene vychádzajú z uhorského zvykového práva a jeho základnej premisy, že žiadna norma nemôže byť bez odrazu v zaužívaných a praktizovaných zvykoch. Spomínané pramene tak stoja na rozhraní medzi ideálom a realitou.

Všetky inštrukcie Mikuláša Esterházyho synovi Štefanovi boli postavené do troch základných rovín: duchovnej, morálnej a vzdelanostnej. Pretože vznikali postupne, ich obsah sa prispôboval veku a schopnostiam prvorodeného syna. Syn popredného aristokrata krajiny mal ovládať základné postuláty, ktoré predstavovali ideál dvorského správania sa nielen na uhorských, ale aj zahraničných dvoroch. „*O svoje zdravie maj usilovnú starosť, správaj sa striedmo v jedle a pití, vyvaruj sa alkoholizmu a hýreniu, aby si neupadol do vážnej choroby,*“ v tejto vete sú hádam zhrnuté všetky odporúčania zo strany otca týkajúce sa zdravia.⁶

Zabezpečenie pokračovania rodu patrilo medzi základné povinnosti každého aristokrata, ale bolo potrebné dožiť sa aspoň sobáša. Zdravotné ťažkosti mohli skomplikovať splodenie potomstva a to či už zo strany muža, alebo ženy. Dobrým príkladom je v tomto smere prípad palatínovho syna Ladislava Esterházyho (1626-1652) a jeho manželky Eleonóry Batthyányovej (1633-1654). Aj keď sa chorľavá Eleonóra ledva dožila svadby, jej otec zadunajský hlavný kapitán Adam Batthyány (1610-1659) obviňoval z neschopnosti splodiť potomka práve Ladislava. Keď jej lekári odporučili ozdravujúce kúpele, otec v liste napadol Ladislava, že im dieťa nepomôže urobiť kúpele, ale dieťa je z jednej strany darom od Boha a z druhej znakom mužnosti! A zároveň dodal, že predpokladá, že jeho zať je pravým mužom!⁷

Ďalším vzácnym prameňom je rodinná korešpondencia, ktorá často hovorí o ťažkostiach a chorobách, predovšetkým detí. Na jej základe sa však len ťažko dá vysloviť presnejšia diagnóza. Najčastejšie sa v listoch medzi Mikulášom Esterházym a Kristínou Nyáryo-

Michal o rok neskôr v auguste roku 1633 zomrel.

6 Magyar Országos Levéltár (ďalej len MOL) - Magyar Nemzeti Levéltár (ďalej len MNL), Esterházy család hercegi ágának levéltára, P 108, Repositorium, Repositorium 60 (P 108, R 60), Gazdasági és ügyviteli utasítások, mikrofilm č. 16152, Fasc. A, Instructio pro Stephano Eszterhassy filio nostro, fol. 7.

7 MOL, P 124, László gróf iratai, mikrofilm č. 4674, No. 270, list Adama Batthyányho Ladislavovi Esterházyemu, 28. september 1648, Szalonak a No. 381, list Adama Batthyányho Ladislavovi Esterházyemu, 29. máj 1652, Nové Zámky tiež Judit FEJES, Az Esterházyak házassági politikája 1645 után, in: Katalin Péter (Szerk.), Gyermekek a kora újkori Magyarországon, Budapest 1996, s.141.

vou objavujú choroby dcér Márie (1638-1684), Anny Júlie (1630-1669) a synov Ladislava a Pavla (1635-1713).⁸ Väčšinou sa spomínajú prechladnutia sprevádzané horúčkami, no prvorođený syn Štefan (1616-1641) trpel aj na dnu (podagru).⁹ Keď sa sotva polročnej Mikulášovej vnučke Uršule pod bradou objavili menšie červené rany, ihneď ich dali na preskúmanie lekárovi, aby z toho nevzniklo vážnejšie ochorenie.¹⁰ Z korešpondencie medzi Mikulášom a jeho bratom Pavlom (1587-1645) sa dozvedáme o chorobe Pavlovej 12 ročnej dcéry Rebeky (1631-1647), ktorá mala dlhšiu dobu horúčky. Na jej zníženie požila bližšie neurčený nápoj, ktorý jej pripravil a naordinoval pravdepodobne Mikulášov lekárnik, na ktorého služby sa obracala celá rodina.¹¹

Okrem dcéry Pavol Esterházy spomínal v listoch aj ochorenia manželky Evy Viczayovej. Často chodila do kúpeľov, ale evidentne sa jej stav liečením nezlepšoval. Až raz jej v kúpeľoch jedna bylinkárka natrela oblasť maternice zmesou z bylín a povedala, že aj bolesti hlavy, ako aj závraty má v dôsledku tohto ochorenia maternice. Natreté bylinky jej obviazali látkou a tri dni nechali pôsobiť. Bylinkárka ich upozornila, že po prvom dni síce dôjde k zhoršeniu jej stavu, ale napokon sa vylieči. Pavol v liste ďalej opisoval, že manželke bolo tak zle, že si dala zavolať aj kňaza a presvedčenie, že umiera, jej dlho Pavol nevedel vytláčať z hlavy. Mala veľké ťažkosti, bolesti hlavy, zhoršené videnie a sťažovala sa aj na bolesti v oblasti hrudníka. Po troch dňoch sa však jej zdravotný stav naozaj zlepšil.¹² Takéto využívanie „ľudových“ liečiteľov nebolo v prostredí okolo Mikuláša obvyklé, na rady bylinkárov sa neverilo, skôr sa spoliehal na konzultácie s poprednými lekármi.

Vzdelaných lekárov bolo v Uhorsku koncom 16. a na začiatku 17. storočia skutočne málo, aj preto sa tešili určitej vážnosti. Zdržiavali sa predovšetkým v mestskom prostredí

8 ...naša dcéra Anna Júlia je chorľavá, predčierom mala vysokú horúčku...poslali sme aj po lekára. MOL-MNL, P 123, Miklós nádor iratai (1622-1645), IV. Családi levelezés, g) Esterházy István (Thurzó Erzsébethez) címzett levelek, mikrofilm č. 4695, list Mikuláša Esterházyho Štefanovi Esterházymu, 11. september 1639, Eisenstadt tiež Lajos MERÉNYI, Gróf Eszterházy Miklós nádor levelei István fiához, in: Történelmi Tár, 1907, s. 310; Ladislav bol chorľavý, preto Mikuláš poslal po lekára do Viedne. SNA, ÚA Erdődy, kr. č. 120, list Mikuláša Esterházyho Gabrielovi Erdődymu, 1. máj 1640, Šintava; Marianka a Julianka sú choré, je tam doktor, nech sa o nich postará. Lajos MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei Nyári Krisztinához 1624-1639, in: Történelmi Tár, Második és befejező közlemény, 1900, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 26. september 1639, Trnava, s. 295; ...Zo smútkom čítam, že sa zhoršuje Pálkov stav, nech dá na neho doktor väčší pozor...keby mal čierne kiahne, bola by to zlá správa...; Lajos MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Második és befejező közlemény, 1900, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 10. apríl 1639, Viedeň, s. 292.

9 L. MERÉNYI, Lajos, Gróf Eszterházy Miklós nádor levelei István fiához, s. 317.

10 Napríklad MOL, P 123, IV. g), mikrofilm č. 4695, list Mikuláša Esterházyho Alžbete Thurzovej, 7. september 1641, Nové Zámky tiež L. MERÉNYI, Gróf Eszterházy Miklós nádor levelei István fiához, s. 317.

11 Lajos MERÉNYI, Eszterházy Pál ujbári kapitány levelei a nádorhoz (1641-1644), in: Történelmi Tár, 1907, s. 582 a 585, list Pavla Esterházyho Mikulášovi Esterházymu, 24. máj 1643, Nové Zámky.

12 L. MERÉNYI, Eszterházy Pál ujbári kapitány, s. 580, list Pavla Esterházyho Mikulášovi Esterházymu, 7. jún 1642, Nové Zámky.

a tak sa mnohí šľachtici snažili o ich získanie pre svoje vidiecke sídla.¹³ Neskorší krajinský sudca Ladislav Csáky (+ 1655) vyslovil v liste kráľovskému radcovi Gabrielovi Erdődymu (1614-1650) obavu, že „by veľmi ľutoval, keby sa jemu a jeho rodine na tomto pustom mieste [v Leviciach] bez liekov, niečo pritrafilo“. Urýchlene ho žiadal, aby vyhľadal habánskeho (novokrsteneckého) lekára alebo holiča v Dechticiach a poslal ho za ním.¹⁴ V snahe získať dobrého liečiteľa tak medzi aristokratmi vznikali spory o doktorov, no v prípade dohody, aristokrat „svojho“ lekára známym aj požičiaval.¹⁵ Na nedostatok habánskych lekárov v Uhorsku sa v liste sťažovala aj Mária Forgáchová (1577-1622). Keď sa dočítala, že Klára Soósová, vdova po Petrovi Zayovi, je chorá, poslala po habánskeho lekára na Moravu. Ten sa však obával nástrah cesty a šľachtickej odkázala, že jeho pomocník by bol zbytočný, keďže mnoho z tohto umenia neovládal. Odporučil však jej manželovi Petrovi Révaymu (1568-1622), dedičnému županovi Turčianskej stolice a strážcovi uhorskej kornuny, iného habánskeho holiča, ktorý údajne vedel dobre pustiť žilou, prikladať banky a mal k dispozícii všetky potrebné lieky.¹⁶

Hoci palatín Mikuláš Esterházy nemal na dvore stálych lekárov, ktorí by dostávali pravidelný ročný plat, v korešpondencii sa predsa len objavujú mená dvoch doktorov, Pucha a Ragera, ktorí pôsobili v jeho službách.¹⁷ V prípade potreby chodili na jeho dvor, posielali pre nich koč, alebo na diaľku z Viedne či Bratislavy predpisovali a posielali lieky.¹⁸ Nepatrili medzi dvoranov, ale boli platení za konkrétne lekárske úkony.¹⁹ Na konzultácie si ich zvykol zavolať do svojej rezidencie v Eisenstadte spolu aj s ďalšími lekármi z Viedne, ktorí takto vytvárali akési lekárske konzílium rozhodujúce o spôsoboch liečenia. V korešpondencii sa často objavuje aj lekár z Nového Mesta nad Váhom, ktorého služby palatín často využíval, podobne ako aj ostatní členovia rodu. Daniel Esterházy (1585-1654)

13 Emilia SCHUSTLER, *Magyar társadalmi és családi élet 1570-1600-ig*, Budapest 1912, s. 72.

14 SNA, ÚA Erdődy, kr. č. 119, list Ladislava Csákyho Gabrielovi Erdődymu, 23. február 1643, Levice.

15 Takýto spor vznikol napríklad medzi Evou Poppelovou a jej synom Adamom Batthyánym. Tünde LENGYELOVÁ - Gábor VÁRKONYI, Báthory - Život a smrť, Praha 2009, s. 155-156.

16 SNA, SA Révay, Korešpondencia, Rôzne 1601-1642, kr. č. 92, list Márie Forgáchovej Kláre Soósovej, 17. august 1607, Svätý Jur.

17 Napríklad MOL, P 123.IV.,g), mikrofilm č. 4695, list Mikuláša Esterházyho Žigmundovi Eörsimu, 28. marec 1640, Eisenstadt; L. MERÉNYI, Gróf Eszterházy Miklós nádor levelei István fiához, s. 312; Mikuláš poslal po doktora Pucha, aby ešte pred sviatkami mohol začať užívať lieky SNA, ÚA Erdődy, kr. č. 120, list Mikuláša Esterházyho Gabrielovi Erdődymu, 5. apríl 1642, Šintava.

18 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Második es befejező közlemény, 1900, s. 286, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 11. júl 1636, Napríklad, keď bola chorá Mikulášova dcéra Katarína, lekár jej poslal vo fľaške sirup, ktorý mala často užívať, aj v noci. Ďalej poslal aj nejakú mastičku, ktorou treba natierať hrudník a tiež vydymovač, s ktorým treba vydymiť priestory. Lajos MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei Nyári Krisztinához, in: Történelmi Tár, Második közlemény, 1901, s. 493, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 31. október 1629, Bratislava.

19 MOL-MNL, P 123, III. Gazdasági iratok (ďalej len MOL, P 123, III.), mikrofilm č. 4691, f) Lánzsér, Lakompak számadásai, Účet z roku 1629, pag. 7.

neraz poprosil Mikuláša, aby mu poslal novomestského lekára z kúpeľov v Großhöfleine, údajne jeho manželka Judita Rummyová (1603-1663) ešte pred kúpeľmi chcela absolvovať lekárovu kúru.²⁰ Iba tri dni predtým bol pritom vo Forchtensteine u nich habánsky lekár.²¹ Na dvore Mikulášovho syna Pavla nachádzame už aj dvorného lekára, istý *Doctor* Werner dostával ako plat za svoje služby 200 zlatých, 60 gbelov pšenice, 18 okovov vína a štyri bravy ročne.²²

Na každom hradnom panstve bola obvykle situovaná lekáreň, kde pôsobil lekárnik. Jeho úlohou bola príprava liečiv nielen pre šľachticu a jeho rodinu, ale v prípade nutnosti aj pre poddaných na celom panstve. Aj vedľa sídelného esterházyovského zámku v Eisenstadte stála takáto lekáreň, v 18. storočí už nazývaná ako „stará lekáreň,“ v ktorej sa využívali ako suroviny na prípravu liečiv hlavne liečivé rastliny pestované v tunajších záhradách.²³ Mená lekárnikov sú však neznáme, pretože v konvenčných zápisoch na dvore Mikuláša Esterházyho bol lekárnik uvedený vždy iba funkciou a nie menom. Jeho dôležitosť bola vyjadrená aj v ohodnotení, dostával hotovosť vo výške 200 zlatých, okrem toho jednu pintu vína, dva bochníky chleba, dve libry hovädzieho mäsa denne a 35 zlatých ma rôzne iné výdavky raz do roka.²⁴ Na začiatku 40. rokov 17. storočia dostával ročný plat vo výške 150 zlatých, teda stále viac ako kapitán alebo dvormajster.²⁵ Lekárnikom vtedy mohol byť páter Abrahám, ako sa dozvedáme z jedného účtu.²⁶ Na dvore slúžil aj s jed-

20 MOL-MNL, P 123, mikrofilm č. 4682, a) fol. 166, list Daniela Esterházyho Mikulášovi Esterházymu, 25. jún 1645, Forchtenstein.

21 MOL-MNL, P 123, mikrofilm č. 4682, a) fol. 166, list Daniela Esterházyho Mikulášovi Esterházymu, 23. jún 1645, Forchtenstein.

22 MOL-MNL, P 125, Esterházy Pál iratai, III. Pál nádor pénzügyi és gazdasági iratai, Uradalmi és udvari tisztviselők, alkalmazottak fizetése, mikrofilm č. 4742, 104. köteg, 10664/a szám, pag. 48. Pálffyovci mali k dispozícii na Červenom Kameni doktora Gaggera (Gaygera) a vo Viedni doktora Rechbergera. Pál JEDLICKSKA, Eredeti részletek gróf Pálffy család okmánytárához 1401-1653, a gróf Pálffyak életrajzi adatai, Budapest 1910, s. 372, list Pavla Pálffyho Štefanovi Pálffymu, 14. máj 1643, Viedeň; Tamtéž, s. 295, list Pavla Pálffyho Štefanovi Pálffymu, 11. júl 1641, Bojnice a s. 281, list Pavla Pálffyho Štefanovi Pálffymu, 2. máj 1641, Viedeň. Gbel je stará miera na sypaniny o objeme v rozmedzí od 13 až po 156 litrov. Milan MAJTÁN (Ed.), Historický slovník slovenského jazyka I., Bratislava 1991, s. 378.

23 Országos Széchényi Könyvtár, Kézirattár, Quart. Hung. 2914, János HÁRICH, A kismartoni várkert története. Rukopis, 1934, s. 9 a Franz PROST, Geschichte des Esterházyischen Hofgartens in Eisenstadt. Eine zusammenfassende Darstellung, in: Der Natur und Kunst gewidmet, Wien - Köln - Weimar 2001, s. 37.

24 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4691, e) Kismarton uradalom számadásai, 10. september 1630, p a g .
1. Pinta je stará dutá miera o objeme dvoch holieb.

25 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4692, Az szegény Gróf uram szolgáláival való számvetés, fol. 4.

26 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4692, h) Szemptei számadások, rok 1644, fol. 4

ným sluhom, ktorý dostával od pána iba „sprepitné,“ menšiu finančnú čiastku za konkrétne služby.²⁷

Lekárnik pôsobil na dvore autonómne bez lekára. Pripravoval lieky, mastičky a sirupy na ľahšie ochorenia ako napríklad prechladnutia, a tieto mal Mikuláš uschované v osobitnej laduli.²⁸ Mikulášovho lekárnika si tiež často požičiavali aj iní rodinní príslušníci, údajne bol veľmi schopný a vážili si ho pre jeho umenie a dobré výsledky pri liečení.

Súčasťou prevencie pred ochoreniami bola hygiena, na ktorú kladol palatín veľký dôraz. Dnes to nie je ničím výnimočné, ale v prvej polovici 17. storočia bolo používanie mydla zriedkavosťou. „Keď som zbadal, že máš špinavé ruky, posielam ti mydlo,“ viackrát písal v listoch Mikuláš svojej manželke.²⁹

Málokto vtedy vedel o spojitosti nečistoty a chorôb. Palatín si na čistotu potrpel, čo dovedčujú inštrukcie zamestnancom. Nariaďoval pravidelné upratovanie na hradoch, aby sa zametalo pri otvorených oknách, aby takto prach vyšiel cez okno. Keď rodina v danom hrade či kaštieli bývala, muselo sa každý deň upratovať, ak nie, stačilo iba raz za týždeň.³⁰

Pri stolovaní sa mali ruky oplachovať pred jedlom aj po jedle, dbalo sa na čistotu stolovacieho riadu.³¹ Osobitné inštrukcie sa týkali stravovania, deti mali jesť zdravo, ani dospelí nemali veľmi často konzumovať príliš mastné jedlá, ktoré boli typické pre toto obdobie. V ich jedálničku sa pravidelne objavovalo ovocie a zelenina, konkrétne višne, hrušky, maliny, egreš, citrón, pomaranč, zo zeleniny najmä cibuľa, repa, reďkvička, kapusta, hrášok a špenát.

Zachovali sa zoznamy potravín určených na prípravu jedál pre trinásťročného Štefana z roku 1629. Z mäsitých jedál bolo úplne vynechané bravčové mäso a podávalo sa mu každodenne výlučne teľacie, ďalej hydina, raky, ryby, občas klobása a hriby. Zelenina a ovocie sa konzumovalo v hojnom počte, v letnom období sa striedalo sezónne ovocie (višne, slivky, egreše, dule) s citrónmi v zime. Stálícami jedálnička boli jablká a hrušky.³² Dieťa malo jesť „dobré“ jedlá (myslené nie skazené, alebo ťažké) a nemalo ich konzumovať vo

27 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4692, h), rok 1644, fol. 9.

28 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Első közzemény, 1900, s. 51, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 4. november 1630, Nitra a Lajos MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közzemény, 1901, s. 493, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 31. október 1629, Bratislava.

29 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Első közzemény, 1900, s. 24, list Mikuláša Kristíne, 22. február 1625.

30 MOL-MNL, P 123, III., b) b) Gazdagási utasítások és jelentések, microfilm č. 4690, Inštrukcia pre kastelána v Eisenstadte, 12. november 1639, Eisenstadt; Dvorský poriadok Mikuláša Esterházyho, inštrukcia pre učňov, 2. bod. András KOLTAI (Szerk.), Magyar udvari rendtartás. Utasítások és rendletek 1617-1708, Budapest, 2001, s. 86.

31 Dvorský poriadok Mikuláša Esterházyho, povinnosti vtedajších učňov, 7. bod A. KOLTAI, Magyar udvari rendtartás, s. 88.

32 MOL-MNL, P 123, III., účet z 11. júna 1629, pag. 2-24 a účet z 3. októbra 1629, pag. 1-8.

veľkých množstvách, aby nenastali žalúdočné potiaže.³³ Praeceptorí osobitne dozerali na deti, aby sa neprejedali a nemaškrtili.³⁴

V prípade, že dieťa ochorelo, pristupovalo sa k jeho liečeniu. „*Nie vždy treba nechať vy-liečenie na prírodu, niekedy jej treba dopomôcť...*“, pravidelne spomínal Mikuláš vo svojich listoch manželke. Osobne konzultoval s lekármi, aké lieky sa majú použiť na rôzne zdravotné ťažkosti.³⁵ Lekárnik prítomný na dvore zabezpečoval výrobu a prípravu lekármi stanovených liečiv a pravdepodobne aj liečil menšie ochorenia. Podľa nariadení palatína sa choroby u detí mali včas podchytiť a poslať po doktora do Viedne.³⁶ Keď nemohol prísť, mal poslať deťom sirupy, mastičky a bylinky na vydymenie priestorov, alebo Mikuláš na základe konzultácie s lekármi sám v listoch manželke písal, aké liečivá je potrebné použiť na uzdravenie.

Z rokov 1637 až 1640 sa nám zachoval zoznam liečiv a surovín na ich prípravu, ktoré dal nakúpiť doktor Rager u lekárnika Kristiána Rhödigera v lekárni u Čierneho orla v Bratislave. Celkovo za liečivá vydal 104 zlatých a 15 denárov. V zozname sa často objavujú rôzne sirupy určené na tlenie kašľa, na úľavu v pľúcach (s obsahom alkoholu), vo veľkom množstve sa kupoval klystír a rôzne lektváre na prečistenie organizmu. Pre deti sa kupovala masť na žalúdok, bylinky na parný kúpeľ, koriandrový prášok, tekvicové mlieko, med z kvetu ruží, ocot z ruží, sladký mandľový olej alebo škoricová voda. V zozname nechýbali ani rôzne druhy mastí, náplaste, prášky na prípravu liečiv, alebo destilovaná voda. V roku 1637 sa dokonca objavuje aj terra sigillata, zem používaná pri liečivých účelloch alebo biele olovo, ktoré sa mohlo používať ako utišujúci prostriedok, alebo proti zápalom.³⁷

Zo sirupov sa odporúčalo dať deťom dve či tri lyžičky, prihliadalo sa na prísun kvalitnej stravy, no malo sa zabrániť prejedaniu.³⁸ Pri prechladnutí sa deťom natieral hrudník sadlom z kapúna, na noc sa mali natrieť aj ruky a päty.³⁹ Keďže pri deťoch boli neustále

33 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közlemény, 1901, s. 494, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 29. november 1629, Eisenstadt.

34 MOL-MNL, P 108, R 60, mikrofilm č. 16152, 25. október 1627, Eisenstadt, 4. bod.

35 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Első közlemény, 1901, s. 374, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 11. október 1625, Šopron.

36 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közlemény, 1901, s. 484, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 6. september 1627, Šintava.

37 MOL, P 123, III., mikrofilm č. 4693, n) Vegyes számadások (Rozličné účty), Účet z bratislavských nákupov liečiv v rokoch 1637-1640.

38 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közlemény, 1901, s. 494, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 20. november 1629, Eisenstadt.

39 Kristíne navrhoval Mikuláš, aby dcére Alžbete natieral hrudník sadlom, v noci aj ruky a päty. L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Első közlemény, 1901, s. 379, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 6. marec 1626, Bratislava.

prítomné dojky, tiež sa dbalo aj o ich zdravotný stav. Zakazovalo sa im napríklad piť kyselku (minerálna voda), víno a mali sa vyvarovať zimy, aby neprechladli.⁴⁰

Pri vážnejších chorobách dospelých bolo obvyklé, že v miestnosti pri chorom boli zapálené sviečky, prítomný bol starší človek a niekto zo služobníctva. Chorému sa púšťala žila, v prípade búšenia srdca sa odporúčal nechťíkový lektvár, ktorý sa mal užívať dva až trikrát denne.⁴¹

Zdravotná starostlivosť sa nepodceňovala ani medzi dvoranmi. Dohľad nad ňou mal dvormajster, ktorého kompetencie boli v tejto oblasti regulované inštrukciou. Ochorenia osadenstva dvora nahlasoval lekárnikovi, holičovi alebo duchovným osobám prítomným na dvore, ktorí sa starali o ich vyriešenie. Pre nich platil príkaz, aby chorý „*ich starostlivosťou nepominul*“.⁴² Aj Mikuláš vedel, že „padnúť“ do rúk felčiarovi tej doby nemuselo chorému vždy len prospieť.

Osobitou kapitolou v oblasti zdravotnej starostlivosti aristokratov boli liečebné pobyty v termálnych liečivých kúpeľoch, ktoré boli mimoriadne obľúbené, nielen z terapeutického, ale aj relaxačného hľadiska. V popredí ich záujmu nebola len snaha využívať liečebné účinky či oddych, ale aj skutočnosť, že kúpele boli miestom bujarého spoločenského života a zábavy. Znovu vystupuje do popredia zachovaná súkromná korešpondencia vysokej šľachty, v ktorej nájdeme viacero dobrých príkladov opisujúcich kultúru kúpeľného života, a to najmä v kúpeľných miestach na území dnešného Slovenska a Rakúska.⁴³

40 „....víno by nemala piť ani Mariankina dojka...“ L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Második és befejező közlemény, 1900, s. 295, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 26. september 1639, Trnava.

41 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Első közlemény, 1901, s. 380, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 17. marec 1626, Bratislava a s. 382, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 17. máj 1626, Viedeň.

42 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4690, b), fol. 2.

43 Medzi najvýznamnejšie kúpele na území dnešného Slovenska patrili Piešťany, Trenčianske Teplice, Turčianske Teplice, Bojnice a Rajec. K otázke kúpeľov a kúpeľníctva v ranom novoveku pozri napríklad: Diana DUCHOŇOVÁ, „Jedine sliepkou a koláčom nás môžete odtiaľto vylákať domov“. Kúpele ako súčasť každodenného života palatína Mikuláša Esterházyho, in: Balneografia v dejinách knižnej kultúry Slovenska, Kniha (zborník o dejinách knižnej kultúry), Martin 2009, s. 117-128; Gábor VÁRKONYI, Hévizek és fürdők a 17. században, in: Liget - Irodalmi és Ökológiai folyóirat 1, 1991, s. 113-118; Gábor VÁRKONYI, Hévizek és fürdők a 17. századi Magyarországon, in: Ágnes R. Várkonyi – László Kósa (Szerk.), Európa híres kertje, Történeti ökológia tanulmányok Magyarországról, Budapest 1993, s. 105-121; Gábor VÁRKONYI, Arisztokrata társasági élet a kora újkori Magyarországon - Társasági élet a fürdőhelyeken, in: Nóra G. ETÉNYI - Ildikó HORN (Szerk.), Idővel paloták... Magyar udvari kultúra a 16. – 17. században, Budapest 2005, s. 415-432; Ignác SCHWARZ, A fürdők történetéhez Magyarországon, in: Századok 4, 1891, s. 279-286; Sándor TAKÁTS, Régi magyar fürdősők, in: Művelődéstörténeti tanulmányok a XV-XVII, Századból, Budapest 1961, s. 81-86; Ján MULÍK, Dejiny kúpeľov a kúpeľníctva na Slovensku, Martin, 1981.

Územie dnešného Slovenska poskytovalo viacero takýchto lokalít, Mikuláš Esterházy obľuboval najmä Štubnianske kúpele (dnes Turčianske Teplice)⁴⁴ a kúpele v rakúskom Großhöflein a Tatzmannsdorfe. Väčšina aristokracie mala vo zvyku navštíviť kúpele aspoň raz ročne. Najobľúbenejším obdobím pre takéto pobyty boli jarné a letné mesiace, kedy bývali v máji a v júni všetky voľné miesta v kúpeľoch zvyčajne beznádejne obsadené. Pritom každý predstaviteľ vysokej šľachty mal svoje obľúbené miesto, ktoré navštevoval často so železnou pravidelnosťou aj niekoľko desiatok rokov. Nič tomu nenasvedčuje lepšie ako úryvok z korešpondencie kapitána Pavla Esterházyho, inak brata palatína Mikuláša Esterházyho, ktorý v liste Štefanovi Pálffymu spomína, že *...už 26 rokov pravidelne chodí spolu so svojou rodinou si oddychovať do kúpeľov...čo veľmi potrebujeme*.⁴⁵

Palatín Mikuláš Esterházy nebol žiadnou výnimkou. Neustavičné bolesti nôh a reuma boli príčinou jeho častých liečebných kúr a pobytov, prakticky od mája do leta úradoval ako palatín len z kúpeľov. Nasvedčujú tomu mnohé protokoly z tzv. palatínskeho archívu, ale aj korešpondencia s rodinnými príslušníkmi alebo familiármi.⁴⁶ Musíme ale podotknúť, že okrem návštev kúpeľných miest šľachtici zamestnávali na svojom dvore aj kúpeľných majstrov. Informácie o nich sú veľmi strohé, napríklad na dvore Mikuláša pôsobil v roku 1618 kúpeľník Konrád, ale bližšie informácie o ňom nemáme.⁴⁷ Zrejme slúžil len pri zabezpečovaní bežnej každodennej očisty.

*„Som chorľavý, pôjdem do kúpeľov, do vášho susedstva, dúfam, že sa budeme môcť porozprávať...“*⁴⁸, takto sa v jednom liste zveril Mikuláš Esterházy vdove po hlavnom šopronskom županovi Františkovi Batthyány (1577-1629) Eve Poppelovej.⁴⁹ Sú to však slová, ktoré sa objavovali vo väčšine jeho listov príbuzným. Choroby trápili Mikuláša do tej miery, že návštevy kúpeľov boli pre neho takou nevyhnutnosťou, kvôli ktorej bol ochot-

44 V štúdiu budeme používať staršie pomenovanie pre tieto kúpele.

45 P. JEDLICSKA, *Eredeti részletek*, s. 229, list Pavla Esterházyho Štefanovi Pálffymu, 25. apríl 1639, Nové Zámky. Palatínov brat Pavol Esterházy zvykol chodiť s manželkou do Piešťanských kúpeľov, Pavol Pálffy do Bojníc. P. JEDLICSKA, *Eredeti részletek*, s. 316, list Pavla Esterházyho Štefanovi Pálffymu, 29. september 1641, Nové Zámky a s. 392, list Pavla Pálffyho Štefanovi Pálffymu, 16. jún 1641, Bratislava.

46 Z palatínskeho archívu ide napríklad o tieto pramene: MOL-MNL, Archivum palatinae, Archivum palatini comitis Nicolai Esterházy, 1625-1645, obdobie júna 1633 Großhöflein (mikrofilm č. 17958, pag. 253); ešte ten istý rok v auguste bol v Tatzmannsdorfe (mikrofilm č. 17958, pag. 254); máj 1634 Großhöflein (mikrofilm č. 17958, pag. 287); júl 1634 Tatzmannsdorf (mikrofilm č. 17956, pag. 586); máj 1635 Großhöflein (mikrofilm č. 17958, pag. 276); júl-august 1635 Tatzmannsdorf (mikrofilm č. 17956, pag. 696-702); alebo máj-jún (mikrofilm č. 17957, pag. 206-208).

47 MOL, P 123, III., 11. csomó, n), pag. 4. Takíto majstri liečili chorých, dokonca sa zaoberali aj chirurgiou. S. TAKÁTS, *Régi magyar fürdősök*, s. 83.

48 Pravdepodobne išlo o kúpele v Tatzmannsdorfe, vtedajšej Tarcsi.

49 MOL-MNL, P 1314, Batthyány család körmendi levéltára, mikrofilm č. 4808, list Mikuláša Esterházyho Eve Poppelovej, 26. máj 1627, Lackenbach. František Batthyány zomrel v roku 1625.

ný riskovať cestovanie v krajne nepriaznivých podmienkach. V júli 1628 boli v okolí Tatzmanského tak zablatené a neschodné cesty, že keď palatín dorazil do kúpeľov spolu so svojím sprievodom, ľudia sa im čudovali, že sa im vôbec podarilo prísť. Síce cesta trvala trochu dlhšie ako obvykle, niekoľko koní po jej absolvovaní krávalo, ďalšie dva či tri dokonca zdochli, ale palatín sa mohol podrobiť svojej obľúbenej liečbe.⁵⁰

Aj už vyššie spomínaná Eva Poppelová ho sem rada pozývala, pravdepodobne nielen pre zmiernenie bolesti, ale predovšetkým na spoločenské posedenie do jej rezidencie.⁵¹ Eva sa v kúpeľoch veľmi rada obkolesovala mladými aristokratmi. *„Počul som, že v kúpeľoch robíte spoločnosť pani Batthyányovej [Eve Poppelovej] aj spolu s Mikulášom Zrinským a pánom Pozaranom, určite sa vo vašom dvorení kochá...“*, píše Mikuláš Esterházy Gabrielovi Erdődymu.⁵²

Okrem Tatzmanského, sa palatín často liečil aj v kúpeľoch v neďalekom Großhöfleine, ktoré patrili k jeho najobľúbenejším destináciám. Prakticky bolo verejným tajomstvom, že sa tu palatín nachádza každý rok, čo mnohí ľudia zneužívali na vybavenie si svojich záležitostí a Mikuláša Esterházyho často dohnali k tomu, že sa pred nimi musel skrývať. Zo spomínaného Tatzmanského sa neraz svojej manželke Kristíne sťažoval, že ho ani tu ľudia nenechajú na pokoji a radšej už odíde domov, doslova píše, *„...musím sa pred nimi skrývať...kvôli nim nemôžem piť vodu ako by som chcel...“*.⁵³

*„Práve sa kúpem vo svojich kúpeľoch, iba teraz z nich vstávam malátne, zdržím sa tu až do sviatkov, v pondelok na Turíce dám vysvätiť kaplnku, z ktorej vychádza táto voda na kúpanie...“*⁵⁴ To, že kúpele v Großhöfleine patrili k „domácim“ kúpeľom palatína nasvedčuje aj list Ladislava Csákyho, v ktorom ich nazval ako *„obvyklé kúpele“* palatína.⁵⁵ Mikuláš sem chodil spočiatku z neďalekého Eisenstadtu a na pobyt si zvykol rezervovať bližšie

50 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Első közlemény, 1900, s. 41, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 20. júl 1628, Tatzmanský. *„...A Savanyú Vizhez való io maga aianlasát is hasollókép-pen kedvesen vettem...“* MOL, P 1314, mikrofilm č. 4808, list Mikuláša Esterházyho Eve Poppelovej, 26. apríl 1628, Eisenstadt. Tatzmanský sa dnes nachádza v Rakúsku. Katalin KINCSES (ed.), *„Im küttem én orvosságot“*. Lobkowitz Poppel Éva levelezése 1622-1640, Budapest 1993, s. 48-49.

51 MOL-MNL, P 1314, mikrofilm č. 4808, list Mikuláša Esterházyho Eve Poppelovej, 26. apríl 1628, Eisenstadt.

52 SNA, ÚA Erdődy, kr. č. 120, list Mikuláša Esterházyho Gabrielovi Erdődymu, 19. august 1637, Eisenstadt. Pravdepodobne ide o Františka Posára.

53 Manželka mu mala o dva dni na to poslať dva kone s vozom, aby mohol v piatok odísť. L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közlemény, 1901, s. 481, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 23. jún 1627 a s. 483, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 6. júl 1627, Tatzmanský.

54 SNA, ÚA Erdődy, kr. č. 120, list Mikuláša Esterházyho Gabrielovi Erdődymu, 4. jún 1642.

55 MOL-MNL, P 123, I. Személyi iratok (Osobné písomnosti), a) Miklós nádorhoz címzett levelek, mikrofilm č. 4682, 1. cs., fol. 90, list Ladislava Csákyho Mikulášovi Esterházymu, 7. jún 1645, tiež L. MERÉNYI, Csáky István és László levelei Esterházy Miklós nádorhoz 1631-1645, In: Történelmi Tár, 1904, s. 215. Samotný Csáky však pravdepodobne príliš neuznával kúpele a neveril ich liečivým účinkom ako je to zrejme z listu palatínovi: *„...niežeby sme pochybovali vo Vašu vo vašu priazeň, ale hla-*

neurčený dom. Z 12. mája 1628 sa nám zachoval list, v ktorom si pochvaľoval manželke na dobrý spánok, aj keď na „*studenom a veternom mieste*“. So spokojnosťou písal domov, že ho z tohto teplého domčeka (Eisenstadtu) môžu iba spiepkou alebo koláčom odlákať domov.⁵⁶

Pravdepodobne sa mu však po čase zdal byť nepohodlný alebo nedostačujúci, keďže si v roku 1630 kúpil v Großhöfleine kúriu, ktorú si prestaval na rezidenciu. Kúpele potom hraničili priamo s touto rezidenciou. Poznáme niekoľkých kúpeľníkov v službách Mikuláša Esterházyho, ktorí mali na starosť bezproblémový chod kúpeľov. V rezidencii obývali jednu izbu. Medzi ich úlohy patrilo napríklad naplnenie a vypúšťanie kádí, čistota odevov alebo ich predhrievanie pred opustením kúpeľov. Ich ohodnotenie bolo väčšinou veľmi nízke, ale smeli prijať sprepitné (*Trinkgeld*), ktorý si však nemohli vyžiadať. Napríklad v 60-tych rokoch 17. storočia dostal istý Michael Adler k mzde 10 zlatých, tri merice raží a ako odmenu k tomu ďalších 10 meríc raží.⁵⁷ V roku 1633 Mikulášovi dokonca na istý čas aj kúpele patrili, ale ešte v ten istý rok ich predal za približne 900 zlatých dvorskému holičovi a chirurgovi Štefanovi Varanaymu (de Varano).

Na území dnešného Slovenska navštevoval palatín viac kúpeľných miest. Hádám najčastejšie sa však zdržiaval v Štubnianskych kúpeľoch, kam zavítal štyrikrát a to v rokoch 1624, 1628, 1635 a 1640. Oproti známym Piešťanom vedeli zabezpečiť tieto kúpele stálosť kúpania, nezávislú od hladiny rieky Váh a nachádzalo sa tu šesť prameňov so stálou teplotou 42 až 48 stupňov.⁵⁸ Okrem toho kúpele mali od 16. storočia vlastného kúpeľného lekára, ktorého zamestnávalo a platilo mesto Kremnica.⁵⁹ V roku 1624 sem prišiel Mikuláš Esterházy ešte ako krajinský sudca a Kremnica ako majiteľ kúpeľov musela jeho obrovskému sprievodu zabezpečiť osobitnú pastvinu pre kone. Po skončení pobytu napísal Mikuláš mešťanom ďakovný list za príjemný pobyt.⁶⁰

Nie každý kúpeľný pobyt v Štubnianskych kúpeľoch bol takýto pokojný. Viacerí šľachtici, keď nemali šancu ubytovať sa riadnym spôsobom, obsadzovali si miesto násilu. Ako

dáme zdravie (uzdravenie) a nie kúpele.“ MOL, P 123, mikrofilm č. 4682, list Ladislava Csákyho Mikulášovi Esterházyemu, máj 1642 Viedeň, s. 198.

56 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Első közzemély, 1900, s. 39, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, list z 12. mája 1628, Großhöflein.

57 Monika GRASS, Medizinische Versorgung in den Herrschaften Forchtenstein, Eisenstadt und Hornstein in der Frühen Neuzeit bis zum Sanitätshauptnormativ von 1770, Eisenstadt 2007, s. 62.

58 Cestovateľ Eduard Brown tu v druhej polovici 17. storočia narátal sedem bazénikov s čistou termálnou vodou, pričom každý z nich bol určený inej spoločenskej vrstve. Ten najlepšie vybavený prirodzene patrila šľachte. J. MULÍK, Dejiny kúpeľov, s. 42.

59 G. VÁRKONYI, Hévizek és fürdők, s. 117. V Piešťanoch sa kúpali totiž v jamách na brehu Váhu, ktoré boli vystužené drevom a kobercami. Neregulovaný tok Váhu často zaplavoval tieto jamy a tak prakticky nebolo možné vystať trvalejšie kúpeľné objekty v blízkosti prameňov. Zora BAKOŠOVÁ, Pramená hodnota urbárov Hlohovského panstva, Slovenská archivistika 2, 1991, s. 70.

60 Pál SZÓTS, Stubnya-fürdő, Budapest 1892, s. 75.

príklad môžeme spomenúť násilné vtrhnutie do kúpeľov zo strany turčianskeho župana Františka Révayho, alebo Jána Kéryho či zvolenského kastelána Štefana Bakossa. Kúpeľom nepomáhala predísť takýmto incidentom ani ochranná listina kráľa Mateja II. z roku 1616, neskôr aj Mikuláš ako palatín vydal podobnú listinu. Konflikty vznikali aj pri rezervácii termínov. Pri jednej príležitosti v roku 1628 mesto Kremnica rezervovalo kamenný dom v kúpeľoch pre grófkú Széchyovú, kým František Révay bez vedomia mesta objednal kúpele pre palatína a ostrihomského arcibiskupa Petra Pázmánya (1570-1637).⁶¹ Určite nie je prekvapením, že sa sem napokon prebojoval palatín s arcibiskupom. V spomínaných kúpeľoch si aristokrati často rezervovali ubytovanie u Révayovcov. K nim patril aj Wízkelety, ktorý v jednom liste ďakoval Františkovi Révaymu za ubytovanie, ale že do kúpeľov nepríde skôr, kým odtiaľ neodíde Drugeth, aby sa tam netlačili.⁶² V inom liste zase Pavol Révay informoval Františka Révayho, že sluha Ladislava Révayho je chorľavý a chcel by ísť do kúpeľov.⁶³ Alebo Mária Drugethová písala Františkovi Révaymu, aby zabezpečil ubytovanie pre jej dcéru Listhiusovú v priestoroch určených pre manželku Pavla Révayho, aby mala vhodné ubytovanie, keďže je tam veľa ľudí.⁶⁴

Z prostredia týchto kúpeľov sa nám zachoval aj zoznam výdavkov za liečbu a náklady za pobyt. Je z roku 1640 a zachytáva obdobie mesiacov apríl až jún, ide o posledný pobyt palatína v týchto kúpeľoch. Celkovo sa mu za ten čas podarilo minúť 1024 zlatých a 35 denárov, najväčší podiel predstavovali výdavky za jedlo, oblečenie a iné väčšie či menšie sumy určené na každodenné fungovanie dvora.

Pred príchodom palatín obvykle posielal dopredu kočiša s kuchynským majstrom. Kočiš mal okrem majstra priviezt so sebou aj skriňu na poháre. O stravovanie palatína a jeho dvora aj starali aj ďalší kuchári.⁶⁵ S palatínom prišli holiči, pisár a atmosféru pobytu spríjemňovali hudobníci, konkrétne nemecký huslista.⁶⁶ Počas pobytu bol pri palatínovi prítomný aj jeho osobný lekárnik Abrahám.⁶⁷

Na základe účtu vôbec nemožno konštatovať, že by si v kúpeľoch potrpeli na zdravé stravovanie. Aj keď medzi nakúpenými potravinami figurovala zelenina (petržlen, šalát, cibuľa, cesnak), ovocie (jahody, čerešne, egreše, pomaranče), mliečne výrobky (mlieko,

61 P. SZŐTS, Stubnya, s. 75.

62 SNA, SA Révay, Korešpondencia, listy adresované Františkovi Révaymu, 1622-1629, kr. č. 84, list Wízkeletyho Františkovi Révaymu 7. máj 1643, Újfalu.

63 SNA, SA Révay, Korešpondencia, listy adresované Františkovi Révaymu, 1622-1629, kr. č. 84, list Pavla Révayho Františkovi Révaymu, 13. august 1633, Sklabinský hrad.

64 SNA, SA Révay, Korešpondencia, listy adresované Františkovi Révaymu, 1622-1629, kr. č. 84, list Márie Drugethovej Františkovi Révaymu 13. máj 1643, Muráň.

65 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4693, Házi számadás, pag. 12.

66 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4693, Házi számadás, pag. 11.

67 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4693, Házi számadás, pag. 9.

smotana), ryby, predsa len prevažovalo baranie, hovädzie a či bravčové mäso.⁶⁸ Hovädzie mäso dokonca figurovalo na jedálničku skoro každý deň. Spestrením boli králiky alebo raky. Na stôl sa kupovali orechy a lieskové oriešky.⁶⁹ Z nápojov kupovaných počas pobytu v kúpeľoch jednoznačne dominovalo pivo. Z účtu je nám aj jasné, čo mal palatín posledný deň kúpeľného pobytu na večeru a to hus, kura, chlieb a na zapíjanie poslúžilo víno.⁷⁰

Ak sa pozrieme bližšie na samotný priebeh kúpania, to, že si niekto rezervoval ubytovanie v kúpeľoch, neznamenal automaticky, že sa bude aj kúpať. Bolo preto dôležité čo najskôr obsadiť miesto na sedenie. Aj Mikuláš sa v jednom liste ponosoval manželke, že si v ten deň až okolo 9. hodine sadol do kúpeľov a zmeškal tak najlepší čas na kúpanie, poobede by si už len sotva mohol sadnúť do kúpeľov. Preto sa rozhodol, že v ten deň kvôli tomu zostane vonku a na ďalší deň ráno sa dobre okúpe, okolo 7. hodiny pôjde do kúpeľov a tam si vypočuje aj omšu a kázeň.⁷¹

Okrem samotného kúpania boli dôležité aj liečebné kúry napríklad prikladanie baniek, za ktoré kúpeľník dostával ako odmenu jednorazový obnos vo výške troch zlatých a pitie kyselky, ktorej užívanie malo na zdravie blahodarné účinky.⁷² Jej pitie bolo veľmi obľúbené práve v 17. storočí a uhorská aristokracia za týmto účelom vyhľadávala pramene na území dnešného Rakúska.

„Aj ja Vám radím návštevu kúpeľov...aj mne už kyselka pomohla,“ písal povzbudivo palatín Gabrielovi Erdődymu.⁷³ Aristokrati však často ani nevedeli, ako by ju mali konzumovať a tak namiesto zlepšenia a úľavy im prinášala iba starosti. Na opatrnosť pri jej pití Mikuláš vystríhal aj tehotnú manželku, pretože „voda rýchlo stratí svoju silu a vtedy zvykne zostať v človeku...“.⁷⁴ Podľa palatína sa kyselka mala piť 12, minimálne 10 dní, inak by nemala účinok. Na druhej strane jej nadmerné pitie vyvolávalo bolesti hlavy. Zvyčajne sa

68 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4693, Házi számadás, pag. 12, pag. 8-11.

69 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4693, 12. cím, pag. 5.

70 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4693, 12. cím, pag. 12.

71 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Első közlemény, 1900, s. 39, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 13. máj 1628, Großhöflein.

72 MOL, P 123, III., mikrofilm č. 4692, rok 1644. Mikuláš si v jednom liste takto pochvaľuje manželku: „...dnes som si dal liek s kyselkou, dobre mi to padlo...“. L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Második es befesző közlemény, 1900, s. 280, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 21. júl 1635, Lackenbach.

73 SNA, ÚA Erdődy, kr. č. 120, list Mikuláša Esterházyho Gabrielovi Erdődymu, 6. august 1642, Šintava.

74 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei. Második es befesző közlemény, 1900, s. 282, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 29. júl 1635 Tatzmanskopf. Kristína vtedy čakala Pavla, neskoršieho palatína, porodila 7. septembra. Okrem kyselky ju upozorňoval na konzumáciu vybraných druhov ovocia ako aj inej stravy a pitia.

prvé účinky dostavovali po dvoch až troch dňoch.⁷⁵ Kyselka sa nemala užívať bez práškov, aj keď nie každý deň, aspoň dvakrát do týždňa sa mal prášok užiť.⁷⁶

Užívanie a dodržiavanie dávok bral palatín tak vážne, že keď mala manželka porodiť dieťa, zostal aj naďalej v kúpeľoch s tým odôvodnením, že nechce kúru prerušiť a aj tak by doma pomohol iba modlitbou a pomodliť sa môže aj tu. Dokonca v liste ešte uviedol, že ak to bude Kristína považovať za vhodné a potrebné, nech dieťa dá aj pokrstiť. Ešte podotkol, že podľa neho sa narodí aj tak až po jeho príchode. Dcéra Katarína, sa narodila napokon až 18. augusta 1628.⁷⁷

Nebol to však jediný prípad, kedy musel palatín pre zlý zdravotný stav predĺžiť pobyt a kúru v kúpeľoch a tak odložiť úradné povinnosti nabok. Často si privolával aj lekára z Viedne, lebo „...som mdlý a bez sily, je mi neustále zima, hoci si už prikurujem kameným uhlím, čo mi tiež robí problémy“.⁷⁸ Podobne sa Mikuláš ospravedlnil aj z pohrebu manželky Gabriely Erdődyho Márie Pálffyovej, v liste uviedol ako dôvod absencie svoju každoročnú kúru v kúpeľoch. Cesta na pohreb a späť by trvala asi týždeň a už aj tak začal svoju kúru o týždeň neskôr, ako plánoval. Namiesto seba poslal na pohreb Andreja Révayho. Zároveň Gabrielovi odporučil, aby sa po pochovaní manželky prišiel utešiť k nemu do kúpeľov.⁷⁹

V prípade, že kyselku nemohol užívať v kúpeľoch, nechával si ju priviesť. Nie vždy však cestu vydržala. V roku 1627 sa pre dlhšie trvanie zasadnutia oktáválneho súdu v Trnave nemohol palatín vybrať do kúpeľov a musel si nechať liečivú vodu doviešť. Sťažoval sa, že keďže bola dovezená v novej nádobe, tak po ceste napáchla.⁸⁰ Oveľa viac sa mu oplátilo doniesť si kyselku do Eisenstadtu alebo Forchtensteinu, lebo tam bola cesta z kúpeľov kratšia ako do Trnavy. Okrem liečivých kúr a kúpania sa, boli prirodzenou súčasťou pobytov aj spoločenské akcie a debaty. Veď aj viaceré listy Mikuláša manželke svedčia o tom, že sa v kúpeľoch vedeli ľudia aj dobre zabaviť. „Dobre sa tu cítime, neprestajne pijeme kyselku a okrem toho hodujeme“, píše palatín v jednom svojom liste manželke.⁸¹ Napríklad

75 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Első közlemény, 1900, s. 41, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 2. august 1628, Tatzmansdorf; L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közlemény, 1901, s. 482, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, júl 1627, Tatzmansdorf.

76 SNA, ÚA Erdődy, kr. č. 120, list Mikuláša Esterházyho Gabrielovi Erdődymu, 6. august 1642, Šintava.

77 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közlemény, 1901, s. 488-489, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 31. júl 1628, Tatzmansdorf.

78 MOL-MNL, P 1314, Missiles, mikrofílm č. 4808, list Mikuláša Esterházyho Adamovi Batthyánymu, 25. jún 1643, Großhöflein.

79 SNA, ÚA Erdődy, kr. č. 120, list Mikuláša Esterházyho Gabrielovi Erdődymu, 3. jún 1643, Großhöflein.

80 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közlemény, 1901, s. 484, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 29. august 1627, Trnava.

81 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Második es befejező közlemény, 1900, s. 281 list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 26. júl 1635, Tatzmansdorf.

len na mesiac júl pripadalo viacero sviatkov. Na deň 26. júla, teda sv. Anny ho často volali k oslavám tohto sviatku. 24. júla bolo zase sv. Kristíny, ale kvôli menu manželky sa vtedy postil. Raz však práve v tento deň prišla do kúpeľov Eva Poppelová spolu s pánom Csáky a jeho manželkou. Mikulášov dvorský jezuita páter Hajnal navrhoval, aby preložili oslavy mena na sviatok sv. Jakuba, aby sa nemuseli postiť, pretože sa chcel s celou spoločnosťou zabávať. Mikuláš im ale odpovedal, že z Kristíny nemôže urobiť Jakuba a tak sa musela spoločnosť prispôbiť jeho zvykom.⁸²

Aj za zlého počasia si vedeli aristokrati nájsť nejaký spôsob zábavy. V jednom liste prosil Mikuláš Kristínu, aby mu poslala tabulu s kockou a driebkom a aj dámu, že keď už nemôžu chodiť von, aby aspoň vo vnútri mohli zabávať.⁸³

V prameňoch sa presne neuvádza, kde sa aristokrati v kúpeľoch stravovali, je nám iba známe, že tu často veľmi dobre hodovali a ťažko sa im odtiaľto odchádzalo. Okrem toho v kúpeľoch míňali nemalé peniaze. Prosby o zaslanie peňazí manželkám neboli až takou zriedkavosťou.⁸⁴ Keď Mikuláša nesprevádzala do kúpeľov manželka Kristína, zvykla mu tam posilať aj jedlo. Spomínajú sa hlavne hríby a to buď hríby jedlé alebo jelenice. Konzumovali ich napriek tomu, že „...sa zakazovali hubové jedlá v kúpeľoch ohľadom na kvalitu vody“.⁸⁵

Palatín sa objavoval v kúpeľoch zvyčajne so svojim veľkým sprievodom, niekedy aj s ďalšími aristokratmi, iba málokedy len v sprievode manželky a detí. S manželkou podnikol spoločnú kúru napríklad v Štubnianskych kúpeľoch v roku 1640. Po jej smrti v roku 1641 sa objavoval v kúpeľoch spolu so svojimi deťmi. V máji 1641 ich musel dokonca poslať dopredu a to pre výrazné pohoršenie jeho zdravotného stavu. Palatín zostal prakticky nevládnym, podľa jeho slov sa dlho nevedel postaviť na nohy a nevládnú mal aj ľavú ruku. Do kúpeľov dorazil napokon krívajúci 16. mája okolo 10. hodine a sťažoval sa, že nebude môcť absolvovať kúru podľa poriadku.⁸⁶

Okrem rodiny chodieval palatín do kúpeľov v sprievode členov svojho dvora vrátane dvorských jezuitov. Išlo napríklad o vyššie spomenutého pátra Mateja Hajnala, ale aj iných

82 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós levelei, Második es befejező közlemény, 1900, s. 281, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 26. júl 1635, Tatzmansdorf.

83 József László KOVÁCS, Esterházy Miklós udvara és a nyugat-magyarországi reneszánsz, in: Ágnes R. Várkonyi (Szerk.), A Magyar reneszánsz udvari kultúra, Budapest 1987, s. 182.

84 L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közlemény, 1901, s. 487, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, 21. júl 1628, Tatzmansdorf.

85 Pravdepodobne z hygienických dôvodov. L. MERÉNYI, Eszterházy Miklós újabb levelei, Második közlemény, 1901, s. 482, list Mikuláša Esterházyho Kristíne Nyáryovej, júl 1627 a s. 488, 27. júl 1628, Tatzmansdorf.

86 MOL-MNL, P 123, IV. Levelezés, mikrofilm č. 4695, listy Mikuláša Esterházyho synovi Štefanovi Esterházymu, 12. a 16. máj 1641, list zo 16. mája je vypublikovaný: L. MERÉNYI, Gróf Esterházy Miklós nádor levelei István fiához, s. 316.

dvorských kňazov.⁸⁷ Nesmelo chýbať ani základné služobníctvo okolo Mikuláša, ktoré sa staralo o jeho pohodlie. Išlo napr. o truksasov, kuchára, familiárov a pod. Reprezentácia palatínskeho dvora bola náročná na finančné prostriedky, čo sme mohli vidieť aj vo vyššie uvedenom vyúčtovaní. Okrem vlastného pohodlia musel financovať Mikuláš aj potreby svojho dvora, platiť sluhov, zaobstarať krmivo pre kone atď.⁸⁸

O poslednom plánovanom pobyte palatína v júni 1645 v Großhöfleine vieme podrobnosti z listov Ladislava Csákyho. Z listu vysvitá, že aj on sám bol v kúpeľoch a prejavil ľútosť nad tým, že sa nezastavil u palatína. Sám v liste písal „...*právom si môžete urobiť mienku o mojej hrubosti, keď vediac o vašej prítomnosti v Großhöfleine, som sa vrátil bez služby...*“.⁸⁹

V lete roku 1645 sa výrazne zhoršil zdravotný stav Mikulášovho brata Daniela. Stalo sa to vo vojenskom tábore pri Devíne, odkiaľ sa po súhlase brata urýchlene ponáhlal do Großhöfleinu.⁹⁰ O tejto návšteve sa dozvedáme jednak z denníka Pavla a na druhej strane z Danielovho listu Mikulášovi. V kúpeľoch sa mu však pohoršilo, náhle ochorel aj spolu s manželkou. Mikulášovi sa v liste postažoval, že sa nemohli ani kúpať a privolať aj lekára.⁹¹ S jeho pomocou ich ťažkosti ustúpili. Začiatkom septembra sa do kúpeľov v Großhöfleine vybral od Devína aj Mikuláš. Podľa Danielových slov tri dni po príchode ochorel, lieky mu však nezabrali a s jeho stavom si nevedeli rady ani privolaní lekári. Po pár dňoch zoslabnutý, ale pri vedomí, dňa 11. septembra okolo polnoci zomrel vo svojej kúrii.⁹² Práve kúpele sa tak napokon stali miestom, kde palatín skončil.

87 O jeho častom sprevádzaní palatína svedčí jeho korešpondencia. Napríklad odtiaľto napísal niekoľko listov Adamovi Batthyánymu: list z 11. júna 1633 je z Großhöfleinu, z 3. a 4. júla 1636 z Tatzmanskodfu. Régi magyar költők tára, s. 473 a 474.

88 MOL-MNL, P 123, III., mikrofilm č. 4693, Anno 1629, bez fólií.

89 L. MERÉNYI, Csáky István, s. 216, list Ladislava Csákyho Mikulášovi Esterházymu, 10. jún 1645, Viedeň.

90 MOL-MNL, P 125, Pál nádor naplója, pag. 33 tiež P. ESTERHÁZY, *Mars Hungaricus*, s. 310.

91 MOL-MNL, P 123, mikrofilm č. 4682, a) fol. 166, list Daniela Esterházyho Mikulášovi Esterházymu, 25. august 1645, Großhöflein.

92 SNA, ÚA Erdődy, kr. č. 120, list Daniela Esterházyho Gabrielovi Erdődyemu, 12. september 1645, Großhöflein a MOL, P 125, Pál nádor naplója, pag. 34-35; tiež P. ESTERHÁZY, *Mars Hungaricus*, s. 310.

Summary

„Care Thoroughly about Your Health”

Prevention and Treatment of Diseases on the Esterházy Court in the 17th Century

Study reflects the treatment and prevention of diseases in the court of Palatine Mikuláš Esterházy. As the historical sources for the organization of health care in the court we use different bills and above all correspondence. Using these sources we can analyze the Palatine's interest of health of family members, or the instructions given by him to resolve the situation. He did personally consult with the doctors about what drugs should be used for a variety of health problems. Pharmacists personally present at the court ensured the production and preparation of drugs prescribed by doctors and possibly also heal minor illnesses.

Health care was not underestimated among courtiers too. Supervision of health care had the court master whose responsibilities were in this area controlled by written instruction. Disease cases of the

court occupants reported he to the pharmacist, barber or clergyman present in the court, who cared about their recovery.

Specific chapter in the area of health care were aristocratic visits in thermal spas, which were extremely popular in this period, not only for therapeutic purposes, but also as places of leisure and relaxation. The region of today's Slovakia provided a number of such places; M. Esterházy favored especially Štubníanske (Turčianske) Teplice and Austrian spa Großhöflein and Tatzmannsdorf. In addition to recovery from health problems (especially diseases of the digestive tract), spa visits were also a place of various events of sociability and entertainment.

Martina Halířová

Koncept dětské abnormality v 19. století

Abstract: *The article deals with the perception of the abnormality of children in 19.th century. The first part concerns the theoretical view of enlightenment and the view of philanthropists and the searching of the causes of abnormality. The second part follows the birth of specialized institutes for the prevention and care.*

Key words: *abnormality – history of childhood – education – medical care – social welfare*

S polečnost vytváří kategorizaci osob, a s tím i atributy prostřednictvím nichž je člověk vnímán jako normální či „jiný“. Jinakost se nemusí zakládat na vzezření člověka, navíc některá postižení nejsou viditelná a zůstávají skryta našim očím aývají odhalena až při bližším kontaktu s daným jedincem. Pojem abnormalita či jinakost je určitým sociálním konstruktem, který je ovlivněn společností a kulturou. Označením někoho za jiného se vymezujeme vůči jednotlivci, můžeme říci, že ho tímto marginalizujeme. Sociální chování jednotlivců nebo skupin není samo o sobě ohrožující či jiné, musí být nejprve takto označeno a klasifikováno zbytkem společnosti. Toto chápání závisí na politickém, demografickém, urbanistickém vývoji, na sociálně – ekonomických zájmech státu, na chápání individuality a rozlišování dobrého a zlého. Zároveň toto označení slouží jako prostředek sociální kontroly a disciplinace.¹

Osvícenství přineslo nový zájem o populaci a tedy i o jedince. Na jeho zdraví a fyzické zdatnosti závisí budoucí generace a rovněž prospěch státu. Z těchto důvodů se pozornost státu obrací na zdraví vývoj a hledání příčin snížené kondice obyvatelstva. Kromě zdravotní stránky se stát začal zajímat o výchovu správného občana dle osvícenských představ a ideálů. Tyto snahy se projevovaly rostoucí disciplinací zaměřenou vůči jedincům, kteří vybočovali ze společenských norem, ať již se jednalo o trestané osoby nebo o fyzicky a psychicky deprivované vzhledem k stanoveným normám. Stát v této době větší měrou zasahoval do dosavadního hájemství rodiny – do vzdělávání a výchovy. Jedním z prostředků zvýšeného zájmu státní moci o jednotlivce bylo zavedení vzdělávací povinnosti,²

1 K jinakosti Erving GOFFMAN, *Stigma. Poznámky o způsobech zvládání narušené identity*. Praha 2003; Michel FOUCAULT, *Die Anormalen*. Frankfurt am Main 2007.

