

Magdalena Paciorek

Instytut Historii Nauki im. L. A. Birkenmajerów PAN

ORCID 0000-0002-3859-4743

O problemach i zadaniach lekarzy prowincjonalnych ziem Królestwa Polskiego w opinii „Czasopisma Lekarskiego” przełomu XIX i XX w.

Problems and Responsibilities of Provincial Doctors in the Kingdom of Poland as Described in “Czasopismo Lekarskie” (“Medical Journal”) at the Turn of the Twentieth Century

The article relies on press reports of provincial doctors published in “Czasopismo Lekarskie” (“Medical Journal”) in the years 1899–1908, and reflects the concerns and problems of the then environment of rural and small-town doctors on the Polish lands. According to the reports, there were two groups of concerns: the first was gaining the trust of the rural people who, for various reasons, at the beginning of the 20th century preferred to get help from quacks, herbalists, healers, and barber-surgeons rather than to seek advice from ‘genuine doctors’. In the period under investigation, the provincial doctor ceased to be a ‘gentlemen’ doctor; thus, their material situation changed radically. The problem was not only numerous visits to distant villages or towns, constant readiness to provide assistance often in extreme situations or work in challenging conditions, but also issues of unfair competition, lack of solidarity between doctors, problems related to non-standardised medical fees, the issue of choosing medicaments (either cheap or expensive), or a great need for cyclical training. This problem was to be dealt with by regional medical societies. The doctor in the province needed to be a specialist in many fields of medicine. Showing incompetence towards a sick peasant was one of the reasons why doctors were losing their authority, but it also undermined confidence in contemporary medicine, thereby pushing the rural population into the hands of quacks and barber-surgeons.

The second issue, closely related to the first one, is the improvement of the provincial doctor’s self-image, which involved constant education and, above all, learning about the psychology and specificity of the behaviour of the rural people. In the press of the period, this topic was brought up by Władysław Biegański, Franciszek Grodecki, Teodor Dunin, Franciszek Wychowski, Antoni Kędziński, Antoni Troczewski, Witold Chodźko, *et al.*

Keywords: provincial doctors, the Kingdom of Poland, turn of the twentieth century, „Czasopismo Lekarskie” (“Medical Journal”)

Słowa kluczowe: lekarze prowincjonalni, ziemie Królestwa Polskiego, przełom XIX i XX w., „Czasopismo Lekarskie”

„Lud wiejski nie jest niechętnym pomocy lekarskiej, przeciwnie garnie się do niej ochoczo, a nawet [...] leczy się za wiele”¹.

Pod koniec XIX i na początku XX w. pogarszające się warunki bytowe wsi stały się jedną z przyczyn wzrostu niechęci lekarzy do osiadania na prowincji. Dowodzą tego dane statystyczne, według których w 1910 r. w Królestwie Polskim było 1613 lekarzy praktykujących, z których zaledwie 352 osiedliło się w osadach miejskich i wsiach. W samej Warszawie było wówczas 1028 lekarzy, co stanowiło ponad 63% ogółu lekarzy². Na prowincjach i w innych mniejszych miastach praktykowało zaledwie 37%. Powyższa dysproporcja i nierównomierne rozłożenie fachowych sił pomocy lekarskiej były zapowiedzią pogłębiających się problemów społeczności lekarskiej na prowincji. Jakiego rodzaju były to przeszkody, jakie czynniki je potęgowały, jakie sposoby zaradcze proponowano i jakie były tego skutki – to podstawowe pytania, które należy zadać źródłom. Podstawowym zaś źródłem badawczym do tego tematu jest prasa medyczna adresowana właśnie do lekarzy prowincjonalnych.

Łódzkie „Czasopismo Lekarskie” (ukazywało się w latach 1899–1908) – organ towarzystw lekarskich prowincjonalnych Królestwa Polskiego, redagowany przez dr. Seweryna Sterlinga – stanowiło swoistą arenę wymiany myśli i poglądów środowiska lekarskiego na tematy naukowe, społeczne i organizacyjne. Na łamach miesięcznika zamieszczano artykuły poglądowe, często kazuistyczne pisane przez „zwykłych” lekarzy prowincjonalnych, ale też tych miejskich, związanych z dużymi ośrodkami naukowymi. Publikowano także sprawozdania z posiedzeń naukowych kół lekarzy prowincjonalnych, podczas których omawiano interesujące przypadki schorzeń zdiagnozowane u pacjentów, wygłaszano odczyty z różnych dziedzin medycyny, zajmowano się również sprawami społeczno-zdrowotnymi środowiska, a także prezentowano preparaty anatomiczne oraz nowatorskie rozwiązania techniczne usprawniające pracę lekarza wiejskiego³. Poruszano też kwestie zawodowe związane z pracą lekarzy na prowincji. Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie specyfiki zawodu lekarza prowincjonalnego terenów Królestwa Polskiego przełomu XIX i XX w., postrzeganej przez pryzmat doniesień prasowych autorstwa samych lekarzy prowincjonalnych, oraz ukazanie dylematów przedstawicieli środowiska lekarskiego, nie tylko tych o podłożu merytorycznym, lecz też organizacyjnym. Głos w tych sprawach na łamach miesięcznika często zabierali m.in. dr Władysław Biegański (1857–1917), lekarz, internista, teoretyk logiki i psychologii, działacz społeczny, a w przeszłości także mający pełnić funkcję lekarza szpitalnego, miejskiego, fabrycznego, za swe dokonania dla nauki

1 T. Dunin, *Parę słów w sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 4, 1902, nr 11, s. 494.

2 *Historia Polski w liczbach*, Warszawa 2003, s. 216.

3 A. Podciechowski, *Stół do porodu w chacie wiejskiej*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 6, s. 245–247.

nazwany przez potomnych „profesorem bez teki”⁴, czy dr Teodor Dunin (1854–1909)⁵, także lekarz, internista i działacz społeczny, który pomimo związków z ośrodkami naukowymi znał tereny prowincji i panujące tam warunki higieniczne. Dzięki jego inicjatywie utworzono m.in. sanatorium gruźlicze Rudka k. Mińska Mazowieckiego.

Jak wspomniano, młodzi lekarze rozpoczynający praktykę na prowincji często stykali się w swojej pracy zawodowej z wieloma przeciwnościami. Wiązało się to m.in. ze specyfiką społeczności prowincjonalnej, zdominowanej przez ludność włościańską, jej podejściem do zjawiska choroby, pozycji lekarza. Inne problemy to: częste konflikty w relacjach zawodowych między lekarzem a aptekarzem czy wciąż aktualna, nawet jeszcze w początkach XX w., rywalizacja o wpływy wśród ludności wiejskiej między lekarzem a regionalnymi znachorami. Istotnym problemem lekarza prowincjonalnego okazywał się też określony zasób wiedzy medycznej, który należało wciąż uzupełniać, zdobywać, pogłębiać. Praca na prowincji rzadko sprzyjała realizacji tego typu potrzeb. Zatem kwestia kształcenia lekarzy w zakresie nauk medycznych, ale też psychologii społecznej, czytelnictwa medycznego, spotkań naukowych pozostawała często niemożliwa do zrealizowania.

Do innych problemów medyków prowincjonalnych należały organizacja zespołowej opieki lekarskiej dla regionu, dostęp do szpitalnictwa małomiasteczkowego, propagowanie zasad higieny itp. Równie istotne dla lekarza prowincjonalnego były też sprawy materialne, a wśród nich kwestia zarobków i uposażeń medyków.

Warto zatem szerzej zaprezentować powyższe dylematy lekarzy prowincjonalnych, prezentowane w opinii autorów piszących do „Czasopisma Lekarskiego”.