2 Některé státy tuto povinnost zavedly až mnohem později př. Francie, kde scholarizace chudých vrstev probíhala prostřednictvím charitativních škol: Engle BECCHI – Dominique JULIA, *Histoire de l'enfance en Occident du XVIII^e siècle à nos jours*. Tome 2. Paris 1998, s. 14 – 30.

kdy se všechny děti měly naučit alespoň triviu. Od konce 18. století se objevuje nová kategorie gramotnosti či nigramotnosti a stává se jednou z definičních kategorií při posuzování jedince. V tomto okamžiku se setkáváme s nutností definovat, jaké děti je možno vzdělávat a jaké toho nejsou schopny. Osmnácté století tento krok neučinilo, ještě celé 19. století využívalo osvěcenských předpokladů a nároků na výchovu, než se rozpoutala diskuze o nutnosti vzniku speciálního školství.

Jedni z prvních, kteří se pokusili definovat normální dětství, byli teoretici zdravotní policie. Ti se snažili určit všechny jevy, které by mohly člověka ohrozit na životě a zdraví. Lidský život a odolnost vůči nemocem souvisela dle nich s mnoha okolnostmi. Již samo zplazení nového života a především způsob jeho provedení mohl ovlivnit to, zda budoucí dítě bude schopné života či nikoliv, zda se narodí zdravé či postižené. Vliv na dítě mohl mít i chybný výběr partnera, např. Johann Peter Frank doporučuje, aby se žena nevdávala příliš mladá, ale ideální věk pro vstup do manželství neuvádí.³ Příliš časný vstup do manželství dle něj může ohrozit jak zdraví ženy, tak především životaschopnost budoucího dítěte. Navíc příliš mladá žena může způsobit předčasný zánik nové domácnosti, tím že neumí hospodařit s finančními prostředky, navíc není podle Franka schopna mateřské výchovy. Před vstupem do manželství se měli oba dva partneři ujistit o svém dobrém zdravotním stavu, aby své případné onemocnění nepřenašeli na potomky. Setkáváme se zde s vymezením vůči jevům považovaným soudobými teoretiky za nebezpečné pro budoucnost populace. Toto ohrazení vychází zřejmě ze statistik a vlastní lékařské praxe.

Osmnácté století je označováno jako doba „velkého zavírání“, kdy vznikají nové specializované ústavy. Žebráci, „mrzáci“, znetvoření a blázniví měli být uzavíráni do ústavů pro dobro společnosti. Nové ústavy nebyly pouze místem uzavření, byla to místa léčby, výuky a shromažďování informací o různých typech postižení. Tím sloužily společnosti. Uzavření se stalo prostředkem vytváření nového diskursu o postižených. Netýkalo se všech handicapovaných, ve většině případů záviselo na rodině či příbuzných. V případech, kdy rodina měla dostatek finančních prostředků, nemusel její handicapovaný člen skončit v ústavu, setkáváme se s pečlivou péčí a dokonce snahou postiženého vyléčit.

Dětská abnormalita měla mnoho tváří. Šlo ji poznat pouhým pohledem nebo byla neviditelná a projevila se až po bližším zkoumání. Jaké děti považovali naši předkové za abnormální? Jako první bývají uváděny nemanželské děti. Mimomanželské těhotenství bylo považováno za abnormální situaci jak pro matku, tak pro dítě. Dítě neprovdané ženy bylo ohroženo okolnostmi svého zplazení, dále zdravotním a psychickým stavem matky. Nemanželské děti byly jiné pro svůj původ. Byly považovány za ohroženější na životě než manželské děti. Proto byl pro ně a pro jejich matky určen jeden z nových ústavů – porod-

3 Johann Peter FRANK, *System einer vollständigen medicinischen Polizey I*. Mannheim 1779, s. 229 – 230.

nice s nalezincem. Tento ústav se měl stát místem ochrany matky a jejího dítěte. Matkám byla zaručena anonymita. Za určitých podmínek mohla matka ponechat své dítě v péči nalezince. To, že je jedinec jiný vzhledem k jeho původu, nebylo na první pohled rozpoznatelné. Původ bylo možné určit podle úředních listin. Ještě v 19. století se setkáváme s názorem, že způsob zplození může ovlivňovat chování jedince. Proto se v různých analýzách zločinnosti, delikvence a nemocnosti setkáváme s kategorií původu. Kromě ne-manželských dětí se společnost začala více zajímat o děti tělesně postižené.

Narození tělesně postiženého dítěte znamenalo pro rodinu neštěstí. Některé postižení se dalo rozpoznat hned při narození – chybějící končetina, zdeformovaný obličej ap. Jiné se projevilo až během života dítěte. Postižené děti byly častěji odkládány či zabíjeny. Péče o postiženého člena závisela na vůli rodičů.⁴

Snahy o zlepšení péče o postižené souvisejí s úsilím o pokles žebroty. K lidem, kteří rozšiřovali řady tuláků a žebráků patřili i postižení.⁵ Ve společnosti se od raného novověku zvyšuje se nedůvěra vůči postiženým žebrákům a tulákům. Zároveň se ze strany panovníka objevuje požadavek, aby každá osoba pobírající almužnu byla vyšetřena lékařem. Podle míry nesamostatnosti měl být takový člověk umístěn do ústavu nebo mu měla být vyměřena podpora.⁶ Setkáváme se s pokusy o vzdělání handicapovaných osob a o jejich opětovné zařazení do společnosti. Vzdělání mělo umožnit, aby byli schopni vydělat si na živobytí a stát nemusel mít velké výdaje na péči. Se vzděláním a výchovou se mělo začít už v dětství.

První, kdo byl povinen postarat se o své členy, byla rodina. Pokud ta nezvládala péči, přišla na řadu dobročinnost, a to ze strany jednotlivců či institucí založených státem. Prvním ústavem zaměřeným na péči o postižené děti byl chorobinec, který byl otevřen roku 1789. Ústav byl v prvé řadě určen pro dospělé, ale mohly sem být přijímány neslyšící a nevidomé děti i děti s onemocněním pohybového aparátu,⁷ přednost v přijetí měly děti narozené s deformacemi obličeje či končetin (tzv. odpor vzbuzující). Do ústavu směly být přijímány především chudé osoby příslušné do Prahy, pro ně byl příjem bezplatný.

4 Břetislav FOUSTKA, *Péče o dítě. Sociální postavení evropské mládeže a její ochrana*, Praha s.d.; Rudolf SECKÝ, *Smilování a útrpnost s ubohými a nešťastnými. Obrázky ze života těch, na něž rádi zapomínáme*. Praha 1910.

5 Wolfram FISCHER, *Armut in der Geschichte. Erscheinungsformen und Lösungsversuche der „Sozialen Frage“ in Europa seit dem Mittelalter*. Göttingen 1982.

6 Thaddäus BAYER, *Beschreibung der öffentlichen Armenversorgungsanstalten in der königl. böhmischen Hauptstadt Prag*. Prag 1793.

7 Österreichisches Staatsarchiv Wien (dále Oesta), Abteilung Verwaltungsarchiv (dále AVA), Ministerium des Innern, Präsidiale, 36/2 Siechen u. Findelhäuser, 1848 – 1891, kart. 1039.

O něco později začaly vznikat instituce zaměřené na určitá postižení. S pokusy o vzdělání hluchoněmých se setkáváme již v 16. století.⁸ Největší zásluhu o vzdělávání hluchoněmých měl Charles Michael de l'Épée (1712 – 1789), který jako první začal se systematickým vyučováním a vzděláváním. Roku 1760 založil v Paříži ústav pro hluchoněmé. K dorozumění navrhl systém posunků, s jehož pomocí dosáhl u svých chovanců úspěchů, které proslavily jeho metodu po celé Evropě. V Čechách byl roku 1780 otevřen první ústav určený pro výuku hluchoněmých dětí, o šest let později byl zde založen druhý ústav obdobného typu.⁹

Velkým problémem u dětí byly v 18. a 19. století záněty očí, které mohly končit slepotou. První ústav pro vzdělávání nevidomých dětí byl založen v Praze roku 1807. Jednalo se o soukromý ústav. Roku 1832 založil ústav pro nevidomé Alois Klar. Jeho ústav byl určen pro osoby ve věku od patnácti do třiceti let. Zpočátku Klar pečoval pouze o čtyři chovance. Teprve jeho syn zvýšil kapacitu ústavu. V roce 1897 vznikla dokonce při ústavu mateřská školka a opatrovna pro postižené děti.¹⁰

Další skupinou, na kterou se soustředila pozornost lidumilů, byly děti s různými tělesnými postiženími (tzv. mrzáci). Péče se zaměřovala především na jedince, kteří se nedokázali jako ostatní samostatně pohybovat z místa na místo. Kvalita péče o tělesně postižené dítě závisela na majetnosti rodičů. Chudé postižené děti bývaly svými rodiči zneužívány k žebrotě.¹¹ Až do 80. let 19. století kromě zmiňovaného pražského chorobince neexistovala žádná soukromá ani veřejná instituce zaměřená na péči o duševně nemocné. Rodiči opuštěné postižené děti mohly být umístěny do chudobince, nebo do obecní pastoušky. V roce 1888 založila Malvína z Helversenů dobročinný spolek zaměřený na vzdělávání tělesně postižených dívek. Spolek poskytoval chudým dívkám ubytování a stravu. Dívky se zde učily vyrábět různé předměty. Prodejem výrobků byl financován provoz ústavu. Cílem bylo dosažení jejich samostatnosti.

Společně se vznikem psychologie se objevuje diskuze o duševně nemocných dětech. Tyto děti byly označovány jako slaboduché či choromyslné. Roku 1871 byl v Praze otevřen první ústav zaměřený na péči o tyto děti. Zakladatelem ústavu byl Karel Slavoj Amerling. Z jediné zprávy, která se o instituci zachovala, vyplývá, že sem byly umísťovány i děti s kombinovanými vadami.¹² Výchova probíhala podle pečlivě promyšleného řádu, hrou,

8 Ludmila HLAVÁČKOVÁ, *Komunikace s postiženými – hluchoněmými*. In: Kateřina Bláhová (ed.), *Komunikace a izolace v české kultuře 19. století*, Praha 2002, s. 66 – 74.

9 R. SECKÝ, *Smilování*; o fungování ústavu založeného roku 1786 v Praze podrobněji L. HLAVÁČKOVÁ, *Komunikace s postiženými*, s. 68an.

10 R. SECKÝ, *Smilování*, s. 111.

11 Tamtéž, s. 142.

12 Die Idiotenanstalt des Sct. Anna-Frauen-Vereines in Prag nach ihrem zwölffährigen Bestande vom J. 1871–1883 (1883); česky poprvé jako Ernestinum: Ústav idiotů Jednoty paní sv. Anny v Praze: stav

zábavou, výcvikem dovedností, schopnější byli učeni různým profesím, aby v dospělosti byli soběstační. Roku 1902 se stal ředitelem ústavu Karel Herfort, který zdůrazňoval nutnou spolupráci učitele s lékařem. Zároveň se zabýval výzkumem slabomyslnosti a zjištěné skutečnosti publikoval.¹³

Z uvedeného vyplývá, že stát až do konce 19. století nezasahoval do péče o postižené děti. Postarat se o ně musela soukromá iniciativa. Péče spolků se zaměřovala na děti normální, děti duševně nebo tělesně postižené. V 80. letech 19. století se objevuje pojem „abnormální dítě.“ Pojmem „abnormální“ dítě byly v této době označovány tělesně a duševně postižené děti (dětí trpící rachitis, skrofulózou, TBC; ochrnuté, slepé, hluché, hluchoněmé a nevyléčitelně nemocné; děti epileptické, „nervosní,“ opožděné, slabomyslné, choromyslné a „kretění“), rovněž mravně zanedbané děti (zpuštělé, provinilé a zločinné děti) a děti bez rodiny.¹⁴ Do této skupiny patřily i děti mající problémy ve škole, děti, které měly rodinu, ale žily ve špatných podmínkách či v „abnormálních“ rodinných poměrech. Pod tímto slovem se ukrývala např. rozdělená domácnost rodičů, alkoholismus jednoho z rodičů či hmotný nedostatek.¹⁵ Abnormalita se týkala zdravých i nemocných dětí, které byly nějakým způsobem znevýhodněny oproti ostatním dětem.¹⁶

Od 80. let 19. století můžeme sledovat i nárůst počtu institucí, které svůj zájem zaměřily na „abnormální“ dítě. Většina jich byla iniciována dobročinnými spolky, pouze několik vzniklo z intence státu. Můžeme tedy říci, že i na konci 19. století vycházela většina snah o péči o chudé a znevýhodněné dítě z okruhů měšťanstva, které se snažilo tímto bránit proti žebrotě a chudobě. Rozvoj věd zkoumajících člověka a společnost vedl k zpřesnění standardů normality za použití přesnějších statistických údajů. Společně s tím byla věnována zvýšená pozornost patologickým jevům v lékařství, psychologii nebo ve společnosti. Zároveň se objevují pokusy o řešení patologických jevů, tak aby neznamenaly ohrožení pro společnost.

Snaha o ochranu chudého dítěte vycházela především z okruhů měšťanstva, jež se tímto snažilo bránit proti vzrůstající chudobě a kriminalitě. Kroky, jež měly směřovat k zlepšení situace, byly podloženy exaktní vědou a zároveň sloužily k doplnění dosavadních poznatků. Přelom století znamenal zlom v přístupu k postiženým dětem a jejich výchově.

po 12 letech trvání (1871–1883), Praha 1998.

13 Karel Herfort byl první, kdo se zabýval speciální pedagogikou.

14 František ČÁDA, *Mravní výchova mládeže dorůstající*. Praha 1909, s. 16.

15 Tamtéž.

16 František ČÁDA, *Péče o děti a mládež*. Praha 1916, s. 7n.

Zusammenfassung

Das Konzept der Abnormität der Kinder in den 19. Jahrhundert

Der Artikel ist der Frage der Abnormität der Kinder im 19. Jahrhundert gewidmet. An der ersten Stelle steht die Frage, welche Kinder als abnormal verstanden wurden und wo die Theoretiker die Gründe für die Abnormität suchten. Es waren nicht nur die behinderten, sondern auch die unehelichen Kinder.

Ihre Abnormität wurde durch die Umstände ihrer Zeugung gegeben. Der Artikel befasst sich auch mit der Frage der Pflege für die behinderten und unehelichen Kinder in Böhmen. Den Anfang der Anstaltserziehung und Pflege sieht im 18. Jahrhundert.

Václav Grubhoffer

Medikalizace smrti na přelomu 18. a 19. století. Okamžik smrti, zdánlivá smrt a vzorce chování k mrtvým z hlediska dějin lékařství

Abstract: This paper deals with the topic of dying and death between the 18th and 19th centuries from the point of view of the history of medicine. Having considered some research results of contemporary historiography and some period medical treatises it is structured into three parts. The first part introduces some of the author's methodological and theoretical approaches to the topic. The second part is dedicated to the problem of apparent death which has its origins in the 40' of the 18th century. The medical discussion about apparent death can be considered as the beginning of medicalizing death in the history of medicine. The third part of this paper considers some funeral reforms from the late 18th century and their impact on changing attitudes of people towards the dying and dead.

Key words: death – medicalisation – history of medicine – 18th century

Medikalizování smrti v lékařském diskursu dlouhého 19. století

Ze soudobé i starší zahraniční historiografie 18. a 19. století zabývající se různými aspekty posledních věcí člověka vyplývá, že podobu lidského umírání a vnímání smrti ovlivňovaly nejpozději od poloviny 18. století především dva úzce související faktory – proměna duchovního prožívání smrti a postupná profesionalizace lékařského oboru a jeho představitelů.¹ Zatímco náboženským představám a duchovním aspektům smrti historikové tradičně věnují velkou pozornost,² současní antropologové smrti zdůrazňují, že biologický rozměr smrti člověka v různých dějinných epochách byl

1 Výběrově např. Pat JALLAND, *Death in the Victorian Family*, Oxford 1996; Michel VOVELLE, *La Mort et l'Occident de 1300 à nos jours*, Paris 1983; John McMANNERS, *Death and the Enlightenment. Changing attitudes to death in eighteenth-century France*, Oxford 1981.

2 Kromě dnes již klasických děl historiků středověku a raného novověku Norberta Ohlera, Jacquese Le Goffa, Arona Gureviče, Philippa Ariése, Michela Vovella, jmenujme pro období 19. století např. Michael WHEELER, *Heaven, Hell, and the Victorians*, Cambridge 1994. V českém prostředí výběrově Pavel KRÁL, *Knihy o dobrém umírání v českém prostředí ve druhé polovině 16. a první půli 17. století*, in: Martin Holý – Jiří Mikulec (edd.), *Církev a smrt. Institucionalizace smrti v raném novověku*, Praha 2007, s. 7-22; Tomáš MALÝ, *Smrt a spása mezi Tridentem a sekularizací. Brněnští měšťané a proměny laické zbožnosti v 17. a 18. století*, Brno 2009; Miloš SLÁDEK, *Vitr jest život člověka aneb Život a smrt v české barokní próze*, Praha 2000; Radmila PAVLÍČKOVÁ, *Triumphus in mortem. Pohřební kázání nad biskupy v raném novověku*, České Budějovice 2008.

dosud spíše opomíjen.³ Nejblíže k tématu mají přirozeně historikové lékařství. Mohou věnovat pozornost průběhu posledních nemocí, místu lékaře u lůžka umírajícího, způsobům komunikace s pacientem, účinnosti dobové lékařské péče. K zásadním problémům spjatým s dějinami lékařství a umíráním v 19. století patří například otázka střetu stále progresivnější lékařské péče s raně novověkým ideálem „dobré smrti“, který mimo jiné vycházel z pozitivní hodnoty fyzického utrpení na smrtelném loži. Neméně závažnými aspekty smrti moderní doby byl její stále častější příchod v nemocničních zařízeních, nově postulované etické otázky spjaté s prodlužováním života či urychlením smrti, i paradoxní vzestup prestiže lékařské profese, jejíž možnosti uzdravit umírajícího zůstávaly v průběhu 19. století stále velmi omezené.⁴

Zatímco zahraniční historiografie položila k problematice smrti v lékařském diskursu sledovaného období nosná teoretická východiska, doplněná kritikou a interpretací pramenů,⁵ v českém prostoru existuje dosud málo, zato velmi kvalitních vědeckých výstupů. Ludmila Hlaváčková a Petr Svobodný se zabývali postojem lékařů ke smrti v české společnosti 19. století,⁶ Daniela Tinková interpretovala postoje zdravotní (lékařské) policie k mrtvému tělu a jeho disciplinaci na přelomu 18. a 19. století.⁷ Autor předkládané studie chápe poznávání dobového lékařského diskursu umírání a smrti mezi časem osvícenských reforem a počátkem 20. století jako jeden z klíčových kontextů při vytváření obrazu posledních věcí člověka v období dlouhého 19. století. Pro studium dobových lékařských norem, představ zástupců lékařské profese o smrti, i jejich uplatňování v praxi, se jako klíčové jeví tři samostatné kategorie spjaté s umíráním člověka.

Prvním sledovaným aspektem mohou být vzorce chování k umírajícím a jejich proměny v lékařském diskursu dlouhého 19. století. Za zásadní lze považovat například nově definovanou úlohu lékaře v rituálu smrtelné postele,⁸ která souvisela s měnícím se poje-

3 Např. Adriano FAVOLE, *Resti di umanità. Vita sociale del corpo dopo la morte*, Roma-Bari 2003; Marina SOZZI, *Reinventare la morte. Introduzione alla tanatologia*, Roma-Bari 2009.

4 Ke zmíněným aspektům umírání např. americký historik lékařství Sherwin B. NULAND, *Davanti alla morte. Medici e pazienti*, Roma-Bari 2007.

5 P. JALLAND, *Death*, zejména s. 77–160; Giorgio COSMACINI – Georges VIGARELLO (edd.), *Il medico di fronte alla morte (secoli XVI – XXI)*, Torino 2008.

6 Petr SVOBODNÝ – Ludmila HLAVÁČKOVÁ, *Lékař a smrt*, in: Helena Lorenzová – Taťána Petrasová (edd.), *Fenomén smrti v české kultuře 19. století*, Praha 2001, s. 383–397.

7 Daniela TINKOVÁ, *Mefitická těla: exodus zemřelých ze světa živých na přelomu 18. a 19. století*, in: Taťána Petrasová – Pavla Machalíková (edd.), *Tělo a tělesnost v české kultuře 19. století*, Praha 2010, s. 73–82.

8 Jako zásadní téma se jeví například vztah mezi rolí lékaře a kněze a jejich vzájemná interakce. Z dosavadních poznatků historiografie i autorova bádání vyplývá nejen postupná proměna těchto rolí, ale i oboustranné přejímání vzorců chování – jakési „zduchovnění“ lékaře, který ve své terapeutické bezmoci nacházel útočiště jako utěšitel ducha, a na druhé straně „medikalizování“ duchovních osob, které měly dokázat poskytnout první pomoc. Zdá se, že mezi oběma stavy, přestože medicína v průběhu 19. století stále zvětšovala svůj monopol poslední průvodkyně umírajících, existovala spíše spoluprá-

tím umírání, rozvojem paliativní péče i vzrůstající profesní a sociální lékařskou prestiží.⁹ Další nosnou kategorií je nepochybně studium vývoje postojů k mrtvému tělu a jeho postupné disciplinace prostřednictvím norem zdravotní policie a komunální hygieny.

Zásadním aspektem umírání a smrti v lékařském diskursu je samotný okamžik smrti a vývoj názorů představitelů lékařské profese na jeho časový status a modalitu přechodu mezi životem a smrtí. V dějinách medicínské disciplinace smrti sehrála klíčovou úlohu především kategorie takzvané zdánlivé smrti, která ovládla lékařský diskurs kolem poloviny 18. století a následnou diskusi o předčasných pohřbech v osvětských intelektuálních kruzích, jež vyústila do reforem pohřebnictví i praktických opatření vycházejících ze střetu kontroverzních názorů na časový a prostorový rozměr smrti. Ty nakonec redefinovaly pohled na mrtvé tělo člověka - napříště objekt disciplinace a desakralizace, a lze je chápat jako výmluvné projevy sekularizované smrti v dnešním slova smyslu. Posledně zmíněnými otázkami a jejich reflexí v současné historiografii¹⁰ se zabývá předkládaná studie.

Medikalizace smrti ve znamení paradoxů I. Okamžik smrti a živí mrtví

„Z jaké jen příčiny musí pouze civilizovaný člověk umírat s takovou výbavou hrůzy? Veškerá živá příroda a téměř všechny civilizace, jež nazýváme barbarskými, očekávají poslední úder srdce pokojně, bez zakoušení oněch smutných předtuch, které zahalují celý náš život;

ce než nevraživost. Srov. např. Giorgio COSMACINI, *La religiosità della medicina. Dall'antichità a oggi*, Roma-Bari 2007, zejména s. 109-123; s. 192-201. Osvětě duchovenstva v otázkách fyziologických známek různých typů onemocnění a přicházející smrti věnovaly v českých zemích pozornost například praktické příručky katolické provenience pro zaopatřování umírajících již v raném 19. století. Kněz v nich byl nezdánlivě nazýván „lékařem ducha“ a v případech potřeby měl nabádat nemocné, aby se dali prohlédnout či operovat lékařem. K tomu Václav GRUBHOFFER, *Poslední věci člověka v diskursu katolické církve v době předbřeznové. Rituál smrtelné postele mezi barokní zbožností a osvětským rozumem*, Historie - Otázky - Problémy 2, 2009, s. 175-185.

9 Olivier FAURE, *Der Arzt*, in: Ute Frevert – Heinz-Gerhard Haupt (edd.), *Der Mensch des 19. Jahrhunderts*, Frankfurt am Main 1999, s. 86-120. Pro české prostředí Petr SVOBODNÝ, *Lékaři v českých zemích 1848 – 1939*, in: Petr Svobodný – Jan Havránek (edd.), *Profesionalizace akademických povolání v českých zemích v 19. a první polovině 20. století*, Praha 1996, s. 126-146. Pro Moravu Andrea POKLUDOVÁ, *Lékař. Příklad Františka Boučka a Nikodéma Krocčka*, in: Lukáš Fasora – Jiří Hanuš – Jiří Malíř (edd.), *Člověk na Moravě 19. století*, Brno 2008, s. 61-78.

10 Lékařskému či učenckému osvětskému konceptu smrti, jeho uplatňování a vývoji v průběhu 19. století věnovala velkou pozornost zejména francouzská, ale také britská, a českému prostředí méně známá italská historiografie. Předkládanou studii lze chápat také jako představení jejího úhlu pohledu.

ony očekávají přirozený konec svých dnů, aniž by k němu přidávaly uměle vytvářená muka.“¹¹

Citovanými slovy započal významný německý lékař francouzského původu Johann Peter Frank na sklonku 18. století svou kapitolu pojednávající o duševních škodách vznikajících přehnaným strachem ze smrti. Výbavou hrůzy zamýšlel nejen zděděný a tradovaný svět představ o záhrobní a posmrtném životě, ale zcela explicitně přechodový rituál smrti křesťanské, konkrétně římskokatolické provenience. Přední lékařská autorita osvícenské Evropy věnovala umírání, smrti a podobě pohřebišť značnou pozornost hned v několika svazcích obsáhlého spisu *System einer vollständigen medizinischen Polizey*.¹² Propagátor a realizátor některých osvícenských zdravotních reforem nabídl svým současníkům velmi ucelený pohled na poslední věci člověka, který záměrně směřoval k uplatnění v praxi svých současníků i následovníků. Dílo prostoupené závazně platnými opatřeními zdravotní policie závěru 18. století lze v historiografickém kontextu chápat jako diskursivní text ovlivňující prostor života i smrti každého jednotlivce v čase „odkouzlování světa“ i několik desetiletí po něm.

Smrt v pojetí J. P. Franka je již smrtí medikalizovanou, svázanou pevnými pravidly komunální hygieny, na cestě ke své budoucí sekularizaci. Klíčový pojem medikalizace smrti lze v tomto kontextu chápat jako zrod a postupný vývoj učenécké kategorie smrti, která již není uzavřena do sakrální sféry, ale postupně se stává interdisciplinárním tématem, v němž výsadní postavení získává lékař – „odborník na smrt“. Základy k lékařské disciplinaci smrti a velmi kritickému vyrovnávání se s duchovní tradicí umírání starších historických období byly ovšem položeny již několik desetiletí před vydáním Frankova spisu. Za přelomové okamžiky v dějinách vytváření osvícenského lékařského diskursu o smrti a snad dokonce pomyslné kořeny procesu její medicínské disciplinace považuje italský historik Claudio Milanesi¹³ spis dánského anatoma Jacquese-Bénigna Winslowa

11 Johann Peter FRANK, *Sistema compiuto di Polizia medica*, IX, Milano 1827, s. 223-224 (z italštiny volně přeložil V. G.).

12 Johann Peter FRANK, *System einer vollständigen medizinischen Polizey* (Bd. I-IV, Mannheim 1779-1788; Bd. V, Tübingen 1813; Bd. VI, Wien 1817-1819. Spis vyšel v italském překladu v Miláně jako *Sistema compiuto di Polizia medica* ve dvou vydáních v letech 1807-1818 a 1825-30. Autor při přípravě studie pracoval s těmito italskými vydáními: I-III, 1825-1830; IV-VI, 1826; VII-X, 1827; XI, 1818; XII, XIII, 1825; XIV, 1826; XV, 1827; XVI, 1828; XVII, 1829. Monumentální Frankovo dílo doplnil po jeho smrti o další dva svazky jeho italský citel a následovník Giovanni POZZI, *Sistema compiuto di Polizia medica di G. P. Frank*, XVIII, XIX, *Polizia degli spedali scritta dal dottor Giovanni Pozzi*, I-II, Milano 1830.

13 Claudio Milanesi studoval smrt v učenéckém diskursu kolem poloviny 18. století a jeho vliv na proměny kolektivní mentality. Analyzoval a interpretoval lékařské spisy a zabýval se především problematikou kategorie zdánlivé smrti. Claudio MILANESI, *Morte apparente e morte intermedia. Medicina e mentalità nel dibattito sull'incertezza dei segni della morte (1740-89)*, Roma 1989; Týž, *Tra la vita e la morte. Religione, cultura popolare e medicina nella seconda metà del '700*, Quaderni storici 17, 1982, s. 615-625.

*Quaestio medico-chirurgica*¹⁴ z roku 1740 a především jeho upravenou podobu s názvem *Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort* od Jeana-Jacquese Bruhiera.¹⁵ Ten dílo svého předchůdce nejen přeložil z latiny do francouzštiny a přiblížil jej tak laickému čtenáři, ale především jeho druhé vydání podstatně rozšířil, posunul do hlubší interpretační roviny a zasazoval se o aplikaci některých teoretických závěrů do praxe.

Stěžejním tématem J. B. Winslōwa, jenž se inspiroval dílem svých slavných předchůdců, zakladatelských osobností soudního lékařství, Paola Zacchii a Giovanniho Marii Lancisiho, byla nejistá povaha příznaků smrti. Za zcela spolehlivé indikátory fyzického konce lidské existence pokládal pouze rozklad těla, posmrtné skvrny na kůži a mrtvolný zápach. Zpochybnil spolehlivost svými současníky běžně přijímaných příznaků, ke kterým patřily bledost obličeje, studené tělo, ztuhlost končetin, nehybnost a absence smyslů. Za nedostatečné označil veškeré nechirurgické způsoby ověřování smrti, jež se zpravidla pojily se snahou o oživování zemřelých – jitření chřípí pomocí soli, likérů, hořčice, stimulaci hmatových orgánů kopřivami, vhánění kouře, násilné natahování končetin či hlasitý křik. Za osvědčené prostředky považoval pouze chirurgické ověřování smrti v podobě vpichů, řezů, ohně či polévání vařící vodou. Zásadním přínosem Winslōwova pojednání bylo upozornění na nebezpečí předčasných pohřbů, které se mělo stát jeho kolegům prvním impulzem k aktivnějšímu postoji k mrtvému tělu člověka. To mělo být napříště důkladně prohlédnuto, masírováno, zahříváno i zraňováno. Jádrem nového pohledu na smrt byla vlastně otázka jejího časového statusu. Nejistotě okamžiku smrti měl lékař čelit praktickými opatřeními - oddálením pohřbu (2-3 dny po smrti), ponecháním nebožtíka na lůžku a jeho častými návštěvami.¹⁶

Zatímco Winslōw zastával zcela neutrální postoj ke konceptu smrti a chápal život a smrt jako dvě protilehlá jsoucna, popularizátor jeho díla postuloval zcela nové pojetí časového rozměru smrti. Přejít ze života do smrti nebyl podle Bruhiera okamžikem, nýbrž dobou, během níž je možný návrat do společenství živých. S novým konceptem smrti tak souvisela především kategorie zdánlivé smrti a její podstaty. Bruhier se pokusil jako první klasifikovat příčiny takové nedokonalé smrti podle typu „incidentu“, který ji nejčastěji způsoboval. Vedle moru, akutních, křečovitých, mráкотných a nakažlivých nemocí, za typické příčiny označil zejména dušení (vodou, oprátkou, škodlivými výpary),

14 Jacques-Bénigne WINSLOW, *Quaestio medico-chirurgica. An mortis incertae signa minus incerta à Chirurgicis, quam ab aliis experimentis?*, in: F. Chaussier, *Disputationis in Academia Medicinae Parisiensi discussae*, III, Paris 1740; TÝŽ, *Terrible supplice et cruel désespoir des personnes enterrées vivantes et qui sont présumées mortes*, Paris 1752.

15 Poprvé vyšlo v letech 1742-45. Klíčové je ale druhé, zásadně přepracované vydání, které zcela pozměnilo duch a vyznění původní práce. Jean-Jacques BRUHIER, *Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort et l'abus des enterremens et embaumemens précipités*, I-II, Paris 1749.

16 C. MILANESI, *Morte*, s. 15-28.

dobrovolné i nedobrovolné extatické stavy, a zranění různého druhu. Svůj výzkum doložil studiem široké škály pramenů různého stupně důvěryhodnosti, od osobních svědectví, kronik, cestopisů, zázračných příběhů ze 17. století, až k právním a lékařským spisům.¹⁷

Claudio Milanesi provedl diskursivní analýzu Bruhierem publikovaných případů zázračného uzdravení a na jejím základě vytvořil typologii příběhů představujících obdobná topoi. Zachráněnou obětí byla zpravidla žena, z čehož Bruhier vyvodil zvláštní náchyllost ženského pohlaví ke zdánlivé smrti. Vedle zamilované, kterou pohřbil manžel a milenec ji našel v hrobce živou, se v příbězích nejvíce vyskytuje postava obživlé manželky, kterou považuje manžel za přízrak, mrtvá probuzená zloději či zachráněná oběšená. Skutečnost, že se v této sbírce „klinických případů“ objevuje postava lékaře jen vzácně, odkazuje nejen k často lidovému původu příběhů, nýbrž také k faktu, že se na počátku 18. století objevoval lékař u lůžka umírajícího spíše sporadicky.¹⁸

V Bruhierově pojednání není z hlediska tvorby nového diskursu o smrti podstatná důvěryhodnost užitých pramenů, často neuvěřitelných příhod, nýbrž zcela nový úhel pohledu na problematiku nejisté povahy smrti, jež na základě racionalizace zázračných příběhů vstoupila do medicínských kategorií. Vědeckými kruhy s nadšením přijaté dílo rozpoutalo debatu o nebezpečí zdánlivé smrti a znamenalo skutečný počátek procesu její medikalizace - podřízení lékařské vědě, která z ní učinila předmět svého intenzivního zájmu. Otevřela se jí záhy dvě velká dominia – výzkum hraničních stavů mezi životem a smrtí a hledání nových metod diagnostiky a ožívování subjektů postižených zdánlivou smrtí. Racionalizace „starých“ příběhů znamenala v dějinách lékařství zlomový přechod k vědecké kategorii smrti, ke níž měl lékař a později celé společenství živých zaujmout aktivní a zúčastněný postoj. O několik desetiletí později měla být smrt disciplinována nejen reformami zdravotní policie, ale také prostřednictvím nového postoje lékaře k umírajícím.

Bruhierův spis měl na své čtenáře i jejich potomky kontroverzní dopad. Zatímco na jedné straně se snažil zmírňovat metafyzický strach lidí z umírání tím, že smrt vysvětloval a zbavoval ji iracionálního rozměru, na druhé straně upoutal nebývalým způsobem pozornost k fenoménu zdánlivé smrti, dosud pevně zdomácnělému v podobě zázračných zmrtvýchvstání či hrozivých návratů „nečistých“ mrtvých pouze v kolektivních představách evropského venkova.¹⁹ V průběhu několika desetiletí pomohl vzbudit hrůzu z po-

17 Tamtéž, s. 30-64.

18 K dějinám lékařství sledovaného období např. Mirko D. GRMEK (edd.), *Storia del pensiero medico occidentale 2. Dal rinascimento all'inizio dell'Ottocento*, Roma-Bari 1996; TÝŽ (edd.), *Storia del pensiero medico occidentale 3. Dall'età romantica alla medicina moderna*, Roma-Bari 1998.

19 Alfonso M. DI NOLA, *La nera signora. Antropologia della morte e del lutto*, Roma 2006, s. 201-218. Di Nola věnuje ve vztahu ke zdánlivé smrti pozornost také rituálním opatřením katolické církve. Upozorňuje na formulaci z předtridentského *Rituale Romano*, která předepisovala kropení mrtvého svěče-

hřbení zaživa prostupující napříč celým společenským spektrem.²⁰ O obecné známosti, rozšířenosti a dlouhém trvání strachu z pohřbívání zaživa, který byl racionálně tematizován právě lékaři ve čtyřicátých letech 18. století, svědčí také oblíbenost daného tématu v krásné literatuře a výtvarném umění 19. století. Výmluvným příkladem využití tématu zdánlivé smrti jako zdroje hororové zápletky je kupříkladu známá povídka *Zánik domu Usherů* Edgara Allana Poea: „*Není slyšet? Ale ano – já to slyším a slyšel jsem to. Už dřív – dávno – dávno – už tolik minut, tolik hodin, tolik dní už to slyším – ale neměl jsem odvahy – já ničema, já ubožák (...) Uložili jsme ji do hrobu živou! (...) Teď ti říkám, že jsem ji slyšel, už když se poprvé slabounce pohnula v dutině rakve. (...) Neskřípaly železné závěsy jejího žaláře, nebylo slyšet, jak se dobývá z měděného podsklepi? Ó kam jen prchnout? Vždyť už tu co nevidět bude! Což mi nechvátá vyčíst, jak jsem si s pohřbem pospíšil? (...) Tam, za těmi dveřmi stála opravdu vysoká, zahalená postava lady Madeline Usherové. Její bílý rubáš byl zkrvácený a celé vyzábělé tělo bylo poseto stopami urputného zápasu.*“²¹

Citovaný úryvek odráží nejen dobové zaujetí tématem, ale dává tušit, že strach ze zdánlivé smrti byl již v první polovině 19. století parodizován; musel být tedy obecně známým fenoménem. Oblíbenost motivu a jeho časté umělecké ztvárnění v průběhu 19. století vyvolávají dojem, že nebezpečí zdánlivé smrti vzbuzovalo již spíše mrazení než existenciální hrůzu typickou pro závěr předchozího století. S motivem zdánlivé smrti se lze v průběhu 19. století setkávat i v české beletristice. Užili jej například Karel Sabina v romantické povídce *Hrobník* uveřejněné v *Květech* roku 1837, Jan Neruda v povídce *Doktor Kazisvět* (1876), Alois Jirásek v páté kapitole prvního dílu *F. L. Věka* (1890) či Ignát Hermann v povídce *Beneficiant* ještě v roce 1909. V případě Jirásky, který vycházel z paměti F. V. Heka, lze považovat příběh o zdánlivé smrti knihovníka P. Mathiase Weinitziera za skutečnou historickou událost.²² Z interpretačního hlediska se nabízí využití zmíněných literárních pramenů ke konstrukci veřejného obrazu zdánlivé smrti v české společnosti 19. století. Z hlediska dějin medicíny je pozoruhodné analyzovat, kdo je v příbězích oživovatelem mrtvého a jakou roli v nich sehrává lékař. Aktivní roli medicíně přisoudil pouze Neruda, v jehož podání lékař nejen na základě pulsu a rozšířených zor-

nou vodou ne proto, aby byl očištěn od hříchu, nýbrž jako exorcistní metodu vymítání démonů v případě živého mrtvého (*cadavere vivente*). K vírám, pověrám, ústní lidové slovesnosti a rituálním praktikám českého a moravského venkova a k otázce strachu z návratů zemřelých (revenantství) z etnologického hlediska Alexandra NAVRÁTILOVÁ, *Narození a smrt v české lidové kultuře*, Praha 2004, s. 202-318.

20 Podrobně analyzuje C. MILANESI, *Tra la vita*, s. 622-625; Philippe ARIÈS, *Dějiny smrti II*, Praha 2000, s. 126-138.

21 Srov. Edgar Allan POE, *Pád do Maelströmu a jiné povídky*, Praha 2007, s. 39-40.

22 Ke zdánlivé smrti jako námětu v české krásné literatuře Prokop MÁLEK, *Sondy pod povrch lékařské vědy*, Praha 1982, s. 340-347.

nic jako jediný rozpoznal, že je domnělý nebožtík naživu, ale poskytl mu i účinnou první pomoc.²³

O nadále trvajícím obsesivním charakteru dané problematiky nejméně ještě v první polovině 19. století svědčí desítky lékařských spisů i její interpretační uchopení v dobových vzdělávacích periodikách. Přestože téma zdánlivé smrti představovalo jistý druh senzace, osvětská časopisecká beletristika k němu přistoupila se vši vážností a reflektovala skutečné případy nečekaných „zmrtnýchvstání“. Téma bylo u osvětských literátů značně oblíbené už pro svou experimentální podstatu – dobře v sobě spojovalo dobový zájem o smyslové prožitky a tělesné projevy emocí. Zdánlivá smrt se v osvětském beletristickém diskursu stala sentimentalistním tématem, v němž byly analyzovány a detailně popisovány pocity zdánlivě mrtvého člověka, především jeho akustické vjemy. Zdánlivá smrt byla svým způsobem psychologizována, zvnitřněna, konkretizována a příznačně pro osvětskou mentalitu – moralizována. Domnělý mrtvý trpící pocity opuštěnosti, nedostatku lásky, neschopný komunikovat se svým okolím – jemu vydaný napospas, se stal ideálním indikátorem morálních kvalit svých blízkých.

S takovým stereotypem i popularizací dobových lékařských poznatků o daném tématu se lze setkat také v českých časopisech raného obrození (např. povídky uveřejněné v *Hyllosu*, *Vlastenském zvěstovateli*, *Rozmanitostech*), jež zpravidla nabízely svým čtenářům ne-původní příběhy v překladu či adaptace cizích předloh.²⁴ Čtenáři *Vlastenského zvěstovatele* se mohli například roku 1822 prostřednictvím vyprávění zdánlivě mrtvého hrdiny zúčastnit lékařské pitvy a dozvědět se o přínosu elektrických přístrojů v soudobé medicíně: „...z dupotu a hřmotu seznal jsem, že lékařští študenti se scházejí k rozčáštění mrtvých. (...) Posléz pak přišel sám, jenž měl rozřezávat. Dříve než práci svou začal, ponavrhoval galvanizmem provozovat na mně několik zkoušek, a přinesli tedy nástroj ten. První ráz proskočil mi všechny citné žilky (nervy), jenž se trásly a zavzněly jako na harfě. Študenti divili se, co galvanizmus působí. (...) Když galvanizmem dočinili, rozřezavač vezma nůž pobodnul mě

23 „Teď se to stalo! Buď že byl na jedné straně nadbytek sil, nebo na obou stranách zcela stejná neobratnost, - náhle rakev sjela užším koncem k zemi a víko s rachotem odskočilo. Mrtvola zůstala sice v rakvi, ale svezla se trochu do kolenou a pravá ruka se vymrštila přes rakev ven. Zděšení bylo všeobecné. Rázem nastalo ticho, že soused mohl slyšet tikot hodinek v sousedově kapse. Zraky všech se vpíjely v nehybnou tvář mrtvého rady. A zrovna vedle rakve stál – doktor Heribert. (...) Jaksí mimovolně chopil se Heribert svislé ruky, snad aby ji zase v rakvi umístil. Ale podržel ji v rukou svých, prsty jeho nepokojně hrály, a oči spočívaly pátravě na mrtvém obličejí před ním. Teď vztáhl ruku a rozevřel víčko pravého umrlcova oka (...) 'Ten muž není mrtev' (...) 'Je jen ztrnulý.' (...) 'Teď ho rychle odnesete někam do domu, ať zkusíme pomoci.' (...) Po dvou měsících úřadoval pan rada Schepeler zas jako dřív. 'Pánbůh na nebi a doktor Heribert na zemi.' říkal.“ Citováno podle Jan NERUDA, *Povídky malostranské*, Praha 1956, s. 131-133.

24 Zásadně na téma upozornila Lenka KUSÁKOVÁ, *Tematizace strašidel a zdánlivé smrti v české beletrii raného obrození (1786-1830) jako reflexe osvětského zájmu o fyziologický aspekt emocí*, *Estetika* 37, 2001, s. 116-126 (zde zejména s. 119-122.).

*do prsou. V celém těle jako by mi bylo zachrastilo neb chruplo, pak za tím v těle jakés potrhávání, leknutím všickni, co tu byli, vykřikli; - jako by se všecko ve mně bylo rozvázalo – smrtelnému spaní byl konec. Činili všecko k ouplnému dokříšení, a as za hodinu měl jsem zas náležitě všechny své smysly a ouplné živobyti.*²⁵

Podle Philippa Arièse se o zdánlivou smrt zajímala v podstatě tři pokolení lékařů.²⁶ Zatímco lékaři 16. a 17. století se domnívali, že mrtvé tělo či mumie vykazují jisté známky života a přesahování smrti do života nepovažovali za možné, názor jejich následovníků z 18. století byl opačný; smrt přesahovala do života – zdání smrti totiž nastupovalo v případech živých lidí. Zázraky mrtvol (*De miraculis mortuorum*) Christiana Friedricha Garmanna,²⁷ luteránského lékaře z Drážďan druhé poloviny 17. století, nahradili v lékařské literatuře o několik desetiletí později zdánlivě mrtví. Oba fenomény vyvolávaly podobný existenciální zmatek, od čtyřicátých let 18. století navíc umocňovaný racionální argumentací rodící se vědecké medicíny, jež poznatky o zdánlivé smrti zprostředkovávala vzdělané veřejnosti. Lékaři konce 19. století již reálné a masové nebezpečí zdánlivé smrti zcela popírali, odmítali myšlenku smíšeného stavu života a smrti a pojetím obou jako dvou protikladných jsoucen se vlastně vrátili k předosvícenskému chápání kategorie smrti.

Koncem 19. století komentovali strach ze zdánlivé smrti jako přežitok a ujišťovali čtenáře o schopnosti medicíny rozeznat živého člověka od mrtvého rovněž čeští lékaři. Výstižně resumoval názor svých kolegů jeden z významných představitelů české medicíny sklonku 19. století, od roku 1882 první městský fyzik královského hlavního města Prahy, později ředitel Všeobecné nemocnice tamtéž, realizátor nových zdravotnických reforem a organizátor českého zdravotnictví Hynek Pelc: „...pověst o smrti zdánlivé a postrach před ní jsou obecné. Jen při úmrtích náhlých, otravách, zakrvácení a vnitřních pohromách bývá poznání skutečné smrti v prvních hodinách obtížno. Případy často prohlašované objevily se jako výmysly a bezpodstatné výplody fantasie.“²⁸

Medikalizace smrti ve znamení paradoxů II. Čas a prostor

Lékařský diskurs o smrti měnil ve čtyřicátých letech 18. století paradigma zázračných mrtvých těl ve zdánlivě mrtvé živé, čímž zcela nově definoval přístup k mrtvému tělu člověka i ke kategorii fyzické smrti. Předmětem zájmu Winslowových a Bruhierových před-

²⁵ Citováno podle tamtéž, s. 121.

²⁶ P. ARIÈS, *Dějiny smrti*, s. 134-135.

²⁷ Tamtéž, s. 76-84.

²⁸ Hynek PELC, *Pohřbívání*, in: Ottův slovník naučný, XX, Praha 1903, s. 2-5 (zde s. 3).

chůdců byla vlastně smrt sama o sobě a mrtvé tělo jako zdroj poznatků o životě a zdraví. Nezáměr o příčiny smrti a souvislosti mezi nemocí a fyzickým zánikem člověka logicky vyústoval v pasivní postoj k mrtvým. Právě zpochybnění hranice mezi živými a mrtvými, poznatky o zdánlivosti smrti, pokusy klasifikovat příčiny takového stavu a dokonce snaha jej vyléčit vytvořily předpoklady k aktivnímu postoji lékařů k umírajícím a mrtvým, který však nacházel své konkrétní a v praxi uplatněné vyjádření v podobě různých reforem až od sedmdesátých a osmdesátých let 18. století.

Jako první předložil návrh reforem pohřebnictví vycházející z předpokladu vytvoření konkrétních právních norem sám Bruhier. Ve svém projektu *Projet de règlement*, který představil Ludvíku XV., jeho ministrům, cizím velvyslancům u francouzského dvora i všem francouzským velvyslancům v zahraničí,²⁹ prosazoval radikální proměnu pohřebních zvyků, dosud ponechávaných libovůli rodinných příslušníků a farností. Kritizoval lhostejnost církve i státu k předčasným pohřbům, nepřítomnost pravidel pohřbívání v královských nařízeních, stejně jako nerespektování dvaceti čtyř hodinového intervalu mezi smrtí a pohřbem stanovený církví. Autor formuloval povinnost nechat mrtvého na úmrtním loži, zakazoval ucpávat jeho dýchací otvory a pokládat jej do rakve dříve, než se dostaví známky tělesného rozkladu. V takto vymezeném čase, nutném k přechodu od života do smrti, měly být aplikovány všechny známé diagnostické a oživovací postupy dobové medicíny. V Bruhierově pojetí, které předznamenávalo o několik desetiletí později uskutečněné reformní kroky, je již patrná zásadní proměna dobové mentality; v blízkosti umírajícího bledne postava duchovního – hlavní postavou se stává lékař.

Prosazování nových bezpečnostních opatření do každodenního života druhé poloviny 18. století naráželo na bariéru lhostejnosti světské i církevní moci, které na lékařské reformní úsilí nenabízely konkrétní odpověď, a ještě na přelomu 18. a 19. století na sílu zvyku a nedbalost samotných pozůstalých.³⁰ Praxe pohřbívání mrtvých v den jejich smrti pokračovala, rostl pouze strach z probuzení se v hrobě zaživa a žádosti v testamentech o oddálení pohřbu. Skutečných úspěchů v podobě vydaných zákonných opatření stanovujících časový interval mezi smrtí a pohřbem (zpravidla 48 hodin) a s ním související povinnou lékařskou prohlídku mrtvých, která umožňovala jakousi lékařskou disciplinaci umírání, se dočkalo osvětské tažení proti předčasným pohřbům až v sedmdesátých letech 18. století. Pro české prostředí výstižně shrnul již zmíněný Hynek Pelc: „V zemích

29 C. MILANESI, *Morte*, s. 29.

30 V českém prostředí konfrontovala svět norem pohřebnictví s archivními dokumenty Českého gubernia D. TINKOVÁ, *Mefitická těla*, s. 77-78. Pozůstalí se nezdědky spokojovali s přítomností kněze a pochovávali své blízké bez lékařského svolení, na což si např. v Praze opakovaně stěžovali městští fyzikové.

*rakouských zavedena jest obligatorní lékařská prohlídka mrtvých od časů Marie Terezie dekretem dvorní kanceláře z 30. břez. 1770. Za účel této prohlídky vytknuty byly již v tomto dekretě příčiny tyto: aby nikdo pohřben nebyl za živa, aby se na stopu příšlostným a násilným způsobům smrti, aby se objevily nemoci nakažlivé a zavedla potřebná opatření a konečně aby se vypátralo, kdyby od rodičů nebo příbuzných léčení úmyslně bylo zanedbáno nebo léčeno bylo pokoutně.*³¹

Aktéry argumentačně úspěšné propagandy byli ve Francii například chirurg a oční lékař z Montpellier Jean Janin, jeho krajan Joseph-Jacques de Gardanne, v rakouském prostoru již zmiňovaný J. P. Frank. V jeho pojetí se stala problematika zdánlivé smrti nedílnou součástí širokého komplexu reforem zdravotní policie; boj proti předčasným pohřbům získal širší zázemí v programu, ve němž se spojovaly veřejná hygiena, prevence i zdravotní vzdělávací systém. Frank věnoval značnou pozornost nejen známkám smrti, nejčastějším příčinám zdánlivé smrti a jejím odlišným stupňům, ale především preventivním a zákonným opatřením v různých oblastech Evropy, záchranným společnostem, technikám, nástrojům a nově také elektrickým přístrojům.³²

Světlym tónem v temné tématice zdánlivé smrti, která se zrodila paradoxně v epoše osvícenství, byl nepochybně právě zrod záchranných společností, předchůdkyň dnešní první pomoci a záchranné služby. První záchranné spolky zaměřené na pomoc topícím se a utonulým se začaly formovat po roce 1770 ve Francii. V roce 1772 vznikl v Paříži institut Philippa Nicolase Pia na podporu utonulých. Každá z nově vznikajících společností navíc originálním způsobem rozvíjela záchranné techniky a přispívala k šíření vzdělávací osvěty. Zatímco hamburským specifikem byla velkovýroba nových záchranných přístrojů, londýnská Royal Human Society se soustředila na uvedení nových záchranných metod do studijního plánu mediků. Oživovací techniky zpravidla zaměřované na zahřívání a obnovení dýchání utonulého tak byly systematicky obohacovány o nástroje jako pumpy, jehly a měchy. Metoda dýchání z úst do úst, popsána v roce 1772, byla doplněna anglickým lékařem Williamem Buchanem o vnější masáž srdce. Kolem roku 1780 začala medicína věnovat intenzivní pozornost zdánlivé smrti vyvolané dušením kouřem či růz-

31 H. PELC, *Pohřbívání*, s. 3. Pelc se podílel na reformních úpravách pohřebnictví v českých zemích v 80. a 90. letech 19. století. Roku 1883 byly pod jeho dohledem upraveny „umrlčí kaple“ v Praze a zřízena ústřední komora na Olšanských hřbitovech. Roku 1894 vydalo místodržitelství v rámci dokončené reorganizace zdravotnictví nově upravený předpis týkající se prohlídky mrtvol. Podle něj nemělo být tělo pohřbeno dříve než 48 hodin po smrti a bez lístku ohledávacího lékaře, který byl osobně zodpovědný, především v případě nakažlivých nemocí, za provedení všech adekvátní bezpečnostních opatření. Pokud lékař rozpoznal známky života, bylo jeho povinností použít dostupné záchranné techniky, v případě těhotných žen ve vyšším stadiu těhotenství (od 6. měsíce) císařský řez a pokusit se zachránit plod. Ve vybraných soudních a zdravotně policejních případech měla navíc po zevní prohlídce následovat pitva k objasnění příčiny smrti.

32 J. P. FRANK, *Sistema compiuto*, X; XI.

nými nebezpečnými výpary a do oživovacích technik brzy pronikly pokusy s elektrickým proudem.³³ Díky lékařské osvětě a dobové publicistice se nové poznatky o nebezpečí zdánlivé smrti šířily napříč celou evropskou společností.

Péče o záchranu zdánlivě mrtvých se prosadila jako praktická i teoretická lékařská disciplína také v Praze, kde se v letech 1790–1848 konaly specializované přednášky určené také širší veřejnosti. Prvním přednášejícím byla hlavní vědecká autorita daného oboru v českém prostoru, profesor zdravotní policie Vojtěch Zarda (1755-1811), jeho pokračovatelem se stal Josef Bernt, autor pojednání *Vorlesungen über die Rettungsmittel beym Scheintode und in plötzlichen Lebensgefahren* z roku 1819.³⁴

Paradoxem osvícenského medikalizování posledních věcí člověka ovšem nebyl pouze zrod kolektivní hrůzy ze zdánlivé smrti a následného pohřbení zaživa. Nový lékařský diskurs o časovém statusu smrti narážel především na (v historiografii obecně známější) diskusi, která se přibližně ve stejném období a s nemenší intenzitou zabývala otázkou škodlivosti mrtvolných výparů. Druhou stranou téže mince tak byl prostor smrti, mrtvých a pohřbených těl. Mrtvé tělo člověka se stalo skutečným nebezpečím, zdrojem nakažlivých nemocí a mefitických výparů, které ohrožovaly společenství živých a v dobových představách i lékařských spisech mnohdy zabíjely po desítkách. Strach ze zhoubného vlivu od středověku pevně zakořeněného zvyku pohřbívání *ad sanctos et apud ecclesiam*, který se, jak je dobře známo především díky Philippu Arièsovi, zrodil ve Francii a vedl ve většině evropských zemí k přemístění pohřebišť za hradby měst, ostře kontrastoval s požadavkem ponechat mrtvé tělo v blízkosti živých a pod jejich kontrolou. Zásadní komplikací se v tomto kontextu stal apel na oddálení pohřbu až do okamžiku tělesného rozkladu; prozaicky řečeno - kam napříště s nebožtíkem, který se může vzbudit a přitom ohrožuje veřejné zdraví? Je patrné, že v osvícenské diskusi i praxi, jak ostatně dokládá také v českých zemích řada nechvalně proslulých josefínských pohřebních opatření, bylo mrtvé tělo nejen disciplinováno pravidly zdravotní policie, ale rovněž desakralizováno; stalo se předmětem řady otázek hygienického, technického či dokonce ekonomického charakteru.

V českém království se nové požadavky pohřebnictví prosazovaly jen s malým zpožděním za Francií³⁵ v rámci reformního úsilí osvíceného absolutismu rakouských Habsburků.³⁶ Tereziánské zákonné normy stanovující nejkratší dobu mezi smrtí a pohřbem

33 C. MILANESI, *Morte*, s. 221-228.

34 P. SVOBODNÝ – L. HLAVÁČKOVÁ, *Lékař*, s. 390.

35 Podrobně P. ARIÈS, *Dějiny smrti II.*, s. 223-246; Marina SOZZI – Charles PORSET, *Il sonno e la memoria. Idee della morte e politiche funerarie nella Rivoluzione francese*, Torino 1999.

36 České historiografii je téma dobře známo především v souvislosti s tereziánskými a josefínskými reformami. Nařízením týkajícím se pohřebnictví je zpravidla věnována pozornost v čistě pozitivistické rovině. Dosud bohužel chybí, kromě citované studie D. Tinkové, teoretičtější uchopená studie na dané

a povinnou lékařskou prohlídku zemřelých předcházely zavádění skutečných prostorových reforem. Ty sice císařovna Marie Terezie s odbornou záštitou dvorního lékaře Gerharda Van Swietenova začala realizovat již v sedmdesátých letech 18. století, jednalo se ale dosud „pouze“ o konec pohřbívání nově zemřelých v kryptách kostelů. Ke skutečné a důsledné realizaci pohřebních reforem v duchu pařížského parlamentu došlo v habsburské monarchii až po smrti Marie Terezie, v letech 1781-1785. Josef II. nejdříve v Tolerančním patentu ustanovoval společné pohřebiště pro katolíky i protestanty, ve dvorském dekretu ze 7. února 1782 vydal nařízení zakazující pohřby v kryptách kostelů uvnitř měst, které se týkalo Vídně, o rok později bylo rozšířeno na celé Rakousko, a poté následovalo známé nařízení z 23. srpna 1784 o odsunu všech mrtvých mimo obydlená sídla platné pro celé habsburské území, od 2. září téhož roku závazné také v Čechách. Součástí nařízení byly i některé nové, mírně řečeno radikální normy, týkající se zacházení s mrtvým tělem, které narazily na značný odpor vládních orgánů, biskupské konzistoře i obyvatelstva.³⁷

Je poměrně dobře známo, že nebožtíci byli v rámci josefinského pohřebního projektu pochováni nazí v pytli, transportováni na hřbitov v erárních rakvích s výklopným dnem, jimiž měly disponovat jednotlivé farnosti v adekvátním počtu a různých velikostech, a po svržení do jámy na hřbitově - místě, které se nadále nemělo z bezpečnostních důvodů zdravotní policie navštěvovat, zasypaní vápnem. Na hřbitově neměla stát samostatná kaple, pouze prostý kříž, který měl zdobit také rakev; toliko k uspokojení náboženského rozměru smrti. Připomínat zemřelé měly jen kamenné desky natěsnané na ohradní zdi nových hřbitovů.³⁸ Cílem těchto opatření byl co nejrychlejší rozklad těla. Bytelná rakev i náhrobní deska značně komplikovaly kýžený záměr recyklace těl.

Josefinský hřbitov byl skutečným naplněním představ pařížského parlamentu i ideálu Františka III. d'Este, který se obdobnou vizi snažil realizovat v italské Modeně. Skvěle uskutečňoval dokonalé oddělení mrtvých od živých, kterým již tělo nebožtíka nemělo co říci, mělo být chápáno jako pouhá „smradlavá mršina“, již je třeba se co nejdříve zbavit.

téma, jeho interpretace či přehledné zpracování. Podobě osvěcenské hřbitovní architektury se věnovala Tatána PETRASOVÁ, *Utopie a pragmatismus osvěcenské architektury: klasicistní hrobky a hřbitovy*, in: H. Lorenzová – T. Petrasová (edd.), *Fenomén smrti*, s. 65-78. K ikonografii funerální plastiky přelomu 18. a 19. století Roman PRAHL a kol., *Umění náhrobků v českých zemích let 1780 – 1830*, Praha 2004. K návrhům nových hřbitovů na konci 18. století např. britský historik architektury James Stevens CURL, *Death and Architecture. An Introduction to Funerary and Commemorative Buildings in the Western European Tradition, with Some Consideration of their Settings*, Stroud 1993. Ze zahraniční literatury věnující pozornost rakouskému prostředí lze jmenovat Johannes WIMMER, *Gesundheit, Krankheit und Tod im Zeitalter der Aufklärung*, Wien – Köln 1991; Claudia DENK – John ZIESEMER (edd.), *Der bürgerliche Tod. Städtische Bestattungskultur von der Aufklärung bis zum frühen 20. Jahrhundert*, Regensburg 2007; a především Grazia TOMASI, *Per salvare i viventi. Le origini settecentesche del cimitero extraurbano*, Bologna 2001, která zasazuje rakouské reformy pohřebnictví do evropského kontextu.

37 Tamtéž, s. 199-206.

38 Sugestivně již popsala D. TINKOVÁ, *Mefitická těla*, s. 76-77.

Josefínská nařízení tak napadala samotný kult mrtvých i jejich ostatků. Kvůli radikálně odmítavým reakcím byl císař již v roce 1785 nucen zrušit zákaz pohřbu s rakví a nedlouho poté ustoupit privilegovaným společenským vrstvám, jež požadovaly stavbu vlastních funerálních monumentů či alespoň rodinných hrobů.³⁹ Brutalita josefínským reforem měla nakonec poměrně nečekaný dopad – vyprovokovala zrod měšťanského kultu individuálního hrobu, místa, v němž laická paměť rodiny nahradila náboženskou paměť *ad sanctos et apud ecclesiam*. I přes krach nejradikálnějších prvků pohřebních reforem se josefínskému absolutismu podařilo dosáhnout dvojího úspěchu. Mrtvoly poddaných byly vytlačeny z kostelů a nově zemřelí spočinuli na nových hřbitovech, místech rozkladu za hradbami měst. Jejich geografická poloha, prostorové uspořádání, výška zdí, hloubka hrobů či vhodnost konkrétních typů zeleně byly středem pozornosti a detailního výzkumu dobové zdravotní policie, jak se lze poučit také u J. P. Franka.

V lékařských kruzích byly josefínské reformy pohřebnictví dávány za obecný vzor. Završovaly několik desetiletí trvající snahu medicínského diskursu o smrti ovládnout životní skutečnost svých současníků a disciplinovat mrtvé tělo. V rakouském prostředí lze kromě adorujících názorů J. P. Franka na josefínskou pohřební praxi uvést například disertaci Josepha Habermanna *De salubri sepultura* z roku 1772, jež reagovala na nařízení Marie Terezie z roku 1771, v němž císařovna vyzývala k prozkoumání bezpečnosti pohřbívání v kryptách kostelů a v případě neuspokojivého výsledku k jeho zrušení. Habermann analyzoval situaci ve Vídni, zejména ve Svatoštěpánském dómu, popsal nebezpečí mefitických výparů a jejich souvislost s šířením epidemických chorob, a upozornil, že nejtěžší forma neštovic zasahuje právě návštěvníky kostelů. Podobně jako později Frank povýšil bezpečnost a ochranu živých nad potřeby kultu a náboženství. Věřící neměli být nadále ohrožováni výpary, jež se šířily podlahou z krypt kostelů. Nejvhodnější řešení spatřoval v pohřbívání do země.⁴⁰

Snaha o důslednou eliminaci mrtvých těl ze společnosti živých nutně narážela na problém zdánlivé smrti. Bylo nutné najít hraniční prostor, který by v sobě spojoval zmíněný názorový střet a přitom byl plně funkční. Místo, jež by mohlo hostit tělo zdánlivě mrtvého člověka a zabezpečovalo mu dobré životní podmínky jako každému jinému nemocnému, a zároveň úložiště pro nebezpečné tělo mrtvoly. Bylo nezbytné vymezit prostor, v němž by mohli v bezpečné vzdálenosti od společnosti živých koexistovat život i smrt. 7. března 1771 vznikla nová „institute“ márnice.⁴¹ U každého kostela měla být zpočátku alespoň dřevěná.

39 G. TOMASI, *Per salvare i viventi*, s. 211-216.

40 Tamtéž, s. 55-59.

41 D. TINKOVÁ, *Mefitická těla*, s. 77.

K rozvoji skutečných „domů“ zdánlivě mrtvých (*Azylum dubiae vitae*) došlo na přelomu 18. a 19. století zejména v Německu.⁴² Mrtví byli ukládáni ve vytápěných místnostech a vybaveni důmyslným systémem zvonků, které se měly rozeznít v případě bytí jen nepatrného pohybu. Německou prozíravost velebil ve svém spise o zdánlivé smrti římský doktor medicíny a chirurgie Pietro Manni ještě v roce 1835: „...zvyk plný humanity. Bylo by velkým dobrodiním, kdyby se rozšířil také u nás. Zemřelý je dopraven na faru a uložen do čisté místnosti příjemné teploty, na měkkou a ustlanou postel. Na každý prst mu navléknou prsten, který je spojen prostřednictvím kovového lanka se zvonky, jež vydávají pronikavý zvuk při sebemenším pohybu. Strážce je neustále přítomen, aby poskytl první pomoc, a zesnulý je držen v těchto podmínkách, dokud se nedostaví tělesný rozklad.“⁴³

Aktuálním se v průběhu 19. století stávalo zřizování svého druhu úložišť mrtvých v nemocnicích. Tam zdravotně policejní opatření týkající se nebožtíků přirozeně narážela na ještě přísnější požadavky ochrany nemocničních pacientů. Podle Giovanniho Pozziho, italského žáka a následovníka J. P. Franka, měla moderní nemocnice disponovat dvěma odlišnými prostory. Do jednoho, dvakrát denně navštěvovaného lékařem, měli být ukládáni nebožtíci, u kterých na základě příčiny úmrtí existovala pravděpodobnost zdánlivé smrti; do druhého mrtví bez naděje na obživení. Obě místnosti, dobře větrané, ale s okny nikdy orientovanými směrem k ošetřovně, se měly nacházet v dostatečné vzdálenosti od nemocných i jejich zraků – za bariérou stromů.⁴⁴

Kořeny dnešní plně medikalizované a sekularizované nemocniční smrti beze svědků sahají nejpозději do čtyřicátých let 18. století. Medikalizace smrti se od druhé poloviny 18. století nesla ve znamení pozoruhodných paradoxů. Její průkopníci ve snaze racionalizovat umírání a zmírnit strach ze smrtelné agonie asistovali u zrodu kolektivní noční můry zdánlivé smrti. Jejich následovníci o několik desetiletí později ve snaze chránit společnost živých od nebezpečných výparů mrtvých těl dopomohli k dokonalému oddělení světa živých a mrtvých a významně podpořili procesy sekularizace přechodového rituálu smrti i desakralizace mrtvého těla.

42 V roce 1791 z podnětu Christopfera-Wilhelma Hufelanda ve Výmaru, v roce 1797 v Berlíně. Jednalo se o stavby zpravidla o dvou oddělených místnostech. Jedna z nich byla určena zdánlivě mrtvým osobám, druhá, oddělená skleněnou stěnou, sloužila jako pokoj strážce, odborníka na diagnostikování a oživování zdánlivě mrtvých z důvodu dušení. Viz. C. MILANESI, *Morte*, s. 236-237.

43 Pietro MANNI, *Manuale pratico per la cura degli apparentemente morti. Alcune idee generali di polizia medica per la tutela della vita negli asfittici*, Milano 1835, s. 23-24 (z italštiny volně přeložil V. G.).

44 Giovanni POZZI, *Sistema compiuto*, XIX, s. 157-159.

Summary

Medicalisation of Death at the Turn of the 18th to 19th Centuries. The moment of Death, apparent Death and Attitudes towards Dead from the Point of View of the History of Medicine

A fundamental aspect of dying and death in medical discourse is the actual time of death and the development of opinions of representatives of the medical profession at the time of the status and modalities of transition between life and death. The medical history of death disciplination played a particularly crucial role category called apparent death. This topic dominated medical discourse around the half of the 18th century and the subsequent discussion in the intellectual circles of Enlightenment was dealing with the early burials, and resulted in the reforms funeral habits and practical measures based on the differences between controversial views on the temporal and spatial dimensions of death. They eventually redefined the view at the dead body of a man – for the future subject of discipline and desacralization, and established eloquent signs of death to today's secular sense.

Having considered some research results of contemporary historiography and some period medical treatises it is structured into three parts. The first

part introduces some of the author's methodological and theoretical approaches to the topic. The second part is dedicated to the problem of apparent death which has its origins in the 40' of the 18th century. The medical discussion about apparent death can be considered as the beginning of medicalizing death in the history of medicine. The third part of this paper considers some funeral reforms from the late 18th century and their impact on the changing attitudes of people towards the dying and dead body.

The roots of today's full medicalized and secular hospital death without witnesses reach back at least to the 1740s. The followers of decades later, in an effort to protect the community from dangerous fumes of dead corpses helped to establish and improve a perfect separation of the world of the living from the world of dead, and significantly supported the transition of secularization of the funeral rites of passage and desacralization of dead bodies.

Obrazové přílohy:



Obr 1: Náhlé probuzení mladé dívky v márnici na hřbitově v Praze, *Giornale illustrato dei viaggi*, 80. léta 19. století, převzato z Alfonso M. DI NOLA, *La nera signora. Antropologia della morte e del lutto*, Roma 2006, s. 209, chybí přesná datace.



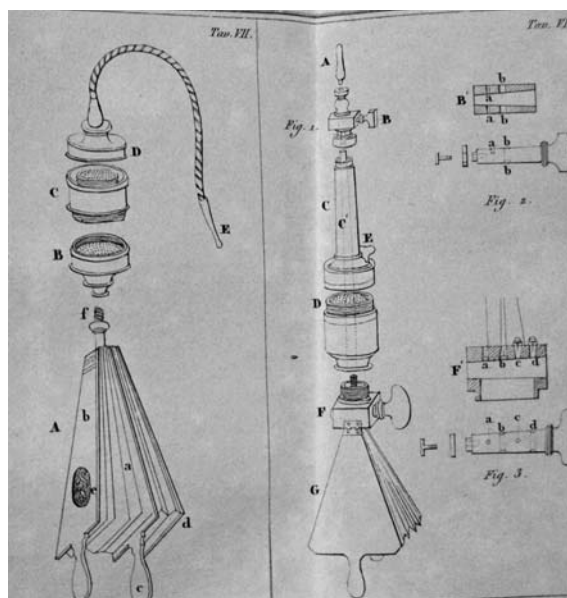
Obr 2: Dobový leták zobrazující ženu, která porodila v rakvi dítě bez rukou, převzato z Alfonso M. DI NOLA, *La nera signora. Antropologia della morte e del lutto*, Roma 2006, s. 207, chybí datace.



Obr 3: Kapucínská krypta ve Vídni, v pozadí sarkofág císařského páru Marie Terezie a Františka Štěpána I. Lotrinského od Balthasara Ferdinanda Molla z roku 1754, převzato z James Stevens CURL, *Death and Architecture. An Introduction to Funerary and Commemorative Buildings in the Western European Tradition, with Some Consideration of their Settings*, Stroud 1993, s. 127.



Obr 4: Josefínská rakev s výklopným dnem, Das Wiener Bestattungsmuseum, zdroj: (http://de.wikipedia.org/wiki/Bestattungsmuseum_Wien)



Obr 5: Nástroje používané k oživování udušených a utopených ve 30. letech 19. století (VII – měch pro vhánění tabákové kouře do střev, VIII – zařízení pro provádění klystýrů s použitím tabákového kouře), převzato z Pietro MANNI, *Manuale pratico per la cura degli apparentemente morti. Alcune idee generali di polizia medica per la tutela della vita negli asfittici*, Milano 1835, s. 229-230.

Hlaváčková Ludmila

Pokus o školení ošetřovatelek v pražské všeobecné nemocnici ve 40. letech 19. století

Abstract: *The professional education of nursing staff in Bohemia started initially at the convents of the order of Merciful Brethren. The first case was documented in 1745 in the city of Valtice. However, most of the nursing staff remained without formal education. The nursing personnel at the Prague General Hospital, which was founded in 1790/91, did not have an opportunity to undergo a professional training long into the 19th century. This paper describes the first attempt to introduce a formal professional schooling of the nursing staff in the General Hospital in Prague. The idea was proposed by prof. assoc. J. G. Riedel at the beginning of 1845. Nevertheless this initial plan was not put into practice probably as result of financial difficulties.*

Key words: *nurse – history – formal education in nursing – 19th century*

Zajištění odpovídající ošetřovatelské péče je problémem táhnoucím se nepřetržitě historií této tolik důležité, leč často málo docenované a oceňované činnosti. Je nesporné, že největší pozornost jí byla věnována v církevních zařízeních. Připomeňme alespoň řád milosrdných bratří, založený v roce 1537 v Granadě, jehož prioritou byla péče o nemocné. Všichni řádoví bratři se museli naučit ošetřovat nemocné. V Praze působili Na Františku od prosince 1620, avšak již v roce 1605 začali pracovat ve špitále ve Valticích. Zde také byla v roce 1745 založena dvouletá chirurgická a ošetřovatelská škola, zrušená státem v roce 1854. Během stodesetileté existence vyškolila přes 500 ošetřovatelů.¹

Také první iniciativa přednášet na pražské lékařské fakultě ošetřovatelství vyšla od bývalého člena řádu milosrdných bratří, Václava Joachyma Vrabce (1740-1805), který v roce 1786 požádal o povolení veřejných univerzitních přednášek pro ošetřovatele nemocných, muže i ženy. Jeho žádost však byla zamítnuta. V letech 1796-1808 ohlašoval pak přednášky o umění uchovávat si zdraví, o fyzické výchově dětí a o ošetřovatelství Antonín Holý (1752-1832), sekretář lékařské fakulty. Přednášet chtěl mužům i ženám, ale gubernium

1 Anna KARMASÝNOVÁ, *Z historie nemocnice milosrdných bratří ve Valticích*, Praktický lékař 53, 1973, s. 904-906.

ženám účast na přednáškách nepovolilo.² O nemocné v necírkevních lůžkových zařízeních tedy v oné době pečovali osoby zcela neškolené.

Tak tomu bylo i v nových zdravotních ústavech ve velkých městech rakouského soustátí, které byly zřizovány podle tzv. direktivních pravidel, vydaných Josefem II. v roce 1781. Pro ně bylo třeba získat neprodleně nemalý počet ošetrovatelského personálu.

Pražská všeobecná nemocnice byla otevřena na přelomu let 1790/91. 11. listopadu 1790 vyšla česko-německá „*Zpráva od cís. král. českého gubernium o dokonaném všeobecném domě nemocných a rozumu zbavených*“ (byla uveřejněna i v Prager Staats- und gelehrte Nachrichten), která na 12 stranách podrobně informovala veřejnost o otevření tohoto nového zdravotnického zařízení.³

O ošetrovatelské službě se zde dozvíme málo - pouze to, že všem nemocným se dostane „bedlivé ošetřování“. Od samého počátku bylo však zřejmé, že získat dostatek osob, které by se této službě věnovaly, nebude vůbec snadné. Dvorský dekret z 18. září 1788 doporučoval v zájmu maximální šetrnosti získávat ošetrovatelský personál a nižší sluhy (!) mezi chovanci zrušených špitálů a laickými bratry z rozpuštěných klášterů. Neměly to být osoby starší čtyřiceti let.

Ošetrovatelé a ošetrovatelky (Wärter, Wärterinen, česky hlídači někdy obsluhovači) měli dnem i nocí všestranně pečovat o pacienty dle pokynů lékařů či ranlékařů, podávat jim jídlo, starat se o jejich čistotu ale také o čistotu nemocničních pokojů – tedy byli zároveň i uklízeči. Bydleli v nemocnici, spali přímo v pokojích nemocných, nemocnici mohli opustit jen se svolením. Tehdy se patrně nikdo nepozastavoval nad tím, že při stejných povinnostech byl vyměřen prvním ošetrovatelům ve všeobecné nemocnici měsíční plat na 7 zl., ošetrovatelkám pak o zlatý méně. Z počátku nedostávali stravu, ale tato situace byla neudržitelná a proto brzy začali dostávat v naturáliích polévku, maso, příkrm a peněžní příspěvek na chléb.⁴

Všeobecná nemocnice začala přijímat pacienty začátkem ledna 1791. V té době měla na 300 patientských lůžek, 34 ošetrovatelských, ale přijato bylo jen deset ošetrovatelů a deset ošetrovatelek. Byli rozdělováni na pokoje podle počtu lůžek (ve velkých měli být dva), ale velmi záhy se ukázalo, že jejich počet je naprosto nedostatečný. Získávat další ošetrovatele a ošetrovatelky nebylo snadné, zájem o těžkou ošetrovatelskou službu byl

2 Eva ROZSÍVALOVÁ, *K počátkům výuky ošetrovatelství v Praze*, Praktický lékař 46, 1966, s. 75-76.

3 Ludmila HLAVÁČKOVÁ – Petr SVOBODNÝ, *Dějiny všeobecné nemocnice v Praze 1790-2000*, Praha 2001, s. 13-14.

4 Národní archiv(dále NA) ČG Normalienbuch anno 1788 II., Nr.405, 18.9.1788. Tadeáš BAYER, *Beschreibung der öffentlichen Armen-Versorgungsanstalten in der königl. böhmischen Hauptstadt Prag*, Prag 1793, s. 59-60.

nevelký. Snahy o zvýšení jejich platů, nebo alespoň poskytování peněžní náhrady místo nevalné nemocniční stravy se nesetkávalo s porozuměním nadřízených úřadů.⁵

Pražský lékař Jan Teobald Held (1770-1850), známý mj. z Jiráskova F. L. Věka, který pracoval několik let ve všeobecné nemocnici jako primář (1806-1814, 1822, 1826) líčí ve svých pamětech ošetřovatelskou službu v tomto ústavu velmi expresivně. Patrně správně předpokládal, že většina ošetřovatelského personálu se věnovala tomuto povolání pouze proto, že nenalezli jinou obživu. Byli to dle něho zchudlí zedníci, nádeníci, dřevaři a jiná „cháзка“, kterou bylo třeba zhumanizovat a naučit péči o nemocné. Uznával, že těžko žádat dobrou službu od přetížených ošetřovatelů. Na sály s 20-30 pacienty byli dva ošetřovatelé na den i noc za mzdu, o níž se říkalo, že i draní peří je výnosnější. Zvláště odsouzeníhodný byl dle něho způsob mimořádných odměn za každého zemřelého pacienta, který nemotivoval snahu ošetřovatelů přispět k jeho uzdravení. Zdůrazňoval, že v nemocnici u milosrdných, kde působil mnoho let jako nemocniční fyzik, se naopak odměňovali ošetřovatelé, kteří se zasloužili o uzdravení pacientů.⁶ V archivních pramenech jsem našla doklad, že ošetřovatelé dostávali v roce 1813 5 zlatých ročně jako tzv. „Funeralentschädigung“ (pohřebné) a tato tradice byla zachovávána i v dalších letech. Na rozdíl od přísné kritiky dr. Helda můžeme tyto odměny považovat za snahu odměnit ošetřovatele za mimořádnou námahu s pojenou s úmrtím pacienta.⁷

Nedostatek ošetřovatelů rychle vzrůstal v souvislosti se stavebním rozšiřováním nemocnice a růstem počtu lůžek. Známy autor lékařské topografie Prahy, Dr. A. Stelzig (1783-1856), napsal v roce 1824, že ošetřovatelů bylo ve všeobecné nemocnici strašně málo a že zkušenost ukázala dávat při přijímání přednost ženám, které se k ošetřování hodí mnohem lépe. Také v lékařské topografii Prahy, kterou vydal prof. J. Krombholz v roce 1837 se dočteme, že muži sloužili už jen na mužském dermatovenerologickém oddělení. Krombholz se zmiňuje i o tělesných trestech pro ošetřovatelský personál, ale ty už nejsou uvedeny v podrobných instrukcích vydaných 18. října 1835 pro zdravotníky všech kategorií ve všeobecné nemocnici a ostatních novoměstských zdravotních ústavech.⁸ „Předpisy k zachovávaní pro hlídače ve všeobecné nemocnici v Praze“ ve 41 bodech znovu vypočítávaly všechny povinnosti ošetřovatelského personálu (v němčině důsledně Krankenwärter, v češtině vedle hlídači opět též obsluhovači), který nadále měl vedle nepřetržité péče o nemocné plnit povinnosti uklízečů. Je zřejmé, že gramotnost nebyla

5 NA ČG Publ. 1806-1815, 90/9 kart. 5453, žádost ředitelství nemocnice adresovaná guberniu z 3.12.1808.

6 Ludmila HLAVÁČKOVÁ-KRATOCHVÍLOVÁ, *Jan Teobald Held 1770-1850*, Praha 1972, s. 59-60.

7 NA ČG Publ. 1806-1815, 90/9 kart. 5460, přípis z 11.6.1813.

8 Franz X. Alois STELZIG, *Versuch einer medizinischen Topographie von Prag II.*, Prag 1824 s. 274; Vinzenz Julius KROMBOLZ, *Topographisches Taschenbuch von Prag*, Prag 1837, s. 434-437.

u těchto pracovníků vyžadována, měli se s instrukcemi seznámit buď přečtením, nebo tím, že jim budou čteny. Za zmínku také stojí, že se mluvilo o pracovnících mužského rodu, ačkoliv jak uvedeno výše, byly v této době přijímány už téměř výhradně ženy.⁹

V roce 1836 se obrátilo ředitelství nemocnice s naléhavou výzvou na gubernium (nejvyšší zemský úřad, do jehož kompetence spadaly i záležitosti zdravotní), aby neprodleně publikovalo v úředním listu *Prager Intelligenzblätter* zprávu, že všeobecná nemocnice potřebuje přijmout nové ošetřovatele a vedle toho mělo být vytištěno 350 kusů vývěsek se stejnou informací, které měly být vylepeny na nároží pražských ulic.¹⁰ Výzva patrně situaci nevyřešila, neboť za necelé dva roky adresovalo ředitelství nemocnice guberniu další přípis, v němž podrobně popisovalo neudržitelný stav ošetřovatelské péče ve všeobecné nemocnici: počet ošetřovatelského personálu je omezen na nejnutnější potřebu, ani všechny pokoje nemají vlastní ošetřovatele. Mnozí z nich jsou často naprosto vyčerpaní, když třeba 3 dny a noci mají hlídat pacienta po těžké operaci, pacienti často zůstávají bez dohledu, když ošetřovatelé se musí starat o jídlo, úklid atd. Bylo by třeba najmout alespoň tři rezervní ošetřovatele, kteří by zaskakovali dle potřeby na různých pokojích. Zatím jsem nenašla doklad, zda bylo této žádosti vyhověno.¹¹ Rovněž tak nevíme, jak reagovalo gubernium na naléhavou žádost ředitelství nemocnice z počátku roku 1842 o zvýšení platů ošetřovatelského personálu. V této žádosti bylo zdůrazněno, že zvýšení požadují všichni primáři v nemocnici proto, aby se mohla najímat „schopná individua“, povzbudit stávající ošetřovatelský personál a umožnit trestat špatné ošetřovatele snížením mzdy.¹² Ke zvýšení mezd zřejmě nedošlo.

Z uvedeného je možno si učinit představu o odborné úrovni ošetřovatelské péče ve všeobecné nemocnici. Přednostové klinik a oddělení si byli její nevyhovující úrovně vědomi, avšak o zásadní zlepšení tohoto stavu se pokusil na sklonku roku 1844 až J.G. Riedel (1803-1870), první docent psychiatrie v rakouské monarchii (1841), primář a ředitel pražského ústavu choromyslných (1837-1851), v letech 1848-1851 zároveň i ředitel všeobecné nemocnice. Riedel byl osobností nadanou ohromnými odbornými i organizačními schopnostmi. Vymohl mj. stavbu nové budovy pro choromyslné (1844) v zahradě u kostela sv. Kateřiny (dodnes sídlo psychiatrické kliniky I. LF UK). Posléze byl jako mezinárodně uznávaná kapacita v oblasti zdravotnického ústavnictví povolán do Vídně (1851) aby zde řídil ústav choromyslných.¹³

9 NA ČG Normalienbuch für das Jahr 1835 II, Nr. G 41473, 18.10. 1835.

10 NA ČG Publ. 1836-1840, 95/2-3 kart. 1352, 12.10.1836.

11 Dtto přípis z 15.7.1838.

12 NA ČG Publ. 1841-1855, 34/4/14, kart.2858, přípis z 20.1. 1842.

13 Ludmila HLAVÁČKOVÁ – Petr SVOBODNÝ, *Biografický slovník pražské lékařské fakulty 1348-1939 II. L-Ž*, Praha 1993, s. 103-104; Eugen VENCOSKÝ, *Sto let české psychiatrické kliniky v Praze 1886-1986*, Praha 1987, s. 31-40.

Riedlův návrh se zatím nepodařilo v Národním archivu nalézt, avšak jeho obsah je znám z jiných dochovaných archiválií. Zatím jsem našla první zmínku o celé akci z 7.3.1845, kdy tehdejší ředitel všeobecné nemocnice, profesor teoretického lékařství lékařské kliniky pro ranlékaře, F.W. Nusschard (1783-1847) sdělil guberniu, že primář Riedel navrhl zřídit ve všeobecné nemocnici ošetřovatelskou školu.¹⁴ K návrhu došlo zřejmě koncem roku 1844.

Riedlův návrh lze nejlépe zrekonstruovat z konceptu přípisu ředitelství nemocnice guberniu z 10.4.1845. Zdůrazňuje se v něm nutnost vzdělaného ošetřovatelského personálu nejen pro nemocnici, ale i pro soukromé pacienty, kteří se patrně obraceli na nemocnici, když potřebovali domácí ošetřování. Snahy zlepšit ošetřovatelskou péči zvýšením mezd a remuneracemi nepřineslo kýžený výsledek. Proto by se měla zřídit ošetřovatelská škola, podobná byla v berlínské nemocnici Charité již v roce 1832. Přednášky, veřejně ohlášené, by se konaly ve všeobecné nemocnici v neděli a ve volných dnech. Přijímání uchazeček mělo probíhat za přítomnosti ředitele nemocnice a primáře příslušného oddělení. K vhodnosti uchazeček se měly vyjadřovat i policejní úřady. Podmínkou přijetí byl mj. závazek, že absolventky školy se budou věnovat ošetřovatelské činnosti ve všeobecné nemocnici, případně u soukromých pacientů. Teoretická výuka měla být minimální (přednášky 2x týdně), těžiště mělo spočívat v denním praktickém výcviku u lůžek pacientů. Ten by probíhal v době, kdy řádné ošetřovatelky měly vycházku. Frekventantky měly být využívány k bezplatné ošetřovatelské službě v nemocnici za stravu. Teoreticko-praktický kurz neměl trvat déle než tři měsíce. Absolventky měly obdržet vysvědčení poté, co složily zkoušku za přítomnosti ředitele nemocnice, primářů a správce nemocnice. Tím se měla zvýšit vážnost ošetřovatelského stavu. V závěru přípisu se konstatovalo, že všichni primáři nemocnice se zřízením školy souhlasili, vedení nemocnice soudilo, že vyučovat by měli sekundáři-chirurgové, kteří nejvíce znali ošetřovatelskou praxi. Dochoval se i koncept odpovědi protomedika Ignáce Nádherného (1789-1867), tedy zástupce gubernia ve věcech zdravotních. Nutno připomenout, že podobně jako Riedel, i Nádherný patřil k osobnostem velkého formátu. Ve svých funkcích nejvyššího představitele zdravotnictví v Čechách a zároveň ředitele lékařských studií na pražské univerzitě měl velké zásluhy o povznesení úrovně veřejného zdravotnictví i lékařské fakulty bez ohledu na to, že několik zásadních pokrokových reforem se mu nepodařilo prosadit. Neudiví nás proto, že Riedlův návrh velmi podporoval, ale podle jeho názoru neměla být svěřena výuka jen druhým sekundárním chirurgům, ale lékařům jednotlivých oddělení.¹⁵

14 NA ČG Publ. 1841-1855, 34/5/5, 34-55, kart. 2858.

15 NA ČG Publ. 1841-1855, 34/5/5, kart. 2858, přípis z 10.4.1845.

Z neúplně dochovaných archiválií je zřejmé, že o zřízení školy se v nemocnici živě diskutovalo. Informace o tom máme především v elaborátech ředitele nemocnice Nussarda adresovaných guberniu. V červnu 1845 sděloval, že všichni lékaři nadále souhlasí se zřízením školy, lišili se ale v názorech na náplň výuky. Chirurg prof. František Pitha (1810-1875) a porodník prof. Antonín Jungmann (1775-1854) zdůrazňovali nutnost převážně praktické výuky, pro teoretickou nebyly ani vhodné učebnice. Jungmann připomínal své zkušenosti s výukou porodních babiček. Velmi obtížné bylo všem získat dost neplatících frekventantek ošetrovatelské školy, zvláště měly-li to být osoby vhodné. Rozdílné názory byly také na délku kurzu od 14 dnů po čtyři týdny. O třech měsících se zřejmě již přestalo uvažovat. Nussard také upozorňoval na dobré zkušenosti se školením ošetrovatelského personálu v církevních nemocnicích – u milosrdných bratrů, alžbětinek a šedých sester.¹⁶

Další zevrubný přípis o přípravách na zřízení ošetrovatelské školy zaslal Nussard guberniu v září téhož roku. V něm se již konkrétně psalo o přijetí výpomocných ošetrovatel za stravu a poloviční plat, které by byly žákyněmi školy a zároveň sloužily. Dvě měly být na interní klinice, po jedné na chirurgické a oční klinice, na gynekologickém a plicním oddělení. Dalších pět mělo sloužit na ostatních odděleních nemocnice. Počítalo se tedy s jedenácti posluchačkami v prvním kurzu, získány byly zatím tři. Vyčíslovaly se finanční částky, které by tato akce vyžadovala, konkretizovaly se kategorie budoucích vyučujících a byla vyjádřena naděje, že je pouze otázkou času, kdy se ošetrovatelská škola v pražské všeobecné nemocnici otevře.¹⁷

Poslední nalezený dokument – koncept jakéhosi přípisu či zápisu z nějakého jednání je z 1. října téhož roku - polemizuje s navrhovanými finančními částkami a hledá úspory.¹⁸ K otevření školy nedošlo nepochybně z důvodů ekonomických.

Naděje k otevření ošetrovatelské školy ve všeobecné nemocnici přinesl – jako v mnoha jiných případech – revoluční rok 1848. Připomeňme, že v tomto roce stál v čele všeobecné nemocnice jako její ředitel sám J. Riedl. Dochoval se jeden z jeho přípisů guberniu z června 1848, v němž zevrubně popisuje poměry ve všeobecné nemocnici a navrhuje různá zlepšení. V oddíle věnovaném ošetrovatelské službě konstatuje zvýšení její úrovně v poslední době, (do služby se hlásí i „vzdělaná individua“), zdůrazňuje ovšem potřebu zvýšit mzdy a zavést více mzdových kategorií, k čemuž měla přispět ošetrovatelská škola navrhovaná v roce 1845. Doufal, že bude znovu obnoveno jednání o ní.¹⁹ Jeho naděje

¹⁶ Tamtéž, přípis z 14.6.1845.

¹⁷ Tamtéž, přípis z 9.9.1845.

¹⁸ Tamtéž, přípis z 1.10. 1845.

¹⁹ NA ČG Publ. 1841-1855 34/5/ 39-55, kart. 2858, přípis z 26.6. 1848.

však byly marné. Uplynulo ještě více než čtvrt století, než se u nás začaly školit laické ošetřovatelky.

Z této krátké exkurze do historie našeho ošetřovatelství vyplývá, že zásadní problémy jsou věčně živé a přetrvávají z pokolení do pokolení. Těžká, náročná a odpovědná služba, málo peněz, málo uchazeček, složité otázky spojené s jejich profesním vzděláváním a výchovou.

Summary

An Attempt to Train Nurses at the General Hospital in Prague in the Fourth Decade of 19th Century

The research is based on archival resources from the National archives in Prague. The professional education of the nursing staff in Bohemia started initially at the Merciful Brethren hospitals. The first documented course took place in 1745 in Valtice. However, this was not a common occurrence. Even the paramedics at the Prague General Hospital, which was founded in 1790-1791, remained for very long period without a formal professional training. Their job was difficult, plagued with a low social status, and had no appeal to potential applicants. The negotiations about possible increase of salary remained mostly unsuccessful.

Physicians at the General Hospital were aware of the alarming situation and therefore they embraced

the idea of prof. assoc. in psychiatry J. G. Riedel, who proposed establishment of a nursing school as a part of the General Hospital. The plan was discussed during the spring of 1845 and tackled several issues. Among other things considered for potential school was the length of the course (from 14 days to three months), as well as chief topics, which were supposed to be the main focus of the training. Teachers should have been physicians and surgeons from the General Hospital.

Unfortunately, this 1845 plan ran into financial difficulties and failed to render any results. Three years later the second attempt to establish the school was unsuccessful as well.

Tomáš Jiránek

Nemoci a léčebné terapie v životě Emanuela Salomona z Friedbergu - Mírohorského

Abstract: *The study deals with to the development of medicine in general and its relations to development of healing traditions and superstitions during the 19th century. This issue is analyzed at one side in international comparison, but the main attention is focused on the figure of Emanuel Salomon of Friedberg-Mírohorský, one of the first pioneers of natural healing treatment (especially hydrotherapy) in the Bohemian lands. In the article are introduced numerous examples from his own personal experience, which were summarized in his extensive handwritten memoirs.*

Key words: *Emanuel Salomon of Friedberg-Mírohorský – natural healing arts – superstition – history of medicine*

Medicína v 19. století byla oborem, který prodělával vývoj k lepšímu, ovšem nepříliš rychle a nerovnoměrně, ať už z hlediska teritoriálního (srovnáme-li různé země, venkov a město), nebo sociálního ve smyslu rozdílného myšlení a možností v různých vrstvách společnosti. Léčebné postupy se měnily pomalu, nemoci byly dlouho chápány jako boží trest.¹

Na pomoc lékaře spoléhali většinou jen lidé s širším rozhledem a majetní, kteří věřili, že se vyplatí povolání studovaného odborníka včas. Naproti tomu zejména na venkově se chudší z nevzdělanosti stejně jako z chudoby, která nedovolovala přivolat lékaře v době, kdy to ještě mělo smysl, svěřovali do rukou kořenářek, mastičkářů a různých zaříkávačů, kteří podle všeobecného názoru uměli jak uškodit, tak pomoci.

O tom, že se různé pověry udržovaly na venkově velmi dlouho, až do poměrně nedávnejší doby, svědčí řada dokladů z různých částí českých zemí. Je možno uvést příklady z Moravy, jižních a severovýchodních Čech. V 80. letech 19. století se – sice spíše jako o kuriózní, ale stále mající váhu – psalo o lidových pověrách: „V každé obci jest nějaká babička, která „oustřele“ zažehnává, „můry“ vyhání, souchoť měří a proti všelijakým nemocem něco dobrého poraditi umí. Na Květnou neděli polykají lidé tři svěcené kočky, aby nedostali zimnici, před sv. Filipem a Jakubem kladou na práh tři křížky ze dřeva angreštového, aby čaro-

1 O tomto tématu více viz například Ludmila HLAVÁČKOVÁ – Petr SVOBODNÝ, *Dějiny lékařství v českých zemích*, Praha 2004; Karel ČERNÝ, *Zázraky, historie a biomedicína*, in: *Folia Historica Bohemica* 24/1, 2009, s. 7-19.

*dějnice do domu přístup neměla. A kterápak hospodyně prodá něco nebo půjčí o Velkém pátku?*²

Často takové povolání vykonávali lidé z okraje společnosti, v dřívějších dobách například kat či jeho manželka. „*Baby kořenářky*“ byly nezřídka považovány za čarodějnice, i když jejich znalost bylin byla mnohdy opodstatněná dlouholetými zkušenostmi a mohla vykazovat při léčbě kladné účinky. Lidé se jich často stranili vedeni podvědomými obavami z neznámé moci, ale v případech potřeby přicházeli s žádostí o pomoc.

Své umění si tito doboví lidoví léčitelé chránili, a to ne jen ze sobectví: „*Většina pak nemocí hojí se mimo jiné léky také zařikáním. Zařikačky tyto jsou zajisté prastarého původu a chovají se od pravých zařikačů za veliké tajemství, neboť poví-li ji zařikač nepovolanému všetečkovi, pozbude zařikačka pro oba platnosti na tři leta,*“ zaznamenal František Bartoš na konci 19. století.³ Léčilo se bylinami, a to jak těmi se skutečnými léčivými účinky, tak takovými, jež musely být natrhány za určitých přesně stanovených podmínek, případně mohly být ještě posvěceny.⁴

Léčebné účinky byly přičítány vodě, ale ne každé. Záleželo na místě a dni čerpání a dalších okolnostech, léčilo se například tzv. střelnou vodou (do tekoucí vody se střelilo puškou a voda se pak nabrala do hlavně).⁵ Léčit mohly vyžádané nebo ukradené věci, léčebné účinky mohla mít čísla, světlo měsíce či slunce, nebo složitější, často dosti výstřední postupy, jež měly nepochybně pradávne kořeny. Například na Hranicku se léčily souchoť tak, že „*upekou mužskému černého kocoura, ženské kočku a dají snísti. Syrovou kůži nemocný nosí na prsou, dokud smrad sněsti může.*“⁶

Z ještě pozdější doby pochází sbírka svědectví o lidovém léčení pod Jestřebími horami, kterou sestavil se svými žáky učitel Adolf Kábrt v letech druhé světové války.⁷ V úvodu se píše: „*Ve sborníčku většinou jmen neuvádíme, neboť někteří zařikávači dosud žijí [...] Ještě před první světovou válkou bývali skoro na každé vesnici dva nebo aspoň jeden zařikávač. I v našem kraji tomu tak bylo. Naše maminky a babičky znají ještě ženy, které zařikávaly, a možná, že některé samy k nim chodily.*“⁸ Jako doklad jsou některé ze zařikávaček z místních vesnic přesto jmenovány. Zajímavé je, že i v tomto podkrkonošském kraji se podobně jako na Moravě k léčbě souchotin používala kočičí kůže, která se ještě teplá dávala na

2 *Jindřicho-hradecký kalendář na rok 1884*. Cit. dle Zdeněk URBAN, *Století českého kalendáře*, Praha 1987, s. 62.

3 *Moravský lid*. Františka Bartoše Sebrané rozpravy z oboru moravské lidovědy. Telč 1892, s. 194–195..

4 Tamtéž, s. 189.

5 Tamtéž, s. 194.

6 Tamtéž, s. 216.

7 *Jak se u nás za stara léčilo. O lidovém léčení v minulém století v kraji podžaltmanském*. Sebrali a napsali o Velikonocích 1944 žáci hlavní školy v Malých Svatoňovicích, upravil A. Kábrt.

8 Tamtéž, s. 5 a 8.

prsa a nechala se tam tak dlouho, až uschla.⁹ Vedle toho se zaříkavači vždy dovolávali pomoci boží a různých svatých.

Zmínky o lidovém léčení, zhusta založeném na pověrách, a o těch, kdo je provozovali, nalezneme často i v krásné literatuře, ale také v cestopisech a v odborných pracích etnografických a historických.

V oblastech s výrazně nábožensky založeným obyvatelstvem se udržovala zvlášť silná víra v boží pomoc, již někteří cizí pozorovatelé jen těžko chápali a jež občas díky různým okolnostem ústila ve vznik skutečně zajímavých pověr. Zanechal o tom svědectví například Milota Zdirad Polák, který pobýval v 2. desetiletí 19. století v Itálii a napsal o své cestě zajímavý cestopis.¹⁰ O pověřivosti a důvěřivosti místních, jež byla často zneužívána, mimo jiné zaznamenal: „Čím dále tím více obecného lidu nábožnictví se projevuje, a vzdělanost jeho daleko národům našich krajín postupuje.

Podvodníci chytří, jenž vlastnost slabosti svých vlastenců znají, táhnou krajinami za velikou příčinou. Ten zpívá divy mariánské, ten zázračné léky nosí, onen zažehnává duchy, čtvrtý předpovídá budoucích časů štěstí a neštěstí a každý z nich nevědomostí lidu vyzkoumanou se živí. Takový jeden podvodník pod mým oknem na stůl se postavě a léky své posvěcené vylože, sedláky, kteří právě z kostela valem domů se vraceli, zastavoval a krám svůj k prodeji podával. Při každé částce své lékárny výbornými, srdce nábožných rolníků jímajícími pohnutkami a schvalováním svého zboží prodávati uměl. „Bratří!“ vykřikl, v ruce svazek jakýsi maje. – „Bratří, bolestmi zubů trápení, pospěšte ke mně! Valte se k svému věrnému příteli, an šťastně odlehčení a pomoc ve jménu nejsvětější Trojice vám připovídá. Sem pospěšte k mému stolu a pohleďte na léky, na léky v Římě na hrobě svaté Apoleny svěcené! Kdo se žádného smrtelného hříchu nedopustil, ten ať to na bolící položí zub a ve čtyřech a dvaceti hodinách zhlazena jest bolest. Mnohý člověk, jenž čistého jest srdce, trátí tím své bolesti okamžením, kdyby i nejlitější byly, poněvadž tak v milosti boží a svaté Apoleny stojí. Komu pak po čtyřech a dvaceti hodinách bolesti nepřestanou, ten ať se ze svých hříchů vyzpovídá, neb toho jistý důkaz, že se velikých nepravostí dopustil. Kdo tohoto prostředku užívati míní, zaplatí čtyři grácie.“¹¹ Tu sedláci, jeden přes druhého, křičeli: „Mně dva papírky!“ – „Mně pět papírků!“ – „Mně čtyry!“ – „Tři pro mne!“ – a v okamžení vše prodáno bylo. Nyní vida, že dobrý oučinek jeho výmluvnosti působí, chopil se jiného papírku a hlásal: „Sem, hříšníci! Sem ve jménu sedmi bolestných ran Vykupitele a ve jménu sedmi ran Matky jeho bolestné, sem pospěšte, kteří na trest za své přestoupení oteklinou, boleninou, neduhy a vředy všelikými obtěžkáni jste! Sem ke mně chvátejte! Tuto mast položte na bolest, a není-

9 Tamtéž, s. 14.

10 Milota Zdirad POLÁK, *Cesta do Itálie*, Praha 1979.

11 Grácie – toskánská mince crazia, z něm. Kreuzer. Pozn. Felicitas Wünschové, editorky Poláková spisů.

-li svědomí vaše hříchy obtěžkáno, tak jste v krátkém čase neduhů zbaveni a za takové dobrodiní jen jediný paul zaplatíte.¹² V pěti minutách nebylo ani památky po masti. A tak ten plechatý starý taškář ty ubohé slamotrusy lákal, až v jeho ranci ani jedinká pilule neostala; zašněroval filec a s svými ulovenými gráciemi a pauly do hor se ubíral. Nosil na krku železný zámek, který vždy líbal a tak jako svého talismana držel, svou jalovcovou sukovitou holí vždy kříže na papírkách tvořil, když prodané je do rukou selských podával. Pokaždé, když jakési svaté jméno vyslovil, klobouk s hlavy sňal, což vždy jedním rázem jeho posluchačové s uhozením kříže na prsou po něm opakovali. Kdo by si pomyslel v těchto časech našich, že takový podvod možný jest? A kdo by řekl, že policie, kdyby sebeospalejší byla, takovým podvodům žádné překážky nečiní?¹³

Velmi zajímavý prvek představovaly v dané době některé kostely v Římě, v nichž hledali lidé pomoc od určitých neduhů. Stalo se tak díky lidové etymologii, která zkomolila místní názvy například do tvarů odvozených od italského (i latinského) slovesa *cacare*. A jak si prostí obyvatelé Říma význam názvu kostelů vysvětlovali? Polák o tom praví: „Dvou [kostelů] však ještě z ohledu divného významu podotknouti musím. Ti jsou S. Stefano del Caco, kamž se všickni zacpaného těla o pomoc utíkají. Druhý se nazývá S. Maria dei Cacaberi, kdež všickni běhalkou trápení o pomoc volají. Nablízku těchto dvou kostelů kolem dokola patrní důkazové jejich význam dosvědčují; a jítrem, kdo tudy jde cestou, vidí, kterak zázračně uzdravení hned před kostelem, jestli svatý Štěpán slovo držel, se přesvědčují.“¹⁴

Vedle různých často velmi bizarních léčebných postupů, jež patrně v sobě skrývají stopy dávného pohanství, tak velkou úlohu hrála soudobá důvěra v boha a různé svaté. Ačkoliv to zní nepravděpodobně, do jisté míry takové „lечение“ mohlo pomoci, a to na základě hesla „věř, a víra tvá tě uzdraví“.

Odborná medicína se samozřejmě časem zdokonalovala, ale jen pomalu získávala důvěru lidí, zejména těch chudších. Ti, jak už bylo řečeno, volali z úsporných důvodů lékaře až na poslední chvíli, když nepomohly žádné jiné způsoby, a často již bývalo pozdě. Z toho vyplývalo domnění, že ani lékař se svojí moderní vědou mnoho nepomůže.

Odborně vzdělaní lékaři sami nebyli všemohoucí a vševědoucí, kromě toho někteří z nich zůstávali v zajetí starých praktik. Nemuselo se sice jednat přímo o pověrečné zále-

12 Paul – paulo, římská mince, desetina scudu. Pozn. F. W.

13 Milota Zdirad POLÁK, *Cesta do Itálie*, Praha 1979, s. 129-130.

14 Tamtéž, s. 163. S. Stefano del Caco – kostel stojící u paláce Doria, nazvaný podle nedaleko vykopané egyptské sochy. S. Maria dei Cacaberi – dnes již neexistující chrám s původním názvem S. M. degli Angeli in Cacaberis nebo Cacabariis, stál poblíž Palazzo Strozzi na Via di S. Maria dei Calderari. Odtud také vzniklo zkomolené pojmenování kostela – calderairo znamená kotlář. Z vysvětlivek editorky Polákovy práce Felicitas Wünschové, s. 344-345.

žitosti, ale nedaly se vždy racionálně zdůvodnit, případně se využívaly v nevhodných souvislostech (například otázka škodlivosti čerstvého či nočního vzduchu, zakazovaná výměna prádla nemocného, nedostatečná osobní hygiena, přikládání pijavic atd.). Proto léčba vedená těmito lékaři, i když v podstatě mohla být vedena správným směrem, nemusela být příjemná.¹⁵

Právě z těchto podmínek vyplynuly krušné zkušenosti, jež během svého života, a zejména v dětství a mládí, učinil Emanuel Salomon z Friedbergu s lékaři. Protože přežil, mohl v pozdějších letech vyvodit důsledky v podobě naprostého odklonu od soudobé lékařské praxe k přírodním léčebným postupům, zejména k vodoléčbě. Tu doplnil abstinencí, nekuřáctvím a vegetariánstvím, a pro úplnost a dokreslení jeho snahy o dosažení souladu s přírodou je třeba dodat, že Friedberg patřil k prvním českým stoupencům nudismu.

V zásadě lze celkem zřetelně ve vývoji Friedbergova vztahu k medicíně vyzorovat tři okruhy: příčiny, jimiž byly osobní neblahé zkušenosti s lékaři a také vyložené nezdravý životní styl strýce, v jehož domácnosti Emanuel v dětství několik let žil (alkoholismus, šňupání tabáku, přejídání); důsledky, mezi něž lze zařadit odpor vůči stávajícímu způsobu léčení a hledání jiných cest; a konečně doprovodné jevy, k nimž patřilo praktikování nových postupů, studium přírodní léčby, cestování po vodoléčebných střediscích, překládání odborné literatury a rozšiřování nových poznatků ve vlastních literárních dílech či pomocí přednášek.

Emanuel Salomon z Friedbergu - Mírohorský, narozený v roce 1829 v Praze, pocházel z rodiny drobného šlechtice, který nedal na pověry, naopak věřil studovaným lékařům. Jako každé dítě i malý Emanuel prodělal různé více či méně těžké nemoci, a díky tomu nepříjemné zkušenosti s lékaři získal již v útlém věku. Zachytil je ve svých rozsáhlých rukopisných pamětech,¹⁶ jež začal psát v roce 1883. S oživením nejvzdálenějších vzpomínek mu pomáhali starší příbuzní, ale je patrné, že i jeho vlastní zážitky z útlého dětství byly v jeho paměti ještě živé. První zaznamenaná zkušenost s nemocí se váže k době, kdy dosáhl věku kolem čtyř let: *„Často mne tehdá začínalo pobolívati v krku, nemohl jsem dobře hltati, a sucho a horko jsem cítilval netoliko v hřtanu, nýbrž i v celém těle. Přivolaný lékař dr. Čermák, ordinarius rodiny hraběcí Trautmannsdorfovy [...], dle mého úsudku nejstrašnější ukrutník, nejdříve se mi podíval do jícnu a hrtanu pomocí veliké lžíce, jejížto širokou rukojetí mi přiskřípnul jazyk na dolní zuby stoličky tak hrubě a drsně, že jsem bolestí vykřikl. To patrně chtěl, neb viděl pak až kdo ví kam dovnitř, ale mně to bylo velice nemilé. Dále zapověděl dle tehdejšího způsobu protipřírodního, učeně - ukrutného, abych ničeho mimo*

15 Více viz Ludmila HLAVÁČKOVÁ – Petr SVOBODNÝ, *Dějiny lékařství v českých zemích*, Praha 2004.

16 Literární archiv Památníku národního písemnictví (dále LA PNP), f. Emanuel Salomon z Friedbergu (dále ESFM), Paměti z mého žití.

čistou polévku nejedl a, co ještě bylo mnohem krutější, nepil než vodu ustálou v pokoji a ještě ohřátou horkým praženým chlebem v ni vrženým; ovšem i v posteli ležeti jsem musel. Ty předpisy vybraně kruté, zejména trpení žízne při rozpáleném krku stokráte obtížnější, kde člověk nejvíce práhne po chladící čerstvé vodě, tak na mne účinkovaly odstrašivě, že jsem nadále se již nikdy k churavění nepřiznával dobrovolně, nýbrž trpě raději mlčel, chodil a běhal, a jedl a pil, co mi chutnalo.

Jak jsem si měl srovnávat tuto péči, o kterou jsem se věru neprosil, když mne něco bolelo uvnitř, s onou nedbalostí, bezstarostností a krutou odmítavostí výše naznačenými, když mne něco bolelo na zevnějšku!? Čím více jsem o těchto dvou věcech tak sobě odporujících přemítal, tím jistěji jsem musel dospěti k závěrku, jako by hlavní účel ve se mnou nakládání byla trýzeň a mučení, totiž tam mne mučili trpným přihlížením, a tu činným odsuzováním k postu, a co ještě horší, k suchu! Musím ostatně býti vděčným trýznitelovi Čermákovi za cehovní onoho času nadutou nedoukou neb lépe přeúčenost proti instinktu zuřící, neb prvně otužil mne, ovšem nechtě a bezděčně, proti bolestem vůbec a v přemáhání pocitů chorobných, a duze podkopal, ovšem toho neobmyšleje ani dost málo, úplně důvěru mou v umění lékařské, a tak mne zachránil pro živobytí mnohého nebezpečí; viděl jsem totiž pokaždé, že i bez lékařské pomoci jsem se uzdravil, a to rychleji než s ní.¹⁷ Jak vidno, Emanuel postupem doby přešel k opačné krajnosti, totiž k přesvědčení, že veškerá lékařská věda je zbytečná, že příroda si pomůže sama. A v průběhu let se mu zdánlivě dostávalo dalších důkazů.

Nějaký čas po zkušenosti s bolavým krkem, ve věku asi sedmi let, malý Emanuel onemocněl spálou: „Rázem jsem se rozstonal velmi těžce na spálu. Doktor Čmuchašek hned přivolán a dle tehdejšího léčení obmezeného, úzkoprsého, nerozumného musil jsem ležeti několik neděl v posteli, přikryt až přes bradu, v pokoji vytopeném asi jako parní lázeň, v němž se nesmělo po celý dlouhý čas ani nejmenšího okénka otevřít; prádlo – tj. košili a lůžkové převlaky – se nesmělo měnit po celé ony dlouhé týdny. Nyní každý se diví vším právem, jak tehda ve vzduchu tak nesmírně pokaženém mohl vůbec žít živočich zdravý, a jak nadto ještě nemocný – jenž má potřebu ještě nutnější vzduchu čistého – se mohl v něm uzdravit, zotaviti a silniti. [...]

Jak po dlouhém čase na konec mi dovoláno vykoupati se, ovšem zajisté ve vodě horké jako asi na opaření prasete, převléci se do čerstvého, otvírati u mne okna, když zrušeno i odloučení mé od ostatních a já opět směl sejít se slabý jako třtina po dlouhém léčení se sestřičkami, jaká to radost nesmírná, jaké štěstí!¹⁸

17 LA PNP, ESFM – osobní fond, Paměti z mého žití, kn. I, s. 6-6a.

18 Tamtéž, s. 16-17.

Krátce poté musel malý Emanuel přihlížet, jak jeho malou sestřičku, trápenou dlouho-trvající horečkou, léčil rodinný lékař pouze přikládáním pijavic.¹⁹ Tento způsob léčby byl ovšem široce oblíben, v jistých případech zřejmě mohl pomoci a těšil se důvěře i u neodborníků. Emanuelův strýc Neumann, který holdoval vyloženě nezdravému způsobu života včetně nestřídmého požívání alkoholu a nevyvážené stravy a v důsledku toho trpěl nadváhou a vysokým krevním tlakem, si dokonce pijavice choval doma ve sklenici za oknem, hned vedle objemné lahve s kořalkou, aby obé bylo v případě potřeby pohotově po ruce.²⁰

Pijavicemi byl Emanuel léčen i při „*zánětu mozku*“ (snad tedy zánětu mozkových blan, byla-li nemoc správně určena), jenž jej postihl ve věku devíti let. Neoblíbení cizopasníci mu byli nasazeni přímo na hlavu, zda pomohli, těžko říci, ale následky léčení ještě nějakou dobu po jejich odstranění přetrvaly a utvrzovaly chlapce v jeho nedůvěře vůči lékařům: „*Když po tom po několika dnech nejprísnější životosprávy odstraněn tísnící onen ob-
vaz, tvořily vlasy mé s usedlou v nich krví tvrdou co kámen okolo lebky koru, která mi nedovoľovala krčiti neb narovnatí kůži na čele, mrkati a pod. ruchy, jak mne spínala. Ob-
tížnému svrbění na celé hlavě jsem nesměl odpomoci škrabáním, abych nerozerval jízvy sot-
va zacelené po pijavkách. K tomu jsem dostal užívati prabídnou břečku sírou notně pách-
noucí, jako by samým Luciperem nejvlastnějšími drápy byla v nejzazším pekla koutu
bývala bryndána a přímo nejobludnějším čertem přinešena. Jak jsem pak blahorečil dnu,
kdy troje štěstí mi nastalo, totiž povlovné umytí ubohé okoralé hlavy, zastavení léků a pře-
chod ku stravě zase vydatné; jak mi ulevilo vyčistění zkamenělých takřka vlasů, jak mi chut-
nalo jídlo! Rejstříku mému zločinů lékařských těmito novými zkušenostmi ovšem nemálo
přibýlo, a tím i odporu mému instinktivnímu proti vědě, jež tak krutě nakládá s božím tvo-
rem. Zánět mozku slula nemoc, a že jsem vyvázl zdravý vzdor t. zv. léčení tak nesmyslnému,
mohl jsem děkovati přirozenosti své, jež se drzým útokům na mé ústrojí šťastně ubránila.*“²¹

Emanuel sám si pak užil své také se svérázným přístupem zubního lékaře, který napo-
máhal přírodě s předčasným odstraňováním mléčného chrupu. Jakmile se ukázal náznak,
že roste nový zub, byl Emanuelovi mléčný nemilosrdně vytržen. Tomu pak přičítal ná-
sledky pro svůj stálý chrup v dospělosti, který se jako příliš stálý neprojevil. Zubařovu
krutost si vysvětloval dvojím způsobem: jednak lékařovou hrabivostí, neboť za každý vy-
tržený zoubek účtoval 40 krejcarů, a kromě toho se povídalo, že zubař pochází z katovské
rodiny: „*ještě prý sám otec jeho vykonával milounké řemesélko toto; - věřím tomu nyní úpl-
ně, neb jen potomek katův může býti tak nelidským a vytrhati dítěti první zoubky všechny.*“²²

19 Tamtéž, s. 17.

20 Tamtéž, kn. II, s. 35.

21 Tamtéž, s. 43a-44.

22 Tamtéž, kn. I, s. 17-17a.

Po uvedení těchto příkladů, jež měly v dalším Friedbergově životě ještě následovníky, není divu, že běžným lékařům přestal věřit a hledal jiné cesty. Na pověry nedal, ale byly mu blízké přírodní postupy. Kolem roku 1850 se seznámil s vodoléčbou, pro kterou se velice nadchl a praktikoval ji nejen na sobě samém, ale i na své rodině:

„Na rozhraní zimy a jara, asi v únoru a začátek března 1861, odstonaly sobě má tchýně a její dcery Leontína a Karola asi třínedělní nemoc, již nemohu jinak nazvat než tyfem v celosti lehkým, a na pováženou a příšerným jen, pokud všechny tři velmi často blábolily nejkudrnatější nesmysly. Nadšeny mým vynášením léčby vodou s radostí na to přistoupily, nezavolali lékaře, ani toho povolného Abla ne, jenž se řídil s předpisy svými jak dietetickými, tak therapeutickými pouze dle choutek a rozmarů svých pacientek, a svěřiti se úplně mně. Ležely všechny tři v prostorné ložnici s okny na jih, v nichž vždy některá vyhlídka musila býti otevřena, někdy za slunných polední zela obě okna dokořán.

Therapie byla velmi jednoduchá, opasky vzrušující priessnitzovské měly všechny tři, podobně měly dcery ovinutá lýtky a rozpálené horečkou hlavy jsem chladil studenými náčinami hodně mokřými, ale vše bez ledu. Tchýně, i když kvapně vypravovala nejhorší nesrovnalosti, měla hlavu jako led studenou, pročež ji musila obvázáti hedvábným šátkem, ovšem suchým. Chladné nohy často natírány buď na sucho aneb mokřými rukama panské, jež se nemohla dosti vynadiviti neobyčejnému léčení. Jísti směly, co chtěly, beztoho neměly nejmenší chuti k ničemu; k pití měly vodu neb limonádu.

Tchán můj, jenž z počátku patřil velmi nedůvěřivě na celou mou činnost, radoval se ku konci se mnou a s mou chotí, jak rychle nemocné se zotavovaly, sesílily a znovu dospěly k bývalému vzezření zdravému.

Mezi oněmi, kteří se mému léčení obdivovali, vynikali nejvíce ohnivý major Dierkes od hradebnictva, horlivě zaujatý pro vše nové, a náš major Vécsey, chladný pozorovatel a posuzovatel, pak štábní lékař dr. Hirsch vyznání a vzezření silně mozaického, v prázdných chvílích homöopath a i hydriopath.“²³

Po tomto svém úspěchu napsal Friedberg do Švýcarska Theodoru Hahnovi,²⁴ vodoléčitel a vydavateli Rausseových knih o léčbě vodou a také autorovi podobných spisů, psaných jednoduše a srozumitelně, a požádal ho o rady ve věci dalšího postupu při uplatňování jeho léčebných zásad. Úspěch při léčení svých příbuzných použil jako příklad a pochlubil se i tím, že se všechny uvedené ženy staly stoupenkyněmi přírodní léčby. Hahn Friedbergovi odepsal, blahopřál mu k úspěchu, poskytl mu několik důležitých rad a při-

23 LA PNP, ESFM, Paměti, kn. VII, hl. 4, s. 1021a.

24 Theodor Hahn (1824-1883), průkopník přírodní léčby, zejména vodoléčby spojené s vegetariánskou dietou, obecně zdravého způsobu života a názoru, že každý člověk je zodpovědný za svoje zdraví. Napsal více než dvacet knih. Byl odpůrcem školské medicíny a městského způsobu života, provozoval různé vodoléčebné ústavy, například od roku 1854 Untere und Obere Waid ve švýcarském St. Gallen.

ložil také brožuru, kterou sám sestavil na základě různých zdrojů, s názvem „*Die naturgemässe Diaet, die Diaet der Zukunft*“,²⁵ kterou mu důtklivě doporučil.

Friedberg si ji pozorně přečetl stejně jako o deset let dříve v Temešváru jiné spisy, jež se mu tehdy dostaly do ruky a jež ho na novou cestu přivedly, a byl jí nadšen, protože „*v plné míře potvrzovala, co jsem jaksi instinktivně tušil, dáváje po celé žití své přednost jidlům jemným, sladkým, jednoduchým před slanými, kořeněnými, složitými a dráždivými a pojídaje maso jen tak bez myšlenky a též mnohdy bez valné chuti a spokojenosti, pouze ze zvyku, z opičení, protože je jídali jiní, ani nepřemýšleje, že by to mohlo, ba mělo být jinak.*“²⁶

Jak je zřejmé, Friedberg se k novým léčebným postupům přibližoval poměrně pomalu. Zmínka o Temešváru se týkala roku 1851, kdy se mu v době vážného onemocnění kolegů, jež neúspěšně léčili „allopathové“, dostala do rukou Rausseova kniha „*Wasser thut's freilich!*“.²⁷ Ta mu poskytla první poučení o vodoléčbě, získané vědomosti pak dále rozvíjel, až je začal i prakticky provozovat. Od zmíněného úspěchu při léčbě tchyně a švagrových Friedberg vodoléčbu všemožně podporoval, nejen že ji nadále provozoval v rámci vlastní rodiny, ale snažil se o její účinnosti a prospěšnosti přesvědčovat širší okolí.

Jedním z dalších tehdejších významných průkopníků vodoléčby a životního stylu s určitými zásadami stravování, oblékání a pohybu, jež v celku tvořily životní filosofii pohlížející na člověka jako na neoddělitelnou součást přírody, byl Sebastian Kneipp (1821-1897).²⁸ Kneipp postupně vyvinul ozdravný program, který sestával z pěti hlavních okruhů: vodní terapie, pohybu na zdravém vzduchu, využití léčivých bylin, zdravé výživy a „uspořádaného způsobu života“, jež jsou zejména v německy mluvících zemích uplatňovány dodnes.²⁹ Docházelo i ke zjednodušení, mimo jiné bylo Kneippovo učení ztožňováno zejména s chozením naboso studenou vodou.