Specyfika społeczności prowincji. Relacje lekarz-pacjent, lekarz-aptekarz, lekarz-znachor

Na temat społeczności prowincjonalnej i jej specyfiki powstało już wiele prac i opracowań naukowych⁶, jednak prezentacja kolejnego źródła – „Czasopisma Lekarskiego” – stanowi w wartość dodaną, z której nie należy rezygnować, tym bardziej, że wzbogaca obraz życia i warunków pracy zawodowej lekarzy na prowincji.

Ta specyfika społeczności, o której mowa, w dużym stopniu polegała na bardzo wysokim zróżnicowaniu kulturowym poszczególnych jej warstw, zdominowanym jednak przez ludność włościańską, której stosunek do pozycji lekarza i jego fachu wydawał się dość charakterystyczny.

Jeszcze pod koniec XIX w. sposób podejścia ludu wiejskiego do spraw zdrowia i choroby wydawał się niezmienny od dziesięcioleci. W ówczesnych pamiętnikach chłopskich⁷

4 *Wielka Encyklopedia Powszechna PWN*, t. 1, Warszawa 1968, s. 779, s.v. Biegański Władysław.

5 *Słownik lekarzy polskich XIX w.*, red. P. Szarejko, t. 6 suplement, Warszawa 1991, s. 74; *ibid.*, t. 3, s. 149–153; *Wielka Encyklopedia Powszechna PWN*, t. 3 Warszawa 1966, s. 186, s.v. Dunin Teodor; *Historia wydziałów lekarskich w Polsce*, khm.cm-uj.krakow.pl/historia-wydzialow-lekarskich-w-polsce [dostęp 24.01.2020].

6 *Znachorki i potrzeba akuserek gminnych*, „Gazeta Świąteczna” r. 3, 1883, nr 117, s. 2; M. Udziela, *Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego*, Warszawa 1891; J. Słomka, *Pamiętniki włościanina, od pańszczyzny do dni dzisiejszych*, Kraków 1912; H. Biegieleisen, *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków 1929; Z. Libera, *Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX–XX wieku*, Wrocław 2003; S. Szpilczyński, *Z dziejów przesądu i zabobonu w lecznictwie*, Warszawa 1956. J. Jeszke, *Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX w.*, Wrocław 1996; I. Jaguś, *Lecznictwo ludowe w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, Kielce 2002.

7 J. Słomka, *Pamiętniki włościanina*, passim.

oraz w regionalnej prasie (np. „Gazeta Świąteczna”) często zwracano uwagę na znaczne zubożenie włościan, na ich ciemnotę i zacofanie, a także podkreślano ich specyficzne podejście do zjawiska choroby i leczenia. Także wizerunek lekarza zdawał się nie ulegać zmianom od lat.

Mówiąc o leczeniu włościan, podkreślano, że nie stać ich było na poradę lekarską, głównie z powodów finansowych. Ogólny jej koszt, oprócz tzw. fatygi lekarskiej, uwzględniał także transport medyka⁸, nie wspominając o konieczności wykupu lekarstw. Korzystano więc z pomocy zielarzy, babek czy felczerów⁹. Do lekarza zaś udawano się w ostateczności, wyprzedając niejednokrotnie część gospodarstwa. W takich przypadkach porada często świadczona była zbyt późno¹⁰ bądź możliwości lekarza okazywały się zbyt ograniczone wobec zaawansowanej choroby. Wówczas to – w opinii ludu wiejskiego – wzrastało przekonanie, że „przecież był dochtór i apteka kosztowała dużo, a wszystko nic nie pomogło”¹¹. Ten wizerunek prowincjonalnego lekarza – drogiego i nieprzystępnego dla prostego ludu – utrwalił się do tego stopnia, że próby wprowadzenia jakichkolwiek zmian kończyły się fiaskiem. Zdobycie zaufania włościan nie było sprawą prostą. Uwagę na to zwracał m.in. wspomniany Biegański, który w 1900 r. w jednym z artykułów „Czasopisma Lekarskiego” pisał:

nasi lekarze dlatego nie umieją leczyć ludu naszego, że nie znają jego duszy, jego wierzeń, upodobań, zrażają go też na każdym kroku i bezwiednie niejako przyczyniają się do powodzenia felczerów i znachorów¹².

Poznanie specyfiki tej społeczności, jej logiki myślenia stało się celem nadrzędnym, jak bowiem twierdził w 1902 r. Dunin, zdobycie zaufania włościan do siebie i do wiedzy lekarskiej oznaczało wyrwanie ich z rąk znachorów i felczerów. Zdaniem Biegańskiego społeczność włościańska, w przeciwieństwie do innych warstw społecznych, wymagała odrębnego podejścia. Tymczasem – jak wynikało z obserwacji lekarzy gminnych – dla chłopu skutecznym był ten lekarz, który przynosił natychmiastową ulgę w cierpieniu, bez względu na to czy był lekarzem z „tytułami i dyplomem”, czy tylko parał się „uzdrawianiem”, jak było to w przypadku znachorów, felczerów, owczarzy czy innych zielarzy¹³. Postawa ta w pewnym stopniu wynikała właśnie z podejścia ludności wiejskiej do zjawiska choroby. Z chorobą utożsamiano jedynie objaw ogromnego bólu i cierpienia; był on czymś zewnętrznym, co „wchodziło w człowieka” i skoro weszło, mogło także wyjść¹⁴. W rzeczywistości odczuwanie nietypowych objawów, dopóki nie przysparzały chłopu dotkliwego bólu, stanowiło naturalną kolej rzeczy. Dopiero uciążliwa niedyspozycja, utrudniająca codzienne życie mogła skłonić „wieśniaka” do podjęcia decyzji o poszukiwaniu pomocy.

8 Z. Libera, op. cit., s. 224–225.

9 „Jak kto zachorował, to do ostatka omijał doktora, a chodził do doktorów, których nie brak wtedy było po wsiach, którzy chorób nie leczyli tylko zażegnawali”, J. Słomka, *Pamiętniki włościanina*, s. 129.

10 Z. Libera, op. cit., s. 203, 205. Zob. *Znachorki i potrzeba akuserek gminnych*, s. 2.

11 Z. Libera, op. cit., s. 205.

12 W. Biegański, *Kilka słów o praktyce lekarskiej wśród ludu naszego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 2, 1900, nr 7, s. 233.

13 Na temat przypisywania określenia „lekarz” innym profesjom znachora, felczera, owczarza czy zielarza zwracał uwagę także Z. Witkowski w swoim artykule *Stan lecznictwa wśród ludu z okolic Krzepic*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, z. 4, s. 142.

14 H. Biegieleisen, op. cit., s. 9; S. Szpilczyński, op. cit., s. 32; Na temat etiologii chorób w lecznictwie ludowym więcej W. Piątkowski, *Spotkania z inną medycyną*, Lublin 1990, s. 13; I. Jaguś, op. cit., s. 26–27.

Była ona następstwem praktycznego podejścia ludności wiejskiej do zjawiska choroby. Jak wynikało z obserwacji, chłopów interesowała przede wszystkim skuteczność leczenia. Jeśli sprawa okazywała się chroniczna i nierokująca rychłego powrotu do zdrowia – zgodnie z ogólnie przyjętą zasadą, że „osoba chora na wsi jest nieużyteczną i zawadą w gospodarstwie”¹⁵ – często rezygnowano z dalszego leczenia, czekając na nieuchronną śmierć. Czasem tylko proszono, o czym wspominał Witkowski, o takie proszki, „aby się już wreszcie na jedną lub na drugą stronę obróciło”¹⁶. Przekonanie o małej skuteczności leczenia było dość powszechne wśród ludu wiejskiego. Twierdzono, że „każdemu naznaczono ile ma żyć, do której godziny; póty żyje a doctory nic nie pomogą na to; od mały choroby to on zdalny ale od śmierci nie wyleczy”¹⁷. W społeczności włościańskiej głównymi pacjentami były zatem dzieci i ludzie w wieku produkcyjnym. Na temat starców, szukających porady u lekarza – co wydaje się również interesujące i warte podkreślenia – niewiele zachowało się informacji. Powszechnie uważano, że „na starość lekarstwa nie ma”¹⁸, i tej zasady się trzymało.