25 Něm.: „Přirozená dieta, dieta budoucnosti.“ Pozn. T. J.

26 LA PNP, ESFM, Paměti, kn. VII, hl. 4, s. 1024a.

27 J. H. RAUSSE, *Wasser thut's freilich! Miscellen zur Gräfenberger Wasserkur*, s. l. 1834. Otázka je, zda neměl Friedberg na mysli další Rausseovu knihu, totiž: TÝŽ, *Der Geist der Gräfenberger Wasserkur. Motto: "Wasser thut's freilich"*, 2. vyd., Zeitz 1839. J. H. Rausse, vlastním jménem H. F. Francke (1805-1848), byl odborníkem na vodoléčbu, který působil v Meklenbursku, provozoval vodoléčebný ústav v městečku Bad Stuer. Dále napsal například TÝŽ, *Anleitung zur Ausübung der Wasserheilkunde für Jedermann*, 2. vyd., Leipzig 1857.

28 Sebastian Kneipp byl kněz a léčitel, který působil v bavorském Wörishofenu. V dnešním Bad Wörishofenu se nachází Muzeum Sebastiana Kneippa, řada tamních hotelů staví na Kneippově tradici a nabízí pobyty řízené dle jeho zásad. Viz například Sebastian KNEIPP, *Léčení vodou, jež po třicetiletém zkoušení k vyléčení nemocí a pro zachování zdraví napsal*, Brno 1888, z dalších vydání pod názvem TÝŽ, *Léčení vodou*, Praha 1910; nověji Praha 1991, 1999; TÝŽ, *Léčení podle Kneippa*, Vizovice 2009; TÝŽ, *Jak žít*, Praha 1991. *Illustrovaný Kneippův kalendář* vyšel v češtině prvně pro rok 1897 ve vydavatelství Aloise Hynka v Praze.

29 Viz například <http://www.austria.info/cz/odpocinek-a-relaxace/zdravi-prostrednictvim-sily-vody-1159526.html>, (25. 8. 2010).

Kneippovy postupy Friedberga zaujaly, zřejmě také proto, že se jim již dříve svým způsobem života blížil a že Kneipp znal a využíval názory Hahnovy, jimž i Friedberg věnoval pozornost. O tom, jak šířil kneippiánství mezi příbuzné a známé, vypovídá mimo jiné zmínka v pamětech o krátkém pobytu v Chrudimi v létě 1896:

„21. srpna již o ¼ 6 hodině ranní jsem se brouzдал v ranní rose s několika kneippovci, mezi nimiž obuvník Musil s dvěma dcerami, v zahradě paní Stöcklové, kde mají slušnou koupelnu s hezkým polejváním. [...] K 8. hodině jsem s netí Marií odvedl Ellu domů do pivovaru, a pak spěchal mezi kneippovce shromážděné v hostinci Kňákalově, kde jednatel spolku Kohoutek mi četl vzletný, ale trochu dlouhý pozdrav.

22. srpna ráno se lilo. Kneippoval jsem zcela sám.“³⁰

Pro „kneippování“ získal Friedberg příznivce i v jiných kruzích než příbuzenských. Podílel se na založení spolku „Český Kneipp“ v Praze v roce 1893, který vedle prosazování hlavních Kneippových zásad pořádal přednášky a výlety.³¹ Jan Šťastný v citované knize uvádí, že zmíněný spolek vydával časopis *Český Kneipp*, ale skutečnost je taková, že časopis byl vydáván skupinou Kneippových příznivců, kteří v rámci spolku měli určité spory. Redaktor a majitel listu prof. Ježek stejně jako „pořadatel statí vědeckolékařských“ dr. Josef Wieser (lékař původem z Českých Budějovic, který se roku 1893 přestěhoval do Prahy) byli původně členy, ale vystoupili ze spolku v roce 1895.³² Rozchod je zřejmý i z obsahu časopisu. O založení spolku ještě byla uveřejněna zpráva: „*Jak obecně již známo, ustavil se v Praze spolek „Český Kneipp“ na šíření přirozeného způsobu života ve všech vrstvách společenských. Stanovy jeho byly vešlehlavním c. k. místodržitelstvím schváleny a za stálé sídlo spolku přijata zatím hořejší místnost ve sv. Václavské záložně vedle katolické besedy, kde i spolková knihovna se nalézá. [...] Roční příspěvek obnáší 2 zl. a přístupné 1 zl. Výbor spolku stará se nyní o pečení Kneippova chleba v Praze a o vlastní místnost.*“³³ V prvních třech letech pak Český Kneipp ještě přinášel zprávy o spolkových schůzích a akcích, ale od čtvrtého ročníku se již žádná zmínka neobjevila. Cíle spolku i časopisu, jehož název nesl podtitul „Časopis pro šíření přirozeného způsobu života a Kneippova léčení vodou ve všech vrstvách společenských“, byly víceméně shodné, ale zřejmě došlo k rozporům v názorech na výklad Kneippova učení a uplatňování jeho zásad, jež vedly až k rozchodu, i když pravděpodobně nepříliš nepřátelsky vyhocenému.

30 LA PNP, ESFM, Paměti, s. 2876-2876a.

31 Emanuel Salomon Z FRIEDBERGU – MÍROHORSKÝ, *O vegetarismu*, Praha 2009, s. I., doslov Jana Šťastného, s. 69-70.

32 *Český Kneipp*, r. II, 1894/1895, č. 6, s. 96.

33 *Spolek „Český Kneipp“ v Praze*. *Český Kneipp*, r. I, 1893/1894, č. 1, s. 16.

Zajímavé by jistě bylo blíže osvětlit Friedbergovu úlohu v rámci spolku, ale vzhledem k nepřístupnosti archivního fondu v Archivu hlavního města Prahy to nebude jednoduché.³⁴ Ve spolkových zprávách v časopisu zpočátku není vůbec zmiňován, až k datu 18. března 1895 je uvedeno, že byl aklamací jednohlasně zvolen za předsedu spolku (před ním předsedal F. Hanilec).³⁵ Větší podrobnosti lze nalézt ve Friedbergových pamětech, z nichž vysvítá, že Mírohorský byl skutečně hlavním iniciátorem „spolčení se“ Kneippových příznivců: „13. listopadu [1893] [...] dopoledne „U Donátů“ se sešlo k první poradní schůzi 15 přívrženců zásad Kneippových životosprávných a léčebných, a arci i bosoty s nimi spojené. Vyzvaltě jsem dříve insertem v Národních listech všecky takové osobnosti, aby se mi přihlásily kvůli možnému společnému pěstování těchto blahodárných nauk, a tu mi dopsalo 14 pánů, mezi nimiž Ladislav Čupr, Alois Bolom, Čeněk Wiedemann, Antonín Krofta a snad některý jiný jsou posud, 1899, horlivými stoupenci ve kvetoucím spolku „Český Kneipp“. Vyvolili mne předsedou a pan Bolom hned navrhl vycházku na boso. Toho hned odhodlaně jsem se chopil já – ostatní mlčeli – a po obědě skutečně jsme si vyšli my dva Slupí, Nuselskou branou na Pankrác, kde jsme se zuli a bosi kráčeli velikým obloukem poli nad Bráníkem a Podolem zase do Pankráce.“³⁶ Během zimy 1893/1894 byly schváleny stanovy spolku, jenž na jaře čítal přes dvacet členů,³⁷ včetně profesora pátera Ježka, jenž se s Friedbergem názorově rozcházel: „S tímto knězem, nad jiné umíněným a urputně neshovívavým, a se stanovami se to mělo zvláštně. On sám sice mne navrhl za starostu, ale drze se vtíral svými názory, které, ač mnou potírány, vždy nacházely souhlasu shromáždění, protože v něm bylo mnoho kněží, a těmito si dali imponovati i mnozí nekneží, a moje námitky vesměs přehlasovány.

Tak na př. hned při pojmenování spolku. Ježek [...] nás přepadl návrhem, že spolek má míti název „Český Kneipp“, čemuž tleskali přítomní duchovní, kteří ke věci lnuli mnohem více k vůli „kollegu“ faráři Kneippovi ve Wörishofenu než z porozumění přírodoléčbě a z uznání její výtečnosti. Já marně namítal, že sluší názvy voliti spíše dle věcí než dle osob, že nadto českému spolku nepatří jméno Němce, a navrhoval něco věcného, ale slepí potakovači Ježkovi ani nepřipustili rokování a zůstalo při pojmenování „Český Kneipp“, kteréž mně bylo silně proti srsti.

34 Archiv hl. m. Prahy, fond Přírodoléčebný spolek v Praze. Jedná se o 0,48 běžného metru archiválií v časovém rozsahu 1873-1952, mezi nimiž jsou alba fotografií, zápisy ze schůzí, účetnictví, seznamy členů ad.

35 *Český Kneipp*, r. II, 1894/1895, č. 10, s. 157-158.

36 LA PNP, ESFM, Paměti z mého žití, kn. XIII, s. 2730.

37 Tamtéž, s. 2739a.

Dále Ježek prosadil proti odporu hlavně mému, že ve stanovách ustanoveno, že členy ženské jsou přípustné jen odloučené od mužských. Darmo jsem namítal, že se tím učiníme smšnými, roztrídíující obě pohlaví jako ve vesnickém kostele.

Výlety Ježek přijati do stanov musil, protože v tom směru byl podporován toliko od kněží, a to ne ode všech, ale ohražoval se co nejslavnostněji proti tomu, aby byly podnikány na újmu ranních služeb církevních. Já rázně odporoval úzkoprsému tomu požadavku, důstojnému obmezeného kostelníka nebo svíčkové baby, řka, že předem nejsme žádné sdružení katolických tovaryšů, jemuž záleží na tom, aby údové jeho hojně se zabývali růženečkováním apod., a za druhé, že i celodenní výlety – dojde-li na ně – budou konány tak pozdě, aby kdo chce si mohl odbýti mši třebas o 5. 6. , 7. hodině ranní, nebo onomu obřadu by mohl býti přítomen v osadě, kam dorazíme zajisté přede hrubou, zpívanou.

Tak Ježek se snažil všude stavěti plané pobožnůstkářství nad vlastní účel náš čistě zdravotní.³⁸ Dne 20. března 1894 se za účasti přibližně 50 lidí včetně dvou žen konala další schůze, v níž byl Friedberg zvolen starostou a Ježek jeho náměstkem.³⁹ Dvě osobnosti, které si natolik vzájemně názorově nevyhovovaly, ale věštily pro spolek do budoucna potíže.

Je pravda, že přístup k naplňování Kneippových doporučení mohl volit každý sám. Tak Friedberg vzpomínal, že někdy svými procházkami naboso vyvolával pozornost až nepříjemnou. Za určitých podmínek skutečně nebylo běžné potkat na okraji Prahy pána pokročilého věku, důstojného vzezření a očividně ne chudého, jak si vykračuje bez bot: „27. března [1894] ráno -3° a slunno. Dopoledne jsem si vyšel, za Vinohrady se zul a za skvostné pohody, + 14° a východního větříku kráčet bos až k samým Strašnicím. [...] 28. března pohoda a bosá procházka jako včera, jen že jsem potkal dva mladíky důkladně obuté velmi dotěrné, kteří mne patrně považovali za pomateného. Veden mezi námi [...] hovor asi následující:

Jeden z výrostků: „Vám něco je, pane.“

Já: „A co by mi bylo?“

Druhý mladík: „Vám něco schází.“

Já s úsměvem: „Ba máte pravdu, obuv.“

Jeden z těch chlapů: „A kde ji máte?“

Já (maje ji v kapse): „Co je vám do toho? Dejte mi pokoj. Což jste ještě nikdy neviděli bosého člověka?“

Mladík: „Ovšem že dost, ale jen nejhorší syčáky a žebráky; ale kdepak takového pána se zlatým řetízkiem u hodinek. A proč jste bos?“

38 Tamtéž, s. 2740.

39 Tamtéž, s. 2740a-2741.

Já.: „Já se vás také neptal, proč jste obuti, tak také se nestarejte o mne. Jste nějakými zřízenci policejními? A kdybyste byli, nebylo by vám pranic do toho, je-li kdo obut, nebo bos.“

Jeden ten výrostek: „My vás vyprovodíme. Tam táboří cigáni, a to vesměs bedlivě obutí, ani taková chamrad' nechodí bosa; mohli by vám ublížit.“

Já (nikde žádných cigánů nevida, jimiž mi hlupci hrozili jako malému dítěti, majíce mne beze vší pochyby za pomatence): „Já nestojím o váš průvod a žádných cigánů se nebojím, i kdyby zde někde byli.“

Dotěrník jeden: „Chodí zde strážníci a četníci, mohli by vás sebrati.“

Já (hlasitě se mu směje do očí): „Mne sebrat, a proč? (Vážně.) Nyní ale toho mám opravdu dost. Buď mne nechte a jděte si svojí cestou, nebo mluvejte rozumně.“

A tu jsem jim začal vykládati, jak je to zdravé choditi boso, čemuž venkované děkují značnou část zdraví v přirovnání k měšťákům, že je nás v Praze celý spolek, jenž si vytkl za účel vrátiti se pokud možná ku přírodě, ku prostému žití střídmému, a tak působiti ke zdraví celého národa. Patrně oba ti chlapíci nebyli tak docela zabeďněni a čím dále více dávali najevo jaké takés v kotrbách svítání a porozumění, obdivovali se spolku jim právě napovězenému a nakonec i vyslovili přání přistoupiti k němu.⁴⁰

Z výše řečeného je patrné, proč si Friedberg nemohl s Ježkem porozumět. Friedberg a další se zajímali především o Kneippův zdravý životní styl a postupy, které přibližovaly člověka přírodě, jednali například o pronájmu loučky, kde by mohli nerušeně provozovat chůzi naboso v ranní rose. Naproti tomu pátera Ježka a jeho stoupence zajímala na prvním místě skutečnost, že Sebastian Kneipp byl také kněz, a z toho vyvozovali souvislosti, které Friedbergové skupině víceméně nestály za pozornost.

Za podivný postup ze strany Ježka lze označit i to, že sám na jaře roku 1894 vyjednal se Sebastianem Kneippem jeho návštěvu Prahy a přednášku, aniž by o tom předsedovi spolku cokoliv řekl. Nakonec, jak se dalo očekávat, se cesty obou větví spolku rozešly. Friedberg o tom s určitým opovržením a úlevou napsal: „Ježek nám, celému výboru, již dříve velmi nesympatický pro úzkoprsé klerikální stanovisko a nadutou domýšlivost, pak ztratil náklonnost naši úplně a časem ze spolku vystoupil i s ostatními flandáky.“⁴¹

Přes uvedené spory se členstvo spolku utěšeně rozrůstalo, 16. dubna 1894 čítalo 70 členů, koncem dubna 1895 se ke spolku hlásili 163⁴² a 14. října téhož roku 203 členové.⁴³ Pražský spolek podporoval šíření Kneippových názorů i mimo hlavní město království

40 Tamtéž, s. 2741a-2742.

41 Tamtéž, s. 2744a.

42 Český Kneipp, r. II, 1894/1895, č. 10, s. 157.

43 Český Kneipp, r. III, 1895/1896, č. 5, s. 78.

vznikly místní spolky „Český Kneipp“ v Poděbradech, Pardubicích, Chrudimi,⁴⁴ nezávisle na Praze také spolky prosazující přirozený způsob života bez přímého odkazu na Kneippa v názvu, a to v Liberci, Jablonci, Chomutově, Raspenavě, Varnsdorfu, Brně, Prostějově a jinde.⁴⁵ Výsledkem snah pražského spolku se stala také Kneippova tržnice v Praze, zřízená koncem roku 1893 na rohu Skořepky a Svatojilské ulice. *„Jest to výhradní a jediné oprávněný prodej všech výrobků, pokud se týkají životosprávy a léčebné metody Kneippovy: sklad španělských plášťů, ovinků, plén, ponožek, košil, sandalů, prodej chleba, mouky Kneippovy, sladové kávy, medového vína, sušených bylin, jež doporučují v Kneippově lékárně. Jelikož Kneippova tržnice jest pod stálým dozorem některých členů výboru spolku „Český Kneipp“, jsou ceny všech výrobků přiměřeny. [...] Nikdo jiný v celé Praze není do- sud oprávněn Kneippovo prádlo a jiné výrobky (ku př. sandály, kávu) se jménem Kneippovým prodávati, pokud si od výboru spolku „Český Kneipp“ nezjednal písemného povolení.“*⁴⁶ Je zřejmé, že Kneippovy zásady šly opravdu do podrobností a udělení práva obchodovat s jednotlivými částmi oblečení, s bylinami atd. podléhalo přísnému dozoru spolku. Ne vždy se ale dařilo vše uhlídat. Časopis „Český Kneipp“, řízený v té době již bývalým členem spolku Ježkem, například přinesl zprávu o tom, že v Praze v prodávaném Kneippově chlebu byla nalezena plíseň,⁴⁷ což asi širitelům Kneippových názorů příliš neprospělo. Pokud se ovšem nejednalo o pomluvu s cílem uškodit spolku.

Friedberg nicméně zůstal Kneippovi věrný, žil podle jeho doporučení a na šíření jeho věhlasu pracoval i tím, že překládal knihy, jež měly zájemcům přiblížit podstatu a výhody Kneippových zásad.⁴⁸

Vodoléčba spolu s dalšími – v dané době - neobvyklostmi nebyla jedinou Friedbergovou libůstkou. Na začátku 60. let 19. století se, jak je výše uvedeno, stal vegetariánem, což mu s jeho již dříve provozovanými výstřelky (abstinentství, nekuřáctví) vyneslo posměch a kritiku od nadřizených (shodou okolností byl tehdy jeho velitelem ve Veroně Ludwig von Benedek, známý z války roku 1866) i kolegů důstojníků. Své stanovisko si většinou obhájil, takže mu okolí postupně přestalo tyto zvláštnosti předhazovat. Vegetariánství pak

44 Pardubický spolek se ustavil 7. dubna 1895 za účasti 30 členů, viz *Český Kneipp*, r. III, 1895/1896, č. 1, s. 16; chrudimský dne 26. srpna 1895, viz *Český Kneipp*, r. III, 1895/1896, č. 3, s. 44-45. Archivní fond po sobě zanechal patrně pouze poděbradský spolek, viz SOkA Nymburk se sídlem v Lysé nad Labem, fond Český Kneipp Poděbrady, písemnosti z let 1894-1906.

45 *Český Kneipp*, r. I, 1893/1894, č. 11, s. 176.

46 *Český Kneipp*, r. I, 1893/1894, č. 4, s. 64.

47 *Český Kneipp*, r. III, 1895/1896, č. 6, s. 95.

48 Například Sebastian KNEIPP, *Dovětek k mojí závěti pro lidi zdravé a nemocné*. Zčeštil, jsa k tomu autorisován, Emanuel Salomon z Friedbergů, Kempten 1898, 346 s.; TÝŽ, *Veleknihna Kneippova. Lidové pojednání pro lidi zdravé i nemocné*, Zčeštil a část. sest. z překl dřív. Emanuel sv. p. Salomon z Friedbergů (Mírohořský), Kempten 1905.

šířil mezi veřejnost, například proslovil přednášku na toto téma v Náprstkově Americkém klubu dam, text potom vydal i tiskem.⁴⁹ Na místě, kde se obvykle zdůrazňují autorská a vydavatelská práva, Friedberg výslovně uvedl: „*Patisk vele vítáný k vůli valnému rozšíření spásonosného obsahu.*“ V přednášce rozebral historii vegetariánství od starověku, upozornil na významné osobnosti, jež se jej držely, a na kladný vliv na lidské zdraví: „*Dále dokážu, že vegetarism není strašidlem, neb nestraší, naopak slibuje zdraví, lehkou, jemnou mysl, bezvášnivost, spokojenost, láci atd., a ti, kdož více méně masa se odřekli a s ním spojených lihovin, blahé toho následky cítí na sobě. [...] Konečně to též není bláznovství, naopak věc velmi střízlivá, jednoduchá a určená právě předcházeti zbláznění, čím dále tím hustěji se vyskytujícímu, následkem hýření, jedlictví, pijáctví a prudkých léků, proti různým neduhům užívaných, zejména narkotických. Vždyť ve vzdělaném světě přibývá co do budov nejvíce blázinců a pak hned trestnic.*“⁵⁰ Friedberg jednak odsuzoval zabíjení zvířat, z nichž některá za živa člověku užitečně slouží, jednak zdůrazňoval zdravotní stránku vegetariánství. Řada jeho vývodů ovšem neodpovídala skutečnosti, což se ale v dané době nedalo dokázat: „*Maso ve vnitřnostech člověčích, k trávení jen nevalně utvořených, hned v žaludku hnijí, přivádí mnoho zárodků hniloby do krve a tak do celého ústrojí, krev tím se zostří a k přijímání škodlivých nakažlivin, pak k zánětům všelijakým se přispůsobí.*“⁵¹ Kromě toho spojoval Mírohorský „masojedství“ se zvýšenou spotřebou alkoholu, z čehož plynuly „truchlivé následky“. Naproti tomu strava rostlinná nesla s sebou zcela jiné účinky: „*Byliny s jemnými, lahodnými vlastnostmi svými krev zachovávají lehkou, plynnou, čistou, oběh její neprudký, nenáhlý, stejný, volný, a tudíž výživu těla a všechny jeho výkony čilé a pravidelné.*“⁵² Friedberg přičítal vegetariánství řadu kladných dopadů na lidský organismus i psychiku, mělo zjemňovat mravy, omezovat krvelačnost, vychovávat a sílit charaktery, tlumit vášně, posilovat vůli, vedle toho ale také předcházet nemocem, zejména nakažlivým, k nimž je náchylnější „masojed“, tím se vyhýbat lékařům a dosáhnout vysokého věku. Nezanedbatelnou souvislost představovaly také nižší životní náklady.⁵³ Zřejmě neprávem spojoval Friedberg vegetariánství s větší odolností vůči různým nemocem, například zimnici, a s celkově lepším zdravotním stavem. Friedbergova přednáška o ve-

49 *O vegetarismu*, Spanilomyslným dámám u pana Vojty Náprstka v Praze dne 30. března 1884 četl Mírohorský, Praha 1884. Přednáška vyšla ještě v rozšířeném vydání v roce 1895. V roce 2009 vydal oba texty s doslovem o autorovi Jan Štátný – E. S. Z FRIEDBERGU – MÍROHORSKÝ, *O vegetarismu*, s. 1.

50 *O vegetarismu*, Spanilomyslným dámám u pana Vojty Náprstka v Praze dne 30. března 1884 četl Mírohorský, Praha 1884, s. 5-6.

51 Tamtéž, s. 9.

52 Tamtéž, s. 9.

53 Tamtéž, s. 10.

getariánství je poněkud odlehčena, autor patrně úmyslně na některých místech přeháněl, nicméně účelem bylo šířit povědomí o tomto způsobu života, a to se mu jistě podařilo. S jeho podporou byla mimo jiné založena v Praze v roce 1899 vegetariánská jídelna.

K nezpochybnitelným prvkům Friedbergova zdravého životního stylu patřil také dostatek čerstvého vzduchu, a to i v noci. Uváděl, že po svém ovdovění (1878), protože předtím to s ohledem na manželku nedělal, spával s otevřeným oknem až do venkovní teploty – 6° C, a výborně mu to svědčilo.⁵⁴

Friedbergovy názory na moderní lékařství zacházely občas do krajnosti, což se týká také jeho odmítnutí očkování, otázka dnes opět často probíraná: *„Rovněž jsme se odhodlali nedáti děti očkovati proti neštovicím poučení jsouce Hahnem, jenž to, ve shodě se všemi přívrženci léčení a žití přirozeného a i za souhlasu mnoha allopathů a homöopathů, zatracoval vzdor autoritám a hlasům obecným, vynášejícím do nebes vynález Jennerův. Odpůrcové očkování psali, že to čirý nesmysl, chtějí se zachrániti před nemocí tím, že si dáme namazati do krve hnis, a tu tak si kaziti pravou hnusnou nečistotou. Lékařové, léčící jedy, co čistí empirikové zase dokazovali, jak přechasto očkováním přenášeny nejděsnější nemoci do útlého ústrojí dětského, a mnoho dětí následkem jich zemře neb do smrti se zmrzačí.“*⁵⁵

Mezi Friedbergovy na danou dobu hodně bizarní nápady patřily představy o přirozeném porodu, jež rozvíjel v době, kdy manželka čekala první dítě, a o péči o novorozeně: *„Vůči rodinné události, které jsme hleděli vstříc, ovšem jsem vykládal své rozumy, jak bych si představoval a přál, aby dle zásad přirozených asi v duchu Hahnově a Rausseově bylo nakládáno jak s rodičkou, aby nebyla obtěžována nepřirozeně a snad drzou rukou porušena, tak s dítětem, aby nezchoulostivělo jako žijící již pokolení, a záhy se tužilo. Toužil jsem, jelikož příroda nestvořila žádných zvláštních bab porodních, aby choť má si to celé odbyla sama; neb přec každý ženský tvor musí přírodou býti nadán instinktem naprosto dostatečným na vlastní jednání bez zakročení jiných.“*

Co do novorozeňátka jsem si myslel, že by se nemělo hned obléci a ještě méně v peřinkách pařiti, nanejvýš v době letní, kdy mělo ponejprv spatřiti světlo boží; nýbrž rád bych byl zařídil, když již to nemohlo býti na volném vzduchu, neb zahrady jsme u domu neměli, aspoň v pokoji ve prostranné a nízké bedně trávník, na němž nahoučké se mělo dle chuti povalovati.

*Tchýně se mi v obou příčinách vysmála do očí, že se chci odchýliti od zvyků po dlouhá století následovaných a tudíž jako posvěcených, že si chci osobiti reformátorství v oboru mně úplně neznámém; žena že by zhylnula a dítě by zmrzlo. Podezřívala mě i z lakomství, že prý chci jen ušetřiti platu pomocníci u porodu a za prádélko dětské.“*⁵⁶

54 Tamtéž, s. 20.

55 LA PNP, ESFM, Paměti, kn. VII, hl. 4, s. 1048a.

56 Tamtéž, s. 1039a.

Podobně vyzní i snaha o léčení „galantní“ choroby vojenského sluhy. Odehrálo se to v době, kdy Friedberg sloužil v Komárně: *„Asi počátkem prosince 1872 se mému čipernému sluhovi Ďúrovi přihodilo něco nemilého, s čím se mi hned upřímně svěřil. [...] běhal po zábavách přec, a tu si přinesl z jedné zvláště důvěrné s nějakou nespolehlivou ženštinou památku velmi nemilou, jakou postižený obyčejně se nechlubívá. Já, abych ho za otevřenost jeho ke mně odměnil, jal se léčit ho zcela jednoduše a s výsledkem napřed neomylně zaručeným dle moudrých a umírněných zásad rozumné vodolečby, neříkaje ovšem nikomu ničehož a nařídil i Ďúrovi stejnou mlčelivost. Tento hloupý tlachal však patrně se neřídil dle mého rozkazu, aby mlčel, neb jednoho dne, když léčení moje přirozeně prospívalo co nejuťšeněji a již jen málo scházelo, aby trpitel byl vyhojen nadobro, si mne vzala Marie [Friedbergova manželka – pozn. T. J.] do výslechu, co prý myslím, že člověka tak nelibě vyznamenaného trpím s jeho stavem jen hodinu v domě, kde posluhuje u jídel beře do ruky nádoby, přibory atd., a tudíž může sdělit nečistotu svoji celé rodině, jaké hrozné nešťestí bych si tu mohl uložit na svědomí a pod. dále. Já se vynasnažoval ji přesvědčiti, že při léčení vodou a při úzkostlivé čistotě s tím těsně spojené nelze o nákažlivosti podobných neřestí, jak ona se obává a mi právě vyložila, bez pohlavních styků ani mluvit, že Ďúro za krátký čas bude úplně zdrav bez nejmenších následků pro sebe a pro jiné. Vše bylo marné, stála na svém, abych ho propustil ze služby na minutu. Připojila se k tomu též Annetta [služebná – pozn. T. J.] a ještě nalehavěji na mne dorážela, abych neuvrhal v nešťestí veškeré členy své domácnosti a bez odkladu Ďúru vyhnal.*

Když již tak nerozumně se bály, nezbyvalo mně nic, abych je platně upokojil a ušel veškeré té zodpovědnosti na mne se zbytečným strachem kladené, než sluhu celkem hodného, úslužného, pilného, chápavého a obratného poslati s pánem bohem do dopravní s určením zpět k jeho pluku do Osěku.⁵⁷ Což se i stalo. Tak zásah neprozřetelné manželky zabránil Friedbergovi ukázat nové cesty v oboru venerologie.

Jakkoliv neměl Friedberg vždy pravdu, bojoval za své názory na různých frontách a vši silou. Je známo 11 jeho divadelních her, většinou menšího rozsahu a určených pro ochotníky. Mezi nimi najdeme „žert o jednom dějství“ nazvaný *Ti nejdobnější*, který je věnován střetu allopathie a přírodního lékařství. Friedberg použil klasického „nomen - omen“, neboť lékař „allopath“ se zde jmenuje Drobnošlav Mrňavý, zatímco přírodní lékař se pyšní příjmením Vážný. V této hře právě vychází zřetelně najevo Friedbergova neopodstatněná zásadní zaujatost vůči odborné medicíně, protože mimo jiné zpochybňuje bakteriologii jako takovou a péči této otázce věnovanou. Jeho umělecké postupy nejlépe dokreslí

57 LA PNP, ESFM, Paměti, kn. IX, hl. 6, s. 1644-1644a.

několik ukázek. V první z nich se setkávají dvě dcery doktora Vážného, z nichž Eliška je manželkou dr. Mrňavého:

Olga: „Dobré jitro, Eliško.“ (Podává jí ruku.)

Eliška: „Odpusť, drahá sestro, nepodám ti ruky, nebo vím, že jsi si ji nedala desinfikovati ve sterilizačním přístroji.“

Olga: „Hahaha! jak chceš. Víš, jak nazíráme tatínek a já na všechno to mikrobstvo.“

Eliška: „Ba vím, a to k nejjistější zhoubě vaší. Lituji vás srdečně. [...] včera večer mi bylo velmi zle, ačkoli u večeře jsem snědla po jiných jídlech pouze několik hrušek. [...] Neškodilo mi množství, [...] ale Drobnoslav [...] zjistil na kousku hrušky zbývajícím v mé ruce a na celých hruškách ostatních celá hejna bacilů druhu nejohyznějšího a nejnebezpečnějšího. [...] Můj muž hned běžel a přinesl prostředek hodící se na ty drobné škůdce, [...] zničil jich miliony na hruškách a dal užívat i též mně. Smrt jsem mohla mít z toho. Potom hned se mi ulevilo, když jsem vypila celou sklenici vody, po níž neodolatelně jsem práhla.“ [...]

Olga: „A jak pak kdybych já měla za to, že ti pomohla lépe sklenka vody než jed, kterým tě častoval svak můj? [...] Sám tvůj zdravý instinkt ti vnukl blahodárný nápoj prostinký, přirozený, vodu. A když již voda svařená, tedy zbavená přirozené svěžesti, ti pomohla tak, jak teprve by byla působila voda syrová.“

Eliška: „Po té těžce bych stonala, kdybych vůbec ještě byla mezi živými. [...]“

Eliška: „Drobnoslav činí pokusy též na polích [...] Na příklad polil na značném pozemku veškeré nati bramborové, postižené broukem Kolorádkým, silným roztokem sublimátu⁵⁸ a dal tím prosáknout i celou půdu. Považ tu vítězoslávu: Brouci vesměs vzali za své.“

Olga: „A brambory byly zachráněny [...]?“

Eliška: „Bohužel nebyly, byl otrávený rovněž [...]“

Olga: „Tu mi bezděky napadá, že jako ubohé brambůrky byly utráceny současně se svými škůdci, tak i nemocní lidé by mohli podléhati témuž jedu, jenž v nich má hubiti bakterie.“ [...]

Eliška: „Již jsi se jednou koupala v sublimátu? [...] Příjemné to není, ale Drobnoslav praví, že je to nad míru prospěšné pro zdraví. [...]“⁵⁹

A dále se mluví o tom, jak lékař Mrňavý kloktá antiseptickou vodičkou, dříve než políbí svoji ženu, jak v jeho domácnosti sterilizují a zkoumají mikroskopem nejen všechny potraviny před požitím, ale i dopisy atd. Jedná se tedy o dvojstrannou hyperbolu, na jedné straně dezinfekce všeho a všech, na druhé straně tvrzení, že bacily nezpůsobují nemoci a že vodoléčba je téměř všemocná.

58 Sublimát – chlorid rtuťnatý (HgCl₂), látka s dezinfekčními účinky, ale současně prudce jedovatá. Pozn. T. J.

59 Emanuel Salomon FRIEDBERG – MÍROHORSKÝ, *Ti nejdrobnější*, Žert o jednom dějství, Praha b. d., s. 10 an.

Závěrem

Jak je patrné z předchozího výkladu, Emanuel Salomon z Friedbergu měl důvody běžným lékařům nevěřit, a to díky vlastním zážitkům z dětství a z pozorování pracovních postupů vojenských lékařů. Své představy uváděl často příliš daleko: studovaní lékaři v dané době také již leccos uměli, ale on jim nevěřil ze zásady.

Friedberg byl v podstatě člověkem racionálním, ale krušné zkušenosti jej dovedly až k opačné krajnosti, odmítání běžné medicíny jako celku, a naopak k nekritickému upřednostňování přirozených způsobů léčby, jež nadřazoval všem jiným postupům. Ve svých názorech na medicínu projevil opravdu výstřední smýšlení, v řadě případů pochybil, ale v konečném výsledku nepochybně přispěl k šíření nových poznatků a zejména přiblížil českým zájemcům vodoléčbu pomocí překladů zahraničních odborných prací i vlastním příkladem.

Summary

Diseases and Therapies in the Life of Emanuel Solomon Friedberg - Mírohorský

The study is dedicated to the personality of Emanuel Solomon Friedberg - Mírohorský, one of the first pioneers of natural healing treatments in Bohemian Lands. The introduction summarizes the general issues of development in medicine during the 19th century, time period which could be characterized by the persistence of old healing traditions and superstitions that were only with difficulties gradually replaced by the modern medicine. Friedberg - Mírohorský mentioned in his memoirs a number of old ways of non-conventional healing treatments, which led him to no confidence in physicians and provoke him to the interest in the natural ways of treatments, especially hydropathy.

He began to study the procedures of Rausse, Hahn and Kneipp and afterwards he began to propagate hydropathical methods in circle of his friends and acquaintances. He became a member of the "Czech Kneipp" society in Prague, which has expanded over

the years and became a model society for those who were interested in hydrotherapy in other cities in the Bohemian lands. In addition, Friedberg was an eager supporter of vegetarianism, and as such he also lectured and published a brochure "About Vegetarianism", and was also interested in homeopathy. All these concerns for alternative medicine and life style found reflection in the dramas, written by Friedberg-Mírohorský, which often with the humorous form introduced the audience his views.

Friedberg reflected in his views on medicine really extraordinary opinions. He was in many cases wrong, but in the end undoubtedly contributed to the popularization of new knowledge and in particular mediated the hydropathy to the Czech enthusiasts through translations of foreign field publications and by his personal example.

Milena Lenderová

Anna Bayerová, Anna Fischer -Dücklemann: lékařky, zdraví a sexualita na přelomu 19. a 20. století¹

Abstract: The study will compare the life and work of two women who belonged to the first generation of female physicians in Central Europe, Anna Fischer-Dückelmann and Anna Bayerová. At the turn of the 19th and 20th century both of them treated especially children and women – towards women they mediated in an intelligible form their knowledge, teach them to be familiar with their own bodies, souls and abilities. Fischer-Dückelmann was born in Austria, Bayer in Bohemian lands. They had a lot in common - they were almost the same age, both received their diplomas in Switzerland, Fischer in Zurich, where women could study at the medical faculty since the year 1864, Bayerová received her diploma in Bern. Both have contributed significantly to the popularization of medicine, and both of them were avowed by the feminist movement. Anna Fischer is considered as representative of “maternal feminism”. In some ways, however, they differed: Anna Fischer finished her study of medicine as a married woman (with material and psychological support of her husband), and the circumstances allowed her quite freely perform her profession, Anna Bayerová had to enforce everything and was never fully accepted as a doctor in the milieu of Bohemian lands.

Key words: Anna Bayerová – Anna Fischer-Dückelmann – physician – history of medicine – gender history

Úvod

Cílem příspěvku bude porovnat dílo dvou žen, které patřily ke generaci prvních střeoevropských lékařek, Anny Fischer-Dückelmann a Anny Bayerové. Na přelomu 19. a 20. a na počátku 20. století léčily především děti a ženy - ženám předávaly ve srozumitelné formě své znalosti, učily je znát jejich vlastní těla, duše a možnosti. Jedna z lékařek byla rodem Rakušanka, druhá Češka.² Měly hodně společného - byly skoro stejného věku, obě získaly své diplomy ve Švýcarsku, Fischer v Curychu, kde ženy na lékařské fakultě studovaly od roku 1864,³ Bayerová v Bernu. Obě významně přispěly k popularizaci me-

1 Studie vznikla s podporou Grantové agentury České republiky při realizaci grantového projektu GAČR, č. 410/11/0487 - *Dějiny těla v dlouhém 19. století*.

2 Prestižní biografický slovník Laurie SCRIVENER, *A biographical dictionary of women healers*, Westport 2002, ani jednu z lékařek nezmiňuje.

3 Z Čech zde absolvovala Bohuslava Kecková v r. 1880. O studiu žen na evropských univerzitách do konce 80. let 19. století srov. rigorisní práci: Caroline SCHULTZE, *Die Ärztin im XIX Jahrhundert*,

dicíny, k oběma se přihlásil feminismus; Anna Fischer je považována za představitelku „mateřského feminismu“. V lecčems se ale lišily: zatímco Anna Fischer vystudovala medicínu už jako vdaná žena, za materiální i morální podpory svého manžela, a okolnosti jí umožnily (aniž by přitom byla ušetřena nejrůznější útoků ze strany svých mužských kolegů) profesi vcelku svobodně vykonávat, Anna Bayerová si musela vše doslova vyvzdorovat a v českém prostředí se jako lékařka nikdy naplno neuplatnila.

Anna Fischer⁴

Narodila se 5. července 1856 poblíž Linzu v Dolním Rakousku jako dcera vojenského lékaře Friedricha Dückelmanna. Také oba její dědové byli lékaři. Díky otcově službě strávila dětství na rozličných místech rakouské monarchie. Otec pro ni vymohl povolení, aby mu směla asistovat při ošetřování pacientů ve vojenských nemocnicích. Ve Vídni se pak seznámila s novinářem a publicistou Arnoldem Fischerem, za kterého se v Grazu roku 1876 provdala. Přestěhovali se do Frankfurtu, kde Arnold Fischer pracoval jako redaktor *Frankfurter Tageblattu* a jeho žena publikovala zdravotně osvětové články v místním tisku. Vydala několik brožur týkajících se zdravého stravování a oblékání a sama začala vydávat periodikum *Volkswohl*.⁵ Zřejmě tehdy se rozhodla medicínu vystudovat. V Německu ani Rakousku nebylo řádné studium žen na lékařských fakultách možné, a tak se roku 1890 rodina - už s třemi dětmi - přestěhovala do Curychu, kde Anna zahájila studium. O šest let později obhájila na curyšské porodnické klinice disertaci s názvem *Die vom April 1888 bis Januar 1895 in der Zürcher Frauenklinik beobachteten Fälle von Puerperalfieber*. Svou profesní kariéru zahájila na počátku roku 1896 jako sekundářka v léčebném ústavu v Radebeulu u Drážďan, ale už v říjnu téhož roku si otevřela v Drážďanech vlastní praxi. V letech 1897 - 1914 působila jako ženská a dětská lékařka v Loschwitzu u Drážďan. Rok před první světovou válkou zakoupila pozemek na Monte Verita, kde se přidala k tamní komunitě provozující alternativní medicínu. Zemřela 7. listopadu nebo 13. prosince 1917 v Asconě.⁶

Leipzig 1889. Nově srov. Linda L. CLARK, *Women and Achievement in Nineteenth-Century Europe*, Cambridge 2008, s. 216.

4 O ní srov. průkopnickou studii Paulette MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism: Dr. Anna Fischer-Dückelmann Critiques Academic Medicine*. Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la Médecine 23, 2006, s. 145 - 182. Zde i starší literatura. Studie je dostupná na: <http://www.cbmh.ca/index.php/cbmh/article/view/1293/1284>.

5 P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism*, s. 152.

6 Viz : <http://www.lebensreform.ch/wp/alphabetisches-register/f/fischer-duckelmann-anna>; též http://www.onb.ac.at/ariadne/vfb/bio_dueckelmann.htm. Zdroje se v určení data úmrtí Anny Fischer rozcházejí.

Do povědomí veřejnosti vstoupila svými odbornými i popularizačními spisy. Do roku 1914 jich vydala dvanáct, některé byly přeloženy do úhrnem 13 jazyků.⁷

Během roku 1898 vyšly hned tři její práce - všechny se o čtyři roky později dočkaly druhého vydání. Shodně se postavily proti paternalistické reglementaci lékařského studia žen a proti převládajícím akademickým "maskulinním" praktikám v ženském lékařství. Jednalo se o *Die Geburtshilfe vom physiatischen Standpunkt*, v níž autorka odmítla nástrojové porody prováděné šmahem na německých klinikách a poukázala na skutečnost, že porod není nemocí a proto přirozený porod nemusí nutně provázet bolest a utrpení. Následoval spis *Die heutigen Behandlungsmethoden der Frauenkrankheiten für Ärzte und Gebildete aller Stände*, kde Fischer opět upozornila na stinné stránky medikalizace a maskulinizace porodnictví a nastínila historii oboru, v němž se po staletí uplatňovaly výhradně ženy. Třetí prací byla *Entstehung, Verhütung und Heilung der Frauen-Krankheiten aller Alterstufen für Frauen und erwachsene Töchter* zaměřený na zdravotní problematiku ženských životních cyklů.

Skutečným bestsellerem se ale stala kniha *Das Geschlechtsleben des Weibes. Eine psychologisch-soziale Studie mit ärztlichen Ratschlägen*, která vyšla s barevnými ilustracemi v Berlíně roku 1900.⁸ Třebaže v ní Anna Fischer nemohla překročit dobové znalosti o ovulaci a menstruačním cyklu (nové poznatky zpracovávala postupně do dalších vydání), kniha upoutala svou otevřeností a roku 1919 dosáhla devatenáctého vydání.⁹

Nejproslulejší z prací Anny Fischer se stalo její encyklopedické dílo *Die Frau als Hausärztin*, poprvé vydané ve Stuttgartu roku 1901. V roce 1913 dosáhla tato kniha, mistrovsky ilustrovaná samotnou autorkou,¹⁰ přeložená už do několika jazyků, v Německu mili-ontého prodaného exempláře.¹¹

Cílem autorky bylo poskytnout čtenářkám praktické rady, jež by jim pomohly k udržení fyzického a mravního zdraví na "často trnité pouti životem",¹² a poradit jim, jak si vypěstovat a uchovat přirozenou krásu.

7 P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism*, s. 149.

8 V exempláři, který se nachází v Národní knihovně v Praze (jedná se o 15. vydání z roku 1910), je napsáno, že je kniha majetkem Karly Máchové (1853 - 1920), významné reprezentantky českého dělnického hnutí, přítelkyně rodiny T. G. Masaryka.

9 P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism*, s. 161.

10 P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism*, s. 151.

11 Isidor FISCHER (Hg.), *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre*. Erster Band, München - Berlin 1962, s. 413; Walteer KILLY (Hg.), *Deutsche Biographische Enzyklopädie*, Bd. 3, München 1999, s. 329. V Österreichische National Bibliothek se nacházejí vydání *Die Frau als Hausärztin* v němčině z let 1905, 1908, 1913 a 1928; všechna vyšla ve Stuttgartu. Další vydání, přizpůsobené nacistické teorii o rasové čistotě, je z r. 1941. Práce pak znovu vyšla v r. 1950, 1951, 1958. Poslední vydání pochází z roku 1981.

12 Anna FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, Stuttgart 1911, s. V - VII. "Trnitou cestu životem" respektuje jak francouzský (Anna FISCHER, *La femme, médecin du foyer*, s. V), tak český

Jak název knihy napovídá, Anna Fischer respektuje genderový konstrukt 19. století, podle něhož jsou ženy odpovědné za zdraví svých blízkých, manžela, rodiny, domácího personálu. Odpovídají však rovněž za zdraví vlastní, což bylo podle Anny Fischer důležitější. Titul vyjadřuje rovněž obsah “mateřského feminismu”, přesvědčení, že žena lékařka, tato “spirituální matka národa”, je přímo povolána k tomu, aby léčila ženy, jejichž problémům lépe porozumí.¹³ Je také předurčena k tomu, aby je vychovávala a učila: “*Místo výuky šití a pletení by se školy měly snažit seznamovat všechny dívky od 12 let, bez ohledu na jejich sociální původ, s jejich tělesným vývojem. Vyučovat by je měly lékařky, neboť ženy nejlépe porozumí ženám,*” prohlásila Anna Fischer na jiném místě.¹⁴ Dodejme ještě, že autorčiny praktické a srozumitelné podávané rady mají odpovídající teoretické zakotvení v kvalitních znalostech anatomie: v knize je objasněna stavba a funkce především ženského (mj. v těhotenství) a dětského těla.

První část knihy se týká péče o zdraví, začíná výkladem anatomie a fyziologie muže i ženy, autorka se dále zabývá stravováním, oblékáním, několik stránek věnuje udržování čistoty v domácnosti, tělesné hygieně, představám o ženské kráse, přírodním terapiím a léčivým rostlinám. Povšimla si délky života a dotkla se problematiky stárí. Poměrně otevřeným způsobem promluvila o sexualitě.¹⁵

Druhá část je zasvěcena těhotenství, porodu, péči o novorozeně a dítě do předškolního věku.

Třetí část má encyklopedický charakter: obsahuje cca 400 stran výrazů souvisejících s tělem, zdravím, životosprávou, které jsou srozumitelně vysvětleny, někdy provázeny ilustracemi.

Autorka propagovala ženskou tělovýchovu i sport: míčové hry, plavání, cyklistiku, bruslení, ba i veslování: poslední disciplínu měla, zdá se, v oblíbě především: zdůrazňuje jak blahodárnost tohoto namáhavého pohybu, tak blahodárnost pobytu na čerstvém vzduchu. Na veslařkách obdivovala - v době, která za krásnou považovala křehkou a bledou ženu - jejich bicepsy a opálenou pleť.¹⁶ Přimlouvala se za zřizování ženských veslařských oddílů.¹⁷

Připomeňme ještě, že paní Fischer byla rozhodným přívržencem fyziatrie, přírodní medicíny, nauky o přírodních léčivech a způsobu jejich využití v lékařství. Kvůli tomu

překlad (Anna BAYEROVÁ, *Žena lékařkou*. Praha 1912, s. I).

13 P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism*, s. 147.

14 Anna FISCHER-DÜCKELMANN, *Der Geburtenrückgang: Ursachen und Bekämpfung vom Standpunkt des Weibes*, Stuttgart 1914, s. 42, 73. Cit. dle P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism*, s. 146.

15 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s. 229an.

16 Tamtéž, s. 187 - 188; též A. FISCHER, *La femme, médecin du foyer*, p. 210 - 211.

17 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s. 186an.

byla odbornými lékařskými kruhy obviňována ze šarlatánství, třebaže nikdy nesáhla k terapiím, které někteří fyziatři propagovali, jako bylo pouštění žilou, nadužívání pročišťovacích prostředků či dokonce zařikávání a praktiky magie.¹⁸ Fyziatrie se do odborného lékařského diskurzu dostala už během první poloviny 19. století. Plédovala pro tělocvik, hydroterapii, léčivé rostliny atd., stavěla na alternativních léčebných postupech a zdraví chápala holisticky jako zdraví těla i ducha. Právě ve Švýcarsku oslovila hodně lékařů, v německých odborných kruzích budila spíše nedůvěru i odpor. Na půdě helvetské konfederace vznikly ústavy jako např. curyšská klinika Maximiliana Oskara Bircher-Ben-nera, sanatorium naturopata Theodora Hahna nebo kolonie Monte Verità,¹⁹ o které jsme se v souvislosti s Annou Fischer už zmínili. Švýcarská *Association suisse des médecins naturopathes* byla založena až roku 1920, tedy už po smrti paní Fischer.

Čtyři roky po prvním německém vydání vyšla práce v Paříži. Pod názvem *La femme, médecin au foyer*,²⁰ ji přeložila lékařka Louise Azéma, absolventka pařížské univerzity. Druhé francouzské vydání pochází z roku 1924,²¹ poslední, značně upravené, z roku 1949.²² Roku 1907 vyšla kniha v maďarštině, přeložená údajně první maďarskou lékařkou Vil-mou Wartha, která promovala v Curychu v roce 1879 a pak znovu na budapeštské lékařské fakultě v roce 1897.²³ O rok později vyšla kniha v USA, v Milwaukee, překladatel zůstal anonymní; před první světovou válkou spatřily světlo světa ještě překlady dánský a portugal-ský.²⁴

Nadšeným přívržencem přírodní medicíny byla i jedna ze dvou prvních českých lékařek, Anna Bayerová, díky které se česká verze *Die Frau als Hausärztin* dostala na pulty domácích knihkupectví v roce 1907.

18 P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism*, s. 145 - 182.

19 Eberhard WOLFF, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F25626.php>.

20 Anna FISCHER, *La femme, médecin du foyer. Ouvrage d'hygiène et de médecine familiale concernant particulièrement les maladies des femmes et des enfants, les accouchements et les soins à donner aux enfants*, Paris 1905.

21 Anna FISCHER, *La femme, médecin du foyer... Ouvrage d'hygiène et de médecine familiale concernant particulièrement les maladies des femmes et des enfants, les accouchements et les soins à donner aux enfants*, Weinfelder 1924.

22 Anna FISCHER, *La femme, médecin du foyer. Ouvrage d'hygiène et de médecine familiale concernant particulièrement les maladies des femmes et des enfants, les accouchements et les soins à donner aux enfants*, Paris 1949.

23 P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism*, s. 167.

24 Tamtéž, s. 167, 181.

Anna Bayerová:²⁵ jak těžké je léčit spoluobčany

Anna Bayerová promovala v Bernu roku 1881, tedy dvacet jedna let předtím, než se podobné cti dostalo první ženě na pražské univerzitě.²⁶ Narodila se 4. listopadu 1850 ve Vojtěchově ve východních Čechách. Protože první dívčí gymnázium bylo otevřeno v Praze až roku 1890, studovala jako privatistka na akademickém gymnáziu v Praze; maturitu zde ale složit nemohla. Odjela proto do Švýcarska, kde odmaturovala, a roku 1881, po třech letech strávených na univerzitě v Curychu, obdržela v Bernu diplom doktora medicíny, když obhájila práci s titulem *Über die Zahlenverhältnisse der roten und weißen Zellen im Blute von Neugeborenen und Säuglingen*.²⁷

Přestože zprávu o jejím úspěchu otiskly některé pražské noviny (Bayerová si dopisovala s Eliškou Krásnohorskou, která tiskla její články, nejen ony popularizující medicínu, v Ženských listech), pro lékařku nebylo v Čechách místo. Narazila na odpor jak úředních míst, tak - a hlavně - svých mužských kolegů. Jejich postoje nebyly českým specifikem: rezistence vůči kvalifikovaným ženám, nejenom lékařkám, diktovaná „velkým strachem z žen“, byla evropským fenoménem.²⁸ Nicméně se zdá, že v českých zemích byl tento strach mimořádně silný. Po návratu ze Švýcarska, během krátkého pobytu v Praze, pokračovala Bayerová v sebevzdělání: sledovala přednášky na pražské lékařské fakultě a pak se odebrala na porodnickou kliniku do Drážďan, kde byla asistentkou profesora Franze Karla Ludwiga Wilhelma von Winckela.²⁹ Následovala Paříž,³⁰ Baden-Baden (zde byla asistentkou doktora Kellera³¹). Pokoušela se usadit v Koburku a Lipsku.³² Dne 25. října 1887 jí

25 O Anně Bayerové srov. např. Eva VYSTRČILOVÁ, *Anna Bayerová (1853-1924). Svět české lékařky na přelomu 19. a 20. století*. Diplomová práce. Historický ústav Jihočeské univerzity, České Budějovice 1999, zde i další literatura.

26 O prvních českých lékařkách srov. Petr SVOBODNÝ, *Lékařky v českých zemích v první polovině 20. století*, Acta Universitatis Carolinae - Historia Universitatis Carolinae Pragensia, Tom. XXXV, č. 1-2, 1995, s. 75-87.

27 Archiv Národního muzea, Anna Bayerová (1850 – 1924), inv. č. 355, kart. č.7.

28 L. L. CLARK, *Women and Achievement*, p. 212.

29 Archiv Národního muzea, Anna Bayerová (1850 – 1924), Inventář pozůstalosti, Praha 1974, s. 1. Jméno profesora Winckela je zde uvedeno v nesprávném tvaru « Winkler ». Jedná se o Franze Karla Ludwiga Wilhelma von Winckela, 1837 – 1911, saského královského dvorního radu, v letech 1á72 – 1883 ředitele královského *Entbildungsanstaltu* v Drážďanech, od r. 1883 ředitele královského Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule v Mnichově.

30 V akademickém roce 1887/1888 figurovala mezi 114 studentkami na pařížské lékařské fakultě; Caroline Schulze ji ve své rigorosní práci ale nevykazuje jménem., ale jako "1 Autrichienne". Pro srovnání uvedme, že ve stejném roce zde studovalo 70 Rusek. Srov. C. SCHULZE, *La femme-médecin au XIX^e siècle*, s. 16.

31 Nelze identifikovat: I. FISCHER (Hg.), *Biographisches Lexikon* lékaře tohoto jména, který by vyhovoval naší chronologii a působil v Baden-Badenu, nezná. Je možné, že inventář pozůstalosti A. Bayerové jeho jméno uvádí chybně.

32 Literární archiv Památníku národního písemnictví, Eliška Krásnohorská, Osobní fond, Korespondence přijatá, Bayerová Krásnohorské, Bern, 19.11. 1887.

švýcarské úřady povolily zřídit si praxi v Bernu.³³ Přes obtížné začátky³⁴ je zřejmé, že erudice a zkušenosti Anny Bayerové brzy převýšily erudici a zkušenosti některých pražských lékařů. Specializovala se na ženské a dětské nemoci, v Bernu si získala renomé zručné a empatické lékařky.

Jak úřady, tak lékaři zůstali k úsilí Bayerové usadit se v Praze nepřístupní; energická podpora ženských spolků jí nebyla k ničemu.³⁵ Na počátku roku 1892 odjela s požehnáním vídeňské vlády do Dolní Tuzly v Bosně,³⁶ okupované Rakouskem-Uherskem, kam byla, podobně jako její kolegyně Bohumila Kecková do hercegovinského Mostaru, poslána jako úřední lékařka.³⁷ Ošetřovala muslimky, pak se vrátila do Švýcarska. Zde řídila kliniku, v níž se léčily tuberkulózní dívky, a pracovala jako asistentka v sanatoriu ve Valmont-sur-Territet. Dva roky strávila v Anglii, kde se zajímala o léčení alkoholiček.³⁸ Roku 1909 se vrátila do Prahy.

V habsburské monarchii se od posledního desetiletí 19. století nechuť k ženám-lékařkám poněkud zmírnila. Když roku 1895 Eduard Albert, profesor vídeňské univerzity, odmítl ve své brožuře *Die Frauen und das Studium der Medizin* ženské studium jako takové, vyvolal silně odmítavou reakci jak doma, tak v zahraničí.³⁹ Krátce na to, 19. března 1896, byl vydán výnos rakouského ministra kultu a vyučování o nostrifikaci lékařských titulů nabytých ženami v cizině.⁴⁰

33 LA PNP, Eliška Krásnohorská, Osobní fond, Korespondence přijatá, Bayerová Krásnohorské, Bern, 19. 11. 1887.

34 LA PNP, Eliška Krásnohorská, Osobní fond, Korespondence přijatá, Bayerová Krásnohorské, Bern, 19. 11. 1887.

35 *Ženské listy* 17, č. 6, 1889, s. 109 – 17; *Ženské listy* 17, č. 12, 1889, s. 229 – 231.

36 LA PNP, Eliška Krásnohorská, Osobní fond, Korespondence přijatá, Bayerová Krásnohorské, Dolní Tuzla, 13. 1. 1892. O Bayerové a Keckové v Bosně, srov. Ctibor NEČAS, *Mezi muslimkami*, Brno 1992.

37 Tuto skutečnost reflektuje ve své práci Caroline Schulze, třebaže ani v tomto případě jméno Bayerové nezmiňuje: „*Une demoiselle de Prague qui a pris à Zurich le titre de docteur en médecin a demandé au ministre de l'instruction publique la reconnaissance de son diplôme et l'autorisation d'être admise aux examens de la Faculté de Vienne. Le ministre n'a pas donné de suite à sa demande, alléguant que l'exercice de la médecine n'est pas accordé aux femmes en Autriche. En regard de ce fait nous pouvons citer l'article inséré dans le Womens Medical Tribune du mois d'août 1888; relatant que plusieurs Américaines ayant fait des études chirurgicales dans leur pays, furent invitées à quatre reprises par le professeur Billroth de Vienne à assister à sa clinique et à ses opérations. [...] Ce chirurgien éminent était, il y a quelques années, au nombre des opposant à l'admission des femmes au collèges médicaux. La fait d'avoir invité les Américaines à assister à sa clinique causa un véritable émoi à Vienne, et tous les journaux en parlerent.*” C. SCHULZE, *La femme-médecin au XIXe siècle*, s. 73.

38 Archiv Národního muzea, Anna Bayerová (1850 – 1924), Inventář pozůstalosti, Praha 1974, s. 1.

39 Např. E. VLASÁK, *Ženská otázka v lékařství*, Rozhledy 5, 1895, s. 226-231. Srov. též P. SVOBODNÝ, *Lékařky v českých zemích*, s. 76 – 77.

40 P. SVOBODNÝ, *Lékařky v českých zemích*, s. 76.

Nicméně o přetrvávající nechuti lékařů k ženským kolegyním svědčí i skutečnost, že ani původnímu spisu Anny Fischer,⁴¹ ani jeho českému překladu nevěnoval *Časopis lékařů českých* byť minimální pozornost. Pro Bayerovou se výnosem z roku 1896 celkem nic nezměnilo. Nostifikaci nikdy nezískala. Čeští lékaři ji mezi sebe nepřijali. Roku 1912, kdy neúspěchem skončil její pokus získat místo v sanatoriu pro tuberkulózní pacienty, zvaném Albertinum, v Žamberku⁴² (neslo jméno onoho bojovníka proti vzdělaným ženám, Eduarda Alberta, který se v Žamberku narodil), Bayerová rezignovala. Vyučovala na dívčích školách a věnovala hodně času osvětovým akcím. Inspirována švýcarským příkladem, angažovala se ve filantropii, v boji proti alkoholismu, vystupovala proti reglementaci prostituce. Propagovala mateřské školy, odborné vzdělání ošetrovatelek, kremaci jako racionální a hygienický způsob pohřbívání.

Po vypuknutí války bylo zapotřebí každé lékařské síly, a proto si úřady vzpomněly i na Annu Bayerovou. Ve svých 61 letech se mohla poprvé v životě uplatnit na domácí půdě jako lékařka. Stala se asistentkou MUDr Jana Masáka v lazaretu umístěném v žižkovském Sokole. Dalším působištěm Anny Bayerové byl ústav pro choromyslné v Bohnicích, kde se v listopadu 1914 dočasně uvolnilo lékařské místo. Zde lékařka zůstala do března 1915.

Od listopadu 1915 se Anna Bayerová trvale věnovala práci školní lékařky na pokračovacích živnostenských školách a tato práce ji těšila. Zemřela 25 ledna 1924 v Praze.

Do české medicíny přinesla koncepty, které si osvojila v zahraničí, především nové trendy v péči o kojence, v gynekologii, propagovala vegetariánství, vodoléčitelství, aeroterapii, moderní turistiku (popularizovala Švýcarsko jako ráj moderní turistiky a současně modelovou zemí moderní dobročinnosti). Své názory šířila na veřejných přednáškách, publikační a překladatelskou činností; dopisovala si s českými feministkami.⁴³

Třebaže v její písemné pozůstalosti se nepodařilo doklady o kontaktech s Annou Fischer najít, je nepochybné, že se obě ženy znaly. Nejspíše z Drážďan či Bernu - ostatně žen-lékařek bylo v Evropě pár desítek a ve střední Evropě ještě méně. Práci Anny Fischer Bayerová přeložila a upravila pro české prostředí (další vydání pocházejí z let 1912 a 1924).⁴⁴ Snad bude zajímavé pokusit se najít rozdíly mezi názory obou žen, které jsou při porovnání originálu a překladu patrné.

41 V Německu vyvolal negativní reakci, srov. P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminismus*, s. 147.

42 LA PNP, Eliška Krásnohorská, Osobní fond, Korespondence přijatá, Bayerová Krásnohorské, Praha, 26. 1. 1912.

43 Hlavně s Eliškou Krásnohorskou, srov. LA PNP, Eliška Krásnohorská, Osobní fond, Korespondence přijatá; je zde 50 dopisů od Anny Bayerové.

44 Byť první dvě vydání českého překladu vyšla v časech zjitřené nacionální komunikace, Bayerová tam nepropašovala nic z národní argumentace.

Anna Fischer a Anna Bayerová: analogie a rozdíly

Pro komparaci jsme využili stuttgartského vydání práce Anny Fischer *Die Frau als Hausärztin* z roku 1911⁴⁵ a překladu Anny Bayerové *Žena lékařkou* z roku 1912.

Obě lékařky sledovaly stejné cíle: výchovu ženy, výchovu pacientky a osvětu čtenářky. Většina pokynů, rad varování či doporučení, nacházejících se v německé i české verzi, je obdobná - není divu, v případě českého vydání se mělo koneckonců jednat o překlad. V Rakousku bylo autorské právo ošetřeno už patentem z 19. října 1846, který se vztahoval i na „*právoplatně vydané překlady děl cizích*“⁴⁶, nicméně překladatelé - a to nejen populárně naučných prací - si počínali poměrně volně. Není tedy divu, že při porovnání originálu díla Anny Fischer a překladu českého najdeme některé rozdíly, což neplatí jen pro český překlad práce: většina z překladů *Frau als Hausärztin* se od originálu liší.⁴⁷ francouzský překlad z roku 1949 je dokonce zcela přizpůsoben francouzské realitě 40. let 20. století, a to včetně obrazové přílohy.

Česká verze je na první pohled méně rozsáhlá - zatímco německé vydání z roku 1911 má 971 stran, 485 ilustrací v textu a 38 barevných příloh, druhé české z roku 1912 jen 613 stran. Ilustrace jsou převzaty z německého originálu; jejich počet je zde opatrně definován jako „několik set vyobrazení“ (je jich na tři stovky), barevných příloh je 23; ve srovnání s originálem tedy o poznání méně; navíc nejsou vždy stejně (a logicky) umístěny. Třebaže podobnou diskrepanci objevíme i v případě prvních dvou francouzských vydání, není vyloučeno, že menší počet obrázků v českém převodu Anny Bayerové byl diktován ohledem na méně rozsáhlý knižní trh a na méně majetnou českou čtenářskou obec. Ani ve sledu kapitol nerespektovala Bayerová plně originál. Kompaktní partie týkající se léčivých rostlin s ilustracemi Anny Fischer je v překladu opomenuta.

Obě lékařky horovaly pro zdravou výživu (stránky týkající se stravování jsou takřka identické, překlad je o něco stručnější), obě byly rozhodnými odpůrkyněmi alkoholu. Pod heslem „Alkohol zabíjí“ usilovaly především o spásu manželek a dětí alkoholiků, kterým poskytovaly praktické rady; obě nabízejí také informace o institucích, které se bojem proti alkoholismu zabývaly.⁴⁸ Boj proti alkoholu, jenž byl považován za prvořadého nepřitele zdraví národa, byl ostatně v celé Evropě od 80. let 19. století na programu lékařské vědy, pedagogiky, osvěty i feminismu. Zdravý životní styl předpokládal také hygienu příbytku,

45 Anna FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*. Stuttgart 1911; Anna BAYEROVÁ, *Žena lékařkou*, Praha 1912.

46 Ottova encyklopedie obecných vědomostí, díl 2, s. 108, verze na CD.

47 P. MEYER, *Physiatrie and German Maternal Feminism*, s. 167.

48 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s. 115 - 116; A. BAYEROVA, *Žena lékařkou*, s. 88 - 89. Dtto ve francouzském vydání, A. FISCHER, *La femme, médecin du foyer*, p. 128.

pravidelné větrání, pobyt na čerstvém vzduchu, včetně „braní“ vzdušné a slunečné lázně a - podle autorky i překladatelky - také vegetariánství.⁴⁹

Stejně jako v originálu, i v překladu jsou velmi kvalitně zpracovány kapitoly týkající se těhotenství, porodu, péče o novorozence a kojence - ne nadarmo se obě lékařky věnovaly porodnictví a pediatrii. Je nesporné, že jak reflexe těhotenství, tak podrobné rady, jak zacházet s dítětem, byly ovlivněny také osobní zkušenosti Anny Fischer coby matky. Odtud pramenil i další podstatný rys „mateřského feminismu“: přesvědčení, že ženu-matku nejlépe pochopí lékařka-matka.⁵⁰ Mateřství Anny Fischer tak bylo argumentem s oblibou uváděným v předmluvách k jejím publikacím.⁵¹ Kapitoly originálu týkající se péče o dítě jsou opět rozsáhlejší ve srovnání s překladem. Bylo by ale zjednodušením vysvětlovat tuto skutečnost absencí mateřské zkušenosti v případě Bayerové.

Obě lékařky vyznávají názor, že zdraví společnosti, zdraví národa a jeho dětské populace závisí na zdraví matky. Obě ale odmítaly uzavírání manželství za každou cenu, zavrhly manželství jako jediný způsob ekonomického zajištění ženy.⁵² Hlavně ženy, které nebyly úplně zdravé, se vdávat neměly. Bayerová říká: „*Jest nás ženských všude příliš mnoho, všechny vdáti se nemůžeme, nechme to tedy zdravým, statným, tělesně schopným.*“⁵³

Hysterie, vnímaná jako konstitutivní prvek feminity už od 18. století, nenašla ani v jednom zkoumaném díle místo, stejně jako názor o nestálosti ženské povahy. Naopak: morálka žen je, podle obou lékařek, pevnější než u mužů, kteří jsou považováni za mravně vratké bytosti. Přes označení „silné pohlaví“ jsou údajně muži těmi slabšími,⁵⁴ pokud se vůle a odpovědnosti týče. Proto právě žena má na svého manžela dohlížet, usilovat, aby nepropadl „zhoubné vášni - pod tento pojem se vešla jak sexualita, tak sklon k pití či jiným „náruživostem“. Obecně respektovanou „dvojí morálku“, jinou pro ženy a jinou pro muže, autorky zavrhly⁵⁵ - i muž má před manželstvím zachovat pohlavní čistotu, aby si uchoval plnou mužnou sílu a dokázal zplodit kvalitní potomstvo.⁵⁶ Pokud se neumí opakovat před svatbou, pak by se neměl ženit.⁵⁷

49 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s. 130; A. BAYEROVA, *Žena lékařkou*, s. 98.

50 P. MEYER, *Physiatrie and Maternal feminism*, s. 147.

51 P. MEYER, *Physiatrie and Maternal feminism*, s. 149 - 150.

52 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s. 239; A. BAYEROVA, *Žena lékařkou*, s. 172.

53 A. BAYEROVÁ, *Žena lékařkou*, s. 485.

54 A. BAYEROVÁ, *Žena lékařkou*, s. 166, 168 - 169.

55 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s. 233 an., A. BAYEROVA, *Žena lékařkou*, s. 168 an., též A. FISCHER, *La femme, médecin du foyer*, s. 267.

56 A. BAYEROVÁ, *Žena lékařkou*, s. 172-173, 170.

57 A. FISCHER, *La femme, médecin du foyer*, s. 270.

Obě autorky jsou zajedno, že účelem ženského oděvu je tělo chránit, nikoli mu ubližovat. Odmítají korzet, poukazují na jeho škodlivé důsledky, odmítají obrovské a těžké klobouky i kruhové podvazky. Propagují tělocvik, který posílí svaly a nahradí zpevňovací efekt korzetu, plédují pro „reformní oděv“ hledající inspiraci v antice, případně v empírové *chemise*. Reformní oděv Anna Fischer sama navrhovala, konstruovala střihy a budho i sama nosila, či se v něm aspoň dala vyfotografovat. Bayerová dávala najevo nechuť k ženské „zdobnosti“ jednoduchou úpravou účesu.

Bayerová se příliš nezabývá nahým tělem (třebaže se jeho vyobrazení nevyhýbá), které autorka originálu považuje za naprosto přirozené: nahota podle ní splňuje požadavek volnosti těla. Nahotu, která nemá nikoho pohoršovat - jde jen o stav, jemuž civilizace odvykla, hájí.⁵⁸ Stejně svobodně se Fischer vyjadřuje o otázkách sexuality, a to nejen ve své *Frau*, ale také, a především, v *Geschlechtsleben*. Právě v partiích týkajících se pohlavního života a antikoncepce najdeme mezi originálem a překladem nejvíc rozdílů. Celých čtyřicet stran, které Anna Fischer věnovala pohlavnímu životu, zredukovala Bayerová na osmnáct. Přesto byla (či možná nakladatel Vilímek) méně pruderní, než nakladatel francouzský: v německé⁵⁹ i české⁶⁰ verzi je názorná kresba u výkladu anatomie pohlavních orgánů muže i ženy; ve francouzské verzi zůstala jen bílá plocha, popisek a text: „Tato ilustrace byla ryze technického rázu, laiky, na rozdíl od lékařů, by nezajímala.“⁶¹

Obě lékařky, ovlivněné neomalthusiánstvím, se vyslovují pro plánované rodičovství, ale Fischer, stejně jako např. francouzská lékařka Madeleine Pelletier (1874 – 1939),⁶² se vyslovuje jednoznačně pro využití také ženské antikoncepce. Přináší stručný historický nástin antikoncepce a vyobrazení a návod k použití ženských bariérových antikoncepčních prostředků.⁶³ Tato pasáž v českém překladu schází; Bayerová jako vhodný kontracetivní prostředek zmiňuje jen manželskou zdrženlivost,⁶⁴ za kterou je odpovědná žena, neboť muž je podle ní lehkomyšlný, propadne „své rozkošnické vášni“, žena ale myslí na důsledky pohlavního aktu, na těhotenství.⁶⁵ V zájmu plánovaného rodičovství a uchování vzájemné přitažlivosti partnerů by v manželství neměl být pohlavní život příliš intenzivní: autorky se přimlouvají za styk jednou až dvakrát za měsíc. Dodržení této přísné

58 A. FISCHER, *La femme, médecin du foyer*, Préface, s. V – VIII.

59 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s. 226 – 227.

60 A. BAYEROVÁ, *Žena lékařkou*, s. 162 – 163..

61 „Cette gravure est d'ordre purement technique et intéressera moins le profane que le médecin. Aussi nous sommes-nous abstenus de la reproduire ici.“ A. FISCHER, *La femme, médecin du foyer*, s. 259.

62 L. L. CLARK, *Women and Achievement*, p. 220.

63 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s. 256 – 260.

64 A. BAYEROVÁ, *Žena lékařkou*, s. 172 – 173.

65 A. BAYEROVÁ, *Žena lékařkou*, s. 168, podrobněji A. FISCHER, *La femme, médecin du foyer*, s. 267 – 268.

zásady necht' usnadní oddělené ložnice či alespoň samostatná lůžka. Zdrženlivost je pojem, který je blízký oběma lékařkám,⁶⁶ byť Fischer přiznává ženám právo na orgasmus.⁶⁷

Zjevnou opatrnost Bayerové není možné vysvětlovat jen relativně prudérním českým prostředím. Vedlo ji k ní jistě chování jejího odborného okolí, nepřátelského vůči ženě-lékařce, která navíc neměla ani českou maturitu, ani neabsolvovala českou univerzitu. Její opatrnost měla patrně i subjektivní příčiny. Na rozdíl od Fischer-Dückelmannové se nikdy neprovdala, její představy o manželství byly nutně jen teoretické, navíc zůstala po celý život rozhodným přívržencem celibátu nejen lékařek, ale i učitelek,⁶⁸ jenž jim měl umožnit se cele věnovat své odpovědné kvalifikované profesi. V tomto postoji se zcela rozcházela s mladou generací českých feministek.

Závěr

Třebaže k vyslovení obecně platných závěrů by bylo třeba porovnat originál a verze všech tří českých překladů, snad je možné nabídnout alespoň některé teze. Název knihy, která obsahuje srozumitelný výklad o zdraví, manželství, početí, průběhu těhotenství a porodu, zdůrazňuje skutečnost, že ženy pronikly do povolání, donedávna vyhrazeného jen mužům, a současně naznačuje, že lékařka ženským problémům rozumí lépe než její mužský kolega.

V náhledu na sexuální morálku je překladatelka ve srovnání s autorkou originálu konzervativnější, manželství ale obě považují za jediný možný rámec sexuality.⁶⁹ Žena se už podle nich nemusí za každou cenu „prodat“ na manželském trhu, dokáže se uživit sama. Pokud se provdá (a autorky nezastírají, že je to žádoucí především ze zdravotních ohledů), pak necht' muže „vychovává“ svou zdrženlivostí a cudností.⁷⁰ Je pravděpodobné, že obě lékařky znaly německou liberální publicistiku, v níž teze o pudovosti mužské povahy

66 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s. 233an.

67 A. FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin*, s.229an.; též Anna FISCHER, *Das Geschlechtsleben des Weibes. Eine psychologisch-soziale Studie mit ärztlichen Ratschlägen*, Berlin 1910, s. 52 an.

68 LA PNP, Eliška Krásnohorská, Osobní fond, Korespondence přijatá, Bayerová Krásnohorské, Praha, 11. 4. 1912 aj.

69 A. BAYEROVÁ, *Žena lékařkou*, s. 168 – 169.

70 Srov. např. shodný náhled italského lékaře a antropologa Paola Mantegazzy: „Běda ženě, která v jistých věcech ukazuje více znalosti nežli muž! Muž chce být učitelem a nikoli žákem své družky.“ Paolo MANTEGAZZA, *Physiologie lásky*, Praha 1891, s. 309; nebo „Muže naproti tomu může se velmi snadno zmocniti odpor k ženě, která – jakkoli teprve na jeho podnět – zabývá se technikou pohlavního života způsobem, který jeho přirozený cit pociťuje jakožto v rozporu jsoucí s bezprostředností, panenstvím a čistotou, jež každý muž od své manželky žádá a očekává.“ Seved RIBBING, *Manželství a život pohlavní. Kniha pro snoubence a manžele*, Praha 1923, s. 94–95.

hrála stejně důležitou roli jako představa mužské moudrosti,⁷¹ nicméně staletím utvrzený konstrukt ženy coby nerozumného a mravně nepevného tvora se v jejich pojetí radikálně mění: povinností rozumných žen je působit na nerozumné muže, odvrátit je od nemravného života.

Cíl Anny Fischer a Anny Bayerové byl stejný: výchova ženské veřejnosti. V době viktoriánské pruderie učily ženy znát své tělo, starat se o něj, najít k němu pozitivní vztah. Na rozdíl od anatomů a fyziologů, pro které bylo materiálem, konstruktem, jenž vyšel z maskulinního diskursu, aby byl studován, analyzován, manipulován, operován, případně pitván, disponovaly ženy lékařky autentickým zážitkem ženského těla z masa a kostí. Tělo pro ně bylo místem prožitku, o který se dokázaly, za využití prostředků lékařského jazyka, podělit se svými čtenářkami.⁷²

Obě se snažily vytvořit nový model lékaře, který je důvěrníkem svého pacienta, jeho partnerem, a přitom zůstává odborníkem. Jeho úkolem není jen léčit, ale vést k poznání a pomáhat při uchování zdraví. Aby toto poslání mohlo být naplněno, je třeba osvěty: přednášek, publicistiky, začlenění zdravotní a sexuální problematiky do výuky na základních a středních školách. Lékař je poradcem, důvěrníkem, přítelem - takové je jeho poslání podle paní Fischer a slečny Bayerové. Opakované vydávání knihy Anny Fischer a jejího českého překladu dokládá difusi popularizované medicíny v Evropě.

71 Gisela BOCKOVÁ, *Ženy v evropských dějinách od středověku do současnosti*, Praha 2007, s. 115 - 116.

72 Alain CORBIN - Jean-Jacques COURTINE - Georges VIGARELLO, *Histoire du corps*. I., II., Paris 2005, s. 7.

Summary

Anna Bayerová, Anna Fischer-Dückelmann: Physicians, Health and Sexuality in the 19th and 20th Century

The study is focused on the life and work of two women who belonged to the first generation of Central European female physicians, native Austrians Anna Fischer-Dückelmann (1856 - 1917), a representative of the so-called maternal feminism, and the Czech physician Anna Bayerová (1850-1924). At the turn of the 19th and 20th century they practiced primarily in medical treatment of women and children and paid attention to the medical education of women.

Anna Fischer published several scientific publications, the most important was especially *Die Frau als Hausärztin*, printed for the first time in the year 1901. This publication gained great popularity and was later published in several editions in many other countries. Anna Bayerová translated this book into Czech language and published in Prague under

the name *Žena lékařkou* in 1907, and again in 1912 and 1924.

Name of the book highlights the fact that women have penetrated into the medical profession, recently reserved only for men, and that female physician could understand to the problems of female organism better than her male colleague. Goal of the two doctors was the same: education of the public women. Both were trying to create a new model of a doctor who is a confidant to his patient, almost as his partner, and despite of it still remaining a professional. Re-published editions of the Anna Fischers book and its Czech translation demonstrates the diffusion of popularization of medicine in Europe.

Daniel Hupko

Strasti starého grófa. Autoreflexia choroby v osobnej korešpondencii aristokrata na sklonku 19. storočia

Abstract: References about diseases of the author or authors of diaries and correspondence appears in their content just rarely, more often are relations of health problems of family members, husband, wife, children, relatives and other aristocrats familiar with the writer. It is therefore all the more valuable to find and analyze a set of letters which include the author's own reception of his illnesses. Such files are preserved as a part of the estate of Count Maurice Pálffy, stored in the Slovak National Archives in Bratislava. It provides a rare possibility of insight in the privacy of the late 19th century aristocracy living. Particularly suitable for these purposes are letters from the last years of Moritz Pálffys (1894 - 1897) life. These letters, mainly descriptions of the health problems of the writer, are main issue of this study.

Key words: Maurice Pálffy – diseases – history of medicine – 19th century

Zdravotné problémy sú neoddeliteľnou súčasťou existencie človeka a v rôznej miere ho sprevádzajú po celý život. Choroby ako poruchy zdravia vždy negatívne pôsobia na organizmus a sprevádzané sú viac či menej nepríjemnými príznakmi, ktoré ovplyvňujú celkovú výkonnosť ľudského tela. Choroby ľudstvo kvária od nepamäti, sú fenoménom, ktorý ho sprevádza od najstarších čias až po súčasnosť.

Výskum v prostredí uhorskej šľachty sídliacej na území dnešného Slovenska je v nami sledovanom období – v 19. storočí – v tejto oblasti zatiaľ iba na svojom začiatku. Významným faktorom, ktorý napredovanie výskumu chorôb a chorobnosti uhorskej aristokracie determinuje, je miera zachytenia tejto problematiky v zachovaných písomných prameňoch osobnej povahy.¹ V korešpondencii sa objavujú zmienky o chorobách autora či au-

1 Literatúra k tejto téme sa zameriava takmer výlučne na obdobie raného novoveku. Pozri napr.: Václav BŮŽEK – Josef HRDLIČKA, *Péče o zdraví, nemoci a hygiena*, in: Václav BŮŽEK – Josef HRDLIČKA a kol., *Dvory velmožů s erbem růže*, Praha 1997, s. 177-184; Tünde LENGYELOVÁ, *Zdravotníctvo, hygiena a sociálne služby v zemepanských mestách 16. – 17. storočí*, Historické štúdie 42, 2002, s. 145-152; Tomáš KNOZ, *Krankheit, Tod und Verewigung von Adligen in der Frühen Neuzeit. Im Schnittpunkt von Historischer Anthropologie, medizinischer Anthropologie und Kunstgeschichte*, Opera historica 9, 2001, s. 81-115; či Tomáš KNOZ, „... s pomocí boží dosti mírně se mám...“ *Zdraví a nemoci Karla st. ze Žerotína*, Acta Musei Moraviae, Scientie sociales 82, 1997, s. 183-199. V poslednom desaťročí vzniklo niekoľko prác slovenských historikov a antropológov založených na analýze kostrových pozostatkov, za všetky pozri napr. Milan THURZO – Stanislav KATINA – Tünde LENGYELO-

torky listu či denníka iba sporadicky, oveľa častejšie sú zmienky o zdravotných problémoch manžela, rodinných príslušníkov, detí, príbuzných a iných aristokratov pohybujúcich sa v okolí pisateľa. Je preto o to vzácnejšie, keď sa podarí objaviť zopár exemplárov, či dokonca celý súbor listov, ktoré obsahujú zmienky o priebehu vlastnej choroby ich autora. Práve takýto súbor sa nachádza v písomnej pozostalosti grófa Mórica Pálffyho, ktorá je uložená v Slovenskom národnom archíve v Bratislave.

Gróf Móric Pálffy z Erdődu sa narodil 12. júla 1812 na hrade Červený Kameň ako najmladšie dieťa a druhorodený syn cisárskeho komorníka grófa Františka Pálffyho a jeho manželky Jozefíny, rod. Erdődyovej.² Móricova matka po necelých piatich rokoch manželstva (za bližšie neurčených okolností) ako dvadsaťštyriročná zomrela. Najmladší Móric mal v tom čase osem mesiacov, jeho brat Jozef takmer jeden a pol roka a sestra Hermína štyri roky. O Móricovom detstve vieme iba to, že ho prežil na Červenom Kameni a v Bratislave.³ Mladosť zasvätil službe v cisárskej armáde a v hodnosti kapitána jazdy v štyridsiatych rokoch armádu opustil. Pod dojmom revolučných udalostí v roku 1848 vstúpil opäť do činnnej služby. Za krátky čas bol povýšený do hodnosti majora a následne odvelený k vojsku poľného maršala Alfréda Windisch-Grätza. V revolučných udalostiach major Pálffy zachoval vernosť vládnucej dynastii reprezentovanej osobou Ferdinanda V. a následne aj Františka Jozefa I. Armádu opustil v hodnosti podmaršala v roku 1859.⁴

Móric Pálffy bol prototypom konzervatívne zmýšľajúceho aristokrata verného dynastii a viedenskému dvoru – túto svoju orientáciu potvrdil v rokoch 1861 – 1865 počas svojho pôsobenia vo funkcii uhorského miestodržiteľa.⁵ Po odchode z tejto funkcie sa Móric vrátil opäť, už po druhýkrát, do činnnej vojenskej služby a zakotvil na Morave. Pridelený bol na moravsko-sliezske najvyššie vojenské veliteľstvo v Brne, kde zastával do roku 1866 pozíciu zemského vojenského veliteľa.⁶ Po odchode z tejto funkcie sa gróf Pálffy defini-

VÁ, *Identifikácia kostrových pozostatkov dvoch ženských príslušníkov rodiny palatína Juraja Thurzu*, Bulletin Slovenskej antropologickej spoločnosti 5, 2002, s. 100-103, alebo Milan THURZO – Tünde LENGYELOVÁ – Ján LIETAVA – Radoslav BEŇUŠ – Soňa MASNICOVÁ, *Palatín Juraj Thurzo (1567 – 1616) – antropologicko-historická a paleopatologická analýza telesných pozostatkov*, Zborník SNM. Prírodné vedy 49, 2003, s. 129-155. Obraz starého muža v 19. storočí spracoval napr. Zdeněk BEZEC-NÝ, *Starý obránc starých práv*, in: Zdeněk HOJDA – Marta OTTLOVÁ – Roman PRAHL (edd.), *Vetché stáří, nebo zralý věk moudrosti?*, Praha 2009, s. 65-69.

2 Iván NAGY, *Magyarország családai czimerekkel és nemzékrendi táblákkal*. P – R, Pest 1862, s. 73.

3 Pál JEDLICSKA, *Eredeti részletek gróf Pálffy-család okmánytarához 1401 – 1653 s gróf Pálffyak életrajzi vázlatai*, Budapest 1910, s. 623.

4 Constant von WURZBACH, *Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich*. XXI. Theil. O'Donnell – Perényi, Wien 1870, s. 222.

5 P. JEDLICSKA, *Eredeti részletek gróf Pálffy-család*, s. 624-625 a tiež: Daniel RAPANT, *Viedenské memorandum slovenské z roku 1861*, Turčiansky Sv. Martin 1943, s. 94.

6 Constant von WURZBACH, *Biographisches Lexikon*, s. 223 a *Slovenský biografický slovník (od roku 833 do roku 1990)*. IV. zväzok M – Q, Martin 1990, s. 379.

tívne stiahol z verejného života a začal sa venovať hospodáreniu na svojich majetkoch. Jeho pôsobenie na poli bojovom i politickom bolo zo strany panovníka ocenené viacerými vysokými radmi a vyznamenaniami. Prejavom najvyššieho uznania celoživotných zásluh grófa Pálffyho od cisára Františka Jozefa I. bolo udelenie Radu zlatého rúna v roku 1889.⁷

V roku 1866 gróf Pálffy odišiel do ústrania a začal sa venovať zveľadovaniu svojich majetkov. Približne od polovice 70. rokov 19. storočia však preberal práve v dôsledku závažných zdravotných problémov Mórica Pálffyho hospodárenie na Smolenickom panstve jeho najstarší syn Jozef Pálffy. Z tohto obdobia sa nám zachovali Móricove listy, adresované manželke a deťom, ktoré sú vynikajúcim materiálom na analýzu vnímania vlastnej choroby očami aristokrata na sklonku 19. storočia.⁸

Zvlášť sú na tento účel vhodné listy, ktoré napísal v posledných troch rokoch svojho života, v rokoch 1894 – 1897: ako Ariadnina niť sa nimi vinie opis vlastných zdravotných problémov, ktoré boli aj primárnou príčinou jeho početných ciest za zdravím.⁹ V tomto období trávil časť roka mimo pálffyovského kaštieľa v Smoleniciach, jeho zdravotný stav si vyžadoval čoraz dlhšie liečebné pobyty, počas ktorých sa stále viac stával finančne závislým od syna Jozefa. O tom svedčia nielen zmienky o prijatí poslanej sumy peňazí, ale najmä často sa objavujúce informácie o výhodnej či nevýhodnej cene ubytovania či stravy.¹⁰ Najstarší syn dotoval otca veľmi dobre, o čom svedčí nielen široké spektrum kúpeľov a letovísk, ktoré Móric Pálffy navštevoval, ale i početné návštevy priateľov a známych, ktoré prijímal i sám podnikal. V júli 1894 pobýval v rakúskych kúpeľoch Bad Gastein pri Salzburgu, v auguste 1894 v prímorských kúpeľoch Norderney na Východofrískych ostrovoch,¹¹ v druhej polovici septembra a v októbri 1894 vo svetoznámych Karlových Va-

7 P. JEDLICSKA, *Eredeti részletek gróf Pálffy-család*, s. 624.

8 Bližšie k osobnosti grófa Mórica Pálffyho a jeho súkromnému životu na základe analýzy jeho osobnej korešpondencie pozri v: Daniel HUPKO, *Smolenické panstvo počas vlastníctva červenokamenskej línie Pálffyovcov. Gróf Móric I. Pálfi a jeho rodina*, diplomová práca, Trnava 2008, 122 s.

9 Tamže, s. 69 a nasl.

10 Napr.: Slovenský národný archív Bratislava, fond Rod Pálfi – červenokamenská línia (1745 – 1945; ďalej iba SNA, Pálfi - ČK), inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z 3. 8. 1894: „Tri prijaté izby... sú o 15 fl. lacnejšie, ako bolo moje ubytovanie v Gasteine. Aj strava je tu oveľa lacnejšia...“, Tamže – list Mórica manželke Paulíne z 13. 9. 1894: „Dnes musím nákupom doplniť svoju teplú bielizeň. Hľadám už bývanie na budúci rok a myslím, že som našiel veľmi dobré a lacné v (hoteli – pozn. autora) Metropol...“, Tamže – list Mórica Jozefovi, inv. č. 1882, šk. č. 190, nedatovaný (napísaný niekedy medzi 21. 10. 1896 a 10. 3. 1897): „Ďakujem za list. Peniaze prišli.“

11 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – listy Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z júla a augusta 1894.

roch¹² a v novembri 1894 sa vrátil do Smoleníc.¹³ Jar 1895 strávil v letovisku Gries v Tirolsku,¹⁴ na začiatku augusta 1895 pobýval opäť v rakúskom Bad Gasteine,¹⁵ od Vianoc 1895 až do jari 1896 bol opäť v mestečku Gries,¹⁶ letné mesiace strávil v Smoleniciach a obdobie od jesene 1896 až do konca apríla 1897 opäť v Griesi.¹⁷ Leto 1897 prežil v smolenickom kaštieli v kruhu rodiny.¹⁸ Na svoju poslednú cestu sa vybral na začiatku septembra 1897. Viedla do dolnorakúskeho Kaltenleutgebenu, odkiaľ sa však už živý nevrátil.

Liečebné pobyty gróf Pálffy neabsolvoval sám, mal vlastnú kuchárku, ktorá sa starala o jeho stravu, keďže mal veľmi citlivý žalúdok a povaha jeho zdravotných problémov si špecifickú stravu vyžadovala. Zmienku o kuchárke nachádzame v grófovej korešpondencii veľmi často, lebo od jej kuchárskeho umenia závisela Móricova spokojnosť a vo veľkej miere i jeho zdravotný stav. Neprichádzala však s Móricom, ale bola vždy najímaná z radov domáceho obyvateľstva na odporúčanie kúpeľných lekárov alebo grófových známych.

Ďalšou členkou Móricovho sprievodu bola Gizela Belányiová, ktorej prítomnosť máme písomne doloženú na Móricovom jesennom liečebnom pobyte v Karlových Varoch v roku 1894 a v roku 1897 vo forme vlastnoručne pripísaných pozdravov na konci listov. Zúčastňovala sa pravdepodobne všetkých Móricových ciest ako jeho spoločnica na cestách. Pani Belányiová bola evidentne uvedená do prostredia Móricovej rodiny, o čom svedčia i ňou na listy pripísané pozdravy: „*Aj ja si dovoľujem pripojiť bozk na ruku a srdečný pozdrav,*“ pripísala na list, určený Móricovej manželke Paulíne a podobnú úctivú formulu pripísala na list, adresovaný deťom grófa Pálffyho: „*Môj vrúcny pozdrav.*“¹⁹ Priamo v texte sa o jej prítomnosti gróf Pálffy zmieňuje v liste z Griesu z roku 1897.²⁰ Podobný pozdrav pripísala pani Belányiová i na koniec listu z apríla 1897.²¹

12 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – listy Mórica manželke Paulíne Pálffyovej zo septembra 1894 a SNA, Pálfi – červenokamenská línia, inv. č. 1814, šk. č. 184 – listy Mórica dcére Irme Pálffyovej z októbra 1894.

13 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 25. 11. 1894.

14 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1882, šk. č. 190 – list Mórica synovi Jozefovi Pálffymu z 13. 2. 1894 a inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 11. 4. 1895.

15 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1814, šk. č. 184 – listy Mórica dcére Irme Pálffyovej z augusta 1895.

16 SNA, Pálfi – ČK – listy Mórica Irme z decembra 1895 a inv. č. 2072, šk. č. 206 – listy Mórica synovi Jozefovi Pálffymu a neveste Lucii Pálffyovej z decembra 1895 až marca 1896.

17 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – listy Mórica synovi Jozefovi Pálffymu a neveste Lucii Pálffyovej z októbra 1896 až marca 1897.

18 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 8. 7. 1897.

19 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z 15. 9. 1894 a inv. č. 1814, šk. č. 184 – list Mórica deťom z 3. 10. 1894.

20 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 25. 3. 1897.

21 SNA, Pálfi – ČK – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 22. 4. 1897.

Okrem kuchárky a spoločnice bol členom Pálffyho sprievodu i Jozef, ktorý bol pravdepodobne grófovým komorníkom. Zmienky o ňom sa nachádzajú napr. v liste z roku 1894²² a v liste napísanom dcére Irme o tri roky neskôr: „Dnes... som bol po dlhom čase vonku, bol som u Zichyovcov a na spiatocnej ceste som sa posadil na najnižší schod Henrichovej promenády; bol som taký vyčerpaný, že som musel Jozefa poslať domov po pohárik vášho portského vína...”²³

Okrem komorníka Jozefa, pani Belányiovej a osobnej kuchárky robili grófovi spoločnosť i jeho deti, ktoré otca na jeho cestách sprevádzali alebo, ak bola vhodná príležitosť, ho v kúpeľoch navštívili: v druhej polovici júla 1894 otca v kúpeľoch Gastein sprevádzala dcéra Irma Pálffyová,²⁴ v polovici apríla 1895 opustil otca po mesačnom pobyte v Griesi syn Ján,²⁵ vo februári 1897 očakával Móric v tom istom meste s veľkou radosťou návštevu dcéry Paulíny Stubenbergovej a jej svokry.²⁶ Dámy s grófom Pálffym zostali do 22. marca, potom odcestovali do Benátok.²⁷

Všetky liečebné pobyty absolvoval Móric Pálffy s jediným cieľom: vyliečiť alebo aspoň zmierniť žalúdočné ťažkosti, ktoré sa cyklicky vracali a zneprijemňovali starému grófovi život. Bolestivé stavy striedali obdobia úľavy, ktoré však netrvali príliš dlho. K týmto ťažkostiam sa navyše pripojili i kŕče v nohách, ktoré bolo vždy nutné rozmasírovať a sťažovali v tom čase už vyše osemdesiatročnému grófovi chôdzu.

Sprievodným javom Móricových zdravotných ťažkostí bola i nutnosť veľmi prísne dodržiavať lekárom stanovenú diétu, ktorej cieľom bolo pacientovi uľaviť od tráviacich problémov. „Moja strava pozostáva denne z ryžovej kaše alebo polievky z jačmeňa, pečeného kurčata a mliečnej ryže. Večer nedostávam nič okrem polievky, k raňajkám kakao alebo čaj so suchárom.“ opísal svoj stravovací režim manželke.²⁸ Stravovacie obmedzenia gróf Pálffy znášal veľmi zle, sám ich občas porušoval a potom za svoje prehrešky bolestivo pykal.

Na konci júla 1894 ukončil liečenie v kúpeľoch Gries, kde absolvoval devätnásť kúpeľov, čo považoval za dostatočné. Priznal však i hrubý prehrešok voči diéte: „... moje tráviace problémy sú vďaka Bohu odstránené, keďže som si dnes nepokazil žalúdok údeným bôčikom a knedľou, môžem bez prekážky odcestovať.“²⁹ Tirolský Gries vymenil za dolnosaské prírodné kúpele Norderney na Východofrískych ostrovoch, ktoré považoval za veľmi vhod-

22 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z 5. 8. 1894.

23 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1814, šk. č. 184 – list Mórica dcére Irme Pálffyovej z 13. 2. 1897.

24 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z 18. 7. 1894.

25 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 11. 4. 1895.

26 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 24. 2. 1897.

27 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 22. 3. 1897.

28 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z 22. 7. 1894.

29 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z 30. 7. 1894.

né na uzdravovanie chorých, hoci poznamenal, že pre nedostatok zábavy nemusia niekomu vyhovovať. Mórica sa v Norderney ujal *dr. Kruse*, ktorý grófovi naordinoval kloktanie a okrem toho i „... kúpele v dvadsaťšesťstupňovej morskej vode a nato vykúpanie v deväťnásťstupňovej vode dva dni po sebe a na tretí deň vynechať. Po kúpeli si odpočinúť aspoň pol hodinu.“³⁰ Počasie však Pálffymu neprialo, kvôli búrkam a chladnému počasiu predpísanú kúru odložil a znova porušil diétu: „Včera som sa nasýtil dobrým jedlom, čo mi nepadlo celkom dobre, hoci bolo dobre pripravené.“³¹ „Opäť som sa cítil slabý a konzultoval som to s doktorom...“ postťažoval sa o dva dni neskôr o opätovnom zhoršení trávenia.³² Nevedno, či mu prímorské kúpele pomohli, o mesiac neskôr našiel úľavu v Karlových Varoch. Prísnej diéte sa však nevyhol ani tu, nechutenstvo však postupne ustupovalo, čo pripisoval karlovarskému vzduchu. Súčasťou jeho diéty bolo pečené konské mäso, ktoré však považoval za prítvrdé, a pečené jarabice.³³

14. septembra 1894 seklo Mórica v krížoch, vďaka masážam, mastiam a obkladom sa však jeho stav zlepšoval. Manželke oznámil, že jeho apetít nie je stále taký, ako by si predstavoval: 15. septembra jeho obed tvoril len *kúsok zajaca s ryžou a čaj, k tomu kôrky z troch kúskov pečiva*.³⁴

Trávacie problémy pokračovali i doma v Smoleniciach a neraz spôsobili, že Móric musel zmeniť kvôli svojmu zdravotnému stavu plány: napr. 25. novembra 1894 počas pobytu v Smolenickom kaštieli nemohol svoje dve dcéry sprevádzať k synovi Jánovi do Budmeríc, lebo sa jeho stav zhoršil a obával sa ďalšieho záchvatu. Starý gróf bol čoraz viac unavený, čo zašlo tak ďaleko, že na prechádzky, ktoré v Smoleniciach podnikal dva až tri razy za deň, musel nosiť skladáciu poľovnícku stoličku, na ktorej si čas od času odpočinul, čo, ako sám napísal, *bolo veľmi často nutné*. „Objednal som si z obchodu s delikatesami ľahko stráviteľné mäso, ktoré ma má posilniť, doteraz som však nespozoroval zvláštny účinok. Ešte stále musím držať prísnu diétu, dúfam ale, že to konečne pominie, lebo sú to skutočne Tantalove muky nemôcť sa denne zúčastniť na jedení všetkých dobrých vecí, ktoré mám rád... bohužiaľ to ale musí byť.“ dodal na záver svojho listu.³⁵

Rok 1895 bol pre grófa pomerne pokojný, strávil ho v kúpeľoch Gries a v kaštieli v Smoleniciach. V marci dokonca sám radil dcére Irme, ako vyliečiť kašeľ: do hrnca s vriacou vodou dať tri kvapky oleja z borovice a paru počas piatich minút inhalovať cez papierový kornútik. Ak by sa zdala para horúca, treba vraj teplo regulovať zdvíhaním kornútika.

30 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Pauline Pálffyovej z 3. 8. 1894.

31 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Pauline Pálffyovej z 5. 8. 1894.

32 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Pauline Pálffyovej z 7. 8. 1894.

33 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Pauline Pálffyovej z 13. 9. 1894.

34 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Pauline Pálffyovej z 15. 9. 1894.

35 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 25. 11. 1894.

Túto kúru odporúčal dcére aplikovať len večer a keby sa stav nelepšil, radil pridať každý deň o jednu kvapku viac, nie však viac ako pätnásť kvapiek.³⁶ Z neustálych pobytov mimo domova bol však gróf Pálffy zjavne unavený, lebo jediným jeho práním bolo vrátiť sa do Smoleníc, *aby si tam odpočinul a dal sa do domácej starostlivosti*.³⁷

Ťažké stavy sa vrátili na začiatku februára 1896 v čase, keď sa gróf nachádzal v Griesi. Dokonca k nemu museli v noci privolať lekára, aby ho ošetril. Následne Móric vypracoval zoznam svojich obľúbených jedál, ktorý po schválení lekárom odovzdal svojej kuchárke.³⁸ Ďalší podrobný opis stravy, ktorú gróf prijímal, pochádza z novembra 1896: „Vždy večer si nechávam pripraviť vínnu polievku, ktorú potom veľmi zavčasu ráno Jozef ohreje, medzi ôsmou a deviatou hodinou si dám kakao a žiadne mäso, na obed polievku, mäso so zeleninou alebo múčnik. Výber jedál zostáva veľmi široký, lieky sa pritom obmedzujú na kamilkové kvapky.”³⁹ Ako sme už spomenuli vyššie, do istej miery závisel Móricov stav i od jeho kuchárky, čo si i sám gróf veľmi dobre uvedomoval. Na začiatku decembra 1896 bol nútený následkom nedôsledne dodržiavanej čistoty v kuchyni svoju kuchárku prepustiť. Príčinou bol navyše jej *prudký charakter* a zároveň odporúčanie ošetrojúceho lekára. Na adresu odchádzajúcej kuchárky sa Pálffy vyjadril nasledovne: „Niektoré jedlá varila vskutku dobre, ale celkovo bola skutočne nemožná.”⁴⁰ Nečistota v kuchyni mohla byť príčinou zhoršenia Móricovho zdravia, ale sám gróf priznal, že tráviace problémy sa vrátili po lekárom schválenej nepatrnej zmene jedálnička.⁴¹ Čoskoro však došlo k stabilizácii jeho stavu, čo gróf Pálffy pripísal užívaniu kamilkového odvaru.⁴² Tráviace problémy a bolesti Mórica Pálffyho neopustili ani v roku 1897, ba on sám svoj stav považoval za horší než lepší: „Vôbec si myslím, že mi sily skôr ubúdajú, ako pribúdajú... Stolicu mám, čo je dôsledok môjho apetítu. Denne dostávam o jedenástej hodine polievku z tlakového hrnca z pol kila mäsa, ktorú znášam veľmi dobre a ktorá mi chutí. Pokus užívať ju i večer sa však neošvedčil, lebo hneď na prvýkrát mi spôsobila nočnú opakujúcu sa stolicu, takže som sa opäť vrátil k svojmu systému užívať večer studené pečené mäso. Desiatej som sa definitívne vzdal, nanajvýš si dám kompót a červené víno. Ráno užívam pred dvanástou (kôru stromu – pozn. autora) *China Calisaya*,⁴³ ktorú popoludní veľmi zle znášam, lebo mi zoslabuje pulz a robí

36 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1814, šk. č. 184 – list Mórica dcére Irme Pálffyovej z 14. 3. 1895.

37 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1814, šk. č. 184 – list Mórica dcére Irme Pálffyovej z 4. 8. 1895.

38 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica synovi Jozefovi Pálffymu a neveste Lucii Pálffyovej z 6. 2. 1896.

39 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica synovi Jozefovi Pálffymu a neveste Lucii Pálffyovej z 10. 11. 1896.

40 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 12. 12. 1896.

41 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 8. 12. 1896.

42 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 11. 12. 1896.

43 Ide o kôru chinínovníka rastúceho predovšetkým na americkom kontinente, ktorá bola považovaná za veľmi cenné liečivo. Nielen jeho kôra, ale i kvety a listy majú horkú chuť. Ich hlavnou zložkou je

*mi zle... a tak žijem zo dňa na deň. Obed je vždy bez múčnika. S pokojom a odovzdaním očakávam zlepšenie alebo zhoršenie môjho stavu.*⁴⁴

Jeho stav sa naozaj veľmi zhoršoval, čomu zodpovedalo i celodenné rozdelenie stravy tak, aby starý gróf zbytočne nestrácal silu. Denná dávka mäsovej polievky bola rozdelená do štyroch prídelov, ktoré dostával ráno medzi šiestou a siedmou hodinou, o pol desiatej, v čase obeda a večer o šiestej hodine. Na obed k polievke priniesli i pečené mäso so zelečinou a kompót, medzi ôsmou a deviatou hodinou kakao. K večeri jedával studené pečené mäso. Dôvodom podávania predovšetkým tekutej stravy bolo uľaviť oslabenému tráviacemu traktu. Súčasťou naordinovanej liečby bol o štvrtej popoludní pravidelný klystír. Móric Pálffy však najviac ľutoval, že mu zakázali akékoľvek múčne jedlá.⁴⁵ Oplatilo sa však vydržať a už na začiatku marca 1897 mohol podmaršal Móric Pálffy, ktorý celú svoju vojenskú kariéru strávil v sedle koňa, začať opäť jazdiť. *„Už asi štrnásť dní opäť jazdím na koni, ale iba krokom, ešte len od včera som začal cváľať, ale dnes ma pri jazdení seklo v krížoch, čo je katastrofa, lebo mi jazdenie robilo dobre.“* vyznal sa v liste adresovanom svojej dcére.⁴⁶ Mal v tom čase už osemdesiatštyri rokov.

Rok 1897 bol pre zdravotný stav grófa Pálffyho naozaj kritický – došlo k jeho rapidnému zhoršeniu. Trpel stále častejšie sa vracajúcimi problémami s trávením, ktoré boli zo dňa na deň vážnejšie a úlava prichádzala za čoraz dlhší čas.

Ešte 23. novembra 1896 pricestoval do tirolského Griesu na sedemmesačný ozdravný pobyt, ktorý mu však neprinášal úľavu: *„... úprimne povedané, pochybujem, či Gries ešte opustím živý, lebo mám neprestajne väčšie či menšie ťažkosti.“*⁴⁷ I tu Móricovi naordinovali zdravú stravu, mal úplne zakázané múčne jedlá a povolené len mäso a špargľu, ktorá mu však nechutila. Naopak, veľmi si pochvaloval sluky od najstaršieho syna Jozefa, ktoré mu vždy dobre padli.⁴⁸ Divinu Móric všeobecne veľmi obľuboval a zdá sa, že mu ju lekári nezakazovali, práve naopak. V mnohých listoch nachádzame poďakovanie za poslané bažanty, jarabice a sluky od synov Jozefa a Jána alebo tetrova či diviaka od Stubenbergov-

chinín a liečivo sa užívalo vo forme prášku alebo odvaru. Liek sa používal proti dýchavičnosti, celkovej slabosti, proti žalúdočným problémom, pri nadúvaní alebo hnačke. Bližšie pozri: *China [chinovník, Cinchona]* [online], <http://botanika.wendys.cz/cherbar/heslo.php?101>, [Citované 21. 5. 2010].

O užívaní prášku sa Móric zmieňuje už v júli 1894: *„Mám osvedčený prostriedok proti návratu mojich ťažkostí – vzal som si so sebou na cestu rezervný prášok.“* SNA, Pálfi – červenokamenská línia, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne z 30. 7. 1894.

44 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1814, šk. č. 184 – list Mórica dcére Irme Pálffyovej z 13. 2. 1897.

45 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 24. 2. 1897.

46 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 22. 3. 1897.

47 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 25. 3. 1897.

48 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 25. 3. 1897.

cov.⁴⁹ Tetрова od dcéry Paulíny Stubenbergovej si nechal udusiť a následne upiecť na slanine.⁵⁰

Ako sme už uviedli vyššie, gróf Pálffy znášal prísne diéty veľmi ťažko, jedlo bolo – ako sa sám vyjadril – pre neho jedným z mála potešení, ktoré mu život ponúkal: „*Karol Stubenberg mi poslal zastreleného hlucháňa, ktorého ulovil spoločnými silami s Lincsi... Zo Smoleníc a z Budmeríc mám nejaké sľuky, ktoré môj žalúdok potešili. Musím na svoju škodu priznať, že jedlo je jedným z mála priateľov, ktorých starý muž má.*“⁵¹

V apríli sa grófov stav natoľko zlepšil, že si mohol opäť sám vyjsť zajazdiť na koni, mohol však len cváľať, klusať dlho nevydržal. I samotný cval ho unavoval natoľko, akoby na každej nohe po jazde na koni cítil *zavesené bremeno*, jazdy na koni sa však nevzdal ani za cenu silných krčvov v rukách a nohách.⁵² Liečebný pobyt v Griesi ukončil gróf pravdepodobne v druhej polovici mája a vrátil sa domov, kde v Smolenickom kaštieli strávil leto.⁵³ Tento pobyt v milovaných Smoleniciach mu zjavne aspoň na chvíľu prospel. „*Môj stav je vďaka bohu obstojný, k čomu prispieva Maričkinu kuchárske umenie. Nemám nič nové, o čom by som Ťa informoval, preto... s najlepšími pozdravmi a bozkami pre vás všetkých končím. Tvoj veľmi Ťa ľúbici svokor Móric.*“ ukončil gróf Pálffy list adresovaný neveste Lucii na hrad Kreuzenstein neďaleko Viedne.⁵⁴

Osobitnou kapitolou v grófovom zdravotnom stave je jeho zrak, ktorý bol, nadnesene povedané, pevne spätý s Móricovým náboženským presvedčením a jeho jednoznačným politickým konzervativizmom. Ten sa prejavil v roku 1894 pri prejednávaní tzv. cirkev-nopolitických zákonov, lebo jeho *silná katolícka viera a náboženské cítenie stáli aj nad ľudským zreteľom*.⁵⁵

Zdravotné problémy s očami sa u Mórica Pálffyho objavili pravdepodobne na začiatku roka 1894, nie je však vylúčené, že to mohlo byť i skôr. V polovici júla 1894 bol už po operácii oka, ktoré si vyplachoval *zinkovou vodou*: „... dúfam, že sa to zlepší a liečba bude úspešná. Prázdnota v operovanom oku mi veľmi vadí a slzenie ešte stále neprestalo.“⁵⁶ Bolesť a problémy ale neustávali, Móric musel ako ochranu proti vetru nosiť okuliare, mal neustále podráždené oči a musel sa vyhýbať prášnému prostrediu. Napr. 3. augusta 1894

49 Napr. SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 24. 2. 1897, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej zo 14. 2. 1897 a z 11. 12. 1897.

50 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 22. 4. 1897.

51 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 11. 4. 1895.

52 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 22. 4. 1897.

53 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 25. 3. 1897.

54 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 8. 7. 1897.

55 P. JEDLICSKA, *Eredeti részletek gróf Pálffy-család*, s. 625.

56 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z 18. 7. 1894.

nemohol v kúpeľoch Norderney kvôli piesku obedovať na pobreží Severného mora, lebo ho víril vietor a piesok starému grófovi dráždil oči.⁵⁷ Bolesti oka ale boli čoraz nástojčivejšie a obmedzujúcejšie, preto sa gróf odhodlal k ráznemu kroku. Navštívil špecialistu vo Viedni, ktorý mu odporúčal choré oko vybrať, aby choroba nenapadla i druhé oko, ktoré bolo zatiaľ zdravé. Jedlicska ďalej uvádza, že sa Móric Pálffy lekára spýtal, či by bolo nebezpečné, keby operáciu ešte o deň odložili, aby mohol odcestovať do Budapešti a hlasovať proti návrhu cirkevnopolitických zákonov a predniesť prejav proti ich prijatiu. Lekár odpovedal, že žiadne vážnejšie riziko nehrozí, nepríjemným sprievodným javom budú len bolesti. Preto Pálffy hneď odcestoval do Budapešti a naozaj proti návrhu zahlasoval.⁵⁸

Jedlicskov opis udalostí nie je presný: je do značnej miery idealizovaný. Móricova korešpondencia poradie jednotlivých udalostí mení: k vybratiu pravého oka prišlo niekedy medzi 3. augustom a 15. septembrom 1894, lebo už 15. septembra bola rana po operácii zahojená: „*Keďže moje umelé oko bolo primalé, objednal som si väčšie a ukazujem sa s ním už od dnešného rána, či bude nutné ešte väčšie, dozviem sa vo Viedni u továrnik, ktorý mi je sympatický, je to rozumný muž.*“⁵⁹ Vtedy sa Móric nachádzal v Karlových Varoch a odtiaľ s už zahojeným okom hodlal odcestovať do Budapešti, aby zabránil prijatiu cirkevnopolitických zákonov, ktoré mu spôsobovali *bezsenne noci* a návrat *nervových bolestí v dôsledku krčôv*. Konzervatívny Pálffy prisudzoval politickú zodpovednosť za vzniknutú situáciu okolo prijímania týchto zákonov grófovi Ferdinandovi Zichymu, neskoršiemu predsedovi katolícky orientovanej Uhorskej ľudovej strany (Néppárt). Skoro ráno 3. októbra 1894 mal objednané auto, ktoré ho malo odviezť na železničnú stanicu, ale hotelový vrátnik mu oznámil, že žiadny ranný rýchlik do Viedne neodchádza, čo Móricovi skrížilo plány. Preto hneď telegrafoval do Budapešti, či nebude už neskoro, keď odcestuje večerným rýchlikom a na mieste bude o druhej hodine ráno. Považoval za svoju povinnosť *hlasovať proti cirkevnopolitickému zákonu, ktoré majú tak veľký dosah*, na druhej strane však dodal: „... *som veľmi pokojný, lebo láskavý Boh všetkému, čo sa má stať, musí zabrániť. Dúfam, že v priebehu niekoľkých dní budem naspäť, lebo tu zanechávam aj pani B.* (Gizela Belányiová – pozn. autora). *Po mojom návrate tu zostanem do konca mesiaca...*“⁶⁰ Tak sa i stalo, po hlasovaní sa vrátil do Karlových Varov a liečebný pobyt tam i dokončil.⁶¹ Zákony i napriek

57 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z 3. 8. 1894.

58 P. JEDLICSKA, *Eredeti részletek gróf Pálffy-család*, s. 625-626.

59 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1268, šk. č. 141 – list Mórica manželke Paulíne Pálffyovej z 15. 9. 1894.

60 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1814, šk. č. 184 – list Mórica deťom z 3. 10. 1894 (uložený v Irmínej pozostalosti).

61 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 23. 10. 1894.

Móricovej všemožnej snahe snem prijal a panovníkom boli podpísané na začiatku decembra 1894.

Vybratím pravého oka sa však Móricove problémy so zrakom neskončili, podobný osud čakal i jeho ľavé oko, na ktoré na konci života videl len veľmi slabo alebo vôbec: „*Teší ma, že stavba Kreuzensteinu robí také veľké pokroky, keď bude dokončený, chcel by som sa ho dotknúť, čo moja slepota dovoľí len sčasti.*“⁶² Dokončenia Kreuzensteinu sa už nedožil: v čase napísania listu mu zostávali len dva mesiace života.

Nami analyzovaná korešpondencia Mórica Pálffyho dovoľuje nahliadnuť i do rýdzo súkromnej sféry života aristokrata na sklonku 19. storočia – do reflexie vlastnej smrti samotným jej percipientom.

Svoju manželku prežil Móric Pálffy bez štyroch dní o tri roky: zomrel 14. septembra 1897 v Kaltenleutgebene v Dolnom Rakúsku neďaleko Viedne.⁶³ Podobne ako jeho manželka, nezomrel doma.⁶⁴ Ešte v júli 1897 trávil leto v rodinnom kruhu v kaštieli v Smoleniciach,⁶⁵ 8. septembra 1897 sa synovi Jozefovi ozval z Kaltenleutgebenu, odkiaľ sa už živý domov nevrátil. Na chorého grófa dopadla ťarcha rokov a pišuc synovi si evidentne uvedomoval svoj blízky koniec: „*Boh ochraňuj a žehnaj vás oboch! V poslednom čase som s vami v duchu a dúfam, že i Ty si na mňa spomenieš. Moje dve brokovnice rozdeľ medzi revírnik a Janeka a lesníka Rudroffa ako pamiatku na mňa. Dnes som mal bezsennú noc a silné kŕče v nohách...*“⁶⁶ O šesť dní gróf Pálffy zomrel.

Je problematické určiť presnú príčinu smrti grófa Mórica Pálffyho. Na základe vyššie popísaných zdravotných ťažkostí a neuhov, ktoré Pálffyho v rokoch 1894 – 1897 trápili, možno vysloviť len pravdepodobné hypotézy.⁶⁷ Isté je, že šlo o dlhotrvajúce chronické črevné ochorenie. Rakovina hrubého čreva ako príčina jeho smrti je vzhľadom na dlho-

62 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 8. 7. 1897.

63 P. JEDLICSKA, *Eredeti részletek gróf Pálffy-család*, s. 626.

64 Móricova manželka Paulína skonala 18. septembra 1894 v dolnorakúskom Payerbachu. Nešlo o smrť náhlu a nečakanú. Naopak, predchádzalo jej minimálne mesačné obdobie, počas ktorého sa grófkina stav rapídne zhoršoval. Šlo o vážne ochorenie, ktorého pôsobením žena plných tvarov schudla a v čase svojej smrti mala len zlomok svojej pôvodnej hmotnosti. Pri matke v čase jej skonu boli prítomné jej dcéry, najmä Terézia, Irma a Paulína, manžel Móric sa v tom čase zdržiaval na liečebnom pobyte v Karlových Varoch, pravidelne sa však dožadoval správ o manželkinom zdravotnom stave. Podrobnejšie pozri: D. HUPKO, *Smolenické panstvo*, s. 86-90.

65 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica neveste Lucii Pálffyovej z 8. 7. 1897.

66 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2072, šk. č. 206 – list Mórica synovi Jozefovi Pálffymu zo 7. 9. 1897.

67 Touto cestou veľmi pekne ďakujeme za konzultácie prof. MUDr. Petrovi Mitrovi, PhD. z III. internej kliniky Lekárskej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, prof. MUDr. Petrovi Galajdovi, CSC. a prof. MUDr. Mariánovi Mokáňovi, DrSc. z I. internej kliniky Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine.

dobosť zdravotných problémov vylúčená. Gróf Pálffy trpel tzv. chronickým dyspeptickým syndrómom, ktorý mohol súvisieť so stareckými zmenami tráviacej trubice, keďže sa dožil vysokého veku. Ako najpravdepodobnejšie sa javí chronické zápalové ochorenie tráviaceho traktu, akým je Crohnova choroba⁶⁸ alebo ulcerózna kolitída.⁶⁹

Zdravotné problémy s očami, ktoré vyústili do chirurgického odstránenia pravého oka a k následnému zhoršovaniu kondície ľavého oka, možno považovať za dôsledok zápalových stavov, ktoré boli sprievodnými javmi ulceróznej kolitídy. Preto s najväčšou pravdepodobnosťou práve táto choroba bola príčinou strastí, ktoré gróf Móríc Pálffy musel pretrpieť. V prospech nášho tvrdenia hovorí i fakt, že gróf Pálffy užíval popri prísnej diéte i prípravky na zlepšenie trávenia, tzv. digestíva. Okrem kôry chinínovníka to bolo najmä medicínske prírodné sladové víno *Condurango malaga*, o ktorom sa sám zmienil i vo svojej korešpondencii.⁷⁰ Toto liečivé víno sa dodnes používa na upokojenie podráždeného žalúdka, odstránenie nechutenstva a podporu činnosti tráviaceho traktu. Zdravotné problémy, týkajúce sa zažívacieho systému, neboli u šľachty ničím výnimočným. Predovšetkým v ranom novoveku boli spôsobené prijímaním kaloricky výdatnej stravy – počas hostín boli plné stoly, prehýbajúce sa jedlo, merítkom majetkovej úrovne a prostriedkom spoločenskej reprezentácie hostiteľa.⁷¹

Gróf Pálffy bol počas celého svojho života štíhlym mužom, o čom svedčia zachované fotografie a portréty. Preto možno nesprávne stravovacie návyky ako príčinu jeho ťažkostí vylúčiť: možno skonštatovať, že príčinou smrti grófa Pálffyho bola s najväčšou pravdepodobnosťou staroba a vyššie popísané zdravotné problémy boli iba jej sprievodným javom.

Súbor listov z osobnej pozostalosti Mórica Pálffyho je bezpochyby jedinečným zdrojom informácií o autoreflexii choroby na sklonku 19. storočia. Okrem údajov o prízna-

68 Zápalové ochorenie tráviaceho traktu, ktoré postihuje hrubé alebo tenké črevo, najčastejšie však prechod medzi hrubým a tenkým črevom. Príčinou vzniku choroby je nadbytok cukru v potrave, fajčenie a genetické danosti. Diagnostikovanie Crohnovej choroby znamená vyhýbanie sa akejkoľvek fyzickej záťaži, pričom fyzická aktivita schválená lekárom je dôležitá. Nutnosťou je dôsledne dodržiavaná diéta. Choroba má dlhodobý priebeh. Ochorenie bolo popísané až v roku 1932. Viac viď: *Crohnova choroba* [online], dostupné na: <http://ordinace.cz/clanek/crohnova-choroba/>, [Citované 21. 5. 2010].

69 Chronické zápalové ochorenie postihujúce sliznicu hrubého čreva. Pri liečbe je dôležité dodržiavanie predpísaného diétného a protistresového režimu. Častou komplikáciou sú hemeroidy, choroba môže prebiehať v troch formách, pričom podľa Móricových príznakov mohlo ísť o ťažkú formu, ktorá postihuje celé hrubé črevo, sprevádzaná je nechutenstvom, stratou hmotnosti, málokrvnosťou, ale i zápalmi kĺbov alebo očí. Viď: *Ulcerózna kolitída (chronická idiopatická proktokolitída)* [online]. 2008 Aktualizácia 10. 7., dostupné na: http://www.gastroenterolog.com/ulcerozna_kolitida.htm, [Citované 21. 5. 2010].

70 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 1814, šk. č. 184 – list Mórica dcére Irme Pálffyovej z 13. 2. 1897.

71 Josef PETRÁŇ (ed.), *Dějiny hmotné kultury II (1). Kultura každodenního života od 16. do 18. století*, Praha 1995, s. 212.

koch chorôb a neduhov, ktoré ich pisateľa kváril, umožňujú tieto listy nájsť odpovede na rad ďalších otázok, ktoré by inak zostali nezodpovedané.

Blížšiu pozornosť si zasluhuje i povaha informácií, ktoré Móric Pálffy ako manžel a otec adresátom svojich listov sprostredkovával. Ide o detailné opisy aktuálneho zdravotného stavu, ktoré podával bez prílišného zaujatia, miestami až chladne spravodajským spôsobom. Keďže išlo naozaj o dlhodobé chronické zdravotné problémy, ktoré sa stali pre grófa Pálffyho každodennou realitou, možno tento jeho odstup od vlastnej choroby pripísať práve tejto skutočnosti. Navyše, z korešpondencie Mórica Pálffyho vyplýva, že svoje liečebné pobyty nevnímal vôbec v rovine reprezentatívnej: nehladal rozptýlenie ani spoločnosť priateľov, jeho cesty za zdravím mali výlučne utilitárny charakter. Pobyty mimo domova ho vyčerpávali, rovnako i dlhé cestovanie, návrat do Smolenického kaštieľa medzi svojich najbližších príbuzných vždy túžobne očakával. Zdá sa, že i napriek tomu radšej volil dlhodobé liečebné pobyty mimo Smoleníc, než aby rodine svojho najstaršieho syna svojou chorobou znepríjemňoval život: ťažké záchvaty choroby sa vracali v čoraz kratších časových intervaloch a stála zdravotná starostlivosť bola jednoducho nutnosťou. Móric však tieto stavy znášal odovzdane a trpezlivo, vnímal ich naozaj ako neoddeliteľnú súčasť svojho života.