Tego typu podejście do zjawiska choroby i dalszego leczenia stopniowo ulegało zmianie, co dało się zaobserwować w początkach XX w. Uzależnione było to jednak w dużym stopniu od zasobności finansowej włościanina, o czym w dalszej części artykułu.

Kolejną trudnością, z jaką przyszło zmierzyć się lekarzom prowincjonalnym przełomu XIX i XX w., była trwająca nadal walka o pacjenta między lekarzami a ich konkurencją, tzw. lekarzami ludowymi¹⁹, czyli babkami, felczerami, znachorami, kowalami, partaczami i innymi „wydrwigroszami rekrutującymi się z ex-postługaczy szpitalnych”²⁰. Zdarzało się, że leczeniem parali się również okoliczni księża, a nawet nauczycielki wiejskie, które wykorzystując ciemnotę i zacofanie, a przede wszystkim silną wiarę w dawne wierzenia, w dość łatwy sposób zyskały posłuch. Jak pisał Witkowski, „każda niemal wioska posiada-(ła) swego «doktora»”²¹. Czyniono to z reguły dla zarobku, niekiedy zaś z „dobrego serca”. Na temat skuteczności tego typu leczenia przekonywał się jedynie lekarz²², do którego udawano się po poradę w ostateczności, jednocześnie – jak pisano w prasie – wzywając księdza (!).

Na łamach „Czasopisma Lekarskiego” zadawano sobie pytanie, co było przyczyną takiej postawy włościan. Jedną z nich mogła być przewaga intelektualna „doktorów” nad ludem wiejskim. Zjawisko to, odczuwane przez obie strony, wymagało odpowiedniego podejścia zarówno ze strony lekarzy, jak i zmiany mentalności chłopów w stosunku do lekarza. Zdaniem Dunina²³ ludność wiejska wybierała częściej poradę u znachora czy felczera,

15 Z. Witkowski, op. cit., s. 145. Zob. też J. Słomka, *Pamiętniki włościanina, od pańszczyzny do dni dzisiejszych*, wyd. 2, Kraków 1929, s. 130–131.

16 Z. Witkowski, op. cit., s. 147.

17 *Poszukiwania – Lecznictwo ludowe*, „Wisła” t. 16, 1902, s. 425.

18 Z. Witkowski, op. cit., s. 145, 149.

19 S. Mazurek, *Jak u nas po wsiach dbają o zdrowie*, „Gazeta Świąteczna” 1882, nr 69, s. 3–4, nr 70, s. 2–3; *Leki i sposoby oszustów*, „Gazeta Świąteczna” r. 3, 1883, nr 115, s. 2; A.M., *Niby lekarz w parafii w Babicach*, „Gazeta Świąteczna” r. 3, 1883, nr 124, s. 2; M. Udziela, op. cit., s. 43–49; I. Jaguś, op. cit., s. 18–20.

20 Z. Witkowski, op. cit., s. 150.

21 Ibid., s. 150; W. Brzozowski, *Kilka uwag krytycznych o praktyce lekarskiej w śród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 4, s. 162.

22 Na temat szkodliwości leczenia ludowego pisał m.in. Franciszek Rajkowski, *Przyczynek do wiadomości o fuzlerce leczniczej u nas*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 1, s. 6–11.

23 T. Dunin, op. cit., s. 494.

gdyż miała odczuwać mniejszy dystans intelektualny. Tamci posługiwali się prostym, zrozumiałym dla włościan językiem, rozumieli ich potrzeby, byli jednymi z nich. To wszystko w mniemaniu prostego chłopca było istotne.

Drugim czynnikiem przeważającym na rzecz wyboru znachorów był zakorzeniony stereotyp „drogiej porady lekarskiej”. W rzeczywistości w badanym okresie różnica w cenie między poradą felczera a poradą lekarza nie była zbyt duża. Problemowi temu poświęcono dużo miejsca na łamach prasy, co świadczy o jego aktualności. Zdaniem Witkowskiego w początkach XX w. „honoraria lekarskie na prowincji są już tak niewielkie, że wydatek na lekarza staje się obecnie dostępnym dla najbiedniejszych”²⁴. W rzeczywistości, na co zwracali uwagę włościanie, z wizytą u lekarza wiązała się konieczność zakupu odpowiednich lekarstw u aptekarza, które, jak wspomniano, nie należały do najtańszych. W ostatecznym rozrachunku porada ta rzeczywiście mogła okazać się zbyt wysoka dla niejednego chłopca²⁵.

Zagadnienie kosztów wizyty lekarskiej jako jednego z czynników zniechęcających ludność wiejską do opieki lekarskiej wywołało obszerną dyskusję także na łamach „Czasopisma Lekarskiego”. Zdaniem Dunina pewnym rozwiązaniem problemu zbyt drogich lekarstw mogło być przepisywanie leków „tańszych” z grupy podstawowych, nie zaś sięganie do specyfików „droższych” i złożonych. Pisał wówczas:

Przekonałem się o tem osobiście, że niestety – lekarze nie tylko zawsze przepisują leki z apteki, ale co gorzej, przepisują drogie środki, których w biednej praktyce wcale używać się nie powinno np. kokainę, thioicol itp. [...] Nic dziwnego, że chory włościanin raz zapłaciwszy 60–70 kop. za lekarstwo do lekarza więcej się nie zgłosi²⁶.

Sposobem na zaradzenie problemowi była też propozycja, by w ramach wizyty lekarz sam we własnym zakresie przyrządzał prostsze preparaty lecznicze, podnosząc cenę za wizytę o jedynie 10 kopiejek. W ten sposób – zdaniem Dunina – pacjent częściej korzystałby z porad fachowca. Z drugiej zaś strony takie działanie stanowiłoby konkurencję dla felczera, a tym bardziej dla aptekarza.

Odmienne zdanie miał inny prowincjonalny lekarz, dr Franciszek Grodecki, który jako jeden z pierwszych zwrócił uwagę na przemiany zachodzące wśród włościan w postrzeganiu przez nich lekarza prowincjonalnego. W 1902 r. pisał: „wieśniak jest gotów jechać o kilka mil drogi dalej i zapłacić większe honorarium, byle tylko zasięgnąć porady u lekarza cieszącego się pewną sławą”²⁷. Podobnych obserwacji dokonał inny lekarz, dr Władysław Brzozowski, pisząc: „chłop nawet niezamożny wątpi o skuteczności zbyt taniego lekarstwa, jedzie o 3 mile dalej do apteki z wykwinniejszą ekspedycją, gdzie sływał, że biorą ze dworu”²⁸. Nie pieniądź stanowił zatem główną przeszkodę, lecz znajomość rzemiosła, a przede wszystkim życzliwość, pełen ciepła, stosunek lekarza do chorego.

24 Z. Witkowski, op. cit., s. 151–152.

25 I. Jaguś, op. cit., s. 110.

26 Z. Witkowski, op. cit., s. 151–152.

27 F. Grodecki, *Parę słów z powodu praktyki lekarskiej wśród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 4, 1902, nr 12, s. 545.

28 W. Brzozowski, op. cit., s. 160.

Propozycję Dunina Grodecki potrącał jako plan nierealny, a przede wszystkim nie poparty długoletnią praktyką. Za szkodliwe Grodecki uważał np. proponowane przez Dunina ograniczenie się do leków stosunkowo tanich dla ludu wiejskiego. Twierdził, że nie cena powinna być brana pod uwagę, a jednostka chorobowa, która wymagała takich, a nie innych medykamentów. Cenami leków powinna natomiast zająć się wyższa „instancja”, nie zaś lekarze prowincjonalni. Z kolei propozycja sporządzania leków przez lekarzy we własnym zakresie była również – w opinii Grodeckiego – nierealna, w rzeczywistości bowiem dzień pracy lekarza wypełniony był licznymi wizytami, objazdami i przyjmowaniem chorych, które musiałby ograniczyć na rzecz przygotowania leków. Podobnego zdania był dr F. Wychowski, przedstawiając w 1903 r. na łamach pisma dość mroczną wizję realizacji koncepcji Dunina²⁹.

Poziom wiedzy lekarzy prowincjonalnych. Sprawy dokształcania, czytelnictwo naukowe, towarzystwa lekarzy prowincjonalnych

Jak wspomniano, coraz częściej w artykułach prasowych badanego okresu pojawiała się potrzeba ustawicznego dokształcania, nabywania praktyki lekarskiej, a także konieczności weryfikacji stosunku lekarzy prowincjonalnych do chorego, zwłaszcza wywodzącego się z niższych warstw społecznych. Wiedzy tej nie przekazywano jednak na uniwersytetach, co postrzegano za poważne niedociągnięcie programowe ówczesnych wydziałów lekarskich. Tymczasem – jak twierdzono – psychologii należało nauczyć się w praktyce bądź od starszych, doświadczonych kolegów. W 1900 r. Biegański podkreślał wielokrotnie, że prowincjonalnego lekarza powinna cechować m.in. wyrozumiałość, wnikliwość, umiejętność słuchania chorego. Lekarz, który w zbyt powściągliwy sposób przeprowadza wywiad, ograniczając się jedynie do badania fizykalnego chorego, zdaniem Biegańskiego nie mógł liczyć na jego zaufanie. Poza tym nie tylko sposób zachowania wobec chorego był istotny. Jak wiadomo, umiejętność przeprowadzania anamnezy w przypadku ludu wiejskiego wymagała posiadania określonego zasobu wiedzy na temat danej społeczności, jej języka, kultury i obyczajów. Na przykład samo określenie pojęcia „czasu” wśród włościan często interpretowano odmiennie używając pojęć takich jak np. „przed żniwami”, „po wykopkach”, „na święta” itp. Ponadto charakterystyczna była wówczas własna interpretacja objawów chorobowych, zakorzeniona w dawnych, ludowych wierzeniach, stąd też często pojawiały się określenia o rzekomym „wzburzeniu macicy”, o „robakach w środku” czy o „trzepoczącej w człowieku krwi”³⁰. Cechą charakterystyczną ludu wiejskiego był również fakt, że nie znając zasad budowy ani fizjologii organizmu, często bagatelizowano oznaki choroby, które nie dając uciążliwych objawów, postrzegane były za coś naturalnego. Powinnością lekarza było zatem dogłębne przeprowadzenie wywiadu z chorym, co z kolei miało przynosić tę korzyść dla pacjenta, że czuł się wysłuchany. Równie istotna była też m.in. podatność chorego na sugestie środowiska oraz charakterystyczny dla chłopów jego tzw. upór. Te dwie cechy zgoła przeciwstawne – jak podkreślał Biegański – były z jednej

29 F. Wychowski, *W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 1, s. 16.

30 W. Biegański, op. cit., s. 237.

strony „dobrodziejstwem”, z drugiej zaś przekleństwem terapeuty. Równie skutecznie bowiem mogli działać na rozum chłopu ludowi terapeuci³¹. Zdaniem Biegańskiego wystarczyło poznać psychologię rozumowania prostego człowieka z ludu, by zyskać jego zaufanie w skuteczność terapii lekarskiej.

Inną, równie ważną kwestią była etyka lekarska. W 1900 r. Biegański pisał: „postępowanie lekarza z ludem wymaga wiele taktu. Nie należy nigdy fukać ani z góry po pańsku traktować ludzi z tej sfery”³². Wystarczyło zachować powagę ze stanowczością, ale też wyrozumiałością, nie pozwalać sobie na drobne żarty czy na okazywanie wątpliwości. Wszystko to mogło obrócić się przeciw zaufaniu do prawdziwego terapeuty. Podobnego zdania byli inni lekarze prowincjonalni: Franciszek Grodecki, Franciszek Wychowski, czy Antoni Kędziński. Ten ostatni zwracał uwagę na młodych lekarzy, którzy – w jego opinii – przepaść między ludem a nimi jeszcze bardziej potęgowali i

wypuszczani z pod stempla uniwersyteckiego, bez znajomości ludu, jego wierzeń, jego medycyny. Sztywnością mieszczańską odstraszą prostaków – z wysokości kliniki paru suchymi słowami załatwiają pacjentów i dziwią się, że lud im nie ufa³³.

Sprawa ustawicznego doksztalcania lekarzy dotyczyła nie tylko psychologii i dzisiejszego kulturoznawstwa, lecz także nauk medycznych. Młody lekarz, opuszczający uniwersytet, nie posiadał praktyki, a jego wiedza ograniczona była często do niezbędnych wykładów i ćwiczeń uwzględnianych w programach nauczania. Sytuacja ta aktualna była jeszcze kilka lat później, kiedy to w 1914 r. w ankiecie przeprowadzonej przez dr. Witolda Chodźkę większość lekarzy-respondentów przyznawała się nie tylko do braków z wiedzy ogólnej, nauk przyrodniczych, społecznych, lecz także z filozofii i logiki. W dziedzinie nauk lekarskich sytuacja wyglądała podobnie. Zdawano sobie sprawę z zaległości w zakresie wiedzy teoretycznej, diagnostycznej czy laboratoryjnej. Lekarzom prowincjonalnym jak stwierdzał Chodźko,

najdotkliwiej daje się odczuwać niedostateczna znajomość praktycznego położnictwa i operacji położniczych, małe obeznanie z praktyczną pedjatrią [...] bardzo powierzchowna znajomość niektórych specjalności jak okulistyki, laryngologii, chorób przemiany materji, chorób umysłowych i nerwowych a nade wszystko niedostateczna sprawność w zakresie tak niezbędnej dla lekarza prow. chirurgji³⁴.

Ta ostatnia specjalność szczególnie była przydatna wśród ludu wiejskiego. W 1914 r. pisano, że umiejętność akuszerii czy zdolność wykonania prostych zabiegów chirurgicznych, do których należało nie tylko usuwanie kaszaków, pryszczycy i przecinania wrzodów, ale też usuwanie guzów niezłośliwych, wyłuszczenie gruczołów limfatycznych, wszelkiego typu amputacje palców i kończyn, herniotomie przy świeżo uwięźniętej przepuklinie, amputacje jąder, torakotomie bez wycięcia żeber – modo Orzeł – lub z resekcją

31 Ibid., s. 239.

32 Ibid., s. 240.

33 A. Kędziński, *Uwagi z powodu artykułu Dra Dunina: W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 1, s. 12.

34 W. Chodźko, *Braki w wykształceniu lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego i środki zaradzenia temu*, [w:] *Pamiętnik II Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych w dn. 31 maja – 1 czerwca 1914 r.*, Lublin 1914, s. 68–69.

żeber przy ropotoku, tyżeczowanie macic, przyniosłoby satysfakcję nie tylko wykonującym³⁵.