Ak si položíme otázku o rozsahu okruhu ľudí z okolia Mórica Pálffyho, ktorí boli o jeho chorobe informovaní, resp. ktorých o priebehu a detailoch svojej choroby informoval sám, odpoveď nie je jednoduchá. Okolnosti choroby s jej detailným priebehom boli okrem samotného chorého, jeho ošetrojúcich lekárov a osobného personálu, ktorý sa staral o Pálffyho pohodlie na cestách, známe v celej svojej šírke a hĺbke len najbližším členom rodiny: ako adresáti listov, v ktorých sa Móric Pálffy z priebehu svojej choroby vyznáva, vystupujú jeho manželka a potomstvo: okrem manželky Paulíny boli najpočetnejším adresátkami otcových listov spomedzi jeho siedmich detí dcéry Terézia a Irma. Spomedzi troch synov sa zachovali listy adresované najstaršiemu synovi Jozefovi, i keď iba v počte niekoľkých kusov. Okrem niekoľkých listov adresovaných menovite najstaršiemu synovi sa postupne objavujú listy dedikované zároveň Jozefovi a jeho manželke Lucii, rod. Wilczekovej. S ohľadom na časovú zaneprázdnenosť svojho manžela, ktorý niesol zodpovednosť za správu otcovského majetku, postupne Lucia celkom prebrala vedenie korešpondencie so svojím svokrom (a zároveň strýkom, lebo Jozefova matka bola sestrou Luciinho otca) a následne je v oslovení Móricových listov uvádzané už len Luciino meno. Niet pochyb o tom, že o zdravotnom stave svojho otca bol Jozef zo strany svojej manželky praviť a neodkladne informovaný. Sprostredkovane boli zrejme informované aj ostatné Pálffyho deti: dcéry Gizely a Paulína boli vydaté a trvalo sa zdržiavali mimo Smoleníc, syn Móric ml. pôsobil v diplomatických službách a zdržiaval sa v zahraničí. Syn Ján žil

v Budmericiach a v Bratislave. Ich korešpondenciu s otcom nemáme zachovanú,⁷² nepriamo sa ich záujem o otcovo zdravie a snaha uľahčiť jeho údel odráža v nami analyzovaných Móricových listoch adresovaných dcéram Terézii a Irme a neveste Lucii.

Odpoveď na otázku, či boli o zdravotnom stave Mórica Pálffyho ním samým informovaní i jeho priatelia, nie je jednoznačná. Sám Pálffy sa v jednom zo svojich listov na adresu svojich priateľov vyjadril nasledovne: „...odkáž im, že to nie je pre nich žiadnou strastou, ale iba útechou, keď ma nevidia, lebo možno povedať, že denne sa stále viac približujem k hrobu; ako dlho to ešte bude trvať, to je už iná otázka.“⁷³ Predpokladáme teda, že najbližší dlhoroční priatelia o Móricových strastiach vedeli – s niektorými sa počas svojich ciest za zdravím osobne stretol – ako detailne ale boli informovaní, to si môžeme iba domýšľať.⁷⁴

I napriek všetkým vyššie opísaným zdravotným problémom sa gróf Pálffy dožil extrémne vysokého veku. V čase svojho príchodu na Smolenické panstvo v roku 1864 bol Móric Pálffy päťdesiatnikom. Smolenice sa stali na 33 rokov kulisou jeho života. V rokoch 1894 – 1897 sa tam ale zdržiaval veľmi málo. Gróf Pálffy zomrel ako osemdesiatpäťročný, počas svojich krátkych pobytov v Smolenickom kaštieli musel v posledných rokoch svojho života pôsobiť vzhľadom na svoj vysoký vek až exotickým dojmom. Smoleničania ho mali možnosť vídať počas jeho pravidelných prechádzok po obci, ktoré podnikal so železnou pravidelnosťou. Pomerne čiperný osemdesiatnik, ktorý si ale musel počas chôdze čoraz častejšie odpočinúť, bol s najväčšou pravdepodobnosťou na sklonku svojho života najstarším obyvateľom Smoleníc. A nielen v Smoleniciach. V poslednom desaťročí 19. storočia v celej strednej Európe tvorili ľudia starší ako sedemdesiat rokov len približne 3 % populácie.⁷⁵

72 To však neznamená, že nejestvovala. Písomná pozostalosť Jána Pálffyho až na pár listov a písomnosti dnes už nejestvuje – stratila sa pravdepodobne vo víre udalostí druhej svetovej vojny. Podobne je na tom pozostalosť Mórica Pálffyho ml. V prípade Móricových dcér Gizely a Paulíny sa otcove listy nachádzajú s najväčšou pravdepodobnosťou v osobných fondoch ich manželov – Adolfa Dubského a Karola Stubenberga. Tieto však neboli predmetom nášho výskumu.

73 SNA, Pálfi – ČK, inv. č. 2343, šk. č. 228 – list Mórica dcére Terézii Pálffyovej z 24. 2. 1897.

74 Menovite vo svojich listoch spomína týchto svojich dobrých priateľov: Juraja Apponyiho, Karola Forgácha a Leopolda Sternberga, ktorých prítomnosť počas kúpeľných pobytov v Griesi a Gasteine veľmi ocenil. Bližšie k okolnostiam ich stretnutí pozri v: Daniel HUPKO, *Smolenické panstvo*, s. 73-74.

75 Milan STLOUKAL – Eduard MAUR – Pavla HORSKÁ – Milan KUČERA – Ludmila FIALOVÁ – Jiří MUSIL, *Dějiny obyvatelstva českých zemí*, Praha 1996, s. 300.

Zusammenfassung

Die Jammer des alten Grafes. Autoreflexion der Krankheit in persönlicher Korrespondenz des Aristokraten am Ende des 19. Jahrhunderts

Graf Moritz Pálffy ab Erdőd (1812 – 1897) gehört zu den bedeutenden Persönlichkeiten der ungarischen Geschichte der 60er Jahre des 19. Jahrhunderts. Er war ein Prototyp des konservativ denkenden und österreichisch orientierten Aristokraten, der der Dynastie und dem österreichischen Hof treu war, was er auch während seiner Wirkung (1861 – 1865) in der Funktion des ungarischen Würdenträgers bestätigte.

In seiner Erblässenschaft, die in dem Slowakischen Nationalarchiv aufbewahrt ist, befindet sich Ensemble von Briefen, die viele Erwähnungen über den Krankheitsverlauf des Schreibers beinhalten. Selber der Moritz Pálffy hinterließ uns eine Autoreflexie seiner gesundheitlichen Probleme, die letztendlich auch zu seinem Tod führten.

Es bietet sich also eine seltene Angelegenheit, in die Privatsphäre eines am Ende des 19. Jahrhunderts lebenden Aristokraten einzusehen. Besonders dazu geeignet sind Briefe, die in den letzten Lebensjahren von Moritz (1894 – 1897) geschrieben wurden.

In diesen Briefen befinden sich hauptsächlich Beschreibungen der Gesundheitsprobleme des Schreibers, die als wesentliche Ursache seiner zahlreichen Reisen betrachtet werden. Allein der Moritz Pálffy macht uns bekannt mit den Kümernissen, die seine Krankheit verursachten: mit seinem Gesundheitszustand, mit der strikten Diät, die er halten musste und mit Schwierigkeiten, die zu Abbrüchen dieser Diät führten. Er informiert uns auch über den Verlauf seiner vor seinem Tod ausgebrochener Augenkrankheit, über die Wahrnehmung der Krankheit, wie auch über den Tod seiner Frau.

Auch wegen diesen Erwähnungen sind Briefe von Moritz Pálffy eine unbewertbare Auskunftsquelle über die Geschichte der adligen Mentalität, nicht nur in dem Milieu der auf dem Gebiet der heutigen Slowakei angesiedelten Aristokratie, sondern auch im weiteren Kontext der ganzen ehemaligen Habsburgermonarchie.

Übersetzt von Lucia Mušková.

Vladan Hanulík

Intertextuální narativ? Vnímání vodoléčebné terapie pacienty Vincenze Priessnitze¹

Abstract: Paper is aimed on comparison of different types of text narratives relating to hydropathy, cold-water cure and its founder Vincenz Priessnitz. Objective of comparison is the effort to determine extent or even the very potentiality of influence of textual corpuses on the individual perception of medical therapy in spa Gräfenberg from the patient's point of view and the creation of unique metanarrative of hydropathical discourse in the third decade of 19th century. The analytical frame is based upon the theoretical concept of post structural linguistic analysis of Roland Barthes and process model of perception of Eugene T. Gendlin.

Keywords: Heinrich Laube – Eucharius Ferdinand Christian Oertel – hydropathy – alternative medicine

Heinrich Laube² navštívil lázně Gräfenberg 28. května roku 1834,³ s cílem podrobit se léčbě nemoci spojenou s blíže nespecifikovanou dysfunkcí jater (*Leberkrankheit*).⁴ Po třech týdnech (22. června) lázně opustil, dle vlastního hodno-

1 Příspěvek vznikl s podporou Grantové agentury České republiky při realizaci grantového projektu č. 410/11/0487 pod názvem *Dějiny těla v dlouhém 19. století*.

2 Heinrich Rudolf Constanz Laube (1806-1884), spisovatel, dramatik, divadelní ředitel, žurnalista německého původu, narozený v Szprotawě v Pruské Slezsku. V počátcích své kariéry působil jako žurnalista a vychovatel, např. roku 1831 v rodině Léocadie von Nimptsch, roz. Gilgenheimb v Jäschkovcích. Ve třicátých letech působil v Drážďanech a Lipsku, kde však jeho politické názory vyjadřované aktivitou v hnutí buršáckých spolků vyústili v soudní postihy jeho jednání ze strany vládních orgánů. Roku 1836 se Laube oženil s Idunou Hänel (1808-1880), vdovou po profesoru medicíny Univerzity v Lipsku Albertu Friedrichu Hänelovi. Roku 1837 byl Laube odsouzen na svou protistátní činnost k 7 letům žaláře, trest mu však byl dodatečně zmírněn na 18 měsíců domácího vězení, které Laube vykonal v prakticky neomezuujících podmínkách na panství Muskau liberálního a literárně činného knížete Hermanna von Pückler-Muskau. Roku 1840 z politických důvodů emigroval do Paříže, v období revolučního roku 1848 se však zapojil do přípravy konání Vorparlamentu ve Frankfurtu a později se díky mandátu účastnil i samotného Frankfurtského sněmu. Po roce 1849 pak působil 18 let v pozici ředitele vídeňského Burgtheatru, po ukončení činnosti se usadil až do své smrti ve Vídni, viz *Allgemeine Deutsche Biographie*, Bd. 51, Leipzig 1906, s. 752-790; též Josef SAJNER - Vladimír KRÍŽEK, *První literární popis Gräfenberku z pera Heinricha Laubeho v roce 1834*, in: Severní Morava, č. 37, 1979, s. 17-26.

3 V seznamech lázeňských hostů je zapsán jako doktor filosofie, viz Státní okresní archiv (dále jen SOkA) Jeseník, Rodinný archiv Priessnitz-Ripper, Verzeichniss der Kurgäste, welche das Priessnitzsche kalte Wasserbad zu Gräfenberg bei Freiwaldau besuchten [1829-1838], s. 65.

4 Do roku 1850 se u Laubeho projevovaly příznaky několika chorob, které léčil i pobytem v Karlových Varech, Mariánských Lázních a lázních Gräfenberg. Roku 1832 v Karlových Varech léčil melancholické deprese spojené s hypochondrickými projevy. Roku 1834 v Gräfenbergu indikuje snahu o ná-

cení zaneseného v evidenci pacientů, ve zlepšeném zdravotním stavu.⁵ Impresi spojenou s pobytem v lázních zveřejnil roku 1836 v podobě tří autobiografických povídek, jež se staly součástí čtvrtého svazku reportážních novel zaznamenávajících Laubeho cestovní zážitky: *Sezóna v Gräfenbergu*, *Horská novela* a *Útěk přes hory*.⁶

Charakteristika lázeňského prostředí a pacientů, kteří zde pobývali, není pro lázně Gräfenberg příliš lichotivá: „Když jsme zastavili před nejmenším z masivních domů, byla cesta tak příkrá, že jsme kola vozu museli podložit kameny, aby se samovolně nerozjel zpět. V tomto domě bydlel Priessnitz, byl jsem na správném místě. Dvě osoby zde chodily po pokoji tam a zpět. Vypadaly velmi seprané a nebože, se zčervenálými a promodralými obličejí. Na stole stály dvě lahve s vodou, z nichž si oba pánové bez přestání dopřávali i přesto, že již byli celí promrzlí.

Já, nevšimavý novic, jsem si dovolil několik skromných otázek ohledně způsobu vedení života v Gräfenbergu. Například: „Dovolte, pánové, co zde dostáváte k snídani?“ Odpověď: „Vodu!“ „Pak tedy dostáváte druhou snídani?“ „Vodu!“ Začínalo mi být zima. Jeden z [oněch dvou] pochodujících obětí bitvy, malý muž bez pasu v obnošeném zeleném kabátku, který mu byl příliš krátký, si nalil, chvěje se, novou sklenici a spěchal s ní do útroh. „Ale k obědu, pánové, přece dostáváte...“ „Vodu“ – zazněla jednohlasná odpověď. Připadali mi jako proctví vycházející z vod rybníka.“⁷

Reportážní povídky Heinricha Laubeho byly součástí rozsáhlého korpusu literatury zprostředkovávajícího zájemcům poznatky o možnostech vodoléčebné terapie užívané Vincenzem Priessnitzem v lázních Gräfenberg. Autoři korpusu studií, článků a propagačních spisů zpravidla využívali při sestavování svých textů autentické zkušenosti z pobytu v lázních Gräfenberg. Laube v citovaném úryvku zaznamenal první dojem nabytý bezprostředně po příjezdu do vodoléčebných lázní Vincenze Priessnitze v krajně ironizujícím stylu. Lze však chápat Laubeho narativní strategii jako reflexi smyslových vjemů, nebo bylo jeho vyprávění formováno prostřednictvím dobového diskurzu dominantního komplexu profesionalizujícího se lékařství, jehož typickým znakem bylo zdůrazňování iracionálních prvků vodoléčebné metody? Lze v dnešní době zdůrazňování arbitrární povahy znaků a řečové komunikace vůbec hovořit o Laubeho textu jako o reflexi subjektivních vjemů? Není ve skutečnosti text referující o pobytu ve slezských lázních pouze intertex-

pravu problému s játry, ze stejného důvodu pobýval v následujícím roce opět v Karlových Varech. Allgemeine Deutsche Biographie, s. 762, 770.

5 SOKA Jeseník, Rodinný archiv Priessnitz-Ripper, Verzeichniss der Kurgäste, s. 65.

6 Heinrich LAUBE, *Reisenovellen*. Bd. 4, Mannheim 1836, s. 220 – 288; k tématu dále Josef SAJNER – Vladimír KŘÍŽEK, *První literární popis Gräfenberku z pera Heinricha Laubeho v roce 1834*, In: Severní Morava 1979, sv. 37, s. 17–26.

7 Heinrich LAUBE, *Reisenovellen*. Bd. 4, Mannheim 1836, s. 230–23.1

tuální⁸ výslednicí kombinace dříve existujících statí, které určily míru domnělé autenticity vypovídání prostřednictvím diskurzivních praktik odpovídajících charakteru dané epistémé?⁹ Pro zodpovězení těchto otázek je nutné Laubeho texty komparovat s korpusem literatury, konstituujícím charakteristické způsoby vypovídání o vodoléčbě.

Utváření hydropatického diskurzu

Zcela zásadní vliv na utváření hydropatického diskurzu měla činnost Eucharia Ferdinanda Christiana Oertela.¹⁰ Oertel se po většinu svého života věnoval pedagogické činnosti na gymnáziu v bavorském Ansbachu. Po ukončení aktivního působení ve školství roku 1827 upřel svou pozornost k teoretickému studiu lékařství, čímž rozšiřoval své zájmy vzniklé již v době studií filologie a teologie na univerzitě v Erlangenu, kde souběžně s oborovými přednáškami navštěvoval i vybrané kurzy lékařské fakulty.¹¹

V tomto směřování byl zásadně ovlivněn knihou Johanna Sigmunda Hahna, kterou si zakoupil roku 1804 v antikvariátu.¹² Oertel, zaujat účinky studené vody na lidský organismus, začal důkladně studovat dostupné poznatky lékařských autorit, souběžně se však také vyvozené závěry pokoušel prakticky aplikovat při léčbě onemocnění.

Závěry svých pozorování i teoretický fundament vodoléčebné metody sumarizoval v disertační práci, zveřejněné roku 1826 v Mnichově.¹³ Shrnuje v ní 32 případů aplikování vodoléčebné terapie antickým lékařem Aulem Corneliem Celsem,¹⁴ čtyři popisované kazuistiky Oertel dokonce prověřil ve vlastní praxi a úspěšný výsledek léčby zahrnul do disertačního spisu. Studii následně zaslal Královské akademii v Mnichově, Univerzitě

8 Fenomén intertextuální povahy výpovědi chápu v případě tohoto článku ve smyslu post-strukturalistických analýz textu, formovaných Rolandem Barthesem; viz. Roland BARTHES, *Smrt autora*, Aluze 3, 2006, s. 75-77.

9 Konceptualizace závislosti diskursivních praktik na epistemologických proměnách kultury dosud analyzoval nejzásadněji Michel Foucault, viz Michel FOUCAULT, *Slova a věci*, Praha 2007, s. 237-240.

10 Eucharius Ferdinand Christian Oertel (1765-1850), vystudoval filologii a teologii na univerzitě v Erlangenu, po završení vzdělání působil zejména jako gymnaziální pedagog v Ansbachu. Během aktivního pedagogického působení vydal řadu spisů s filologickým, filosofickým i teologickým zaměřením, překládal Aischylova a Euripidova díla. Po ukončení aktivního pedagogického působení se začal věnovat aktivnímu prosazování léčebných účinků a prospěšnosti vodoléčby.

11 *Allgemeine Deutsche Biographie*, Bd. 24, München 1886, s. 434-435.

12 Sabine LUDYGA, *Geschichte der Naturheilkunde in Bayern im 19. Jahrhundert*. Dissertation am Institut für Geschichte der Medizin, Technische Universität München. München 2004, s. 19; konkrétně je jednalo o knihu: Johann Sigmund HAHN, *Unterricht von der Kraft und Wirkung des frischen Wassers*, Breslau 1738.

13 Eucharius Ferdinand Christian OERTEL, *De Aquae Frigidae usu Celsiano*, Monachii 1826.

14 Aulus Cornelius Celsus (asi 25 PNL – 50 NL), římský lékař a encyklopedista, známý díky částí svého encyklopedického díla, z něž se dochovaly zejména svazky věnované lékařství.

v Berlíně, Univerzitě v Halle, Christophu Wilhelmu Hufelandovi,¹⁵ a konečně Karlu Heinrichu Dzondimu,¹⁶ s cílem šířit vědomosti o potenciálu vody coby léčebného prostředku mezi vzdělaným lékařským publikem. V době profesionalizace lékařského vzdělání sestávala reakce fakultních autorit na Oertelovu aktivitu v povznesené ignoraci. Jedinou odpovědí na publikování svazku byly tři recenze, vůči autorovi nepřiliš vstřícné.

Nadšenému propagátoru vodoléčby v nich autoři recenzí vytýkali jednostranný pohled a přílišné přikládání významu léčivému potenciálu studené vody, což mohlo být nebezpečné zvláště u některých patologických stavů (tuberkulózy, artritických onemocnění končetin), kde mohl dle názoru Oertelových odpůrců aplikovaný vodní element působit spíše jako katalyzátor negativního průběhu nemoci. Kritici nastíněné metodice léčby vytýkali, že nerozlišuje jednotlivá stadia nemoci a využívá studenou vodu jakožto univerzální prostředek léčby bez ohledu na respektování momentálních podmínek nemocného způsobených změnou jeho zdravotního stavu. Jeden z posuzovatelů shrnul názor na vydanou knihu poměrně lakonicky a pregnantně: „recenzent dosvědčuje, že se v rámci lékařské literatury nesetkal ještě s ničím tak žertovným.“¹⁷

Záporné reakce však neměly vliv na kvantitu aktivit, jež Oertel v následujících letech při propagaci vodoléčby vyvíjel. Roku 1829 publikoval první číslo kompilačního čtvrtletníku, jenž se stal zásadním prostorem pro formování diskurzu nově vznikajícího hydro-patického hnutí ve střední Evropě – *Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Mezi roky 1829 až 1841 vydal 30 čísel tohoto periodika, vymezeného pevným rozsahem 72 stran. Dané médium nebylo pouhým autorským počinem emeritovaného gymnaziálního pedagoga. Naopak, žurnál se postupně stal bodem, v němž se protínaly textové stati zveřejňované v denním tisku, odborných periodikách, v neposlední řadě ale i individuální zprávy referující o užívání vodoléčebné metody a účincích studené vody na lidský organismus. Oertel zde působil jako vydavatel, kompilátor, skriptor – artikulující texty lékařských autorit, ale i autor, zprostředkovávající informace o vlastních poznat-

15 Christoph Wilhelm HUFELAND (1762-1836), lékař, zakladatel makrobiotiky, jeden z nejvýznamnějších popularizátorů lékařství své doby, známý především svými vitalistickými spisy propagujícími zdravý životní styl. Zastával mimo jiné pozici osobního lékaře rodiny Fridricha Viléma III., přednášel na univerzitách v Berlíně a Jeně. Mimo rozsáhlou publikační činnost vedl také časopis *Journal der practischen Arzneykunde*, který se stal klíčovým dobovým fórem pro třibení dobového lékařského diskursu a kam se snažil přispívat i E.FCH. Oertel, význam Hufelanda pro vývoj německého lékařství na počátku 19. století shrnuje: Klaus PFEIFER, *Medizin der Goethezeit – Christoph Wilhelm Hufeland und die Heilkunst des 18. Jahrhunderts*, Köln 2000.

16 Karl Heinrich Dzondi (1770-1835), lékař německého původu, zabývající se zpočátku především porodnictvím, později vedl privátní kliniku v Halle, v rámci své vědecké činnosti zveřejňoval mimo jiné i spisy věnované léčbě popálenin a chirurgické spisy, viz *Allgemeine Deutsche Biographie*, Bd. 5, Leipzig 1877, s. 513.

17 Eucharius Ferdinand Christian Oertel (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*, Nürnberg 1829, s. 6.

cích při aplikování studené vody na pacientech, kteří postupně ve 30. letech 19. století počali vyhledávat jeho konzultace.

Pro formování hydropatického diskurzu je charakteristické, že většina článků zveřejňovaných v Oertelově tiskovině neodkazovala na texty lékařských autorit nadané transgresivní mocí, autoři statí se spíše zaštiťovali autenticitou bezprostředního pozorování přímé aplikace jednotlivých léčebných praktik a vyvozovali z nich úspěšnost vodoléčebné terapie. Namísto hledání a obhajování teoretické podstaty principu fungování a účinnosti vodoléčby zveřejňoval Oertel především jednotlivé kazuistiky, diskuzi dotýkající se problému vodoléčby a informace o praktikujících léčitelích a lékařích využívajících studenou vodu jako léčebný prostředek.

Eucharius Ferdinand Christian Oertel orientoval svůj původní pokus o prosazení vodoléčby (zveřejnění dizertace) na vzdělanou obec univerzitní medicíny. Daným účelům podřizoval strategii konstruování textu, jež měla odvozovat svou působivost především ze zažitých způsobů vypovídání – tedy zaštiťováním se lékařskými autoritami a prokazování kořenů hydropatických postupů v antických dílech Aula Celsia.

V okruhu fakultního lékařství však jeho spis nevyvolal v žádném případě vstřícné reakce a nebyl z hlediska principu získávání pozitivitu v rámci rozvíjeného lékařského diskurzu bio-medicíny akceptován jako jeho relevantní součást. Prostřednictvím zapovězení akceptace¹⁸ výpovědi v rámci referenčního pole ortodoxní medicíny byla popřena relevantnost hydropatického diskurzu pro profesionalizované lékařství. Při reakci na kritiku ze strany recenzentů dizertačního spisu už Oertel využíval zcela odlišnou argumentační strategii.

Akcentoval vlastní zkušenosti a praktickou erudici osob získanou při aplikování terapií a zdůrazňoval nemožnost osvojit si podstatu vodoléčebné metody prostřednictvím teoretických studií. I když se tedy Oertel hlásil k odkazu Christopa Wilhelma Hufelanda, případně i starších autorit,¹⁹ prosazoval zejména nutnost praktického provozování vodo-

18 Dle Calluma G. Browna lze Foucaultovy epistemologické úvahy charakterizovat body vzájemně provázaného řetězce, který zachycuje síť, již proniká epistémé do vědění a praktik. Tato síť je definována následovně: znak-výpověď-pozitivita (akceptace)-diskurs-diskursivní formace-epistémé. Akceptace či pozitivita výpovědi je termín vztahující se k možnosti představitelů dominantního diskursu autentizovat výpovědi vedené na poli spadajícím do sféry vlivu realizace diskursivních praktik dané skupiny. V tomto případě tedy výroky vynášené na poli vykonávání léčby získávají svou pozitivitu (neboli akceptovatelnost) na základě jejich souhlasnosti s diskursem profesionalizujícího se světa dominantní konvenční medicíny, viz Callum G. BROWN, *Postmodernism for Historians*, London 2005, s. 60.

19 Jmenovitě Jamese Currieho (1756-1805), zvláště James CURRIE, *Über die Wirkungen des kalten und warmen Wassers als eines Heilmittels im Fieber und in anderen Krankheiten*, Leipzig 1801; dále odkazuje na dílo Petera Jonase Bergiuse (1730-1790), zde zejména Peter Jonas BERGIUS, *Von dem Nutzen der kalten Bäder*, Marburg 1793; Pascala Josepha de Ferro (1753-1809), konkrétně Pascal Joseph de FERRO, *Vom Gebrauche der kalten Bäder*, Wien 1781; Samuela Hahnemanna (1755-1843), Samuel HAHNEMANN, *Anleitung, alle Schäden und faule Geschwüre gründlich zu heilen*, Leipzig 1784; již zmiňovaného Christopa Wilhelma Hufelanda, Christoph Wilhelm HUFELAND, *Die Kunst, das*

léčby jakožto jedinou možnou formu prokázání šíře jejího dopadu na lidský organismus. Tímto způsobem se také vyhradoval vůči kritikům svého dizertačního spisu, kteří se dle jeho slov rekrutovali z řad osob, orientovaných příliš teoreticky a s praktickou léčbou nemají žádné zkušenosti, neboť nebyli nikdy přítomni při výkonu vodoléčebné terapie a jejich tvrzení proto nejsou podložena empirií.²⁰

Z hlediska utváření vodoléčebného diskurzu se tedy objevuje zřejmá tendence odklonu publikujících autorů od diskurzivní praxe panující v rámci univerzitní medicíny. Tento moment je charakteristickým prvkem utváření svébytného hydropatického diskurzu. Oertel i následující autoři budou již v dalších dílech na snahy propojení vodoléčebných metod s dominantními praktikami klinické medicíny rezignovat. Namísto toho vzniká jejich činností specifické pole s vlastními praktikami vypovídání a formacemi diskurzivní povahy, léčebné pole ovládané odlišným typem racionality. Domnívám se však, že je třeba diferencovat mezi vodoléčebnými praktikami - metodami fyzikální terapie za užití studené vody, jež byly mnohdy aplikovány již před 19. stoletím,²¹ a hydropatií – nově utvořeným systémem léčby, jemuž byly vlastní nejen specifické metody terapie, ale i svébytná „filosofie léčby“; diskurzivně utvářená forma produkování a akceptace výpovědí, jež vodolébě ve třicátých letech 19. století vtiskly podobu neortodoxní a inovativní formy léčby.

Oertelova aktivita byla v následující době cílena k prosazování vodoléčby do povědomí širšího spektra čtenářů. Jeho spisy se obracely především k laické veřejnosti, což vyjádřil již v prvním svazku *Novinek vodoléčby*: „Nyní se ale budu zabývat tím, že budu systematicky upravovat mou nauku o vodolébě pro neučené a pro lid a budu prosazovat svými činy to, že čerstvá pramenitá voda je nejlepším léčebným a ozdravným prostředkem pro lidstvo.“²² Argumentace ve prospěch hydropatie je nesena tezí o objevení skryté, imanentní síly přírodního živlu, která: „oživuje a občerstvuje živočišné tělo, stejně jako je oživováno a posilováno nemocné a pokřivené tělo rostliny.“²³ Diskurz hydropatie je silně poznamenán romantickým vztahem k přírodě, jež rezignuje na jistoty racionalizovaných postupů lé-

menschliche Leben zu verlängern, Jena 1796; TÝŽ, *Erinnerung an die Bäder*. Weimar 1801; a Johanna Christiana Antona Theden (1714-1797), v jeho případě: Johann Christian Anton THEDEN, *Neue Bemerkungen und Erfahrungen zur Bereicherung der Wundarzneykunst und Medizin*, Berlin - Stettin 1771.

20 Srov. Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*, Nürnberg 1829, s. 7-9.

21 Přehled léčitelů a lékařů užívajících k léčebným účelům studenou vodu, na něž mohli svým konáním nekonvenční praktické léčby v 19. století navazovat uvádí např.: Eucharius Ferdinand Christian OERTEL, *Geschichte der Wasserheilkunde von Moses bis auf unsere Zeiten: zum Beweise, dass das frische Wasser ein Allheilmittel ist*, Leipzig 1835.

22 OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren*, Nürnberg 1829, s. 19.

23 Tamtéž, s. 17.

kařství, a raději upřednostňuje přímé proniknutí přírodních sil do procesu léčby, neboť: „ve studené vodě leží nesporně nepoměrně větší síla, než jsme dosud tušili – úžasné oživující síla.“²⁴ Voda je v této argumentaci elementem, jehož účinky jsou odůvodňovány spíše sympateticky, na základě pozorování přírodních jevů, jako je růst rostlin, či prospěšné působení vody na divokou zvěř,²⁵ než na základě objasnění exaktních příčin příznivých účinků vodoléčby. Přesto autoři podílející se na utváření hydropatického diskurzu nepřestávali zdůrazňovat racionálnost tohoto typu terapie.

Nejvýrazněji byly rozdíly mezi stávajícími lékařskými přístupy a hydropatií vyjádřeny v článku vypočítavajícím difference léčebných systémů prostřednictvím vzájemných dichotomií.²⁶ Alopatii, tedy ortodoxní medicínu, chápe Oertel jako soubor uměle vykonstruovaných systémů a teorií, které si vzájemně odporují. Proti etablovanému systému, který se vyvíjí vpřed pouze metodou pokus-omyl a působí nevhodnými látkami nedozírné škody na lidském organismu, staví vodoléčbu, objevnou metodu využívající přírodní síly k holistické terapii, jež i v případě, kdyby nebyla proti nemocem zcela účinná, nemůže alespoň ohrozit zdraví pacienta.

První reference o činnosti Vincenze Priessnitze

První reference o činnosti Vincenze Priessnitze byla v Oertelových *Novinkách vodoléčby* zveřejněna roku 1830.²⁷ Informaci o léčebné činnosti slezského léčitele zaslal Oertelovi k publikování Johann Knurr, úředník na panství Chuchelná u Opavy, jednoho ze správních center dominia knížat Lichnowských. Autor dopisu adresovaného Oertelovi reagoval na zveřejněnou výzvu Ansbašského vydavatele k zasílání osobních zkušeností s vodoléčbou.

Knurr navštívil lázně Gräfenberg v říjnu roku 1828.²⁸ K návštěvě lázní jej přimělo zhoršení stavu chronické dny, jejímiž ataky kombinovanými s hemoroidálními obtížemi trpěl již 10 let. Z hlediska příklonu Johanna Knurra k vodoléčbě však hrála klíčovou roli předchozí zkušenost bezprostředně spojená s lékařskou terapií, jíž podstupoval v souvislosti

24 Tamtéž, s. 16.

25 V této souvislosti je nutno připomenout tradiční topoi, jež bylo spojováno se vznikem lázeňských lokalit – tedy objevení účinků vody na organismus díky sledování účinků vodního živlu na tělo zraněného zvířete. Podobné mýtické zjevení je připomínáno i u lázní Gräfenberg.

26 Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 15, Nürnberg 1834, s. 55-61.

27 *Noch ein Wasserdoktor!* In: Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 3, Nürnberg 1830, s. 17-25.

28 SOKA Jeseník, Rodinný archiv Priessnitz-Ripper, Johann Ripper, *Erinnerungen aus meinem Gräfenberger Leben* (rukopis), s. 275.

s léčbou meningitidy (*Hirn-Entzündung*). Původ zápalu mozkových blan spatřoval Knurr v bolestivých stavech provázejících záchvaty dny, které jej údajně svou urputností a silou přiváděly na pokraj šílenství a byly příčinou závažnějšího mozkového onemocnění, při němž „*málem zešlel a díky zánětu mozku téměř zemřel*“.²⁹

Před fatálním následkem onemocnění však byl uchráněn zákrokem doktora Hohlfelda,³⁰ jenž nechal svého pacienta ponořit do vany plné teplé vody a jeho hlavu soustavně ochlazoval omýváním ledově studenou vodou. Tento moment byl zásadním iniciačním zážitkem, díky němuž roku 1828, kdy Knurr opět trpěl silnými záchvaty dny poutajícími jej v bolestech po dobu 7 týdnů na lůžko, zvolil jako nejvhodnější terapii vodoléčbu. Tehdy se doslechl o působení Vincenze Priessnitze, léčícího pacienty omýváním ve studené vodě.

Po absolvování sedmidenní terapie v Gräfenbergu pojal Knurr díky pozorovatelnému zlepšení zdravotního stavu k Priessnitzovi a jeho metodě důvěru a i když byl nucen k odjezdu, pokračoval podobným způsobem v auto-terapii po dobu čtrnácti dnů po návratu do domova. Z výsledku byl nadšený: „*nejen že mne [léčba] zbavila dny a bolesti v kříži, ale zcela mne omladila, cítím se veselý a plný sil, vypadám zcela zdravě*“.³¹

Daná zkušenost přesvědčila Knurra o prospěšnosti vodoléčby pro jeho tělesný stav. Proto podstupoval v průběhu jarních a podzimních období 50 koupelí ve studené vodě a zcela upřednostňoval výhradně konzumaci vody - jediného akceptovatelného nápoje. Knurr ovšem nezměnil pouze léčebné strategie ve prospěch vodoléčby, přizpůsoben byl rovněž styl jeho každodenního života. Denně před spánkem vypil kvart³² pramenité vody, jež dle jeho vlastního pozorování zabezpečila nejen občerstvující pocit po ranním probuzení, ale i klidnou noc naplněnou spánkem. V průběhu dvou následujících let se z vodoléčby stala univerzální léčebná metoda, kterou Knurr využíval nejen pro svou vlastní léčbu, ale aplikoval ji i v případě onemocnění rodinných příslušníků. Manželku léčil Knurr vodoléčebnou terapií ze zápalu plic, podobně i 6 dětí této manželské dvojice bylo postupně vyléčeno z onemocnění erysipelu³³ (*Rothlauf*), bolestí hlavy a srdeční palpitace (*Herzklopfen*).³⁴ Knurr považoval studenou vodu za univerzální lék na veškeré choroby v kterémkoli stádiu nemoci i věku pacienta: „*bezpečně mohou vyléčení očekávat ti, kteří projeví plnou odvahu a důvěru. Duch se stane veselejším, ztracený apetit se navrátí, nohy*

29 *Noch ein Wasserdoktor...*, s. 17.

30 Pravděpodobně se jedná o Ferdinanda Josepha Hohlfelda, zemského fyzika v Ratiboři.

31 Tamtéž, s. 20.

32 Stará jednotka objemu kapaliny, přibližně 0,12 litru.

33 Akutní erytemové onemocnění kůže, lidově též označován jako růže.

34 Tamtéž, s. 20.

budou najednou lehké, přebytečná hmota těla se zmenší, krev pročistí a zředí, její cirkulace se usnadní – zkrátka – budete znovuzrozeni“³⁵

Strategie a taktiky

Obvyklé analytické postupy soudobého lingvistického paradigmatu sociálně-vědních disciplín akcentující roli znakových struktur v kultuře při snaze o explikaci vzniku vodoléčebných praktik do značné míry odhalují své nedostatky. Implikují, že jednání osob je performativním aktem podřízeným dominantním diskurzům, v tomto případě zejména profesionalizovanému diskurzu biomedicíny. Argumentace příznivců vodoléčby, ať už se jednalo o Oertela, či samotné pacienty, však vyvozuje přínos nové metody nikoli na základě souhlasnosti svých výpovědí s etablovaným dominantním diskurzem, ale spíše odůvodňuje progrese daného typu léčby díky získání osobní zkušenosti, autentického prožitku ohrožení organismu nemocí a osvojením si procesu následné terapie. Hosté v Gräfenbergu jsou popisováni jako ti, kdož: „znají již prospěšné účinky chladné vody prostřednictvím časté zkušenosti. Užívají ji denně, a její vnější i vnitřní užívání zvyšují na každodenní zvyk, z něhož se stává pevná část průběhu jejich dne. Vděčí jí [vodě] za zdraví, šťastnou náladu, duševní sílu, navýšení požitku ze života, a také z úspory peněz. Nabývají nedocenitelného pocitu klidu při pohledu do budoucnosti, která se v jejich myslích utváří ve zdraví bez vidiny bolesti.“³⁶

Danou odlišnost hydropatie vnímali i sami pacienti. Johann Knurr v této souvislosti v Oertelově periodiku vyjadřoval zklamání nad tím, že tato sice nevysvětlitelná, ale na praktických zkušenostech založená léčebná metoda není uznávána lékaři, a nepovšimnuty proto zůstávají početné případy reálně vyléčených osob.³⁷ Lékaři se nechtějí zabývat příčinami úspěšnosti terapie a díky tomu mnozí lidé dále zbytečně trpí, platí a umírají namísto toho, aby vložili důvěru v užívání prostého omývání ve studené vodě. Terapie je všemi považována za metodu jednoduchou natolik, že právě díky své triviálnosti nemůže být přijata lékaři a proto: „*léčbu nacházíme jen ve vyumělkovaném, zatímco snažení muže [Vincenze Priessnitze], který se snaží zachránit lidstvo zdroji přírody samotné, nerozpoznáváme a zpochybňujeme.*“³⁸

35 Tamtéž, s. 21.

36 *Die erste eruopäische Kuranstalt mit kaltem Wasser zu Gräfenberg im Oestreichischen Schlesien*, In: Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 18, Nürnberg 1837, s. 22.

37 *Noch ein Wasserdoktor ...*, s. 22.

38 Tamtéž, s. 22-23.

Oertel uvítal první zveřejněnou zmínku o působení Vincenze Priessnitze ve svém periodiku slovy: „*Ano! Jen přírodní člověk se může stát vodním lékařem.*“³⁹ Ve svém komentáři Knurrova příspěvku o lázních Gräfenberg vyjádřil naději, že vodol léčba bude metodou, která se bude prosazovat bez závislosti na vlivu univerzitní medicíny, představitelé světa profesionalizovaného lékařství jsou totiž příliš svázáni věděním, které jim neumožňuje akceptovat udivující výsledky přírodní léčby. Slezský léčitel byl pro Ansbašského propagátora vodol léčby zpočátku spíše jen dalším zástupcem z řady laických osob,⁴⁰ o nichž se díky zprostředkující pozici své tiskoviny v propagaci vodol léčby dozvídal.⁴¹ Priessnitzovu terapeutickou metodu dokonce jistou dobu nepovažoval za nejtypičtější příklad vodol léčby, ale uvedl domněnku, že Priessnitzovy metody působení na lidský organismus využívají princip obdobný ruským parním lázním, při nichž byl organismus přiváděn vysokými teplotami ke zvýšené míře perspirace následované prudkým zchlazením.⁴²

Postupně se ovšem z Vincenze Priessnitze stávala ikonická postava celého vodol léčebného hnutí a reflexe jeho konání zásadním způsobem ovlivňovaly podobu vznikajícího hydropatického diskurzu. Ačkoli se Priessnitz osobně nepodílel na utváření korpusu vodol léčebné literatury, neboť se písemně ke svému působení nevyjadřoval, byla jeho činnost, úspěchy, i pověst lázní Gräfenberg pro šíření vodol léčebných praktik zcela zásadní. Dle vzoru jesenických lázní bylo založeno v průběhu Priessnitzova života do roku 1851 na 130 podobných vodol léčebných ústavů.⁴³

Vzestup Priessnitzova významu je zřetelně sledovatelný též v Oertelových *Novinkách vodol léčby*. Stal se ideálním ztělesněním vodol léčitele, neboť své metody odvozoval od soustředěného a vytrvalého pozorování účinků vody na organismus bez závislosti na teoretických postulátech soudobé vědy. V osobě Vincenze Priessnitze se dostalo vznikajícímu

39 Tamtéž, s. 25.

40 Podobně referoval například i o činnosti Friedricha Schatze, ševcovského tovaryše z města Kleeberg u Lipska, viz: Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 16, Nürnberg 1834, s. 3.

41 *Vinzenz Priessnitz natürliche Wunderkuren*, In: Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 9, Nürnberg 1831, s. 65.

42 *Noch ein Wasserdoktor! – Anmerkungen*. In: Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 3, Nürnberg 1830, s. 25.

43 První vodol léčebné lázně v Německých zemích byly dle vzoru Gräfenbergu zřízeny roku 1837 v lesním údolí u Elgersburgu, nedaleko Ilmenau, viz: Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 20, Nürnberg 1837, s. 5. Roku 1836 bylo také povoleno E. F. CH. Oertelovi majestátem bavorského krále z 27.6. 1836 zřídit vodol léčebné lázně v Ansbachu, přičemž podmínky provozu lázní byly poměrně liberální. Oertel si mohl pro vybudování lázní zvolit kterýkoli kus Bavorska, kde se snoubí zdravý vzduch s plnou čistotou proamenité vody a přírodní krásou, které jsou nezbytné pro účinnost této léčby, samotné lázně měly nabízet stejné spektrum služeb jako vodol léčebné středisko Gräfenberg. Tamtéž, s. 9.

vodoléčebnému hnutí, ale i širší skupině přírodně zaměřených terapeutických systémů holistické povahy, ideální postavy muže, který byl zrozen a vychováván v horském prostředí venkovské selské komunity a jeho smysly nebyly oslabeny nepřirozenými a uměle konstruovanými systémy racionalizovaného pojetí civilizovaného světa měšťanské společnosti. Podobně jako nahradil postavu osvícenského učenice - klíčového hrdiny 18. století básník, který se do podstaty a smyslu existence spíše vcífoval, než je exaktně a racionálně analyzoval,⁴⁴ nahrazuje v hydropatickém diskurzu léčení lidského těla postavu lékaře (vědce) experimentujícího s nebezpečnými procedurami nejistých účinků prostý venkovan, chápající a odhalující imanentní síly přírody zcela přirozeně, bez náhledu pokřiveného vzděláním. Patrně z tohoto důvodu se lze také setkat v Priessnitzových biografiích s neustálým zdůrazňováním nízké míry Priessnitzovy vzdělanosti. Někteří z autorů neváhali dojít tak daleko, že jej označovali za osobu v podstatě neschopnou písemného projevu.⁴⁵ Tento mýtus jednoznačně odpovídal roli „proroka“, objevujícího přírodní principy léčby přirozeně a zcela nezávisle na panujícím vědění a etablovaných praktikách z něj odvozovaných: „Priessnitz neměří puls, nedívá se na jazyk, nevšímá si ani příliš poznámek o historii nemoci, nikdy neužívá léky, a flebotomii.“⁴⁶

Vodoléčebná metoda zaznamenala ve 30. letech značný rozmach, v souvislosti s tímto vývojem se také v druhé polovině 30. let částečně proměňovala i rétorika článků zveřejňovaných v Oertelových *Novinkách vodoléčby*. Na počátku 30. let měly příspěvky charakter referencí o jednotlivých úspěšných případech, případně ojedinělých úspěšných léčitelích, kteří rozšířili svou působnost mimo bezprostřední okolí svého bydliště. V druhé polovině 30. let již periodikum informovalo o nově zakládaných, případně již existujících vodoléčebných lázních, tedy institucionalizovaných centrech vodoléčby.

Oertel těžil z narůstající popularity hydropatie a původní ambice šířit osvětové myšlenky směrem dolů k odborně nevzdělané populaci mohl díky tomu rozšířit i o nové zaměření článků určených představitelům vládnoucích společenských vrstev. Na populari-

44 Zdeněk HRBATA – Martin PROCHÁZKA, *Romantismus a romantismy. Pojmy, proudy, kontexty*, Praha 2005, s. 18.

45 Srov. Miloš KOČKA – Alois KUBÍK, *Vincenz Priessnitz. Světový přírodní léčitel*, Štítý 2006, s. 11; dané tvrzení se objevuje v literatuře vydávané po Priessnitzově smrti, autoři snad mohli jeho opodstatněnost spatřovat v tom, že Priessnitz osobně nevyřizoval korespondenci, čímž byl pověřen odpovědný sekretář. Dané opatření však nepochybně Priessnitz přijal z důvodu časového zaneprázdnění – nebylo možné vyřizovat současně rozsáhlou korespondenci s pacienty a ošetřovat lázeňské hosty. O jeho schopnostech svědčí jednak dochované autografy, zajisté také ale výpověď Priessnitzova pacholka Ludwiga Streita, jenž dosvědčuje, že Priessnitz za účelem doplnění svého vzdělání absolvoval doučování u vídeňského pedagoga, jenž během zimní sezóny roku 1829 pobýval jako pacient v Gräfenbergu, SOkA Jeseník, Rodinný archiv Priessnitz-Ripper, krabice č. 3, Svědectví pacientů a lazebníků porízená Johannem Ripperem, Svědectví č. VIII, Ludwig Streit, s. 10.

46 Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 19, Nürnberg 1837, s. 20.

začně stylizované články tak navázala agitace směřovaná k zástupcům vlád a úřadů s cílem propagovat zakládání vodoléčebných ústavů v zemích, které byly pod správou oslovovaných představitelů společenských elit.

V tomto směru Oertel, snad díky úspěchu v podobě povolení jeho vlastních vodoléčebných lázní v Ansbachu, zveřejnil ve dvacátém svazku *Novinek vodoléčby* roku 1837 výzvu, jíž z pozice zakladatele *Hydropatického celoněmeckého zdravotního spolku*⁴⁷ obesílal vládnoucí představitele. Bavorské vládě například navrhoval zřízení vodoléčebných lázní v každém okresním městě bavorského království. Jako argument pro podporu akceptace prospěšnosti zřizování hydropatických center uváděl i fiskální důvody, hydropatie měla svou nenákladností podpořit úspory v civilním i armádním sektoru a umožnit obyvatelům Bavorska návštěvu vlastních domovských lázní namísto toho, aby cestovali za svou léčbou do minerálních či přímořských lázní mimo vlast.⁴⁸ Oertel vypočítal, že zřízení jednoho vodoléčebného ústavu bude spojeno s průměrnými náklady ve výši 20.000 zlatých. Komparace dané sumy s obvyklými náklady na standartní zdravotnická zařízení měla zdůraznit rentabilitu vodoléčby. Pro srovnání rozdílnosti výše nákladů spojených s provozováním vodoléčebné terapie a lékařskými zařízeními ortodoxní medicíny uváděl, že v Erlangenu byl v dané době zřízen azyl pro léčbu pacientů trpících mentálními chorobami s náklady ve výši 160.000 zlatých.⁴⁹

Klíčová část propagace hydropatie nicméně vycházela z již utvořeného diskurzu, který zpochybňoval praktickou účinnost ortodoxního typu léčby při napravování zdravotních potíží. Oertel konstatoval, že vzdělaní lékaři obvykle nenaplnují očekávání spojená s jejich působením.⁵⁰ Každý z fakultně vzdělaných lékařů léčí odlišně, jejich znalosti jsou nestálé a nejisté a nemohou zaručit působení konkrétních prostředků, jež k léčbě užívají, mnohdy proto pacienty spíše ochromí a oslabí, než uzdraví.⁵¹ I přesto fakultně vzdělaní lékaři pokládají za racionální pouze praktiky osvojené univerzitním studiem a přírodní

47 *Hydropathische Gesundheitsverein für ganz Deutschland* byl založen roku 1832 v Ansbachu Oertelem, lékařem Adamem Richardem von Kolb z Würzburgu a farářem Aloisem Kirchmayerem z Mnichova. Cílem tohoto spolku bylo šíření a propagace vodoléčby jakožto prostředku, který napomáhá nejen k léčbě, ale díky jeho ekonomické nenáročnosti i k zpřístupnění léčby nejchudším vrstvám. Podmínkou přistoupení do spolku byl příslib, že nový člen spolku bude užívat výhradně vodoléčbu, a to nejen k léčení sama sebe, ale i k propagaci a léčbě svého okolí, což měl dokládat patřičnými svědectvími. Ansbachský spolek měl být centrálním orgánem pro filiální spolky v dalších zemích Německého spolku. Tato idea nebyla v souvislosti se vznikem dalším podobných organizací naplňována, i z důvodů politických, neboť jednotlivé zemské vlády neakceptovali nadnárodní charakter spolkových organizací, viz Sabine LUDYGA, *Geschichte der Naturheilkunde*, s. 51.

48 Eucharius Ferdinand Christian OERTEL (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 20., Nürnberg 1837, s. 27-28.

49 Tamtéž, s. 28.

50 Tamtéž, s. 10.

51 Tamtéž, s. 11.

či vodoléčebné léčitele chápou jako empiriky a lékaře, jejichž činnost je založena pouze na zkušenostech (*Erfahrungsärzte*), nikoli na osvojení vědění. Oertel tuto pozici vyvracel poukazem na úspěšnost vodoléčebné terapie, přinášející jasné důkazy v podobě vyléčených pacientů, díky nimž měla být nepodložená argumentace školského lékařství v neprospěch praktikování hydropatie zavržena.⁵²

Daný posun byl způsoben také vyšší mírou medializace využívání prosté studené vody pro léčebné účely. Oertelovo periodikum mělo v procesu popularizace vodoléčby klíčové postavení, nicméně zájem o vodoléčebné terapie, podpořen úspěchy Vincenze Priessnitzze, dosáhl v druhé polovině 30. let 19. století podoby dobové senzace. Přehled literatury zabývající se aspekty léčby lidského organismu studenou vodou zveřejněný roku 1838, čítá 150 titulů, z nichž 95 bylo vydáno v krátkém rozmezí mezi roky 1830-1838.⁵³ Ke korpusu studií a knižních svazků je nutno připočítat rovněž 5 periodik, které soustavně zveřejňovaly informace o vodoléčebné praxi.

Nakolik byl pro recepci, interpretaci a písemnou reflexi léčebných úkonů důležitý diskurz rozvíjený v rámci tohoto korpusu literatury se pokusím zjistit na analýze textu Heinricha Laubeho zmiňovaného v úvodních pasážích článku.

Autentičnost a diskurzivita výpovědi

Rozšířenou metodou analýzy literárních děl je rozlišování textových sedimentů intertextuální povahy, tedy lexií, za využití metodiky koncipované Rolandem Barthesem.⁵⁴ Lexie je vymezována jako fragment textu, jež nemusí být shodný se stylistickou jednotkou textu (větou), je však nositelem alespoň jednoho z kódů, jež jsou v textu obsaženy a nabízí čtenáři možnost interpretace textu, neboť čtenatel při čtení propojuje danou lexii s jinými a odvozuje jejich čtením a vzájemnou kombinací významové roviny textů.⁵⁵

Čtenář díky existenci kódů obsažených v lexiích nenachází jedinou narativní linii textu, ani jeden význam, nabízí se mu jich zpravidla v závislosti na povaze textu a obeznámenosti čtenáře s další literární produkcí více. Barthes v tomto smyslu rozlišuje pět základních kódů, jež mohou fungovat v rámci lexie singulárně, případně mohou být obsaženy kódy vícenásobně najednou. Jako nejzávažnější se jeví kód kulturní, odkazující k souborům vědění konkrétní společnosti – společně sdíleným znalostem. Dále hovoří

52 Tamtéž, s. 11.

53 TÝŽ (Hrsg.), *Die Allerneusten Wasserkuren. Eine Heilschrift für Jedermann*. Heft 25., Nürnberg 1839, s. 54-72.

54 Roland BARTHES, *S/Z*. Praha 2007.

55 Tamtéž, s. 26-29.

o kódu symbolickém, jenž v rámci lexie může rozvíjet přídavné významy na hlubší symbolické úrovni a kódu sémantickém, jenž má funkci zprostředkovávání konotací vyplývajících ze vztahů mezi lexie.

Další dvě kategorie kódů obsažených v textech jsou již funkčně orientovány na temporalitu četby, zajišťují uspořádávání časové logiky textu. Zde Barthes hovoří o hermeneutickém kódu, který artikuluje různými způsoby otázky a zprostředkovává i následné odpovědi. Proairetickým kódem je pak v rámci textu naznačován blížící se významový zlom. Tyto kódy fungují jako stopy již přečteného, již viděného, již prožitého.

Pro zjednodušení budeme redukovat analýzu textů Heinricha Laubeho převážně na rovinu kulturního kódu lexii. V tomto smyslu lze konstatovat, že do Laubeho textu na několika místech zcela predikovatelně prolíná diskurz medikalizace společnosti, který hrál počínaje druhou polovinou 18. století stále významnější roli.⁵⁶ Laube v textu rozehrává způsob vypovídání o zdraví, jež je neseno v moderním duchu jakožto kategorie umožňující realizaci úspěšného života: „*Zdraví, peníze a politická orientace se staly v dnešních dnech středobodem lidského snažení. [...] Lidé chtějí být zdraví, bohatí a svobodní stejně jako v jiných časech chtěli být poetičtí, ušlechtilí nebo roztomilí.*“⁵⁷

Společně s diskurzem medikalizace paralelně vstupuje další kulturní aspekt, kód postupující liberalizace společností. Dobrý zdravotní stav je zde chápán jako přirozená součást „svobody“, jež umožňuje lidskou, ekonomickou, ale i politickou seberealizaci a nezávislost na druhých. V tomto kontextu je nutno zdůraznit, že Laube byl členem mladoněmeckého hnutí, jež se zformovalo ve třicátých letech kolem generace literátů Heinricha Heineho. Cílem sdružení byla obhajoba liberálně demokratických práv proti restauračním režimům knížat Německého spolku a Habsburské monarchie. Spisy členů hnutí byly nařízením Frankfurtského sněmu roku 1835 zakázány. Svoboda tvořila základní princip autorovy seberealizace i politických proklamací, princip, za nějž po značnou část svého života bojoval. Je tedy logické, že v Laubeho pojetí je zdravotní stav ztotožňován také s atributem svobody umožňující osobní naplnění.

56 Termín medikalizace společnosti je zde chápán jako nárůst sociálně regulativní role lékařství počínaje 18. stoletím. Poprvé byl pojem medikalizace definován v 80. letech 20. století Jeanem-Pierrem Goubertem, který jej charakterizoval následujícím způsobem: „*Medikalizací rozumím proces dlouhého trvání, jehož kořeny sahají do druhé poloviny 18. století [...]. Tento proces zahrnuje změnu systému: vědeckou, technologickou a sociokulturní. Vyjadřuje přístup ke klinické medicíně, ať už byla či nebyla „vědecká“, a způsob jakým protínala životy populace v situacích, které měly co dočinění se zdravím; pročez ji často provázal odpor.*“ Jean-Pierre GOUBERT, *The Medicalization of French Society at the End of the Ancien Régime*. In: Lloyd G. Stevenson (ed.), *A Celebration of Medical History*, Baltimore - London 1982, s. 170. České prostředí přejalo tento koncept v podobné podobě, viz Daniela TINKOVÁ, *Tělo, věda stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*, Praha 2010, s. 95.

57 H. LAUBE, *Reisenovellen*, s. 224.

Mimoto ovšem úvodní pasáže textu ohlašují zlom, který vodol léčba přináší do sféry lékařství. Je zajímavé, že v těchto proairetických lexích se zároveň vyskytuje kulturní kód odkazující na dobu německé reformace, tedy období zásadní změny v nazírání náboženských otázek, respektive proměnu celé kultury v důsledku konfesionalizace života. Vodol léčba v textu přebírá metaforu protestantského náboženství, jež zpochybňuje starou víru - ortodoxní lékařství.

Stejně jako se protestantství odchylovalo od systému svátostí, složitých rituálů a přebujelé církevní hierarchie, vodol léčba prosazuje do terapeutické sféry jednoduchost a racionalitu, jejímž prorokem je pro Laubeho Vincenz Priessnitz: *„Ve věcech medicíny se nyní zlom odehrává před očima veřejnosti. Jediná víra alopatie byla napadena reformátory, kteří mají své centrum v Sasku stejně jako tehdy, kdy cholera třicetileté války odhalovala slabosti stran smrtícím způsobem. Všechna katolická, bezchybná víra v dosavadní vědu byla zpochybněna, a nyní jsme ve stádiu spekulací, odhalování a objevů. Od nejzamotanějších případů vědy a umění se nyní svět obrací k věcem nejjednodušším a nejpůvodnějším. Nejzákladnější prostý element, voda, se nyní stává středobodem všeho snažení.“*⁵⁸

Konotace ortodoxních způsobů terapie – alopatie i vodol léčby s vírou není bez zajímavosti. Z dnešního pohledu, kdy pole léčebné činnosti spadá již výrazně do hegemonie bio-medicínského komplexu, se zdá být tato paralela nepatřičná. Je ovšem otázkou, nakolik bylo v průběhu profesionalizace medicíny chápáno fakultní vzdělání za jedinou racionální formu akvizice vzdělání a následného výkonu léčebné činnosti.⁵⁹ V tomto smyslu byla zdánlivě nevyvratitelná racionalita vědecky utvářené fakultní medicíny alternována ze strany vznikajících nekonvenčních praktik, jako byla homeopatie, mesmerismus, brownismus, případně hydropatie.⁶⁰ Jak naznačuje soudobá historiografie, profesionalizace biomedicínského komplexu byla úspěšná spíše díky snahám pro-populacionisticky orientovaných intervencí státní moci do privátní sféry, než prostřednictvím

58 Tamtéž, s. 225.

59 Rekapitulaci názorů revidujících účinnost praktických výkonů profesionalizovaného lékařství provedl Roy Porter, viz Lawrence L. CONRAD – Michael NEVE – Vivian NUTTON – Roy PORTER – Andrew WEAR, *The Western Medical Tradition 800 BC to AD 1800*, Cambridge 1995, s. 379-384; Roger Cooter definuje léčebné pole první poloviny 19. století jako značně heterodoxní, nabízející alternativní kosmologie vycházející ze Schellingovy a Hegelovy organické filosofie, Roger COOTER, *Alternative Medicine, Alternative Cosmology*, in: Roger Cooter (ed.) *Studies in the History of Alternative Medicine*, London 1988, s. 74-75.

60 K tomu dále např. Uwe HEYLL, *Wasser, Fasten, Luft und Licht. Die Geschichte der Naturheilkunde in Deutschland*, Frankfurt – New York 2006, s. 33-58; Robert JÜTTE, *Alternative Medicine and Medical-Historical Semantics*. In: Robert JÜTTE – Motzi EKLÖF – Marie C. NELSON, *Historical Aspects of Unconventional Medicine. Approaches, Concepts, Case Studies*, Sheffield 2001, s. 11-26.

přímé cesty postupného navyšování léčebného potenciálu vzdělaných profesionálních lékařů a jejich akceptací ze strany pacientů.⁶¹

Priessnitz v tomto diskurzu zastupoval roli úspěšného reformátora, jehož působení stejně jako v případě Martina Luthera předcházela aktivita jiných. Laube zde v duchu konfesijní paralely odkazuje především na publikační činnost Eucharia Ferdinanda Christiana Oertela, který svou aktivitou ve 30. letech 19. století stimuloval utváření hydropatického diskurzu. Oertel v jeho pojetí představoval osobu, která přivedla vodoléčebnou problematiku do mediální sféry, nebyla ji však schopna úspěšněji prosadit. To se zdařilo až díky aktivní praxi Vincenze Priessnitze v lázních Gräfenberg, což Laube opisuje opět konfesijní paralelou: „*Profesor Oertel psal léta o studené vodě, a nyní kdokoli o ní mluví, nemůže si přitom odmyslit profesora Oertela, ale stejně jako Jan Hus, nedokázal ani Oertel zapustit víru hlouběji do srdcí.*“⁶²

Lexie odkazující na vznikající korpus hydropatické literatury nejsou ovšem příliš početné. Naopak, další části textu jsou věnovány spíše charakteristikám vjemů spojených s návštěvou slezských lázní a absolvováním lázeňských terapií. V těchto pasážích je velmi obtížné rozlišovat, nakolik byly výpovědi ovlivněny intertextuální povahou textových praktik – tedy pronikáním metanarativu do částí textu, a nakolik lze hovořit o výpovědích Heinricha Laubeho jako o reflexi mimotextové, tělesně prožívané zkušenosti.