Tymczasem rzeczywistość niosła wyzwania. Na prowincji młody lekarz pozostawiony był zazwyczaj swojemu losowi, wiedzę mógł poszerzać jedynie z książek czy publikacji fachowych – o ile je posiadał, a także jeżeli wystarczało mu czasu. W praktyce, o czym donoszono niejednokrotnie na zebraniach kół lekarzy prowincjonalnych, taki lekarz nie tylko nie posiadał niezbędnych podręczników czy czasopism, lecz także nie dysponował wolnym czasem, a ponadto jego fundusze były dość okrojone. Poza tym lekarz prowincjonalny zazwyczaj miał również obowiązki rodzinne, co zmuszało go z reguły do przewartościowania priorytetów, należało bowiem wyżywić i wykształcić własne dzieci. Tak więc na rozwój własny, nie mówiąc już o naukowym, nie starczało czasu. Sytuacja ta nie tylko hamowała twórcze zapędy naukowe, lecz także doprowadzała do zgorzknienia i apatii medyków³⁶. Brak wiedzy w danym przypadku, pogłębiające się wątpliwości co do dalszych rokowań, a tym samym nieskuteczność leczenia, mogła obrócić się przeciwko lekarzowi, którego wizerunek w oczach ludu wiejskiego bardzo szybko mógł być zachwiany. Nie tylko on sam tracił zaufanie do pacjentów, lecz też lud wiejski, utwierdzając się w przekonaniu o „niemocy” medycyny, często udawał się o poradę do innych „doktorów”³⁷. Tymczasem, jak pisał Grodecki w pierwszych latach XX w., „nauka nie stoi w miejscu, a nawet szeregowcy prowincjonalni kroczyć za nią winni”³⁸. Jednym ze sposobów zaradzenia całkowitemu zgorzknieniu i apatii – zdaniem Grodeckiego – było m.in. systematyczne prowadzenie dokumentacji wizyt lekarskich. W specjalnej księdze chorych należało bowiem możliwie jak najobszerniej opisywać poszczególne przypadki, uwzględniając wiek, pochodzenie, charakterystyczne objawy i leczenie, a także warunki sanitarno-higieniczne otoczenia pacjenta. Po latach, a nawet po roku, ów dorobek stanowił pokaźny materiał naukowo-badawczy, który można było wykorzystać w dalszej pracy naukowej. Poza tym prowadzenie księgi pozwalało na dokładniejszą obserwację środowiska chorego na przestrzeni dłuższego okresu.

Odczuwano więc potrzebę ustawicznego dokształcania. Ważną rolę w tej kwestii miały odegrać kursy, o które nieustannie apelowano na łamach czasopism. Pewną płaszczyznę konfrontacji wiedzy medycznej mogły zagwarantować też regionalne towarzystwa lekarskie (płockie, kaliskie, łódzkie, częstochowskie, radomskie), o których istnieniu i czynnej aktywności donoszono na łamach prasy medycznej. Zdarzały się przypadki organizowania tzw. narad, czyli konferencji, które miały przynieść wiele korzyści intelektualnych zgromadzonym uczestnikom. Na jednej z nich, poświęconej „higienie prowincji”, zorganizowanej w Warszawie w kwietniu 1903 r. przez Towarzystwo Higieniczne, liczba zgromadzonych gości, pomimo konieczności poniesienia kosztów podróży (jak podkreślano w sprawozdaniu³⁹), sięgać miała ponad 70 uczestników. Podkreślano żywołowość dyskusji, bogatą tematykę wystąpień, która bezpośrednio dotyczyła zainteresowanych.

35 L. Wiśniewski, *Dlaczego lud prosty dotąd mało się leczy*, [w:] *Pamiętnik II Zjazdu*, s. 150.

36 A. Rząd, *W sprawie organizacji pracy lekarskiej na prowincji*, „Czasopismo Lekarskie” t. 7, 1905, nr 7–10, s. 305.

37 W. Brzozowski, op. cit., s. 161.

38 F. Grodecki, op. cit., s. 547.

39 S. Sterling, *O naradach nad higieną prowincji*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr. 6, s. 233–239.

Według Biegańskiego⁴⁰ waga tych towarzystw miała bardzo istotne znaczenie dla zrzeszonych w nich lekarzy prowincjonalnych. Jak pisał w 1901 r., miały dbać nie o rozwój naukowy medycyny, lecz o doskonalenie fachowe swoich członków. Towarzystwa te winny służyć wzajemną pomocą, radą. Powinny być zaopatrzone w bogatą czytelnię naukową oraz odpowiednio wyposażone pracownie laboratoryjne. Równie ważnym, jeśli nie najistotniejszym ich celem, było odbywanie wspólnych posiedzeń naukowych podczas, których prezentowano by interesujące przypadki kazuistyczne, zajmowano się problemami społecznymi.

Żywe słowo ma to do siebie – pisał Biegański – że mocniej wdraża się w umysł, że porusza nie tylko struny logicznego myślenia, lecz wywołuje takie oddźwięki w uczuciowej stronie naszego jestestwa. Dlatego też żywe słowo potrafi daleko łatwiej, aniżeli książka, obudzić zamiłowanie do pewnej sprawy, a takie uczucie zamiłowania stanowi ważną dźwignię w naszym kształceniu się⁴¹.

Zatrzymajmy się chwilę przy kwestii czytelnictwa naukowego lekarskiego, które to zagadnienie odgrywać miało szczególną rolę w przypadku lekarzy wolnopraktykujących. W 1908 r. Biegański zwrócił uwagę na potrzebę stałego pogłębiania wiedzy poprzez lekturę naukową i nie tylko tę przypadkową w czytelniach naukowych – apelował do systematycznego czytelnictwa przez zakup książek i podręczników do własnych, domowych bibliotek. Istotą rzeczy była jednak umiejętność „właściwego” czytania i zdobywania wiedzy. Uwagi te autor kierował zwłaszcza do młodych adeptów sztuki lekarskiej. Według niego lektura czasopism czy nawet podręczników „od deski do deski”, jak się wyraził, nie służyła niczemu, po pierwszym bowiem zachłyśnięciu się wiedzą w nich przekazaną, bardzo szybko ona ulatuje⁴². Zdaniem Biegańskiego nieumiejętność i bezplanowość czytania bardzo szybko doprowadzała do zniechęcenia. Zarzucano czytelnictwo, ograniczając się jedynie do czasopism, i to najczęściej rubryk informacyjnych. Tymczasem do podręczników należało podchodzić systematycznie – zwłaszcza do większych dzieł o ogólnej tematyce, nieprzeładowanych przykładami – by możliwe było wyciągnięcie ogólnych wniosków. Istotne było też czytanie „urywkowe”, czyli zagadnieniowe, związane z jakimś interesującym przypadkiem czy zdarzeniem, którego lekarz sam doświadczył bądź zaobserwował. Do tego rodzaju czytelnictwa potrzebne było posiadanie własnych bibliotek, by móc za każdym razem wrócić do danej pozycji i jeszcze raz z nią się zapoznać. Biegański pisał:

Biblioteka podręczna musi być własną, nie zastąpią ją nigdy żadne biblioteki wspólne, zakładane przy towarzystwach lekarskich. Z takich bibliotek można co najwyżej czerpać książki dla systematycznego czytania, ale dla urywkowego czytania musimy mieć książki własne, a to w celu żeby z nich w każdej chwili korzystać można było [...] W miarę tego jak poglądy zmieniają się i powstają nowe zdobycze nauki, trzeba starsze wydania zmieniać nowymi lub też nabywać odpowiednie nowości⁴³.

40 W. Biegański, *O zadaniach towarzystw lekarskich prowincjonalnych*, „Czasopismo Lekarskie” t. 3, 1901, nr 10, s. 337–345.

41 Ibid., s. 339.

42 W. Biegański, *Co i jak lekarz czytać powinien?*, „Czasopismo Lekarskie” t. 10, 1908, nr 10, s. 357–369.

43 Ibid., s. 378.

Istotna była też kwestia krytycznego podejścia do tematu, rozwój medycyny bowiem szybko postępował tak szybko, że opisana metoda czy to badania, czy leczenia mogła okazać się już niewłaściwa, albo co najmniej przestarzała. Wszystkie powyższe uwagi były istotne zwłaszcza dla młodych lekarzy, którzy zamierali związać się na stałe z prowincją.

Pierwsze próby organizacji zespołowej pomocy lekarskiej na prowincji

Posiadanie technicznych umiejętności, wiedza lekarska, a także wieloletnie doświadczenie czy nawet umiejętność zdobycia zaufania ludu wiejskiego niewiele znaczyły w ztknięciu z poważnymi przypadkami chorobowymi. Do tego potrzebna była współpraca z innymi specjalistami, a zatem odpowiednia organizacja pomocy lekarskiej na prowincji⁴⁴, uwzględniająca nagłe stany, a przede wszystkim wyposażająca lekarzy w niezbędne do tego instrumenty czy laboratoria. Na łamach fachowej prasy medycznej coraz częściej zwracano uwagę na potrzebę tworzenia małych szpitali regionalnych, które rozwiązywałyby w pewnym stopniu tę kwestię. Tego typu postulaty nie były czymś nowym. Pisał o tym już w 1872 r. w czasopiśmie „Przegląd Lekarski” dr Gustaw Doliński, prezentując wówczas po raz pierwszy własny projekt tworzenia tzw. szpitali gminnych⁴⁵. Do tematu szpitali powrócił w 1902 r. na łamach „Czasopisma Lekarskiego” dr Józef Idźkowski pisząc:

Sieć szpitali małych na prowincyi zabezpiecz[yłaby] pomoc lekarską wczesną, a w trudnych przypadkach ułatwi[łaby] takie przygotowanie i zaopatrzenie chorych, by ci skierowani do szpitali centralnych nie tylko zjawiali się tam jako „materiał” do badań naukowych, lecz mogli korzystać z pomocy lekarzy wielkomiejskich z pożytkiem⁴⁶.

W wielu przypadkach były to jednak tylko hasła. Sprawę obecności szpitali na prowincji, ich organizacji i finansowania, poruszył w tym samym roku także dr A. Zalewski⁴⁷. Według niego istnienie szpitali gminnych było sprawą konieczną. Oprócz dziesięciu łóżek powinny być przygotowane także tzw. łóżka dla zakaźnych w liczbie ok. pięciu. Lekarz do pomocy miałby mieć przydzielonego felczera oraz akuszerkę. W tym przypadku urządzenie punktów ambulatoryjnych, o których wspominał dr Witold Eichler⁴⁸, byłoby zbędne i czasochłonne. Do obowiązków lekarza należałoby również sprawowanie nadzoru higieniczno-lekarskiego nad szkołami, dopóki nie powstanie instytucja lekarzy-higienistów⁴⁹. Kolejne szczeble organizacji uwzględniać miały tworzenie szpitali powiatowych

44 Projekty organizacji pomocy lekarskiej także dla ludności wiejskiej w poszczególnych guberniach zgłaszali pod koniec XIX w. na łamach „Kroniki Lekarskiej” lekarze i inspektorzy lekarscy poszczególnych guberni m.in. lubelskiej, warszawskiej, kieleckiej czy plockiej. *Organizacja pomocy lekarskiej w guberni warszawskiej*, „Kronika Lekarska” r. 19, 1898, nr 20, s. 888–893.

45 G. Doliński, *Lekarze gminni*, „Przegląd Lekarski” r. 11, 1872, nr 43, s. 402–403, nr 45, s. 418–420, nr 47, s. 434–436, nr 50, s. 458–462.

46 J. Idźkowski, *Mały szpital ludowy*, „Czasopismo Lekarskie” t. 4, 1902, nr 1, s. 4.

47 A. Zalewski, *Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacji plockiej*, „Czasopismo Lekarskie” t. 4, 1902, nr 3, s. 109–117.

48 W. Eichler, *Parę słów w kwestyi urządzania stałej pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 2, s. 69.

49 A. Zalewski, op. cit., s. 115–116.

i gubernialnych, odpowiednio poszerzonych o specjalistów z różnych dziedzin medycyny, upaństwowienie aptek, a przynajmniej tworzenie gubernialnych składów aptecznych, co w znacznym stopniu miało ograniczyć koszty środków farmaceutycznych. Należało również rozważyć organizowanie przytułków dla nieuleczalnych, sanatoria dla „suchotników” czy domów wychowawczych dla podrzutek. Niezwykle istotną sprawą dla lekarzy wolnopracujących była też higiena otoczenia, zaopatrywanie miasteczek i wsi w dobrą wodę, zapobieganie zanieczyszczeniu wód, usuwanie nieczystości, dbanie o higienę żywienia itp. Podjęcie akcji w tego typu zamierzeniach wymagało wspólnych zespołowych działań, w których rola lekarza była decydująca. W większych miasteczkach zamierzano z inicjatywy lekarza miejskiego promować zdrowy styl życia poprzez organizowanie ruchomych wystaw higienicznych dla ludności, drukowanie broszurek popularnych na temat alkoholizmu, gruźlicy, pielęgnowania niemowląt⁵⁰.

Jednym ze sposobów rozwiązywania problemów zdrowotnych na prowincji były też inicjatywy społeczne, polegające m.in. na organizowaniu punktów lekarskich i tzw. obwoźeniu lekarza w określonym czasie po poszczególnych wsiach. Inicjatorem jednej z nich, opisanych na łamach miesięcznika w 1903 r., miał być dr Witold Eichler z Międzyrzyczca, który po rozmowie z aptekarzem i księdzem organizował okresowe wizyty wśród mieszkańców.

Problemy materialne lekarzy prowincjonalnych

Jak wspomniano, potrzeby lekarzy prowincjonalnych dotyczyły również sfery życia prywatnego, a właściwie warunków finansowych, które dalekie były od ideału, jaki prezentować miały pod koniec XIX w. prowincje nadbałtyckie⁵¹. Na ziemiach polskich, jak wynikało z doniesień prasowych, stawki za wizyty lekarskie nie uległy zmianie od 1846 r., podczas gdy wydatki na środki żywnościowe wzrosły od tego czasu pięć- czy sześćkrotnie. Zatem należało znacznie więcej pracować, by podołać obowiązkowi rodzinnym. Sytuacja stawała się poważna w przypadku pojawienia się choroby w rodzinie lekarza, czy nawet choroby samego lekarza – jedyne go żywiciela rodziny. Brak zaplecza material-

50 *Towarzystwa Lekarskie Prowincjonalne* „Czasopismo Lekarskie” t. 6, 1904, nr. 2, s. 84.

51 Na tamtejszych terenach w połowie XIX w. wprowadzony został urząd lekarza wiejskiego, finansowany ze środków gminy i jej mieszkańców w stosunku proporcjonalnym do pozycji społecznej. Lekarz wiejski zagwarantowany miał tzw. doktorat, co w języku niemieckim miało oznaczać wówczas mieszanie na wsi dla lekarza. Liczba pacjentów znajdująca się pod opieką tegoż lekarza sięgała ok. 8 tys. osób. Pensja lekarza ustalana była przez okręgowy konwent (w jego skład wchodził przedstawiciele wszystkich warstw społecznych). Od szlachty ściągano 80 rubli, od dzierżawców 30, od chłopów po 10 kopiejek od mężczyzny (kobiety i dzieci nie były rozliczane) w skali roku. Podstawowa pensja roczna lekarza wynosiła ok. 1000 rb. Dochodziły do tego zyski z ewentualnego prowadzenia apteki, dochody ze szpitala wiejskiego, dochody z operacji chirurgicznych i położniczych, ze szczepień ospy oraz od osób prywatnych nieuwzględnionych w spisie pacjentów. Oprócz powyższego, jak donosił autor artykułu, lekarz wiejski otrzymywał od właścicieli majątku wspomniany dom mieszkalny z ogródkiem i kawałkiem ziemi, stajnię, dwa konie, dwie krowy, wozownię, drwalnię, piwnicę i lodownię. Dodatkowo lekarz zapewnioną miał zawsze odpowiednią ilość furazu dla koni i krów oraz drewno na opał. Obowiązkiem lekarza było bezpłatne leczenie pacjentów, pobierając jedynie opłatę za lekarstwo, wspomniane operacje i szczepienia. W przypadku konieczności odwiedzin w domu chorego, tenże chory bądź jego rodzina mieli zapewnić lekarzowi we własnym zakresie transport. Jak można było się spodziewać, kultura zdrowotna tamtejszej ludności stała na dużo wyższym poziomie niż na ziemiach polskich, nie było bowiem potrzeby szukania pomocy domorosłych lekarzy. Zob. W. Piotrowski, *O lekarzach wiejskich*, „Medycyna” t. 10, 1882, nr 34, s. 573–576.