Laube pravděpodobně neměl předem zajištěné ubytování, což vzhledem ke vzrůstající popularitě a tím i ubývajícímu počtu volných ubytovacích kapacit mohlo ohrozit jeho pobyt v osadě Gräfenberg, musel by se usadit v nedalekém Jeseníku. Nicméně po konzultaci se „*štíhlým mužem v opotřebovaném černém fraku, jehož tvář, poznamenaná neštovicemi, vzbuzovala důvěru i přes jeho málomluvnost*“⁶³ pro něj takto charakterizovaný Priessnitz dokázal ubytování vyhradit. Laube se tak ocitl v selském stavení, jež dosud spíše než lázeňskému ubytování odpovídalo nárokům spojeným s vykonáváním hospodářských prací a zabezpečováním základních životních podmínek v horské osadě. Společnou střechu sdílel s domácími obyvateli, jejichž míra sociability byla pro mladého intelektuála zajímavá spíše svou folklórností než kulturností komunikace: „*večer jsem seděl v mém koutě na tvrdé posteli a díval se na soumrak, vevnitř v jiném koutě seděli hospodáři potmě a starali se o svou večerň, nepromluvili ani slova a brali si bez hlesnutí loňské brambory sypané solí. Když byli hotovi, poklekli na svou lavici, obličej obrácený k dřevěnému kříži modlíce se růženec, pak se odebrali spát.*“⁶⁴

61 Roy PORTER, *The Patient's View: Doing Medical History from below*, Theory and Society, Vol. 14, 1985, s. 194.

62 H. LAUBE, *Reisenovellen*, s. 226.

63 Tamtéž, s. 232.

64 Tamtéž, s. 233.

Charakteristiku první noci strávené v Gräfenbergu Laube stylizuje do podoby výpovědi osamělého poutníka, který se ocitl vprostřed temné liduprázdné krajiny. Nehybným klidem jeho komory po ulehnutí obyvatel domu pronikají jen tiché pohyby myši, nahrazující v noční světnici nepřítomné hospodáře: „V dolní jizbě bylo mrtvolné ticho, myši vyběhly ze svých děr, měsíc svitem prorazil oblaka, a mně se v tomto barevném, nejistém světle, které prosvitlo do komory skrze malé tabulky špatně průhledného skla, zdálo, že Vodolěčba sama sedí v podobě bledého modrého ducha na lavici u kamen.“⁶⁵

Měsíční paprsky protínající mraky a přinášející myšlenky na budoucí léčbu nakonec nového lázeňského hosta vylákaly pod noční oblohu, aby se prošel pitoreskní krajinou v Gräfenbergu. Spisovatel umisťuje hospodářská stavení vybudovaná kolem cesty směřující na Gräfenberg do neschůdných kopců, které mu díky své příkrosti znemožňují pohyb a nutí ho k zastavení a spočinutí, při němž na sebe nechává působit krajinu Jeseníků a Rychlebských Hor. Nocí se k němu nesla vánkem ozvěna mužských hlasů notujících si píseň o víně, ačkoli v celém Gräfenbergu nebyla hostům k dispozici vína ani kapka. Píseň, která by sloužila k opěvování vody, nebyla v tom čase ještě složena. Gräfenberg byl pro německého básníka místem mimo civilizaci, jež rozehrávalo v „moderním exulantu“⁶⁶ romantické tóny.

V charakteristice prostředí převládají jednoznačně lexie romantizujícího kulturního kódu. Gilles Deleuze k základním rysům romantismu v kultuře řadil působivost vjemů daných vzájemnou protikladností kategorií – krásy a ošklivosti, nevinnosti a krutosti.⁶⁷ Tento protiklad je přítomen také v Laubeho výpovědích. Prvotní kontrast zde zastupuje samotná existence lázeňské lokality. Namísto kolonád, společenských a koncertních pavilonů se lázeňský host ocitá uprostřed rustikálních selských staveb, což akcentuje diferenci mezi tradičním obrazem mondénního prostoru lázní a prožívanou realitou. Diskomfortní podoba ubytování v podhorských „chatrčích“ je doprovázena divokou přírodní krajinou místa obklopeného horami. Moment difference rozvíjí i popis ztichlých a nemluvných obyvatel horských chalup, jež hostí ve svých příbytcích pacienty uvyklé společenskému životu *à la mode*. Charakteristika léčitele Vincenze Priessnitze, mlčenlivého, důvěryhodného a prostě odívaného, je nesena rozparem očekávání spojených s vizí majitele prosperujícího lázeňského centra a skromnou podobou ztělesněné reality.

Vodolěčba nabývá v Laubeho imaginaci rysy antropomorfizované záhrobní bytosti zjevující se mu v paprscích měsíčního svitu. Podobu ducha, který zastupuje iracionální aspekt nové léčebné metody. Romantický kulturní modus je v těchto lexiích paradoxně spojen s vlivem diskurzu ortodoxního lékařství. Nevědecký přístup laického léčitele nabývá

65 Tamtéž, s. 234.

66 Tamtéž, s. 236.

67 Gilles DELEUZE, *Proust a znaky*, Praha 1999, s. 60.

z pozic ortodoxní medicíny transcendentální podoby, jež je v příkré opozici vůči racionalitě očekávané obvykle od výkonu léčebného aktu.

Další pasáže Laubeho textu jsou již mnohem věcnější, popisují průběh terapie: „*následujícího rána počal ve čtyři hodiny nový život, mé tělo začalo podstupovat vodoléčbu. Zabalili mne do vlněné deky, přehodili přese mne peřinu a ponechali mne mému osudu. Dávali mi napít po celou dobu, co jsem hodiny ležel v potu. Zvyšovalo to pocení na nejvyšší míru, a když se již celé tělo málem rozpustilo, byla peřina odstraněna a já jako bílý žebravý mnich putoval ve vlněném zábalu ven směrem k lázním. Ty jsou zřízeny v bezprostřední blízkosti domů a jsou neustále naplňovány z okapů a potrubí tekoucí vodou horských bystřín, jsou tedy neustále plné svěží a ledově chladné vody. Když jsem se oddával tomuto svačtinovému svazku s Gräfenberskou léčbou, poletoval mi do tváře sníh.*“⁶⁸

Líčení průběhu lázeňské terapie se soustředí především na tělesné vjemy, Laube ve svém popisu věnuje pozornost pocitům, které v něm vzbuzovaly zábaly, koupele a sprchy: „*skutečně po přibližně jedné minutě pobytu ve studené vodě nastupuje plné zahřátí,*“⁶⁹ zdůrazňuje změny fyzických stavů spojených s léčbou: „*denně lze pozorovat, že studené koupele působí tím prospěšněji, čím zásadnější a silnější je předchozí pocení.*“⁷⁰ Důsledkem působení vodoléčebné terapie byl pozitivní vliv na tělesný stav pacientů, dle Laubeho slov jsou: „*Gräfenberg lázně, kde jsou nemocní nejveselejší, neustále svěží, studená voda je probouzí. [...] a čestně musím doložit, že není jiného místa, kde by se člověk nudit tak málo, jako zde.*“⁷¹ Celým textem pronikají emocionálně zabarvené charakteristiky fyzických vjemů, popis dopadů absolvovaných procedur na Laubeho tělo a líčení vzájemné závislosti změn fyzického stavu s proměnami nálad a pocitů. Jak ovšem nazvat tyto lexie? Roland Barthes pro tento typ výpovědí ve své terminologii vytvořené pro analýzu literárních děl nevyhrazuje žádný termín.

Lze považovat tyto lexie za místa textu, která se vymaňují intertextuální povaze produkovaní výpovědí a jsou reflexí mimotextové reality? Míra vlivu subjektivity na produkovaní textových korpusů byla v druhé polovině 20. století značně zpochybněna zejména poukazem Rolanda Barthesa na intertextuální původ sestavování nových výpovědí⁷² a zproblematizováním možností interpretační jistoty při identifikaci logocentristických výpovědních možností textu Jacquesem Derridou.⁷³ Z hlediska dějin medicíny je v této

68 H. LAUBE, *Reisenovellen*, s. 236-237. Výskyt sněhových přeháněk na počátku června v Gräfenbergu lze možná chápat spíše jako hyperbolu zdůrazňující náročnost terapie.

69 Tamtéž, s. 237.

70 Tamtéž, s. 238.

71 Tamtéž, s. 246.

72 R. BARTHES, *Smrt autora*, s. 75-77.

73 Jacques DERRIDA, *Texty k dekonstrukci*. Praha 1993, 157-167.

souvislosti nejvíce akcentováno pronikání mocenských metanarativů do produkováných textů prostřednictvím procesu formování diskurzivních praktik. Pro lékařství byly charakteristické výpovědi ovlivňované státním etatismem a populacionistickou politikou,⁷⁴ ty se skutečně v některých lexích textu projevují. Nepochybně však také Laube v textu reflektuje subjektivně vnímané prožitky. Lze chápat povahu těchto výpovědí jako ryze autentické zaznamenání tělesné percepce, nebo se zde jedná o zaznamenání vjemů získaných tělesně?

Produkování diskurzivních praktik je dosud sledováno spíše na úrovni vzájemné provázanosti a chronologické kauzálnosti vývoje odborného lékařství. Pokud bychom se oddali pokušení nahrazovat snahy o proniknutí do způsobu vnímání a interpretace světa z hlediska subjektu a věnovali bychom se pouze sféře produkování textových aktů, byla by lidská existence redukována na vzájemně provázaný proces vysílání, difference a přijímání znaků. Medikalizaci světa 18. a 19. století bychom však měli chápat nejen jako kontinuálně narůstající pronikání dominantního způsobu produkování vědění-moci o těle, tělesných praktikách a (sebe-)disciplinaci, ale i jako proces, který v sobě skrývá možnost heterodoxie alternativních výpovědí i samotné existence individua nezávislého pouze na determinantech dominantních diskurzivních formací.⁷⁵

Z hlediska analytické roviny, objasňující míru závislosti sociální praxe na panujících diskurzech, je podstatné zdůraznit fakt, že klíčovou osobou hydropatického diskurzu byl počínaje polovinou 30. let 19. století Vincenz Priessnitz, ačkoli se osobně na produkování textů nepodílel. Priessnitz, u nějž nelze prokázat, že by svým konáním navazoval na starší tradice užívání studené vody k léčbě, utvářel svůj terapeutický systém mimo dominantní diskurz fakultní medicíny, zároveň ale i mimo samostatný diskurz hydropatie, který se paralelně začal rozvíjet zejména v souvislosti s působením Eucharia Ferdinanda Christiana Oertela.

V tomto smyslu je tedy patrně nutné diferencovat mezi vodoléčbou, jakožto specifickým souborem terapeutických metod využívajících k léčbě vodu, dietetický režim a aktivní pohyb organismu, a hydropatií - léčebným systémem, jenž byl vnitřně uspořádán, nadán inherentní racionalitou a vykazoval znaky specifického diskurzu vymezujícího se proti konvenčnímu lékařství. Samotné vodoléčebné praktiky nemusely být v rozporu s ortodoxním lékařstvím, a jak demonstroval pozdější vývoj, byla skutečně celá řada

74 Michel FOUCAULT, *Zrození kliniky*, Červený Kostelec 2010, s. 48-56.

75 Michel de Certeau v této souvislosti zdůrazňuje zásadní roli světa subverzivních praktik, produkování smysl díky sdílení zkušenosti formativního světa každodenních akcí, které se vymykají dominantnímu diskursu, a zásadně zpochybňuje hegemonii jednotně pojímaného paradigmatu/epistémé, viz Michel de CERTEAU, *The Practice of Everyday Life*, Berkley 1984, s. XVII-XVIII.

terapeutických postupů absorbována do hydroterapeutických fyzikálních metod.⁷⁶ Hydropatie naopak utvářela alternativu vůči ortodoxnímu lékařství, jež se však neslučovala s možností kombinování léčebných postupů a byla tedy koncipována spíše jako možnost využití odlišného typu racionality při chápání léčebné praxe.

Vodoléčebné praktiky využívané ve 30. a 40. letech 19. století byly odvozovány od činnosti Vincenze Priessnitze a jeho osobu lze chápat v tomto smyslu jako autorskou, hydropatie, jakožto specifický modus vypovídání o otázkách spojených s lidským organismem a jeho léčbou, byla při svém utváření na osobě Vincenze Priessnitze zpočátku nezávislá, slezský léčitel nicméně spojoval ve své osobě všechny podstatné aspekty hydropatického diskurzu – přirozenou racionalitu, nezávislost na soudobé lékařské praxi i zaměření na praktickou činnost. Korpus hydropatické literatury vznikl bez autorského přispění Priessnitze, přesto však nelze chápat utváření hydropatického diskurzu pouze jako textovou praktiku závislou pouze na intertextové povaze konstruování literárních děl, jak naznačuje soudobá metodologie lingvisticky orientovaných analýz. Naopak Priessnitzova osoba se stala klíčovou postavou hydropatických děl, jež se soustřeďovala především na zachycení jeho praktické činnosti, tedy aplikování vodoléčby na konkrétní případy onemocnění pacientů s následnou generalizací.

Spojením hydropatie (diskurzu) a vodoléčby (praktik), došlo k vzájemnému prolnutí dvou na sobě navzájem nezávislých přístupů k téže problematice – produkování a formování literárních výpovědí o nekonvenčních přístupech k léčbě lidského organismu na straně jedné a fyzického vykonávání léčebných praktik založených na postupně nabývaných zkušenostech léčitele na straně druhé. Tato diference mezi diskurzem a praktikami byla v průběhu jejich vzájemného prolínání, k němuž docházelo díky postupné medializaci Priessnitzova konání nahrazena uceleným systémem, který ovlivňoval i způsob vnímání lázeňské terapie ze strany pacientů.

V textu Heinricha Laubeho lze sledovat postupně se proměňující vliv kulturních kódů i autentických reflexí subjektivních prožitků. Při příjezdu do lázní byla vodoléčba ztělesňována antropomorfizovanou představou nadpozemské bytosti, Gräfenberg byl místem zakonzervovaného času, kam nedoléhal civilizační hluk, a praktiky spojené s léčebnou terapií popisuje metaforickými příklady z období dogmatických sporů provázejících zrod protestantských církví. Priessnitzovi pacienti působili dojmem podivných osob, které podlehlly nové víře a propůjčují svá těla iracionálním praktikám potlačujícím prakticky veškeré běžné radosti života.

76 Zásadní zásluhu měl v tomto ohledu prostředí habsburské monarchie zejména Wilhelm Winternitz (1835-1917), jenž se pokusil skloubit vědecky systematizovat mnohé z Priessnitzových postupů v klinické hydroterapii, a prostřednictvím svého působení na univerzitě ve Vídni, představil tuto problematiku vědeckému publiku, viz Wilhelm WINTERNITZ, *Hydrotherapie auf Physiologischer und klinischer Grundlage. Vorträge für praktische Ärzte und Studierende*. Bd. I-II, Wien 1877-1880.

Po absolvování prvních terapií se ovšem Laubeho text proměňuje, studené lázně, potní kúry, koupele pod lesními sprchami i nezbytné zdravotní procházky po okolí Gräfenbergu již nejsou spojovány s negativními či zpochybňujícími metaforami. Laube se v těchto pasážích věnuje prostým charakteristikám vjemů, prožitků a pocitů. Namísto adjektiv „zvláštní“ a „podivná“ spojovaných s popisem vodoléčby užívá po bližším obeznámení s vodoléčbou spíše charakteristiky „rajská“, „oblažující“, také okolí Gräfenbergu již není vykreslováno potemnělou černí noční oblohy, ale polední modří a růžovými nádechy červánků. Laubeho texty ovšem nejsou deníkovými záznamy, jedná se o literární texty, jež autor finalizoval nepochybně s jistým odstupem od popisovaného období. Přesto je v textu jasně naznačen zlom, který z hlediska autorovy reflexe vodoléčby tvořila autentická zkušenost s Priessnitzovou terapií.

Důraz kladený na osobní zkušenost pacientů podstupujících terapii ve slezských lázních souvisí patrně s dvěma odlišnými způsoby vnímání a interpretace reality, popisovanými americkým psychologem Eugenem T. Gendlinem. Procesuální model vnímání, s nímž Gendlin operuje,⁷⁷ rozlišuje v lidském myšlení obsahy přítomné explicitně (to co nás v daném momentu obklopuje) a implicitně (to co si neseme z předchozích zkušeností). Interpretuje-li tedy Laube prožitek spojený s absolvováním terapie, je obsah jeho textu formován nejen již převládajícími diskurzy, tedy implicitně obsaženými kulturní kódy lexií, ale i tělesnými vjemy subjektivní povahy - explicitními prožitky. Popis subjektivních zkušeností spojených s vodoléčbou byl i klíčovou součástí narativní strategie autorů publikujících v periodiku Eucharie Oertela.

Reflexi mimo textové reality, tělesně prožívané subjektivní zkušenosti, lze tedy označit za zásadní element, jímž se příznivci vodoléčby odlišovali od představitelů konvenčního lékařství. Důraz na aktivní reflexi léčebného procesu byl v protikladu ke změnám, k nimž docházelo v konvenční medicíně pod vlivem tzv. francouzské revoluce v lékařství. Pod vlivem inovací ve výuce i vykonávání lékařské praxe, jež se etablovalo v důsledku změny vysokoškolského vzdělávání lékařů ve Francii po roce 1794, se počala profilovat dnešní podoba léčby přesouvající léčebnou péči z domácností pacientů na kliniky. Období převahy francouzské lékařské školy bylo charakteristické rovněž etablováním tkáňové patologie, nabízející vhléd do nitra lidského těla,⁷⁸ fyzikálních diagnostických metod a etabloující se nosologie. Všechny tyto změny posilovaly dominantní pozici lékaře v léčebném procesu, pacientům naopak byla do budoucna na základě těchto změn přisuzována spíše pozice pasivního objektu, jenž bude předmětem zkoumání, substrátem analytického roz-

77 Eugene T. GENDLIN, *A process model*, New York 1997, s. 9-11.

78 Michel FOUCAULT, *Zrození kliniky*, Červený Kostelec 2010, s. 196-199.

boru, jehož subjektivním vjemům nebude přisuzována důležitost z hlediska diagnostiky i indikování terapie.⁷⁹

Vznik vodoléčby a hydropatie lze tedy chápat nejen jako konstituování alternativního přístupu k terapii nemocí lidského těla, ale i jako utvoření (či spíše zachování) možností samostatného pozorování, posuzování, vypovídání a jednání ze strany jedinců - pacientů v době postupného nárůstu hegemonie diskurzu biomedicínského komplexu.

79 Stephen JACYNA, *Medicine in Transformation*. W. F. Bynum – Anne Hardy – Stephen Jacyna – Christopher Lawrence – E. M. Tansey, *The Western Medical Tradition 1800 to 2000*, Cambridge 2006, s. 55.

Summary

Intertextual narrative? The perception of coldwater cure by patients of Vincenz Priessnitz

Origin of hydropathy is usually attributed to the founder of spa resort Gräfenberg Vincenz Priessnitz. But it is necessary to differentiate between coldwater cure as a specific therapeutic practice, based on the medical usage of water treatment, dietary regime and active physical movement at one side, and hydropathy – the system of alternative medicine with inherent rationality and specific linguistic discourse delimited against orthodox scholarly medicine of 19th century.

Vincenz Priessnitz should be seen as a founder of practical methods of physical treatment - coldwater cure. But hydropathy as a specific narrative mode related to human organism, illness and medical treatment, was constituted through publication activities of Eucharius Ferdinand Christian Oertel. Formation of the hydropathical discourse began independently on the personality of Vincenz Priessnitz, but during the third decade of 19th century became Vincenz Priessnitz thanks to his reputation the key figure of hydropathical movement. In a personality of Silesian healer were united all essential aspects of a new established discourse of hydropathy – elementary rationality based on the relationship with nature elements, independence on the contemporary scientific medical theory, and practical experience as source of knowledge. The only proper way how to acquire knowledge in the field

hydropathical discourse was according the authentic experience with the cure.

This aspect of a new alternative medical concept is in the study demonstrated on the analysis of descriptions of the coldwater cure therapy from the perspective of the Vincenz Priessnitz's patient Heinrich Laube from the year 1834. Narrative of his description has been shaped by implicit dominant discourses as well as through bodily sensations of subjective nature - explicit experiences (Gendlin). Description of the subjective experience associated with hydropathy was also a crucial part of the narrative strategies of articles published in the main journal of hydropathy – Eucharius Ferdinand Christian Oertel's *Die Allerneusten Wasserkuren*.

Emphasis on active reflection of the treatment process opposed to the changes that occurred in conventional medicine under the influence of the French Revolution in Medicine. The objectivation of physical diagnostic caused the shift of power balance in the patient-doctor relationship towards professional physicians. The emergence of hydropathy can be therefore understood not only as constitution an alternative approach to the medical treatment, but also as the formation (or preservation) of independent patient's perception and dealing with the illness and therapeutic water cure practice at the time of the rising hegemony of bio-medical discourse.

Jan Seidl

Zhýralci a psychopati Trestání homosexuality za první republiky a česká medicína¹

Abstract: *In this paper it is shown how during the interwar period the Czech medicine embraced in explaining of homosexuality the distinction between so-called “inborn” and “acquired” homosexuality (under the second designation was meant homosexual behavior of people, which were described by the physicians as straight from the nature) and how she gradually managed to establish this dichotomy as a valid category also in the theory and practice of criminal law. Persons accused in the interwar Czechoslovakia period of homosexual behavior were evaluated by the expert psychiatric inquiry, persons charged from the side of experts with the “inborn” homosexuality could count with moderate or even no punishment, but the defendants with the “acquired” homosexuality were seen as true and despicable criminals. At the same time, some reform-minded physicians actively participated in efforts to repeal the general criminalization of homosexuality in the Czechoslovak law - in this respect, however, their efforts were not crowned with success. This dual impact of medicine is analyzed for the purpose to decide whether and how the medicine managed to imprint its discourse on older categories developed by jurisprudence and practice of law. The conclusion is dedicated to an analysis of the impact of such development on the status of medicine among homosexuals.*

Key words: Czech Medicine – First Czechoslovak Republic – Inborn/Acquired Homosexuality – Penal Law

Dne 18. prosince 1920 uspořádala Purkyňova společnost pro studium duše a nervstva, první česká psychiatrická společnost, založená předchozího roku,² v posluchárně Starého domu pražského Ústavu pro choromyslné³ schůzi věnovanou otázce případného zrušení všeobecné trestnosti homosexuality v Československu. V té době se rozebíhaly práce na reformě a unifikaci trestního práva, které nový stát zdě-

1 Děkuji Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy, že v rámci projektu SVV pro rok 2010 *Kulturní a sociální vzorce v moderní středoevropské historii* podpořila výzkum, jehož je tento příspěvek výstupem.

2 *Společnost Purkyňova pro studium duše a nervstva* vznikla roku 1919 vydělením z doposud všeobjímajícího *Spolku českých lékařů*, založeného roku 1862 Purkyněm. Vědecké schůze společnosti se konaly jednou měsíčně. Na programu byla vždy jedna nebo dvě přednášky a následná diskuse o dané problematice. (*Zpráva o ustavující valné hromadě Společnosti Purkyňovy*, *Časopis lékařů českých* 58, 1919, s. 917–918). Stanovy Purkyňovy společnosti však určovaly, že „*páni posluchači posledních dvou ročníků lékařství, práv a filosofie mohou, pokud místa stačí, účastnit se jako hosté schůzí společnosti*.“ (cit. dle: Vladimír VONDRAČEK, *Lékař dále vzpomíná (1920–1938)*, Praha 1978, s. 162).

3 Bývalý augustiniánský klášter v Kateřinské ulici.

díl z rakousko-uherské monarchie,⁴ a příslušná ministerská komise složená zejména z předních teoretiků trestního práva měla zájem konzultovat sporné otázky s odbornými kruhy mimo právnickou obec. Dva členové komise, profesor August Miřička a pracovník ministerstva spravedlnosti, zanedlouho taktéž profesor Albert Milota, se ostatně na tuto schůzi dostavili jako hosté a zapojili se do diskuse. Hlavní tón však celému večeru udal student medicíny Hugo Bondy,⁵ který se již tehdy specializoval na zkoumání psychiatrických aspektů sexuality a kterému byl svěřen úkol přednést zde úvodní referát a poté moderovat diskusi. Bondy svůj referát uvedl slovy: „*V přítomné době reformy zákona mám za vhodné upozorniti mimo jiné na zákon trestnosti homosexuality. Lékaři, kterým musí být vyhrazeno prvé místo při rozhodování o tomto § dosud nepromluvili.*“⁶

Vskutku, dosavadní veřejná vyjádření lékařů z českých zemí o tom, zda zrušit, zachovat či upravit § 129 b) trestního zákona, který stanovil trestnost homosexuálních styků, by se dala spočítat na prstech jedné ruky; byla navíc formulována ze soukromé iniciativy a nikoli proto, že by o takovou expertizu stáli reprezentanti státní moci.⁷ Tím se medicína v českých zemích odlišovala od situace v rakouských zemích bývalé monarchie, a zejména pak od situace v Německé říši, kde psychiatrie a rodící se sexuologie již před první světovou válkou téma odtrestnění homosexuality do veřejné rozpravy čile vnášela. Příčiny toho, že česká medicína dosud hlasitěji neformulovala v souvislosti s homosexualitou návrhy trestně-politické povahy, je třeba hledat jednak v obecné politické situaci českých zemí za rakousko-uherské monarchie, kdy zákonodárná moc byla vykonávána centrálními institucemi ve Vídni, a jednak v tom, že – jak rozvedeme níže – homosexualita byla

4 Aby s ustavením nového státu nevzniklo právní vakuum, byl převzat dosavadní právní řád, který byl však v důsledku rakousko-uherského vyrovnání z roku 1867 a po něj následujících padesáti let na sobě nezávislého předlitavského a zalitavského zákonodárství v řadě právních oblastí odlišný. Proto v těch částech Československa, které dříve náležely k Předlitavsku (Čechy, Morava, Slezsko), platilo právo *dříve rakouské*, zatímco v těch částech, které předtím patřily k Zalitavsku (Slovensko, později také Podkarpatská Rus), platilo právo *dříve uherské*. Pokud jde o trestní právo, je pro účely této práce nejzajímavějším rozdílem to, že na Slovensku a Podkarpatské Rusi nebyl trestný pohlavní styk mezi ženami, zatímco v historických zemích ano, a za pohlavní styk mezi muži tam byly stanoveny mírnější trestní sazby). Blíže srv.: Jan SEIDL a kol., *Od žaláře k oltáři. Emancipace homosexuality v českých zemích od roku 1867 do současnosti*, Brno 2012, s. 108nn.

5 V té době měl za sebou Hugo Bondy první ze tří rigorózních zkoušek, které byly podmínkou úspěšného ukončení studia medicíny (AUK Praha, Matrika doktorů V (č. 2002–2409), r. 1922–1924, s. 2218–2219).

6 Hugo BONDY, *Trestnost homosexuality. (K reformě § 129 I. b. tr. z.)*, Revue v neurologii a psychiatrii 18, 1921, s. 20. Skutečnost, že jde o stejný text, který Bondy přednesl na schůzi Purkyňovy společnosti asi o měsíc dříve, není nikde explicitně uvedena. Vyjde však jasně najevo srovnáním textu se záznamem se schůze (*Zpráva o schůzi Purkyňovy společnosti, konané dne 18. prosince 1920*. Časopis lékařů českých 60, 1921, s. 72–75).

7 Jde o vyjádření Václava Bělohradského (1893), Otakara Rožánka (1903), Gustava Mühlsteina (1904), a Ladislava Haškovece (1913). Viz dále v hlavním textu a blíže též v: J. SEIDL a kol., *Od žaláře k oltáři*, s. 73nn.

v českých zemích před první světovou válkou stíhána ve znatelně menší míře než po ní, a nebyla tedy patrně pociťována jako sociálně tolik závažné téma.

Jak se ovšem ukázalo na uvedené schůzi Purkyňovy společnosti, bylo v roce 1920 v českém lékařském myšlení o homosexualitě již bezpečně zakořeněno dělení na vrozenou a (sociálně) získanou vlastnost, které od posledních dekád 19. století představovalo v evropském kontextu základní rámec uvažování o sexuálních variantách. Profesor psychiatrie Antonín Heveroch zde prohlásil, že „*jsou homosexuální ze zvrácenosti pohlavního citu, ale i z nemravné sexuální užívačnosti*“, a že oba typy homosexuality „*bývá někdy obtížno bezpečně rozlišiti. Za psychopathy můžeme prohlásiti ty, kdo se poctivě bránili proti své zvrácenosti*“. Z toho důvodu lékaři podle Heverocha uvítají „*každou opravu § 129, jen když bude společnost chráněna proti nemravnostem zvrhlých užívačů. Dokud [však] zákon ten platí, nutno dbáti, aby ti, kdo se provinili proti § 129 z vrozené pohlavní zvrácenosti [tj. oni psychopati], byli osvobožováni (...)*“⁸. Na témže východisku, tedy existenci vrozené, a proti tomu získané homosexuality, založili své vývody i další diskutující, avšak téže průvodní okolnosti, tedy nesnadnému rozlišení obou typů, dali ve své argumentaci zcela odlišnou platnost. Právník Otakar Sommer řekl, že z toho, co v diskusi uvedli lékaři, soudí, že „*věda lékařská nemůže (...) právníkům dáti určitou odpověď, zda lze při homosexualitě rozlišiti případy, kdy jde o chorobu a kdy jde pouze o mravní vědomou zvrhlost*“⁹, a vyvodil z toho, že by § 129 měl být odstraněn zcela. Také neurolog Josef Pelnář si byl vědom nesnadného rozlišení obou předpokládaných typů homosexuality, když prohlásil, že „*každý zhýrlec se hájí vrozenou inverzí pohlavního citění*“, avšak pokračoval, že právě proto „*jakkoliv se zdá, že třeba zrušiti tvrdost dosavadního zákona, jest poukázati k tomu, že zároveň třeba, aby projevy homosexuální, pokud ohrožují mravnost veřejnou, neunikaly zodpovědnosti proto, že pramení z abnormalnosti*“¹⁰ – jeho tendence byla tedy zcela opačná než Sommerova.

Již na této schůzi, kdy měli lékaři poprvé relevantní příležitost promluvit v kontextu politiky trestního práva o dotčeném paragrafu, tak došlo k vytyčení půdorysu, na němž probíhala veřejná rozprava o trestnosti homosexuality po celé období první republiky: ústřední místo zde zaujímal opozice vrozenosti/získanosti, jejíž validita byla takřka bezvýhradně akceptována, a jednotlivé konkurující názory se lišily v tom, co z existence této opozice v praxi vyvodit. V tomto příspěvku ukážu, jak si česká medicína toto paradigma osvojila a jak s ním posléze, v období první republiky, pracovala ve dvou odlišných, avšak

8 Zpráva o schůzi Purkyňovy společnosti, konané dne 18. prosince 1920. Časopis lékařů českých 60, 1921, s. 73.

9 Tamtéž, s. 74.

10 Tamtéž.

vzájemně provázaných kontextech: jednak v soudně-znalecké praxi, a jednak v trestně-politické rozpravě týkající se homosexuality.

Paradigma rozlišování vrozené a získané homosexuality má svůj původ v západoevropském lékařském myšlení druhé poloviny 19. století. Do té doby spadala v medicíně otázka nekonvenčních sexualit, jejichž projevy byly dle platného práva trestnými činy, výhradně do oboru soudního lékařství.¹¹ Pokud jde o homosexualitu, bylo úkolem lékaře pouze prohlédnout podezřelého a stanovit, zda u něj došlo k homosexuálnímu styku, či nikoliv. Na základě takové expertizy pak soud vynesl rozsudek. Pro trestní právo, a tedy i pro soudní lékařství bylo nepodstatné, co obžalovaného k jeho jednání vedlo; rozhodující bylo, zda byla naplněna skutková podstata trestného činu. V soudně-lékařských pojednáních se zároveň zdůrazňovalo, že provozování neřestných aktivit jako masturbace, pederastie¹² apod. vede k vážným fyziologickým a duševním poruchám jedince. Podle této logiky tedy nedovolené sexuální chování způsobovalo neblahé konstituční změny v lidském organismu.

K postupnému obratu v chápání věci začalo docházet od poloviny 19. století. Roku 1849 zveřejnil francouzský lékař Claude-François Michéa článek *Des déviations malades de l'esprit vénérien* (O chorobných deviacích pohlavního pudu), v němž s odkazem na nedávný objev rudimentární dělohy u muže naznačil, že kauzalita může být opačná: nikoli chování ovlivňuje povahu organismu, ale vrozená dispozice organismu pudí jednotlivce k určitému druhu jednání. V tomto smyslu se vyslovil v roce 1852 i berlínský profesor soudního lékařství Johann Ludwig Casper, který na základě svého dlouholetého pozorování homosexuálně jednajících mužů, jež vyšetřoval a u nichž zpravidla konstatoval výraznou zženštilost, prohlásil, že se jedná o „duševní hermafrodity“, čímž podnítil zájem tehdy se rodící psychiatrie o studium těchto osob.

Z hlediska psychiatrie látku poprvé zevrubně zpracoval Karl von Westphal ve studii *Die conträre Sexualempfindung* (1869; Inverzní sexuální citění), v níž udal tón badatelům na několik dalších desetiletí. Právě Westphal přišel s teorií vrozené inverze, která byla od

11 Následující odstavce z dějin západoevropského lékařství redigovány na základě: Harry OOSTERHUIS, *Stepchildren of Nature. Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity*, Chicago – London 2000; Gert HEKMA, *Aspects socio-historiques des sexualités* (překlad do francouzštiny: Frank Arnal), in: R. Mendès-Leite (vyd.), *Sodomites, invertis, homosexuels. Perspectives historiques*, Lille 1994, s. 23–41; Christian BONELLO, *Du médecin légiste à l'aliéniste : l'homosexualité sous le regard de la médecine au XIX^e siècle*, in: L.-G. Tin – G. Pastre (vyd.), *Homosexualités: expression/répression*, Paris 2000, s. 65–81. Zájemci o podrobnější poučení o vývoji názorů evropské a americké medicíny konce 19. století na sexuální odlišnosti sáhnou po: Chandak SENGOPOTA, *Otto Weininger. Sexualita a věda v císařské Vídni*, Praha 2009, kde je homosexualitě věnována samostatná kapitola (s. 132–153).

12 Anální sex.

té doby stavěna proti inverzi získané. Primárním objektem zájmu už pro něj nejsou sexuální akty, ale sexuální tužby, které se mohou, avšak nemusí fyzicky projevit. V uvedené Westphalově studii se setkáváme s případovou studií pacientky berlínského ústavu pro choromyslné, která upadla do „manické excitace“ poté, co ji znechuceně odmítla mladá dívka, jíž se dvořila. Dozvíme se zde vše o předchozím životě pacientky, její rodinné anamnéze, tělesných charakteristikách, duševních schopnostech apod., což představuje šablonu, s níž po Westphalovi pracovali všichni další psychiatři při vyšetřování homosexuálů. Na rozdíl od soudního lékařství vyžadovala psychiatrická kazuistika více vyprávění ze strany pacienta a výsledný text, jak poznamenává francouzský historik Christian Bonello, se podobá románové osobní historii.¹³

Tento model pojednávání sexuálních odlišností dovedl k dokonalosti v 80. a 90. letech 19. století rakouský psychiatr Richard von Krafft-Ebing. Roku 1886 vydal studii *Psychopathia sexualis*, v níž na 110 stranách podal na základě 51 psychiatrické případové studie charakteristiky základních anomálií pohlavního pudu. Následně pak tuto studii vydával téměř každý rok znovu, vždy přepracovanou a rozšířenou. Dvanácté vydání, poslední, které vyšlo za jeho života, tak čítalo již 437 stran a více než tři sta případových studií. Po Krafft-Ebingově smrti pokračoval v doplňování a vydávání *Psychopathie sexualis* sexuolog Albert Moll, jehož 17. a poslední vydání dosahuje ve francouzském překladu z roku 1931 rozsahu 907 stran. V každém vydání se v *Psychopathii sexualis* objevují popisy nových anomálií, případně anomálie již popsané jsou rozdělovány do různých podkategorií. V prvním vydání Krafft-Ebing zavedl pro klasifikaci anomálií podle toho, v čem se projevuje chorobná povaha pohlavního pudu, pojmy *paradoxia* (projevuje se v čase, v němž je pohlavní pud aktivní), *anesthesia a hyperesthesia* (projevuje se v jeho míře) a *paresthesia* (projevuje se v jeho objektu). V dalších letech pak věnoval největší pozornost právě poslední kategorii anomálií, z nichž největší prostor vždy věnoval homosexualitě. Ve druhém vydání zavedl pro opozici vrozeného a získaného inverzního sexuálního citění dvojici pojmů *perverze*, resp. *perverzita*. Od 4. vydání (1889) začal inverzní sexuální citění dále dělit podle stupně *degenerace*¹⁴ na *psychický hermafroditismus* (dnes: bisexualita bez jakýchkoli vnějších známek inverze), *homosexualitu* jako takovou (výlučný sklon k osobám vlastního pohlaví bez dalších psychických či fyzických anomálií), *psychickou zženštilost* u mužů a *zmužštilost* u žen (touha po stejném pohlaví je doprovázena psychickými charakteristikami opačného pohlaví) a *somatickou androgynii* u mužů a *gynandrii* u žen (vše, co je uvedeno dříve, a navíc ještě známky fyzické inverze), která představuje vrchol degenerace.¹⁵ Kromě toho neustále zpřesňoval klasifikaci jiných parestézií, než je homo-

13 Ch. BONELLO, *Du médecin légiste à l'aliéniste*, s. 71.

14 K degeneracionistické koncepci viz: Ch. SENGUOPTA, *Otto Weininger*, s. 137.

15 H. OOSTERHUIS, *Stepchildren of Nature*, s. 48.

sexualita. Roku 1890 zavedl pojem *sadismus* a *masochismus* a roku 1896 *pedoflie*. Řada dalších pojmů, které v *Psychopathii sexualis* postupně zavedl, zapadla a do běžné ani odborné slovní zásoby nepronikla.

Do české lékařské literatury proniklo rozlišování vrozené a získané homosexuality v osmdesátých letech 19. století – poprvé se objevilo roku 1883 v učebnici soudního lékařství Josefa Reinsberga.¹⁶ V souladu se zaměřením publikace věnoval autor v kapitole *O smilstvė nepřirozeném* hlavní pozornost metodám zjišťování, zda došlo k análnímu pohlavnímu styku,¹⁷ avšak v úvodu kapitoly při obecném představení jejího předmětu napsal s odkazem na Westphala, že „*samcoložství jest ve mnohých případech účinek poblouzeného pudu pohlavního, který pochází ze změn psychopatických*“¹⁸. V jiných případech však podle Reinsberga „*shledáme paederastické ukájení pudu pohlavního po zhýralém životě, jímž činy předrážděny jsou, tak že pravidelná soulož již neuspokojuje; i onanisté mohou se paederastii oddati ze strachu, že by u ženy impotentními byli, rovněž i muži znetvořením plodidel postižení; mnozí ukájejí pud pohlavní tímto způsobem ze strachu před příjichnou nákazou, a konečně se shledáváme s paederastii u lidí, jež nemají příležitost anebo nemohou se ženami obcovati*“¹⁹ (tj. např. ve vězeních, na zámořských korábech apod.). Jde o klasický výčet příkladů „získané homosexuality“, z něž se takřka ve všech pracích, kde se s dotčeným dělením operuje, objevují alespoň některé prvky.

O deset let později publikoval Václav Bělohradský, stejně jako Reinsberg profesor soudního lékařství, v *Časopise lékařů českých* obsáhlou studii *Vzácný případ sexuální perverze. Culilinctus et fellatio*²⁰. K sepsání práce jej podnítil soudní případ z roku 1892, ve kterém podával znalecký posudek a který skončil osvobozením obviněného právě na základě diagnózy vrozené homosexuality. Vedle popisu tohoto případu²¹ považoval Bělohradský za vhodné shrnout veškeré vědomosti o homosexualitě odpovídající tehdejšímu stavu poznání jak z lékařského, tak z kulturně-historického hlediska, a tak vytvořil vlastně první její monografii v českém jazyce. Čerpal přitom zejména z Krafft-Ebinga, od něž také pře-

16 Josef REINSBERG, *Nauka o soudním lékařství*, Praha 1883.

17 Tímto zaměřením jeho kapitoly o homosexualitě lze také vysvětlit, proč věnoval pouze krátký odstavec homosexualitě ženské (pro níž užíval termínu *tribadie*, avšak registroval též označení *lesbická láska*). Sám k tomu napsal: „*Příčinou toho, že soudního lékaře nikdy nezaměstnává, jest, že nezanechává po sobě stop a známek.*“ (J. REINSBERG, *Nauka*, s. 105).

18 J. REINSBERG, *Nauka*, s. 101.

19 Tamtéž.

20 Václav BĚLOHRADSKÝ, *Vzácný případ sexuální perverze. Culilinctus et fellatio*. *Časopis lékařů českých* 32, 1893, s. 621–623, 641–644, 661–664, 684–688, 721–726, 746–749, 763–766, 780–783, 800–804, 826–830, 845–849, 866–869, 887–890, 907–909, 926–929, 946–950, 967–972, 984–989, 1003–1007, 1026–1029.

21 Venerolog Otakar Rožánek v roce 1903 uvedl, že Bělohradský v této studii popsal sexuální praktiku, kterou nazval *culilinctus* (dnes známa pod anglickým označením *rimming*), jako vůbec první v lékařské literatuře (Otakar ROŽÁNEK, *Pud pohlavní a prostituce. Díl I*, Praha 1903, s. 471).

vzal terminologii pro označení obou případů homosexuality (vrozená: perverze; získaná: perversita) a hodnotící soudy s tímto dělením spojené: zatímco první případ byl chápán jako zcela zavrženíhodné jednání, kde je plně odůvodněn trestní postih, byl druhý případ považován za duševní poruchu a v tomto případě byl doporučován mírnější trest a přenesení váhy zásahu veřejné moci na *léčebnou* péči.

Na samém konci 19. století byla homosexualita v české medicíně poprvé pojednána také z jiného než soudně-lékařského pohledu. Příslušná kapitola v učebnici psychiatrie profesora Karla Kuffnera, která vyšla v roce 1897,²² se od Reinsbergova a Bělohradského psaní liší na první pohled tím, že v ní nejsou vůbec přítomny anatomické výklady – o to více Kuffnera zajímají názory na etiologii homosexuality a způsob, jak ji léčit, resp. jak jí předcházet, pakliže by platilo, že jde spíše o získanou než vrozenou vlastnost. V tomto ohledu vidí jako nejdůležitější chránit děti před homosexuálními vlivy předtím, než dorostou do puberty, tedy v období, „*kdy psychická sféra není ještě rozvinuta, aby mohla zakročiti tlumivě*“²³. Podaří-li se to, je podle Kuffnera dobrá naděje, že se z mladého člověka homosexuál nestane: „*Za šťastných sociálních poměrů prohlíží mladý člověk obyčejně teprve, když stal se pubertním. Je zachráněn pro přirozenou heterosexuální náklonnost.*“²⁴

Vraťme se však zpět na počátek dvacátých let 20. století, kdy již rozlišování vrozené a získané homosexuality v české medicíně zcela zdomácnělo a kdy česká věda obecně začala ve sféře expertního poradenství ovlivňovat politiku nového státu – ať už k formulaci svých doporučení přistupovala na výzvu veřejné moci, nebo z vlastní iniciativy. Třebaže, jak jsme již předeslali, od roku 1920 fungovala při ministerstvu spravedlnosti komise, která měla připravit návrh nového trestního zákona a v rámci tohoto úkolu zvažovala také, jak se postaví k trestnosti homosexuality, staré trestní zákony převzaté z Rakouska-Uherska nadále platily, a homosexualita tak byla i po roce 1918 reálně stíhána, a to dokonce intenzivněji než předtím.

Jak vyplývá z nejnovějších statistických sond, poté, co během první světové války pronásledování homosexuality v českých zemích téměř zcela ustalo (je ovšem otázkou, zda se spolu s nejčastějšími oběťmi, muži v produktivním věku, pouze nepřesunulo v rámci vojenských jednotek mimo české země), již počátkem dvacátých let dosáhl počet trestních řízení pro homosexuální delikty hodnot z období před válkou, a tento ukazatel poté

22 Karel KUFFNER, *Psychiatrie. Pro studium i praktickou potřebu lékaře. I. díl, část povšechná*, Praha 1897.

23 K. KUFFNER, *Psychiatrie*, s. 128.

24 K. KUFFNER, *Psychiatrie*, s. 127.

víceméně setrvale rostl až do konce druhé světové války: k zemskému (krajskému)²⁵ soudu trestnímu v Praze tak bylo pro § 129 b) v roce 1923 podáno 32 žalob, v roce 1933 55 žalob a v roce 1943 222 žalob; obdobný vývoj byl též u krajského soudu trestního v Plzni: 1924: 2 žaloby, 1931: 6 žalob, 1941: 14 žalob.²⁶ Určitá část těchto řízení byla sice zastavena nebo soud stanovil trest s podmíněným odkladem, avšak růst počtu žalob ukazuje, že bezpečnostní a justiční aparát státu se za první republiky homosexualitou zabýval čím dále častěji. Úměrně často se ovšem ve znaleckých posudcích o obviněných zabývali homosexualitou také lékaři, a homosexualita se tak i bez ohledu na to, že zároveň probíhala výše naznačená rozprava o osudu příslušného paragrafu, stala důležitým předmětem lékařského diskursu.

V posudcích soudních znalců-lékařů se za první republiky dokonale projevovaly rozdíly mezi soudním lékařstvím a psychiatrií, popsané výše. Většina znalců produkovala posudky psané čistě ze soudně-lékařské perspektivy bez zohlednění „pachatelova“ vnitřního ustrojení. Advokát František Čerovský, který se specializoval na obhajování obviněných podle § 129 b) tr. z., uváděl jako typický příklad v tomto ohledu profesora soudního lékařství Vladimíra Slavíka, který mimo jiné proslul svérázným ironickým stylem svých posudků: „*Dostane-li se takový muž jako je pan B. do jiného prostředí, je-li odloučen na čas od světa veřejného, pak mu napadají jiné myšlenky než na abnormální ukájení pudu pohlavního, hledí, by z Pankráce se dostal co nejdříve domů.*“²⁷ Naproti tomu někteří znalci do posudků psychiatrickou perspektivu integrovali a začasté pak docházeli k tomu, že by měl být obžalovaný z toho důvodu, že mu je homosexualita vrozena, osvobozen.

Tento náhled ovšem ne zcela podporovala judikatura nejvyššího soudu, jíž se výklad trestního zákona, třebaže ne závazně, řídil. Ze sbírky rozhodnutí nejvyššího soudu je zřejmé, že otázka významu lékařských kategorií vrozenosti a získanosti homosexuality pro její trestání byla v období první republiky vedle dalšího zpřesňování okruhu sexuálních praktik, které zakládaly skutkovou podstatu § 129 b) tr. z.,²⁸ nejčastějším předmětem jeho

25 Do roku 1929 nesly sborové soudy první stolice se sídlem v hlavních městech zemí (Praha, Brno, Opava) označení „zemský“, zatímco soudy stejného typu se sídlem v jiných městech nesly označení „krajský“. Zákonem č. 201/1928 bylo označení „krajský“ zavedeno pro všechny sborové soudy první stolice.

26 Kompletní výsledky výzkumu jsou obsaženy v: J. SEIDL a kol., *Od žaláře k oltáři*, s. 33nn.

27 Posudek v trestní věci krajského trestního soudu v Praze č.j. Vr. IV 2921–22, cit. dle: František ČEŘOVSKÝ, *Zákon a soudně-lékařská věda*. Hlas sexuální menšiny 1, 1931, č. 10, s. 4.

28 Nejvyšší soud ČSR ve shodě s linií, kterou vytyčila již judikatura rakouského nejvyššího soudního dvora, jehož rozhodnutími vydanými v době příslušnosti českých zemí k rakousko-uherské monarchii se řídila interpretace trestního zákona v těchto zemích i po vzniku republiky, několikrát rozhodl, že k naplnění skutkové podstaty §129 b) tr. zák. není třeba, aby došlo k „úkonům podobným souloži“, nýbrž že sem spadají i „onanistické akty“, a dokonce, že vůbec „smilstvem ve smyslu § 129 lit. b) tr. zák. jest každé bezprávné použití těla, třebaš oděného, jiné osoby téhož pohlaví k předsevzetí úkonů, jimiž mají býti ukojeny chťtíce“ (rozhodnutí nejvyššího soudu ze dne 12. března 1921, Kr II 265/20).

rozhodování ve věci tohoto paragrafu, z čehož lze usuzovat, že si po lékařích osvojili paradigma vrozenosti/získanosti i obhájcí v trestních věcech a že poukazování na tuto opozici za první republiky zdomácnělo v soudní praxi jako hlavní argumentační východisko obhajoby osob obžalovaných pro homosexuální delikty. Podívejme se na vývoj judikatury nejvyššího soudu blíže.

Poté, co nejvyšší soud v precedenčním rozhodnutí ve věci, v níž byl obviněn středoškolský profesor Rudolf G. z Plzně,²⁹ v roce 1923 odmítl, že by u člověka, který je duševně zdravý, a nelze u něj tedy použít ustanovení § 2 a)–c) tr. z.,³⁰ mohla být vrozená homosexualita důvodem zakládajícím „neodolatelné donucení“, tedy vylučujícím trestnost podle § 2 g) tr. z., a o rok později tento svůj názor potvrdil i v jiném případě,³¹ přiznal v roce 1926 poprvé konceptu vrozené homosexuality takovou relevanci, že tato diagnóza zakládala strukturální výhodu alespoň v poněkud marginální otázce ztráty volebního práva do obcí.³²

29 Znalecký posudek tohoto případu byl publikován v odborném lékařském tisku (Tomáš HEGNER, *Soudní případ homosexuality*. Časopis lékařů českých 62, 1923, s. 448–451). Autor posudku, plzeňský lékař Tomáš Hegner, již předtím podal společně se svým kolegou Čeněkem Šimerkou znalecký posudek v jiném soudním případě homosexuality, přičemž s jistým údivem zjistili, že nemohou konstatovat u posuzovaného „neodolatelné donucení“, jednu z okolností zbavujících trestnosti taxativně vyjmenovaných v trestním zákoně, neboť tento pojem byl dle judikatury rakouského nejvyššího soudního dvora „přísně právníký“, předpokládal normální duševní stav a rozhodování o něm příslušelo soudu (srv. níže). Znalci-lékaři se mohli z okolností vylučujících trestnost vyjádřit pouze k tomu, zda byl obviněný v době činu „zcela zbaven užívání rozumu“, ve stavu „střídavého pomnutí smyslu“ či opilý (§ 2 a)–c) tr. z., srv. níže). Hegner a Šimerka v daném případě nemohli žádnou z těchto možností konstatovat, a celý případ proto zveřejnili s komentářem, že „je tu zřejmě jistý nedostatek zákonodárství, na který by při opravě jeho mělo být pamatováno“ (Čeněk ŠIMERKA, *Soudní případ obsedantní homosexuality*. Revue v neurologii a psychiatrii 20, 1923, s. 227). Také v posudku v případě Rudolfa G. Tomáš Hegner uvedl, že ustanovení trestního zákona neodpovídají „novějšímu poznání psychiatrickému“ (T. HEGNER, *Soudní případ*, s. 451).

30 § 2 trestního zákona obsahoval např. tyto důvody vylučující trestnost: „a) když pachatel je zcela zbaven užívání rozumu; b) když skutek byl vykonán při střídavém pomnutí smyslu v tom čase, pokud pomnutí trvalo, anebo c) v úplném opilství, v kteréž se pachatel připravil, nemaje zločin v úmyslu (...), anebo v jiném pomatení smyslu, v němž si nebyl vědom svého činu; g) když se skutek stal z neodolatelného donucení nebo ve výkonu spravedlivé nutné obrany“.

31 Šlo o rozhodnutí nejvyššího soudu č. 1249 ze dne 7. července 1923, Kr I 326/23, a rozhodnutí nejvyššího soudu č. 1536 ze dne 8. března 1924, Kr I 375/23. Nejvyšší soud v jejich takřka doslova shodných odůvodněních vyložil, že pojem „neodolatelného donucení“, které představuje důvod vylučující trestnost podle § 2 g) tr. z., předpokládá kolizi dvou právních statků, z nichž jeden nelze zachránit bez porušení druhého. „Ukojení pohlavního pudu“ však podle nejvyššího soudu takovým právním statkem není.

32 Podle zákona 75/1919 Sb. ztratil ten, kdo byl odsouzen za některé zločiny, přečiny či přestupky, které spáchal z „pohnutek nízkých a nečestných“, volební právo do obecního zastupitelstva. V dotčeném rozhodnutí z roku 1926 však nejvyšší soud uvedl, že „dlužno připustiti, že [toto] trestné jednání se přičítá primitivním zásadám morálky; avšak pro ztrátu práva volebního není rozhodující povaha činu, nýbrž pohnutky, jež přiměly obžalovaného k tomuto činu, a tu nevysvitá ze spisu, že pohnutka k němu byla nízká a nečestná, nýbrž nutno tuto příčinu jednání hledati jediné v osudném nepřirozeném založení stěžovatelově“ (rozhodnutí nejvyššího soudu č. 2497 ze dne 3. října 1926, Zm I 518/26).

V roce 1927 pak nejvyšší soud přijal dvě průlomová rozhodnutí, v jejichž důsledku význam znaleckého zkoumání a eventuálního konstatování vrozenosti homosexuality v trestních řízeních pro § 129 b) tr. z. dále vzrostl. Nejprve rozhodnutím ze dne 15. června 1927 zrušil rozsudek krajského soudu trestního ve Znojmě, neboť tento soud neprozkoval, zda u obžalovaného nenastal stav vylučující trestnost podle § 2 písm. a) nebo b) tr. z., a vrátil mu věc k novému projednání. Přitom uvedl, že „otázka perversity a s ní spojená otázka přičetnosti jsou tak složité a sporné, že nalézacímu soudu bude uvažovati o tom, zda se neodporučuje k prozkoumání stavu obžalovaného přibrati alespoň jednoho znalce z oboru psychiatrie“³³. Toto odůvodnění zrušujícího rozhodnutí bylo pro další vývoj soudní praxe velmi důležité, neboť, jak jsme již uvedli, soudní znalci v oboru psychiatrie podávali posudky zásadně odlišné od posudků znalců v oboru soudního lékařství, kteří byli do té doby ze setrvačnosti k posuzování činů spadajících pod § 129 b) tr. z. voláni nejčastěji. Skutečnost, že pokud se soud mohl při rozhodování ve věci § 129 b) tr. z. opřít o posudek psaný z psychiatrické, nikoli soudně-lékařské perspektivy, bylo jeho rozhodnutí zpravidla pro obžalovaného příznivější, je ilustrována i druhým průlomovým rozhodnutím, které nejvyšší soud přijal dne 9. prosince 1927. V tomto případě zrušil rozsudek krajského soudu trestního v Písku, neboť ten ve svém rozsudku ignoroval ty části znaleckých posudků, které se vyslovovaly k některým psychickým aspektům sexuálního života obviněného a které podle názoru nejvyššího soudu mohly, kdyby byly v rozsudku zohledněny, vést k závěru, že představují některý z důvodů vylučujících trestnost. Přitom nejvyšší soud zajímavým způsobem konstatoval, že – v podstatě – dosavadní judikatura sice platí, avšak že podle okolností zjištěných znaleckým posudkem může nastat situace, kdy neplatí.³⁴

Konečně v roce 1929 nejvyšší soud přijal rozhodnutí, v jehož důsledku vzrostl význam inteligentní obhajoby – pouze na jejím odůvodnění toho, zda je v konkrétním případě třeba znalecké zkoumání duševního stavu, totiž záleželo, zda soud takový důkaz připustil. V dotčeném případě krajský soud trestní v České Lípě vágně formulovanou žádost

33 Rozhodnutí nejvyššího soudu č. 2825 ze dne 15. června 1927, Zm II 161/27.

34 Klíčová věta rozhodnutí zní: „*Neboť třebas zrušovací soud trvá zásadně na stanovisku dosavadní judikatury, podle níž homosexuelní založení pachatelovo nemůže býti o sobě, pokud není provázáno obecnou poruchou duševní, uznáno ani za zbavení užívání rozumu ve smyslu § 2 písm. a) tr. zák., ani za přechodné pomínutí smyslů po rozumu § 2 písm. b) tr. zák., aniž je posléze s to, by při ukájení pohlavního pudu nepřirozeným způsobem (§ 129 I b) tr. zák.) zakládalo neodolatelné donucení (...), není tím řečeno, že by bylo vyloučeno v jednotlivém případě dospěti podle zvláštních jeho okolností ku zjištění, že na podkladě základní duševní odchyllosti pachatelovy nastal u něho z určitých důvodů v době činu přece jen stav, v němž si pachatel nebyl vědom svého jednání, pokud se týče nebyl s to, by svou vůli ovládal a určoval, tudíž stav vylučující přičitatelnost činu ve smyslu § 2 písm. a)–c) tr. zák.*“ (rozhodnutí nejvyššího soudu č. 2998 ze dne 9. prosince 1927, Zm I 552/27).

obhájce, aby byl vypracován znalecký posudek, zamítl, a nejvyšší soud mu posléze dal za pravdu a navíc otázku vrozené/získané homosexuality u dotčeného obviněného rozhodl sám. Zaujal přitom poměrně přísnou interpretaci toho, co je možno za vrozenou homosexualitu považovat, neboť přiznal větší váhu vnějškovým jevům ukazujícím zdánlivě na heterosexuální orientaci (a implikujících tedy „získanou“ homosexualitu), jako je manželství a otcovství, než údaji obžalovaného, že k homosexuálním stykům přistoupil z vnitřního nutkání. Toto rozhodnutí ukázalo, že s distinkcí vrozené a získané homosexuality si již zvykla pracovat i justice, a že nemá-li v konkrétním případě k dispozici přesvědčivý znalecký posudek, nerozpakuje se otázku rozhodnout sama, aplikujíc na ni poměrně rigidní mřížku kritérií převzatých z § 2 a)–c) tr. z.³⁵ Tím se však jen potvrdil význam zkoumání stavu obžalovaných z hlediska psychiatrie a precizní obhajoby poučené aktuální judikaturou, která, pokud takové zkoumání dovedla prosadit a s jeho výsledky při hlavním přelíčení vhodným způsobem naložila, mohla obžalovanému zásadním způsobem pomoci.

Jak jsme však již naznačili výše, soudních znalců, kteří by byli schopni a ochotni podat posudek odpovídající aktuálnímu stavu medicínského poznání homosexuality, nebylo v Československu mnoho. V roce 1930 uvedl Hugo Bondy, že funguje u krajského soudu trestního v Praze jako jediný stálý přísední soudní znalec pro obor sexuální patologie.³⁶ Zároveň prohlásil, že u soudů „*není nedostatek dobré vůle [přihlížet k posudkům z oboru sexuální patologie], je-li jen dožádání obhájcem řádně odůvodněno*“³⁷. Také František Čerňovský v roce 1934 napsal, že soudy jsou již „*hodně liberální*“³⁸ a že typický názor takového soudce zní: „*Nechceme léčit kriminálem lidi vrozeně úchylné, ať nám znalci prohlásí, že je tu trestní neodpovědnost, a my obžalovaného zprostíme!*“³⁹ Většina znalců-lékařů však podle něj nebyla pro obor sexuální patologie dostatečně vyškolená nebo si nechtěli kazit

35 Nejvyšší soud v dotčeném rozhodnutí uvedl: „*Nelze sice popřít, že úchylnost pohlavního citění, která se projevuje ukájením pohlavního pudu s osobami téhož pohlaví, naznačuje jistou abnormitu; při homosexualitě nutno však rozeznávat dvojí původ podobných sklonnů, vrozený, kdy úchylnost je důsledkem pathologického stavu, a získaný, jako následek jisté zvrhlosti a snahy po zpestření a zvýšení pohlavních požitků. Stěžovatel sám je ženat a otcem rodiny a za důvod svých trestných styků se svými učedníky Sch-em a K-em udal, že se bál pohlavně obcovati s některou cizí ženou, by se nenakazil. Tím jest řečeno, že při jeho jinak heterosexuelním založení jednalo se mu jen o pouhý náhražkový akt pohlavní, což také vychází ze způsobu, který volil pro své ukojení. Uvedl-li, že činil tak z vnitřního nutkání, není tím ještě tvrzeno, že nastalo u něho takové poblouznění z pohlavní podrážděnosti, jež mělo v zápětí střídavé pomínutí smyslu nebo takové pomatení, v němž si nebyl činu svého vědom, ano ono vnitřní nutkání jest podstatným znakem jsoucnosti a projevu veškerého pohlavního pudu.*“ (rozhodnutí č. 3450 ze dne 18. dubna 1929, Zm I 111/29).

36 Tento termín se za první republiky užíval synonymně k termínu *sexuologie*.

37 Hugo BONDY, *Trestnost homosexuality* (7), Praktický lékař 10, 1930, s. 39.

38 František ČERŇOVSKÝ, *Nutnost reformy trestního zákona stran trestání osob pohlavně odlišně založených (homosexuálních)*, Sociálně zdravotní revue 2, 1934, s. 56.