nego bardzo prędko doprowadzał rodzinę lekarza do ubóstwa. Pewnym rozwiązaniem miało być podwyższenie taksy lekarskiej, a także wprowadzenie ubezpieczeń na wypadek choroby lekarza czy kas samopomocy, które stanowiłyby zabezpieczenie dla najbliższych. Propozycję wzrostu płac lekarzy, na łamach „Czasopisma Lekarskiego” postulował w 1908 r. m.in. dr Antoni Rytzel, proponując konkretne rozwiązanie:

- za poradę dzienną w domu lekarza za pierwszą najmniej 1 rb., 50 kop., za następne 1 rb.,
- za wizytę pierwszą w obrębie miasta w dzień, tj. 8–20 – najmniej 2 rb., za następną 1 rb. 50 kop.,
- za rogakami w odległości 2 wiorst miałyby obowiązywać taksa podwójna,
- za wezwanie w nocy, tj. 20–8 rano – taksa potrójna,
- za leczenie jednocześnie kilku chorych w jednym mieszkaniu wynagrodzenie od każdego chorego, za udzielenie zaś porady kilku pacjentom z rodziny – połowa taksy,
- za konsultację z innym lekarzem – taksa podwójna dla każdego lekarza,
- za badanie położnicze – 3 rb.,
- pomoc akuszerska i zabiegi chirurgiczne wg umowy⁵².

Sprawę ujednoczenia tzw. taksy lekarskiej poruszano też w kolejnych latach na łamach innych czasopism medycznych. W 1911 r. zdaniem dr. Adolfa Klęska⁵³ potrzeba wprowadzenia tzw. cennika była bardzo istotna, jednak jej wprowadzenie, jak się wyraził, utrudniać mieli sami lekarze swoim niekiedy filantropijnym postępowaniem, niesolidarnością zawodową, a przede wszystkim nieegzekwowaniem podanych taryf. Wszystko to powodowało zamieszanie wśród pacjentów, których zdaniem udzielenie porady i wypisanie recepty nie powinno być tak drogie, jak ich własna praca na roli.

O trudnościach finansowych lekarzy pisał również dr Adam Jarosiński w 1908 r., który na przykładzie własnej prowincji zaprezentował wyliczenia. Wynikało z nich, że osiągnięcie rocznego dochodu w wysokości 3 tys. rb. w przypadku lekarza prowincjonalnego było „niedoścignioną mrzonką”, choć biorąc pod uwagę liczebność pacjentów nie niemożliwą. Jednak, jak wspomniano, nie wszyscy byli potencjalnymi pacjentami medyka. Tymczasem owe 3 tys. rb. stanowiło zaledwie optymalną sumę, za którą można byłoby godnie funkcjonować, wliczając w to utrzymanie rodziny, kształcenie własnych dzieci i rozwój naukowy, a więc zakup książek przyrządów i „miesięczny co lat parę wypoczynek”⁵⁴. Rzeczywistość wyglądała odmiennie. Opłaty za wizytę lekarską, wynoszące ok. 50 kop., były w wielu przypadkach sumą zbyt wygórowaną. Próbowano targowania się, co było charakterystyczne zwłaszcza w przypadku środowiska żydowskiego, a także bogatych dziedziców, próbujących zaoszczędzić na zdrowiu parobka⁵⁵. Według Jarosińskiego większość z osiedlających się na prowincji lekarzy zarobione pieniądze, zwłaszcza w pierwszych latach swej praktyki, przeznaczało na spłatę długów zaciągniętych w okresie studenckim.

52 A. Rytzel, *Kilka słów o proletariacie lekarskim i unormowaniu taksy lekarskiej*, „Czasopismo Lekarskie” t. 10, 1908, nr 6, s. 257.

53 A. Klęsk, *Dlaczego wszyscy podnoszą swe taksy i ceny i publiczność się na to zgadza, a tylko przy lekarskich taryfach, w razie podwyższenia ich stawia opór?*, „Nowiny Lekarskie” r. 23, 1911, nr 3, s. 176–177.

54 A. Jarosiński, *Stanowisko i byt lekarza prowincjonalnego u nas*, „Czasopismo Lekarskie” t. 10, 1908, nr 7–8, s. 306.

55 *Ibid.*, s. 308.

Po latach, kiedy sytuacja wydawała się wyrównana, a roczne pobory dochodziły – jak twierdził Jarosiński – maksymalnie do 2,5 tys. rb., „nadchodził rok 46-ty, to jest przeciętny wiek życia lekarza i śmierć czyni(-ła) kres wszelkim zabiegom”⁵⁶. Wizja ta, być może okrutna, poparta była jednak dłuższą obserwacją tego zjawiska. Na prowincji lekarze żyli, krócej i umierali najczęściej na choroby zakaźne, zarażając się od pacjentów. Ich wiek rzadko kiedy przekraczał 60 lat, a zdarzały się też zgony lekarzy w wieku 48, a nawet i 25 lat. Przyczyną był wówczas najczęściej tyfus, zapalenie płuc, gruźlica, a nawet wodowstręt, czyli wścieklizna⁵⁷. Jarosiński apelował o tworzenie kas zapomogowo-pożyczkowych, funduszy pogrzebowych, które to kwestie poddawał pod rozagę gronu lekarskiemu. Zanim jednak zagadnienie zostanie uregulowane, Jarosiński proponował żonie lekarza, aby ta na wszelki wypadek kupiła sobie maszynę do szycia i nauczyła się przyodzabiać kapelusze. Umiejętność ta miała bowiem stanowić jej zabezpieczenie na wypadek śmierci męża.

Warto wspomnieć o jeszcze jednym problemie odczuwanym przez lekarzy prowincjonalnych w badanym okresie. Dość często w cytowanych artykułach przewijała się kwestia stosunku koleżeńskiego lekarzy z większych miast i lekarzy szpitalnych do tych z prowincji. Ci ostatni mieli być gorzej traktowani przez miastowych. W 1900 r. dr Antoni Troczewski⁵⁸ zwracał uwagę na ten problem, wypowiadając się w kwestii tzw. „partactwa prowincjonalnego”, przypisywanego lekarzom na prowincji jako przejawu ich rzekomej nieudolności i braku wiedzy medycznej. Określenie to było skutkiem niezajomości realiów życia społecznego na prowincji, a przede wszystkim specyfiki zachowań ludu wiejskiego, który – jak stwierdzał autor – wcześniej często leczony przez domorosłych lekarzy i felczerów, w skrajnych przypadkach decydował się na wizytę u lekarza miasteczkowego. Zatajał jednak przed nim wcześniejszą historię choroby, obwiniając głównie lekarza prowincjonalnego za swój obecny stan zdrowia. Opinia ta, wielokrotnie powtarzana, nieweryfikowana przez młodych wielkomiejskich medyków, utrwałała się w środowisku lekarskim, przynosząc szkodę wizerunkowi lekarzy prowincjonalnych. Czyniono to, zdaniem Troczewskiego, nie tylko przez lekkomyślność i krótkowzroczność, lecz też „w celach konkurencyjnych starają się wyrabiać jaknajgorszą opinię lekarzom prowincjonalnym”⁵⁹. W 1901 r. Biegański zwracał też uwagę na to zjawisko. Pisał:

nigdzie bowiem nie spotykamy tak często niesnasek, zatargów a nawet wrogich nieraz stosunków, jak wśród lekarzy w małych miasteczkach. Stało się przecież niejako ogólnym prawidłem, że jeśli w mieście jest dwóch lekarzy, to muszą oni być nieprzyjaźnie do siebie usposobieni⁶⁰.