39 Tamtéž.

existenci a z pohodlnosti podávali stále stejné šablonovité posudky v duchu soudního lékařství 19. století. Situaci pak ještě zkomplikoval spor Huga Bondyho s Vladimírem Slavíkem o užití § 2 tr. z. v konkrétním případě, který se dostal před rozhodčí instanci, jež se přiklonila ke stanovisku Slavíkova. „*Od té doby,*“ píše Čeřovský, aniž tento spor blíže datuje, „*ani znalci dobré vůle nechtějí si páliť prsty, vynášeli a praktikují pro ulehčení obviněnému v nejprůpustivějším případě t. zv. „polehčující okolnost mdlého rozumu“ podle § 46 lit. a) trestního zákona, což ovšem nezabavuje vinníka odpovědnosti odsouzení a je to podle [Čeřovského názoru] vědecké monstrum.*“⁴⁰ Tento údaj je ovšem důležitý – třebaže bylo po uvedených rozhodnutích nejvyššího soudu obtížnější uplatnit na základě lékařského posudku některou z okolností vylučujících zcela trestnost, bylo stále dobře možné uplatnit polehčující okolnost, byť její název nezněl lichotivě, a lékaře, kteří s ní u homosexuality pracovali, tak byli vedeni především pragmatickou snahou pomoci obviněnému.

Obecně vzato, v kontextu soudní praxe tedy lékařská věda reagovala na stav, který měl mnohem starší kořeny a tradici než moderní psychiatrické myšlení (v dalším textu budeme tento registr její činnosti označovat jako reaktivní). Trestní zákon a trestní řád připouštěly již od svého vzniku v polovině, resp. na začátku 19. století⁴¹ znalecké důkazy, avšak teprve psychiatrie, která přišla s konceptem vrozené homosexuality, dokázala tyto strukturální mechanismy trestního práva využívat k tomu, aby homosexuálně jednající osoby vyjímala ze spárů justice a převáděla je pod vlastní kontrolu. Přitom, jak jsme viděli, probíhala mezi medicínou a soudní mocí vzájemná výměna: medicína se musela přizpůsobovat mantinelům, které vytyčila soudní moc, a hledat případně i v každé jednotlivé trestní věci ad hoc cestu, jak na takto vytyčeném půdorysu uplatnit své vidění světa. Zároveň se jí však podařilo hlavní prvek svého vidění – paradigma vrozenosti/získanosti – vnutit jako jednu z kategorií uvažování i vlastním aktérům soudní praxe.

Podívejme se však, jak fungovala v souvislosti s homosexualitou výměna mezi medicínou a právem v trestně-politické rozpravě o § 129 b), tedy kontextu podstatně jiném, než byla reálná soudní praxe. Dá se říci, že zde se karta obrátila: medicína v tomto případě již nebyla tím, kdo se přizpůsoboval podmínkám, které vznikly mimo ni, ale naopak proaktivně rýsovala vlastní půdorys, kterému se mělo napříště přizpůsobit právo (proaktivní registr její činnosti).⁴² Přitom se stále pohybovala v paradigmatu vrozenosti/získanosti, které – jak si již v praxi vyzkoušela – mohlo vytvářet reálné právní důsledky. A zdálo se,

40 Tamtéž.

41 Trestní zákon platný za první republiky v historických zemích byl vyhlášen v roce 1852 (zákon č. 117/1852 ř. z.). Vycházel z trestního zákona z roku 1803.

42 Zde máme na mysli samozřejmě především psychiatrii a jí poučené lékařské myšlení. Pokud jde o klasické soudní lékařství slavíkovského typu, to o žádnou změnu právního půdorysu neusilovalo, neboť bylo samotnou svou podstatou odvozeno od práva stávajícího.

že právo, respektive jeho reprezentanti, kteří měli nový model kontroly sexuality sankcionovat, jí dopřávají sluchu: nezapomeňme, že v době, kdy tento trestně-politický dialog v českých zemích započal, již byly soudy s argumentací vrozenou homosexualitou konfrontovány přes dvě desetiletí.

Medicína již v reaktivním registru své činnosti ukázala, že je v konkrétních případech schopna konstatovat vrozenou, tedy biologicky podmíněnou homosexualitu. Pokud však měla zúročit pozornost, která jí v trestně-politické rozpravě byla věnována, ve skutečné prosazení svého náhledu, tedy uspět i v proaktivním registru, potřebovala své partnery v dialogu přesvědčit, že biologická podmíněnost je u homosexuality základním modelem, že „získaná homosexualita“, kterou lze shledat u zhýralců v jádru heterosexuálních, sice v zásadě existuje, ale je natolik řídká, že nemůže odůvodnit nespravedlnost, která nastává trestáním oné daleko početnější skupiny homosexuálů vrozených, nad kterými – jak již ukázala v reaktivním registru – drží svým způsobem ochrannou ruku. Jinými slovy, medicína potřebovala ukázat, že homosexualita je mnohem spíše biologicky než sociálně podmíněná, a že při jejím výkladu a disciplinaci má přednost ona jako věda o živé přírodě před právem jako vědění o společnosti.

Do začátku dvacátých let 20. století to totiž takto neplatilo: Reinsberg v roce 1896 v přepracovaném vydání své učebnice napsal, že vrozenou homosexualitu lze konstatovat pouze v menšině případů.⁴³ Kuffner o rok později postavil vedle sebe mínění některých autorit, že homosexualita je většinou vrozená, a mínění jiných autorit, že je většinou získaná, aniž se k některému z obou výkladů sám přiklonil, a trval na „všestranném uvážení všelikých individuálních poměrů a úkazů“ v každém jednotlivém případě.⁴⁴ Také zakladatel české neurologie Ladislav Haškovec v roce 1913 ve svém rozhovoru o homosexualitě prohlásil, že není zastáncem „extrému, omlouvati vše chorobou. Mnohé vysvětluje se svodem nebo příležitostí, návykem, nouzí, zvýšenou požívačností a pod.“⁴⁵

Teprve Hugo Bondy vnesl v první polovině dvacátých let do české medicíny argumentaci, že „ve většině případů neběží o perversitu, nýbrž perversi“ a že je „nemorální, nechati pykati člověka za vrozený sklon a brániti mu v ukojení pudu, není-li třetí osoba nebo celek tím poškozován“.⁴⁶ Protože byl schopen toto tvrzení přesvědčivě doložit odkazy na nejnovější zahraniční literaturu, získal si u ministerské komise pro reformu trestního práva, která, jak jsme viděli, nebyla k lékařské expertíze lhostejná, takový kredit, že mu její předseda August Mířička svěřil vypracování příslušného paragrafu v osnově trestního zákona

43 Josef REINSBERG, *Nauka o soudním lékařství*, Praha 1896, s. 144.

44 K. KUFFNER, *Psychiatrie*, s. 128.

45 Šc: *Homosexualita trestnou? Interview s profesorem lékařské fakulty české university p. MUDrem Lad. Haškovecem, specialistou pro choroby nervové*. Samostatnost 3 (17), č. 169, 22. 6. 1913, s. 2.

46 Hugo BONDY, *K trestnosti homosexuality. Příspěvek k reformě § 129 tr. z.*, Brno 1925, s. 12.

a sám Bondyho argumentaci poněkud zveličil, když na právnickém sjezdu v Brně v roce 1925 prohlásil, že „námitku ‚protipřirozenosti‘ homosexuality moderní věda lékařská vyvrací pozorováními, jež potvrzují konstitutivnost každé homosexuality“⁴⁷.

V tzv. *Přípravných osnovách trestního zákona*, které komise zveřejnila v roce 1926, pak byly na tomto základě souhlasné homosexuální styky mezi dospělými prohlášeny za beztrestné, přičemž v odůvodnění osnov již August Miřička netvrdil, že konstitutivní (vrozený) je každý případ homosexuality, nýbrž – ve shodě s Bondym – pouze jejich většina. Jak vysvětlil v témž odůvodnění, k rozhodnutí nenavrhovat v osnově trestního zákona zachování všeobecné trestnosti homosexuality jej vedla zásada ekonomie trestní hrozby:⁴⁸ „Ačkoli vědecké bádání v tomto směru se ještě nedodělalo nepochybných výsledků a lékaři i psychiatři sami nejsou o těchto otázkách jednotného mínění, přece již pouhá možnost, že tu jde třeba jen v části vyskytujících se případů o abnormitu psychickou nebo dokonce tělesnou, musí zákonodárce nabádati k opatrnosti, zvláště když je nesnadno rozeznati takové případy od ostatních. Tato možnost musí zákonodárce vésti k tomu, aby nerozšiřoval trestní hrozbu přes meze nevyhnutelnosti.“⁴⁹

Přípravné osnovy trestního zákona obsahovaly i řadu jiných inovačních prvků: zrušení trestu smrti v řádném řízení (tedy pokud není vyhlášeno stanné právo), institut neurčitěho odsouzení, zrušení všeobecné trestnosti potratu či faktickou legalizaci eutanazie.⁵⁰ Po svém zveřejnění vzbudily vášnivé reakce od naprostého souhlasu z toho titulu, že by se jejich přijetím stalo trestní právo v Československu moderním a humánním, až po zcela odmítavé postoje. Ministerstvo spravedlnosti oznámilo, že odpovědnost za znění osnov nese komise, která je vypracovala, že jsou pouze námětem k diskusi a že konečný návrh, který bude předložen vládě, vznikne až na základě reakcí, které vyvolají. Jak je vidět z vyjádření Otto Scholze, vysokého úředníka ministerstva, který působil v jeho trestněprávním odboru, samo ministerstvo se k navrženému řešení stavělo skepticky: „Nebudíž mi (...) zazlíváno, když (...) dospívám ke střízlivému mínění, že velké, radikální reformy v oboru trestního práva nemají velkých vyhlídek na brzké uzákonění a že bude nutno i u nás velmi svědomitě uvážiti, jsou-li tu předpoklady a podmínky zdárného uskutečnění reformy.“⁵¹

47 Druhý sjezd československých právníků v Brně dne 31. května a 1. června 1925. Referáty a resoluce, Všehrd 6, 1925, s. 304. Zvýraznil JS. K tomuto sjezdu blíže viz: Jan SEIDL, *Sjezd československých právníků v roce 1925 jako platforma diskuse o odrestnění homosexuality*, in: M. Svoboda (vyd.), *Historie* 2005. Celostátní studentská vědecká konference, Liberec 2006, s. 319–347.

48 Srv.: J. SEIDL a kol., *Od žaláře k oltáři*, s. 140n.

49 *Přípravné osnovy trestního zákona o zločinech a přechínech a zákona přestupkového. II. Odůvodnění osnov*, Praha 1926, s. 142.

50 K Přípravným osnovám viz blíže: J. SEIDL a kol., *Od žaláře k oltáři*, s. 138nn.

51 (Otto) SCHOLZ, *Přípravné osnovy trestního zákona o zločinech a přechínech a zákona přestupkového*. Sborník věd právních a státních 26, 1926, s. 236.

Ministerstvo spravedlnosti sice pečlivě zaevidovalo vyjádření k osnovám, která mu byla zaslána, avšak k tomu, aby na jejich základě přistoupilo k vytvoření oficiálního návrhu, se nemělo. Na počátku třicátých let začalo v Československu fungovat „hnutí sexuálních menšin“, tedy homosexuální spolek s vlastním časopisem, který sledoval odrestnění homosexuality jako svůj hlavní cíl, a který měl z toho důvodu na reformě trestního zákona tak, jak byla navržena v Přípravných osnovách, eminentní zájem.⁵² S tímto spolkem spolupracoval jak Hugo Bondy, tak také další z nepočetných psychiatrů sexuologizujícího směru (sexuálních patologů) Erwin Klausner.⁵³ Samy osnovy pak představovaly po dobu zhruba deseti let od svého zveřejnění pevný bod, k němuž se vztahovala veškerá rozprava o problémech trestního práva. V trestněprávním diskursu byly takřka všudypřítomné, jako kdyby paralelně existovaly dva právní řády, jeden stávající, a druhý budoucí, o němž se vědělo, že jednou nastane, jen se nevědělo, kdy.

Konec dohadům učinila až po volbách v roce 1935 třetí Malypetrova vláda, která nařídila urychlení prací na unifikaci zákonodárství. Přípravu nové osnovy trestního zákona dostal na ministerstvu spravedlnosti, které vedl sociální demokrat Ivan Dérer, na starost již zmíněný vrchní odborový rada Otto Scholz, který k úkolu přistoupil na rozdíl od komise z dvacátých let pragmaticky, reformní momenty ve svém návrhu omezil na minimum a hlavní důraz položil na to, aby osnova mohla ve vládě i v parlamentu reálně projít. Důležitou okolností bylo také to, že – jak napsal sám Albert Milota, který byl jedním z ideových otců původních Přípravných osnov – „*lze pozorovati na vývoji veřejného mínění u nás, že v něm vlivem událostí v jiných státech zesílily proudy konservativnější a těm by sotva byly přijatelné příliš radikální novoty, které Př. osn. v mnohém ohledu zavedla, zvláště když v praxi ještě nebyly vyzkoušeny a tudíž přirozeně již proto vzbuzují nedůvěru*“⁵⁴. Otto Scholz měl první návrh své osnovy hotov již v lednu 1936 a následně jej ve dvou kolech – nejprve předběžně, a v letech 1937–1938 již se statutem meziministerského řízení – projednal se zástupci ostatních resortů.

Projednání ve vládě se Scholzova osnova v důsledku mnichovských událostí a zanedlouho nastalé okupace českých zemí nedočkala. Přesto je zajímavé, jak při její tvorbě,

52 K Československé lize pro sexuální reformu a časopisu *Hlas sexuální menšiny/Nový hlas* viz blíže: Jan SEIDL, „*Kde budeme velkou rodinou*“. Dějiny a současnost 29, 2007, s. 36–39; TÝŽ, *Mužnost jako ctnost uvědomělého homosexuála ve třicátých letech*. Theatrum historiae 5, 2009, s. 281–292; Roar LISHAUGEN, *Nejistá sezóna jiné literatury. Osudy časopisu Hlas sexuální menšiny*. Dějiny a současnost 29, 2007, s. 33–35.

53 Hugo Bondy působil v roce 1931 jako předseda přípravného výboru Československé ligy pro sexuální reformu. Erwin Klausner fungoval jako vědecká zástita prvního, neúspěšného pokusu o založení homosexuálního spolku v Československu v roce 1924 (srv. J. SEIDL, „*Kde budeme*“, s. 36). Oba přispívali do časopisu *Hlas sexuální menšiny/Nový hlas*.

54 Albert MILOTA, *Je třeba změn v přípravné osnově čs. trestního zákona?*, in: E. Hexner (vyd.), *Pocta k šedesiatym narodeninám dr. Karla Laštovku*, Bratislava 1936, s. 275.

z níž byli zástupci medicíny a právní teorie v podstatě vyloučeni,⁵⁵ pracovníci vládních úřadů argumentovali ve věci trestání homosexuality. Scholz do svého návrhu z roku 1936 původně zařadil ustanovení, že souhlasné homosexuální styky mezi dospělými v případech, kdy nejsou zjištěny žádné přitěžující okolnosti, budou trestné jako přečin s trestem tuhého vězení od osmi dnů do šesti měsíců.⁵⁶ Podle dosud platného zákona byly tyto případy trestné jako zločin se sazbou od jednoho do pěti let těžkého žaláře, a Scholzův návrh tak byl oproti platnému právu výrazně mírnější, třebaže rezignoval na všeobecné zrušení trestnosti homosexuality. Dne 22. května 1936 však při předběžné poradě o trestných činech proti mravnosti prosadil Josef Nožička, zástupce ministerstva unifikace, vedeného knězem a členem lidové strany Janem Šrámkem,⁵⁷ aby se trestní sazba v tomto případě zvýšila na interval od jednoho měsíce do jednoho roku, a dotčený čin tak mohl být kvalifikován jako zločin (to by nastalo automaticky v případě, že by soud stanovil trest delší šesti měsíců).⁵⁸

Scholz poté v odůvodnění, které bylo v roce 1937 vydáno společně s osnovou, vyjmenoval hlavní důvody, které se uvádějí pro všeobecné odtrestnění homosexuality, a ke všem v podstatě uvedl, že jsou irelevantní ve světle toho, že je třeba zabránit, aby se homosexualita „rozšířila ještě více“⁵⁹. K otázce vrozenosti/získanosti tak napsal: „*Tvrdívá se též, že jde zpravidla nebo aspoň ve valné části případů o psychickou abnormitu, která činí postiženému nemožným odolati homosexuálním sklonům. Toto tvrzení zdá se býti poněkud upřílišněné, uvážíme-li, jak tato neřest je rozšířena právě mezi osobami, které jinak ukájejí svůj pohlavní pud normálně, jakmile jsou odkázány výlučně na styky s osobami téhož pohlaví (na př. v trestnicích apod.), a které opět normálně ukájejí svůj pohlavní pud, jakmile tyto poměry pominou.*“⁶⁰ Je tedy zjevné, že ve své argumentaci upřednostnil vysvětlení homosexuálního chování sociálními vlivy.

Tato argumentace dominovala i na jednání o dotčeném paragrafu v rámci oficiálního meziministerského řízení, které proběhlo dne 9. února 1938. Zde byl přítomen i profesor Miříčka, který se pokusil přesvědčit ostatní, aby se vrátili k řešení obsaženému v Přípravných osnovách, avšak zástupce ministerstva zemědělství, které vedl agrárník Josef Zadi-

55 K projednávání osnovy v meziministerském řízení byli přizváni také tvůrci původních Přípravných osnov z roku 1926, avšak jejich účast byla spíše formální.

56 V případě styku osoby starší osmnácti let s osobou mladší osmnácti let navrhoval Scholz trest tuhého vězení v rozmezí od tří měsíců do tří let a v případě homosexuální prostituce trest žaláře od jednoho roku do pěti let (NA Praha, fond Ministerstvo unifikace, karton 163).

57 Ministerstvu unifikace se v průběhu projednávání Scholzovy osnovy poměrně úspěšně dařilo vnášet do ní konzervativní prvky. K vlivu tohoto ministerstva na vývoj osnovy viz blíže: J. SEIDL a kol., *Od žaláře k oltáři*, s. 226nn.

58 NA Praha, fond Ministerstvo unifikace, karton 163.

59 *Osnova zákona, kterým se vydává trestní zákon*, Praha 1937, s. 383.

60 Tamtéž.

na, zdůraznil, že „se často vyskytují případy, že se homosexuálních styků dopouštějí lidi schopní k normálnímu pohlavnímu životu, dále se často vyskytují i případy smilstva s osobou téhož pohlaví za odměnu,⁶¹ a že tedy veřejné mravy rozhodně vyžadují všeobecnou trestnost homosexuality. Doporučil proto nejen dosavadní návrh zachovat, ale ještě jej zpřísnit, aby tak byly homosexuální činy kvalifikovány jako zločin ve všech případech (spodní hranice trestní sazby by se tak zvýšila na šest měsíců), a pro tento návrh našel plnou podporu u Josefa Nožičky. Dosáhli však už pouze zvýšení horní hranice trestní sazby u styku s osobou téhož pohlaví mladší osmnácti let. V této podobě návrh vydržel až do té doby, než změny státoprávní situace v letech 1938 a 1939 učinily přítrž veškerým snahám o reformu či unifikaci trestního práva.

Jednání 9. února 1938 bylo posledním dějstvím trestně-politické rozpravy o homosexualitě za první republiky, o kterém nás prameny informují. Zatímco na jiné schůzi o osmnáct let dříve, kterou jsme viděli v úvodu této práce, Hugo Bondy prohlašoval, že „prvé místo“ při rozhodování o trestnosti homosexuality musí být vyhrazeno lékařům, a zatímco do té doby, dokud hlavní tón trestně-politickým rozpravám udávala skupina akademiků sdružená v ministerské komisi, jim první místo skutečně vyhrazeno bylo, jakmile se dostalo rozhodování o jednotlivých ustanoveních trestního zákona do rukou úředníků sledujících politické zájmy svých ministrů, lékařská expertiza nevážila více než nepříjemnou námitku, kterou je třeba ve jménu „veřejné mravnosti“ odmítnout. Je tedy třeba učinit závěr, že lékařská věda dokázala za první republiky v proaktivním registru svého úsilí svůj náhled prosadit pouze mezi těmi aktéry trestně-politického rozhodování, kteří měli nějakou spojitost s akademickým prostředím a myšlením. Na to, aby prosadila své vidění světa proti názoru veřejnosti, resp. demokraticky zvolené pluralitní politické reprezentace, která pracovala na principu kompromisu, však v té době nestačila.

Přesto však – jak jsme viděli – dokázala medicína v obou registrech své činnosti naučit v období první republiky právo, aby pracovalo s opozicí vrozené a získané homosexuality. Tím ovšem do značné míry zvýšila svůj společenský status – třebaže v proaktivním registru se jí zatím nepodařilo dohrát do konce roli relevantního zdroje vědění o lidské situaci a uspořádat v jednom dílčím výseku organizaci společnosti (avšak zprvu k tomu měla nakročeno), v reaktivním registru dokázala zaujmout roli arbitra, na jehož posouzení do značné míry závisely osudy konkrétních lidí, a v podstatě tak právními prostředky omezit rozsah právního posuzování. Tato situace, kterou se jí za první republiky podařilo nastolit, do určité míry přetrvávala i v letech nacistické okupace. Po druhé světové válce to pak byli právě zástupci psychiatrického prostředí (Kurt Freund, Karel Nedoma),

61 NA Praha, fond Ministerstvo unifikace, karton 163.

komu se v Československu podařilo prosadit zrušení všeobecné trestnosti homosexuality. Je ovšem třeba říci, že měli oproti svým předchůdcům z první republiky poněkud snazší situaci v tom, že nemuseli hledat politickou podporu u širšího spektra stran s často protichůdnými zájmy, nýbrž pouze u zástupců jednoho politického směru.

Co však měla medicína a právo na způsobu, jakým za první republiky pracovaly s konceptem vrozenosti/získanosti homosexuality, společné, a co je z dnešního pohledu obzvláště zajímavé, je přesvědčení, že na rozdíl od „psychopatických případů“, tedy vrozených homosexuálů, jejichž stav je biologicky podmíněn, a proto by za jeho projev neměli být trestáni, je u „zhýralců“, tedy u heterosexuálů, kteří se pouze naučili homosexuálnímu jednání, trestní postih plně oprávněn. Přijmeme-li foucaultovskou tezi o tom, že teprve moderní medicína vytvořila „moderního homosexuála“, tj. osobu inherentně, a to na biologické bázi, odlišnou od většiny ostatních,⁶² pak skutečnost, že dávala ruce pryč od těch, u nichž tato biologická báze chyběla (a z povahy věci vyplývá, že chyběla jen u toho, kdo ji z hrdosti lékaři odmítl nechat objevit, např. u toho, kdo při lékařském vyšetření tvrdošíjně tvrdil, že je pravý, rozhodně ne úchylný muž, kterého přitahují ženy, a stykem s jiným mužem chtěl jen vyzkoušet něco nového apod., tedy u toho, kdo trval na sociální podmíněnosti svého homosexuálního jednání), a těm, kdo biologizující vysvětlení přijali, naopak dokázala poskytnout poměrně účinnou ochranu, zvyšovala přitažlivost tohoto vysvětlení pro většinu homosexuálně jednajících. Americký historik Scott Spector upozorňuje, že kolem otázky, zda moderní medicína vytvořila sexuální subjekty jako nešťastné oběti, nebo jako silné autonomní činitele, kterým dodala identitu, se v historiografii vede rozsáhlý spor, a shrnuje, že např. diskurs homosexuálů zpovídajících se Krafft-Ebingovi,⁶³ se vyznačuje pozoruhodnou dualitou: patologizace sexuality a potenciálně osvobozující sexuální identita zde funguje jako rub a líc téže mince.⁶⁴

Uvědomíme-li si konečně, že postmoderní proudy v politice neheterosexuálních identit (queer teorie) zdůrazňují sociální konstruovanost sexuální identity, pak shledáváme, že mají s takovým Josefem Nožičkou a ostatními, kdo za první republiky argumentovali,

62 Proti této tezi je vznášena nikoli nepodstatná kritika, že „zrození moderního homosexuála“ v druhé polovině 19. století lze konstatovat pouze na základě studia „elitních diskursů“ (medicína, právo apod.), a že z této pramenné základny nelze vůbec usuzovat na to, zda se nějaká podobná paradigmatická změna odehrála i v mentalitách lidových vrstev, a zejména pak aktérů nestandardního sexuálního chování samotných – tedy zda tito lidé nepovažovali homosexuální chování za projev inherentní, biologicky podmíněné odlišnosti již předtím (srv. zejm.: David M. HALPERIN, *How to Do the History of Homosexuality*, Chicago – London 2002, s. 28–29). V tomto příspěvku však pracujeme v definičním oboru elitních diskursů, a můžeme proto tuto tezi pracovně přijmout.

63 Diskursu Krafft-Ebingových pacientů věnoval významnou pozornost Harry Oosterhuis ve své monografii o Krafft-Ebingovi (H. OOSTERHUIS, *Stepchildren of Nature*).

64 Scott SPECTOR, *The Wrath of the „Countess Merviola“: Tabloid Exposé and the Emergence of Homosexual Subjects in Vienna in 1907*, in: G. Bischof – A. Pelinka – D. Herzog (vyd.): *Sexuality in Austria. Contemporary Austrian Studies*, Volume 15, New Brunswick 2007, s. 33.

že homosexualita je převážně „získaná“, v medicínském nároku na (převážně) biologickou podstatu sexuální orientace společného nepřítelé. Rozdíl mezi nimi je však samozřejmě v tom, zda tyto kulturně získané homosexuální návyky trestat, nebo ponechat ve sféře osobní svobody jednotlivce.

Summary

Libertines and Psychopaths. Penalization of homosexuality at the time of Czechoslovak Republic and the Czech medicine

Czech medicine began in the late 19th century on the basis of foreign medical literature reception adopt and further elaborate the question of whether and in which cases can be homosexuality (perceived as a disease, and therefore felt physicians competent to its study and interpretation) congenital, respectively acquired. After the constitution of the Republic in 1918 increased a quantity of criminal persecution of homosexuality, some doctors assisted these cases as a court-appointed experts in trials with persons accused of homosexual relations. But in the same period physician appeared also in connection with efforts of reform-oriented medical doctors and lawyers on the abolition of general criminalization of homosexual relations and they take part on development of broader public discourse on homosexuality. This binary opposition became one of the most frequented analytical categories of homosexuality discourses.

This paper is focused on the attempt of medicine, or more accurately psychiatry, to adapt their categories of thinking on the older categories developed by jurisprudence and practice of law. In the practice of criminal trial achieved the small group of experts-psychiatrists a status in which the "discovered" "inborn" homosexuality played a mitigating factor with important implications for the extent of punishment or suspended sentence, and in some cases was „inborn“ homosexuality the very reason even for suspension of a trial.

In the case of efforts to decriminalization of homosexuality it seemed at first that the case will be won by the strong arguments of medical doctors. They declared that homosexual behavior of the majority of persons caused by the inborn instinct. Academics, who were preparing in the 20ies a new proposal of criminal act, followed the theory of criminal threat economy. In relation to it they con-

sidered the evidence of majority „inborn“ homosexual orientation as sufficient reason to abolish the general criminalization of homosexual behavior; heinous behavior of minority does not justify persecution of innocent majority. After the academic proposal failed and decisive position in the debate about the new criminal act gained at the end of the 30ies bureaucracy representing the interests of the governing parties, was the argumentation completely overturned to justify keeping the general criminalization of homosexuality: it is irrelevant that some of the homosexuals gained their orientation as inborn with regard for those who deal as homosexuals without congenital instinct.

It appears therefore, that while on the level of expert evaluation by the court processes under the conditions of existing criminal law was medicine (respectively psychiatry) really able to help persons accused from homosexuality using the opposition of inborn/acquired homosexuality to moderate the effects of the law act. But on the level of legislation process gained stronger positions the members of political representation. Once entered the political representation the process of homosexuality assessment and punishment, medicine has lost control over the interpretation of the developer binary categories.

In addition, it must be concluded that this, after all to some extent successful effort of part of the physicians to liberate homosexuals from the criminal oppression, which was lead through emphasizing arguments on biological dependence of homosexual orientation as the only ethical approach, had significant consequences for the self-understanding of homosexuals and for the status attributed by themselves to medicine.

Recenze a zprávy

Elena Brambilla, *Corpi invasi e viaggi dell'anima. Santità, possessione, esorcismo della teologia barocca alla medicina illuminista*, Viella, Roma 2010, ISBN 978-88-8334-417-6.

Profesorka moderní historie na Università di Milano, paní Elena Brambilla, přidala další titul ke svému oblíbenému tématu, zabývajícím se církevním formováním lidského myšlení v novověku. V právě vydané publikaci, jejíž český ekvivalent by zněl „Těla ve vytržení a cesty duše. Svatost, posedlost, exorcismus od barokní teologie po medicínu osvícenství“, si bere na mušku společenské vnímání abnormálních projevů těla a duše v oblasti intenzivního duchovního života spějícího ke svatosti (nebo k odsouzení z posedlosti). Autorka se snaží zachytit proměny, kterými v 16. – 18. století prochází nahlížení vztahu duše a těla a také vlivů, které mají chování psychicky vypjatých osob určovat. Diskuse nad božským a ďábelským působením, tolik důležitá pro rozlišení svěťce a podvodníka, pro posouzení psychických stavů duševně silného či slabého jedince je stále přítomná na stránkách děl soudobých autorit více či méně spjatých s církevním prostorem.

V díle E. Brambilly je tak tematizována stále ještě nesmělá součinnost medicíny, tradičně stojící na aristotelko-galénovských základech a teprve koketující s osvícenskými přístupy, se soudobou teologií druhé scholastiky v péči o lidskou duši (a tělo). Autorka čerpá z bohaté pramenné základny (od příruček pro exorcisty po kanonizační procesy mystiků), sleduje linii barokního úsilí o teologické rozlišování duchů (*discretio spirituum*) a ohlíží se za nadvládou, kterou v otázkách duševního stavu aplikuje novověká teologie nad medicínou. Sleduje však i procesy změn, které pod vlivem sílícího hlasu lékařské vědy probíhají přímo v nejvyšších církevních kruzích, od pontifikátů papežů poloviny 17. století až po Benedikta XIV., a které znamenají posun v recepci psychických chorob a jejich léčby i na poli teologie. Kniha si neklade vysoké cíle stát se vyčerpávající kapitolou dějin medicíny a teologie, je však zajímavým exkurzem do vzájemného potýkání těchto dvou věd v období novověku. Domnívám se, že si plně obhájí své místo v řadě studií k tématu společenské recepce duševního zdraví (a nezdraví), předsedané již dlouhou dobu Dějinami šílenství M. Foucaulta.

Konference *Vom alten Heilbad zum modernen Wellnesstempel*, 27.-28.4. 2012, Bad Radkersburg.

Společnost pro sociální dějiny medicíny v Rakousku (*Verein für Sozialgeschichte der Medizin in Österreich*), jejímž cílem je stimulovat a zastřešovat bádání v široké oblasti dějin lékařství a sociálních dějin medicíny, pořádá od roku 2005 výroční konference zaměřené na tematiku dějin zdraví a nemocí. Zásada, kterou se přitom řídí, je spojena s každoroční volbou nového místa pro pořádání akce a také inovativního tématu, které nabízí možnosti nových interpretací a přístupů ke sledované problematice. Téma pro konání konference v Bad Radkersburgu bylo pro rok 2012 vymezeno problematikou dějin lázní a lázeňství v období od antiky až do současnosti - *Od starých léčivých koupelí po moderní chrámy wellness terapie*.

Na odborné konferenci stejného názvu, pořádané mimo organizátory z řad společnosti také historickými, sociologickými a etnologickými pracovišti univerzit v Salzburgu, Innsbrucku a Grazu, představilo výsledky svého odborného výzkumu 30 badatelů ze šesti evropských zemí v rámci pěti tematicky vymezených sekcí. Téma lázní bylo nejčastěji představováno z kulturně historického hlediska, prezentované příspěvky byly proto zaměřeny zejména na sociální aspekty dějin lázeňství, jako je proměna představ spojených s jejich léčebným potenciálem a symbolickou funkcí vody v dějinách, recepce terapeutických postupů z pohledu pacientů, vliv lázní a jejich provozu na bezprostřední okolí lázeňských lokalit či ekonomizace provozu léčivých koupelí v období vzestupu popularity lázeňství na přelomu 18. a 19. století.

Lázně a koupele hrály významnou roli v dějinách medicíny již od starověku. Hippokratovská tradice lázně díky akcentování dietetických pravidel a vlivu prostředí, vody a ovzduší na lidský organismus považovala lázeňskou terapii za jeden ze zásadních terapeutických prostředků při snaze o zachování a obnovu zdraví lidského organismu. Postupně však lázně procházely v závislosti na vývoji kultury i zdravotních praktik zásadními proměnami. Po všeobecné oblibě a rozšíření středověkých koupelových procedur zaznamenáváme v Evropě úpadek zájmu o léčivý potenciál koupelí, zejména v důsledku šíření pohlavních nemocí v 16. a 17. století a proměně názorů na fyzikální vliv vody na lidský organismus. Dlouhotrvající koupele byly proto v této době v duchu iatrochemického paradigmatu nahrazeny pitnými procedurami. V druhé polovině 18. století se však v souvislosti s působením teoretiků hygienizace veřejného prostoru začíná situace opět proměňovat a lázeňské lokality se v této době začaly stávat místem prestižní prezentace symbolického kapitálu nejvýše postavených vrstev společnosti. Díky rozvoji občanské

společnosti a zburžoaznění kultury 19. století se tento trend šířil v 19. století i do nižších vrstev společnosti.

Bouřlivý rozvoj lázeňství druhé poloviny 19. století, spojený s nárůstem počtu návštěvníků vtiskl většině lázeňských lokalit jejich dnešní podobu a definoval tak dosud panující stereotyp spojený s reprezentací lázní v kultuře. Nicméně i v České republice se nyní začíná status lázní silně proměňovat v závislosti na snižování finanční podpory zdravotních pobyků v lázních hrazených ze zdravotního pojištění. Proto i zde dochází k proměně funkce lázeňských lokalit, kterou pozorujeme v jiných zemích již po několik desetiletí. Léčebné zaměření je stále více substituováno relaxačními procedurami a wellness aktivitami. Symbióza léčebné a reprezentativní funkce lázní se proto nyní do značné míry opět začíná obracet zpět ve prospěch symbolické povahy pobytu v lázních.

Zaměření konference umožňovalo reflektovat vývoj v lázeňství celé šíři nastíněného vývoje. Úvodním proslov předsedy Společnosti pro sociální dějiny medicíny Carlose Watzky (Štýrský Hradec, Vídeň), uvedl sekci věnovanou tematicky problematice nejstarší historie lázní s ohledem na třídní a stavovský charakter těchto lokalit, respektive konceptualizaci lázní jakožto místa reprezentace či naopak zotavení. Peter Gerhard Watzka (Vídeň) následně představil reflexi lázní v ikonografické a ikonologické interpretaci tohoto tématu na významných dílech výtvarného umění evropské historie od starověku až po současnost. Zdůraznil symboliku spojenou s recepcí lázeňských lokalit, jež byly umělci často ztvárňovány jako zázračný pramen zdraví.

Christina Vanja (Kassel) věnovala svůj příspěvek dosud zcela opomíjenému aspektu dějin lázní, jejichž užívání je obvykle ztotožňováno s vyšším společenským statutem návštěvníků. Německá badatelka demonstrovala svým příspěvkem existenci i opačného sociálního pólu návštěvníků lázní – tedy pauperizovaných pacientů, kteří navštěvovali lázně čistě ze zdravotních důvodů. Jednalo se o osoby nemocné a zdravotně postižené, jejichž pobyt byl často financován ze soukromých nadací i veřejných sbírek mezi bohatší lázeňskou klientelou, zprostředkovávaných dlouho předtím, než se lázeňské péče ujaly orgány vzniklé na základě zpřístupňování lázeňských pobyků financovaného zdravotním pojištěním ve 20. století. Christina Vanja věnovala svou pozornost také fenoménu „divokých“ neoficiálních lázeňských lokalit (Wild- und Bauerbade), které živelně vznikaly v místech vývěru léčivých vod od nejstarších dob.

Na lokalitu Bad Gastein zaměřili pozornost Elisabeth Loebenwein a Alfred Stefan Weiß (Salzburg). Jejich příspěvek přiblížil využívání stereotypů při propagaci lázní a získávání klientů. Ze srovnávací analýzy relací z osvětských cest, cestovních zpráv z počátku 19. století, stavebních plánů a obrazových pramenů vyplynulo, že i přes kontinuální rozvoj infrastruktury v Bad Gasteinu tendovali návštěvníci prezentovat lázně jako místo divokých přírodních krás a přirozeného životního stylu blízkého návratu k přírodě a zdů-

razňování tohoto topoi jednoznačně figurovalo v prezentaci lázní i v době prostorové expanze, která zcela proměnila jejich charakter do podoby značně urbanizované lokality. Až důsledky zavedení železnice počaly proměňovat také mediální prezentaci lázní, společně s měnící se klientelou z řad buržoazie, která nahradila převážně stavovsky výlučnou společnost lázní.

Katharina Karin Mühlbacher (Salzburg) pozornost upřela k reflexi vývoje slatinných lázní oblasti Solnohradska, kde na příkladu výzkumu návštěvnosti a reflexe pobytu v lázních definovala sociální skupinu osob, které tvořily nejčastější klientelu slatinných lázní v 19. století. Snad díky specifické povaze terapie se rekrutovali návštěvníci balneoterapeuticky specializovaných lokalit spíše ze středních vrstev než z nejmajetnějších částí populace. Rašelinné koupele v této oblasti získaly na popularitě zejména po roce 1840, kdy se rozšířilo povědomí o jejich prospěšnosti v případech léčby duševních chorob, revmatismu a mozkové mrtvice.

Oblasti Solnohradska věnoval prezentaci také Ewald Hiebel (Salzburg), jenž se věnoval zejména způsobům diferenciaci a specializaci lázeňských lokalit na sociálně či stavovsky vymezenou klientelu. Hiebel sledoval proměny lázeňské infrastruktury i životního stylu v závislosti na vývoji sociálního spektra návštěvníků lázní. Dle jeho závěru nelze pozorovat v lázeňských lokalitách prolínání šlechtického a buržoazního světa, ale naopak jejich paralelní, vzájemně neprostupující vývoj po celé 19. století. Díky vzrůstu vlivu buržoazie (zejména v 2. polovině 19. století) tak již můžeme kolem roku 1885 v místě kdysi vyhrazeném pouze pro působení šlechty sledovat dotvoření a působení dvou paralelních světů – šlechtického a buržoazního. Tato diferenciaci se projevila i na mediální stylizaci lázní. Zatímco „šlechtické“ lázně byly prezentovány především jako prostor nedotčených přírodních krás, prezentace „buržoazních“ lázní naopak akcentovala luxus a dostatečně kvalitní městskou infrastrukturu. „Buržoazní“ prostředí lázní tedy odpovídalo modernizačním proměnám společnosti, „šlechtické“ lokality naopak inscenovaly prostor lázní jako nápravu nesprávného vývoje společnosti, v němž byly potlačeny všechny nejmarkantnější škody napáchané modernizací společnosti. Tato diferenciaci byla samozřejmě více diskurzivní než reálné povahy, nicméně konstituovala rozdíly i v každodenním životě lázní. Na „šlechtických“ kolonádách byla na příklad pro kratochvíli obecnost prezentována zejména díla Franze Schuberta, zatímco „buržoazní“ prostředí provázely typicky tóny Mozartových opusů.

Následující sekce „Voda, světlo, vzduch a zem jako (vše-)lék, atraktivita lázeňské léčby“ byla věnována prolínání alternativních léčebných praktik do lékařského diskursu 19. století a jejich recepci odbornou i laickou veřejností. Andreas Golob (Graz) nastínil postupné pronikání poznatků vodoléčebné praxe do sféry univerzitního lékařství. Jeho práce komparovala zejména vývoj tří akademických měst – Prahy, Vídně a Štýrského Hradce,

příčemž pozornost soustředil zejména na činnost Wilhelma Winternitze, Jana Špotta, Julia Glaxe a Conrada Clara. Všichni jmenovaní působili v univerzitní sféře v akademických funkcích a snažili se ve svých dílech skloubit vědeckou metodiku a praktické užívání vodoléčebných praktik, což nakonec vedlo ke vzniku moderní fyzikální hydroterapie.

Vladan Hanulík (Pardubice) analyzoval korpus hydropatické literatury a komparoval jej s dopisy adresovanými provozovateli slezských lázní Gräfenberg, Vincenzi Priessnitzovi. V literatuře rekapitulující zážitky z lázní Gräfenberg jsou vzpomínky pacientů jednoznačně stylizovány do podoby referencí zdůrazňujících heroickou povahu vodoléčebné terapie a náročnost podstupovaných procedur. V osobních dopisech a korespondenci pacientů však tento „heroický“ diskurz nefiguruje, léčba je naopak popisována spíše s důrazem na její ozdravující funkci a schopnost zlepšit zdravotní stav pacientů. Náročnost a do značné míry i iracionalita hydropatických procedur objevující se ve veřejně publikovaných narativech byla tedy důsledkem identifikace pisatelů s převládajícím paradigmatem vědeckého lékařství, které právě tyto aspekty vodoléčby - postupy potencionálně ohrožující i samotný život pacientů, zdůrazňovalo jako její zásadní chybu.

Ekkehard W. Harring (Videň/Nitra) referoval o vzniku, rozvoji i zániku sanatoria Adolfa Justa Jungborn. Léčebné lázně, které zde byly Justem zřízeny, vábily k pobytu celou řadu osob včetně Franze Kafky. V léčebném systému se spojovaly alternativní léčebné koncepty - vzdušné lázně, vodoléčba, ale i návrat k až archaicky prostému způsobu života, to vše zaštiťováno citáty z bible, jimiž Just podporoval filosofii svého terapeutického konceptu. Harring nabídl ve svém příspěvku vhled do každodenního života v této lokalitě, jež utvořila uzavřený a soběstačný organismus nezávislý na svém okolí. To se však nevyklučovalo s ekonomickou profitabilitou, Adolf Just společně se svým bratrem založil společnost zprostředkovávající prodej léčebných prostředků alternativní medicíny a zejména jíl (užívaný ke koupelím i konzumaci), který byl neoddělitelnou součástí terapie v lázních Jungborn, se stal populární komoditou se značným finančním potenciálem.

Iris Ritzmanns (Curych) vystoupila s příspěvkem zaměřeným na léčbu tuberkulózy v prostředí švýcarských plicních sanatorií přelomu 19. a 20. století. Autorka postulovala řadu otázek souvisejících s účinností léčby, ale i jejími formami. Pobyt v léčebných sanatoriích byl spojen nejen se značnou finanční náročností, ale i respektováním přísných podmínek, za nichž museli pacienti léčbu podstupovat. I přes vysokou míru disciplinace však sanatoria získávala v první polovině 20. století dále na popularitě a to i přes postupně zveřejňované výzkumy, zprostředkovávající vědecké závěry o neefektivnosti vysoko-horské léčby tuberkulózy. Značný vliv na přetrvávající oblibě měla pravděpodobně mediální propaganda, jak autorka příspěvku prokázala na analýze dostupných obrazových i filmových materiálů.

Tématiku propagace a utváření mediálního obrazu lázní si zvolil také Eberhard Wolff (Curych). Ve své prezentaci představil důvody, proč se Švýcarsko na přelomu 19. a 20. století stalo velmi oblíbenou destinací pro majetné všech evropských. Wolff postuloval tezi, že pro nárůst popularity nebyly rozhodující kvality přírodních scenérií nacházející se také v sousedních alpských zemích, ale obraz Švýcarska stylizovaný do podoby krajiny prospěšné zdraví. V propagaci a utváření mediálního obrazu Švýcarské přírody byly akcentovány zejména čtyři rozměry – přírodní, morální, politická a hygienická čistota. Celé Švýcarsko se stalo v mediální diskurzu křišťálovou horou plnou živoucí přírodní síly a motivy vyjadřující zmíněné vlastnosti prostředí byly neustále stereotypně opakuji- cím se tématem reklamních plakátů, karikatur a později i filmových materiálů.

Večerní přednášky byly prezentovány ve velkém sále kongresového centra za přítomnosti laické veřejnosti. Elke Hammer Luža (Štýrský Hradec) představila komparativní analýzu historie štýrských lázeňských středisek v období biedermeieru. Postulovala tezi, že díky geografické odlehlosti nemohly lokality situované ve Štýrsku získat popularitu a tak i když díky zavedení železniční infrastruktury v druhé polovině 19. století docházelo ke zlepšování jejich dostupnosti, nikdy již lázně situované v této oblasti nedosáhly věhlasu konkurenčních lázeňských středisek a staly se místem koncentrace zájemců z řad nižší šlechty a vyšší střední třídy.

Klaus Bergdolt (Kolín nad Rýnem) věnoval pozornost konceptualizaci pojmu zdraví z hlediska historických, filozofických a ekonomických aspektů. Široký záběr přednášky umožnil zajímavý přehled o vývoji významu zdraví a nemoci v okruhu euro-atlantické civilizace. Historický vývoj tohoto pojmu byl zpočátku závislý na externích faktorech emanujících do lidského života, ať už tak chápeme zásahy božstev antického pantheonu či křesťanského demiurga. V pozdějších dobách se v souvislosti se zdravím rozvinul koncept mikrokosmu odpovídajícího vnějším silám. Nicméně s nástupem osvícenské společnosti se zdraví začalo stávat faktorem subjektivní recepce individuálních dispozic. Pro Johanna Wolfganga Goetha se tak zcela v duchu ekonomizace života stalo zdraví základní podmínkou pro možnost věnovat se práci a realizovat tak své poslání (viz Lutherovo pojetí Beruf v interpretaci Maxe Webera). V současnosti pak chápe většina teoretiků zdraví jako faktor umožňující zastávat ve společnosti sociální role, k nimž se jejich reprezentanti hlásí.

Třetí sekci, věnovanou dějinám lázní ve 20. století a politickým konotacím spojeným s lázněmi, zahájila turecká badatelka Arin Namal (Istanbul). Představila historická fakta z období pobytu Mustafy Kemala Atatürka v Karlových Varech. Atatürk zvolil Karlovy Vary na doléčení problémů spojených s patologií ledvin a své dojmy zaznamenal ve francouzsky psaném deníku o 158 stranách, jež dosud pro svou intimní povahu nebyl zveřejněn. Sociální život v západočeském lázeňském městě na tureckého politika silně zapůso-

bil, stejně jako úroveň poskytované péče. Karlovy Vary se proto později pro Atatürka staly inspirací pro aktivní podporu rozvoje termálních a minerálních lázní v Turecku, což se projevilo i v rámci zákonných zdravotních předpisů nově vzniklého státu.

Marta Jusztin (Budapešť) zdůraznila zvláštní úlohu lázeňství v rozvoji meziválečné infrastruktury v Budapešti. V hlavním městě Maďarska se křížily zájmy celé řady skupin podnikatelů a politiků. Velká část obecní samosprávy, obchodníků a profesních organizací cestovního ruchu prosazovala koncept vytvořit z Budapeště typické lázeňské město s mezinárodním věhlasem. V Budapešti byly pro daný plán k dispozici veškeré prostředky, včetně bohaté historické tradice a přírodních zdrojů termálních vod. Nicméně plán, který měl přinést zejména ekonomický profit nemohl být plně realizován, neboť se v případě města Budapeště prolínala do rozvoje infrastruktury celá řada dalších účelů, pro něž byl urbanismus města utvářen, včetně sídelního centra státu, koncentrování průmyslové výroby, etc. Lázeňství tak narazilo na potřeby stálých obyvatel města, které znemožnily dotvořit idealizovaný prostor lázeňského luxusu a zdraví prospěšného prostředí.

Alexander Friedman (Heidelberg) ve svém příspěvku názorně demonstroval prolínání vlivu politických změn na vývoj lázní v oblasti východního Pruska od 19. století do současnosti. Svou pozornost soustředil především na historii přímořského lázeňského letoviska Zelenogradsk u Kaliningradu. Ze sezónního centra šlechty a majetné buržoazie, jež se zde nalézalo v 19. století, se v důsledku sovětizace regionu po druhé světové válce stalo centrum „lidové rekreace“, etablované však do značné míry také jako prestižní centrum pro špičky stranické a průmyslové honorace, případně reprezentanty vybraných zástupců pracujících.

Poslední sekce sjednocovala příspěvky pojednávající vodu jako léčebný nástroj v obo-ru psychiatrie a lékařské praxe. Maria Heidegger (Innsbruck) zde prezentovala výzkum psychiatrických zdravotních záznamů pacientů Zemského ústavu pro choromyslné v Hall v Tyrolsku mezi lety 1830 a 1850. Formou analýzy zdravotních statistik, lékařských záznamů a novinových článků se snažila badatelka přispět ke komparaci režimu „normálních“ léčebných lázní využívajících vodní procedury a azylů pro lunatiky. Ve sledovaném období se setkaly se značnou popularitou při léčbě šilenství hydropatické postupy užívané Vincenzem Priessnitzem při léčbě v lázních Gräfenberg. Z tohoto důvodu docházelo do značné míry k prostupování léčebného prostoru běžných lázní a azylů, které byly v této době zřizovány v místech či bezprostřední blízkosti vodoléčebných lázní (např. Heinrichsbad ve Švýcarsku).

Elizabeth Dietrich Daum (Innsbruck) navázala na dané téma biografickými sondami konkrétních pacientů léčených vodoléčebnými procedurami v 19. a první polovině 20. století. Autorka sledovala terapeutické aplikace hydropatických procedur v Hall v Tyrolsku; četnost indikace a využívání během terapie, způsob realizace a jejich dopad na

osoby pacientů. Pro tuto dobu je příznačné, že aplikování léčby vodou nebylo zamýšleno pouze pro své léčebné dopady, ale i jako kázeňský prostředek pro uklidňování pacientů. Léčba spočívající v dlouhotrvajících koupelích a mnohdy i osm hodin trvajících zábalech pacienty často fixovala a způsobovala individuální izolaci na lůžku, přesto statisticky vykazovala značnou úspěšnost a osoby opouštějící ústav v drtivé většině případů subjektivně vykazovaly úplné vyléčení z duševní choroby, či alespoň zlepšení stavu.

Na závěr dostala pro shrnutí celé konference prostor Sabine Veits-Falk (Salzburg), která vytyčila základní oblasti výzkumu, jimž je v souvislosti s dějinami lázní a lázeňství věnována pozornost. Tematická diferenciacie shrnuje základní směry bádání, jež by mohly být inspirací i pro českou historiografii. Z tohoto důvodu si dovoluji uvést kompletní výčet sfér bádání.

Zásadním problémem, který dosud nebyl v historiografii zcela objasněn, je složení cílového publika jednotlivých lázeňských lokalit, tedy sociální, stavovské i pohlavní zastoupení mezi návštěvníky lázní. Neobjasněny jsou dosud rovněž strategie diferenciacie a specializace lázeňských lokalit, jak z hlediska důvodů vedoucích k odlišným způsobům vývoje lázní, tak i strategiím sebe prezentace. S daným problémem souvisí i hierarchizace lázeňských středisek – dosud nebyla přesně identifikována prestiž přikládaná jednotlivým střediskům s mezinárodním většinou a způsoby jejich soutěže o klientelu. Větší pozornost již byla věnována terapeutickému potenciálu pobytu v lázních, nicméně bádání v českých zemích dosud nenabýlo jasnějších obrysů, zejména v ohledu rozpoznání významu a místa balneologických terapií v hierarchii spektra léčebných přístupů.

S léčbou úzce souvisí problém disciplinace návštěvníků lázní, utváření infrastruktury a strategie zapojování lázeňského personálu do procesu léčby. Nezbytnou součástí historie lázeňství bude výzkum evidenčních pramenů, které v kombinaci s ego-dokumenty mohou přispět k objasnění recepce lázeňského prostoru a terapie z pohledu pacientů. Lázně lze však také zkoumat jako specifický prostor, v jehož rámci platí odlišná pravidla sociální komunikace a míra uplatňování genderových stereotypů, ale i prosazování sociálních fenoménů souvisejících s nacionalizací a rozvojem projevů antisemitismu v lázních. Prostor lázní lze také zkoumat z hlediska míry exkluze/inkluzie osob pobývajících v dané lokalitě či vztahu osob pobývajících v ohraničeném místě k vnějšímu světu mimo lázně. Některá z těchto témat bude zahrnovat monotematické číslo časopisu *Virus*, v němž budou zveřejněny vybrané příspěvky z pořádané konference.

VELKOVÁ, Alice, Schuld und Strafe. Von Frauen begangene Morde in den böhmischen Ländern in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, München 2012, ISBN 978-3-89975-710-1.

Kniha Alice Velkové je výsledkem rozsáhlého badatelského výzkumu, který byl podpořen Grantovou agenturou České Republiky. V podmínkách české historiografie se jedná o unikátní dílo zabývající se kriminalitou v druhé polovině 19. století. Autorka se zaměřuje na problematiku vražd páchaných ženami. Kniha je rozdělena do několika částí. V první části se Alice Velková zabývá otázkou proměny kriminality od tereziánských reforem do konce 19. století. Důležité je především shrnutí změn, ke kterým v rámci sledované doby došlo v soudnictví a zákonodárství. Na základě statistických údajů autorka analyzuje objem kriminality v jednotlivých zemích Předlitavska, porovnává počet vyšetřovaných případů s počtem odsouzených a osvobozených. Rovněž se zabývá rozložením jednotlivých trestných činů. Táže se na sociální zázemí a věk pachatelů trestné činnosti a analyzuje, zda se ze strany pachatelů jednalo o opakovaný čin či první porušení zákona. Autorka sleduje postupný nárůst kriminality v rámci Předlitavska a proměnu v počtu odsouzených a osvobozených. Nárůst počtu souzených je zdůvodněn zlepšením vyšetřovacích metod. V ohnisku zájmu zůstává trest smrti. Autorka ukazuje, za jaké činy byl trest smrti udělován a skutečně vykonán. Dochází k závěru, že během sledovaného období se změnil názor na využívání absolutního trestu. Proměna se odehrála nikoliv na legislativní úrovni, nýbrž ve skutečném vykonání trestu.

Druhá část knihy je zaměřena již na zkoumanou problematiku vražd páchaných ženami. Autorka upozorňuje na rozdílné posuzování infanticidia (vražda novorozence) a vražd starších dětí, přičemž pozornost soustřeďuje na vraždy starších dětí. Táže se, za jakých okolností sahaly ženy na život dítěte, analyzuje, zda se na zločinu někdo podílel, případně, zda ho mohla spáchat i jiná osoba než matka. Příčiny vraždy rozděluje do dvou skupin, které blíže analyzuje, a to na vraždy spáchané ze zoufalství a z bezvýchodné situace a vraždy z nenávisti a jako pomsty vůči dítěti. Autorka se v této části zabývá věkem zavražděných dětí, porovnává počet obžalovaných žen v Čechách, na Moravě a ve Slezsku. Nezapomíná ani na pachatelky činu. Za pomoci analýzy sociálního prostředí odkrývá možné příčiny pro vraždu vlastního dítěte. Zajímavá je pasáž věnovaná reflexi činu samotnými pachatelkami. Autorka rovněž analyzuje výši udělených trestů, rozebírá okolnosti, které mohly být polehčující či přitěžující pro konečné rozhodnutí soudu. Podrobně je rovněž analyzována vražda životního partnera či partnerky, její příčiny a okolnosti, i v tomto případě nalezneme pasáž věnující se reflexi činu. Autorka se v této části podrobněji zabývá vraždou, která byla spáchána roku 1883, jejíž obětí se stala Kateřina Nenadá-

lová. Sleduje okolnosti činu, průběh vyšetřování a vývoj případu po vynesení rozsudku. Pomocí konkrétního případu je osvětlena soudní praxe a vliv veřejného mínění na konečný rozsudek.

Poslední oddíl knihy je věnován genderovým aspektům zločinu, zde autorka vychází z předchozí rozsáhlé analýzy pramenů. Hlavní otázkou je, zda soudy přihlížely k sociálnímu postavení a pohlaví pachatele. I v tomto hledisku lze podle autorky sledovat určitou proměnu.

Knihy Alice Velkové je cenným a bohužel zatím ojedinělým příspěvkem k vývoji kriminality a jejího trestání v „dlouhém 19. století“. Autorka provedla pečlivou rešerši pramenů, zároveň upozorňuje i na limity související s nedostatkem pramenů pro 20. léta 19. století. Domnívám se, že se autorka s tímto problémem dobře vyrovnala. Kniha je bohužel českému publiku hůře dostupná, především kvůli vydání u německého nakladatelství. Českému čtenáři může četbu komplikovat fakt, že kniha byla vydána v německém jazyce. Tato skutečnost není nicméně na škodu, protože překladatelka myslela na českého čtenáře. V knize se tak nenachází komplikovaná větná skladba, kterou známe z německé odborné literatury.

Martina Halířová

Seznam recenzentů jednotlivých příspěvků (abecedně):

PhDr. Marie Bahenská, PhD. (Masarykův ústav Akademie věd ČR)
Mgr. Jitka Bartošová (Univerzita Palackého v Olomouci)
Mgr. Martin Barus (Univerzita Palackého v Olomouci)
PhDr. Marie Bahenská, PhD. (Masarykův ústav Akademie věd ČR)
Mgr. Tomáš Borovský, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)
Mgr. Eva Doleželová, Ph.D. (Historický ústav Akademie věd ČR, v. v. i.)
Mgr. Veronika Dulíková (Univerzita Karlova v Praze)
Mgr. Dušan Foltýn (Centrum medievistický studií AV ČR a UK v Praze)
PhDr. Bronislav Chocholáč, Dr. (Masarykova univerzita v Brně)
Mgr. Jarmila Kašpárková (Univerzita Palackého v Olomouci)
Mgr. Stanislava Klečáková (Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem)
Mgr. Jiří Lunáček (Univerzita Palackého v Olomouci)
Mgr. Hana Matějková (Univerzita Palackého v Olomouci)
Mgr. Lukáš Motyčka, PhD. (Univerzita Palackého v Olomouci)
PhDr. Martina Ondo Grečenkova, PhD. (Historický ústav Akademie věd ČR, v. v. i.)
Mgr. Marcela Oubrechtová (Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem)
Mgr. Pavla Slavičková, PhD. (Univerzita Palackého v Olomouci)
PhDr. Zdeňka Stoklásková, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)

Seznam autorů (abecedně):

Mgr. Kateřina Čadková (Univerzita Pardubice)
Mgr. Diana Duchoňová, PhD. (Slovenská akademie věd)
Mgr. Václav Grubhoffer (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)
Mgr. Martina Halířová, Ph.D. (Univerzita Pardubice)
Mgr. Vladan Hanulík (Univerzita Pardubice)
doc. PhDr. Ludmila Hlavačková, CSc. (Univerzita Karlova v Praze)
PhDr. Daniel Hupko, PhD. (SNM - Múzeum Červená Kameň)
doc. PhDr. Tomáš Jiránek, Ph.D. (Univerzita Pardubice)
Mgr. Ingrid Kušniráková, Ph.D. (Slovenská akademie věd)
prof. PhDr. Milena Lenderová, CSc. (Univerzita Pardubice)
Mgr. Katarína Nádaská, PhD. (Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave)
PhDr. Jan Seidl, PhD. (Masarykova univerzita v Brně)
prof. MUDr. PhDr. Evžen Strouhal, DrSc. (Univerzita Karlova v Praze)
doc. Mgr. Daniela Tinková, Ph.D. (Univerzita Karlova v Praze)
Mgr. David Tomíček, Ph.D. (Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem)

Theatrum historiae 11 (2012)

<http://uhv.upce.cz/cs/theatrum-historiae/>

Vydala: Univerzita Pardubice

(Studentská 95, 532 10 Pardubice, IČO 00216275)

Číslo vydání: 11

Datum vydání: 21. 1. 2013

Vychází nejméně dvakrát ročně

Vydání první – 244 stran, 150 výtisků

Jazyková redakce českých textů: Vladan Hanulík

evidenční číslo MK ČR E 19534

ISSN 1802-2502

Redakce:

vedoucí redaktor: prof. PhDr. Petr Vorel, CSc. (Univerzita Pardubice);

zástupce vedoucího redaktora: doc. PhDr. Jiří Mikulec, CSc. (HÚ AV ČR Praha);

výkonný redaktor: doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D. (Univerzita Pardubice);

technická redakce: doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D. a Mgr. Vladan Hanulík

Vědecká rada časopisu:

Mgr. Petr Grulich, Ph.D. (Univerzita Hradec Králové)

doc. PhDr. Tomáš Jiránek, Ph.D. (Univerzita Pardubice)

doc. Mgr. Antonín Kalous, M.A. Ph.D. (Univerzita Palackého v Olomouci)

prof. PhDr. Milena Lenderová, CSc. (Univerzita Pardubice)

prof. PhDr. Eduard Maur, CSc. (Univerzita Pardubice)

Dr. Françoise Mayer (Université Paul Valéry Montpellier)

prof. PhDr. Miloš Řezník, Ph.D. (Technische Universität Chemnitz)

doc. Mgr. Jan Stejskal, M.A. Ph.D. (Univerzita Pardubice)

PhDr. Luboš Velek, Ph.D. (Univerzita Karlova v Praze).

Adresa redakce:

Ústav historických věd

Fakulta filozofická, Univerzita Pardubice

Studentská 84, 532 10 Pardubice

tel.: 466 036 210

e-mail: Jiri.Kubes@upce.cz