Źródłem konfliktów często miały być niepoparte dowodami plotki międzysąsiedzkie. Wyjaśnianiem ich winny zająć się towarzystwa lekarskie. Sprawy zaś dotyczące etyki lekarskiej należało zlecać do rozpatrzenia specjalnym sądom koleżeńskim. Jeszcze w 1908 r.

56 Ibid., s. 306.

57 Podobnie rzecz prezentowała się wcześniej, na przełomie XIX i XX w. o czym wspominało na łamach „Prawdy”. Zob. *Lekarze na prowincji*, „Prawda” r. 19, 1899, nr 13, s. 146–147.

58 A. Troczewski, *W sprawie lekarzy prowincjonalnych słów kilka*, „Czasopismo Lekarskie” t. 2, 1900, nr 7, s. 276–281.

59 Ibid., s. 278.

60 W. Biegański, *O zadaniach towarzystw lekarskich*, s. 342.

Jarosiński apelował, pisząc: „Drobnych nieporozumień i gry małych ambicijek pomiędzy nami być nie powinno”⁶¹.

Na zakończenie należy jeszcze raz podkreślić, że lekarzem prowincjonalnym powinien być lekarz posiadający ogrom wiedzy z każdej dziedziny medycyny, posiadający też praktykę i chęć służenia innym. Jak twierdził jeden z profesorów berneńskiego uniwersytetu, prof. Hermann Sahli, ideałem lekarza był właśnie lekarz wiejski⁶². Pozostawiony sam sobie, pełniący nie tylko rolę lekarza, lecz też higienisty, lekarza szkolnego, oświatowca, propagatora medycyny społecznej. Za swą pracę powinien być godziwie wynagradzany, a i warunki pracy winny być tak stworzone, by mógł służyć społeczeństwu jak najdłużej. Tymczasem w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX w. rzeczywistość była odmienna. Nie tylko nie było warunków materialnych, lecz także zasób wiedzy młodych adeptów sztuki lekarskiej pozostawiał wiele do życzenia. Należało bowiem oprócz zmian w programach uniwersyteckich wprowadzić przede wszystkim obowiązkowy staż szpitalny dla tych, którzy zamierzali osiąść na prowincji. Postulaty te coraz częściej poddawano pod dyskusję, coraz częściej też zwracano na nie uwagę. Ich realizacja wymagała jednak czasu. Do tego momentu zaś rolę konsultanta spełniać miały prowincjonalne towarzystwa lekarskie, których głównym celem, według Biegańskiego, miała być działalność dydaktyczna nie zaś naukowa⁶³.

Bibliografia

Źródła

- A.M., *Niby lekarz w parafji w Babicach*, „Gazeta Świąteczna” r. 3, 1883, nr 124.
- Biegański W., *Kilka słów o praktyce lekarskiej wśród ludu naszego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 2, 1900, nr 7.
- Biegański W., *O zadaniach towarzystw lekarskich prowincjonalnych*, „Czasopismo Lekarskie” t. 3, 1901, nr 10.
- Biegański W., *Co i jak lekarz czytać powinien?*, „Czasopismo Lekarskie” t. 10, 1908, nr 10.
- Organizacja pomocy lekarskiej w guberni warszawskiej*, „Kronika Lekarska” r. 19, 1898, nr 20.
- Biegieleisen H., *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków 1929.
- Brzozowski, W. *Kilka uwag krytycznych o praktyce lekarskiej w śród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 4.
- Doliński G., *Lekarze gminni*, „Przegląd Lekarski” r. 11, 1872, nr 43, s. 402–403, nr 45, s. 418–420, nr 47, s. 434–436, nr 50, s. 458–462.
- Dunin T., *Parę słów w sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 4, 1902, nr 11.
- Eichler W., *Parę słów w kwestyi urządzania stałej pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 2.
- Grodecki F., *Parę słów z powodu praktyki lekarskiej wśród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 4, 1902, nr 12.

61 A. Jarosiński, op. cit., s. 309.

62 Ibid., s. 304.

63 W. Biegański, *O zadaniach towarzystw lekarskich*, s. 338.

- Idźkowski J., *Mały szpital ludowy*, t. 4, „Czasopismo Lekarskie” 1902, nr 1.
- Jarosiński A., *Stanowisko i byt lekarza prowincjonalnego u nas*, „Czasopismo Lekarskie” t. 10, 1908, nr 7–8.
- Kędzierski A., *Uwagi z powodu artykułu Dra Dunina: W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 1.
- Kłęsk A., *Dlaczego wszyscy podnoszą swe taksy i ceny i publiczność się na to zgadza, a tylko przy lekarskich taryfach, w razie podwyższenia ich stawia opór?*, „Nowiny Lekarskie” r. 23, 1911, nr 3.
- Lekarze na prowincji*, „Prawda” r. 19, 1899, nr 13.
- Leki i sposoby oszustów*, „Gazeta Świąteczna” r. 3, 1883, nr 115.
- Mazurek S., *Jak u nas po wsiach dbają o zdrowie*, „Gazeta Świąteczna” 1882, nr 69, s. 3–4, nr 70, s. 2–3.
- Pamiętnik II Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych w dn. 31 maja – 1 czerwca 1914 r.*, Lublin 1914.
- Piotrowski W., *O lekarzach wiejskich*, „Medycyna” t. 10, 1882, nr 34.
- Podciechowski A., *Stół do porodu w chacie wiejskiej*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 6.
- Poszukiwania – Lecznictwo ludowe*, „Wista” t. 16, 1902.
- Rajkowski F., *Przyczynek do wiadomości o fuzlerce leczniczej u nas*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 1.
- Ryttel A., *Kilka słów o proletariacie lekarskim i unormowaniu taksy lekarskiej*, „Czasopismo Lekarskie” t. 10, 1908, nr 6.
- Rząd A., *W sprawie organizacji pracy lekarskiej na prowincji*, „Czasopismo Lekarskie” t. 7, 1905, nr 7–10.
- Słomka J., *Pamiętniki włościanina, od pańszczyzny do dni dzisiejszych*, Kraków 1912.
- Słomka J., *Pamiętniki włościanina, od pańszczyzny do dni dzisiejszych*, wyd. 2, Kraków 1929.
- Sterling S., *O naradach nad higieną prowincji*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 6.
- Troczewski A., *W sprawie lekarzy prowincjonalnych słów kilka*, „Czasopismo Lekarskie” t. 2, 1900, nr 7.
- Udziela M., *Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego*, Warszawa 1891.
- Witkowski Z., *Stan lecznictwa wśród ludu z okolic Krzepic*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, z. 4.
- Wychowski F., *W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego*, „Czasopismo Lekarskie” t. 5, 1903, nr 1.
- Zalewski A., *Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacji płockiej*, „Czasopismo Lekarskie” t. 4, 1902, nr 3.
- Znachorki i potrzeba akuszerki gminnych*, „Gazeta Świąteczna” r. 3, 1883, nr 117.

Literatura przedmiotu

- Historia Polski w liczbach*, Warszawa 2003.
- Historia wydziałów lekarskich w Polsce*, khm.cm-uj.krakow.pl/historia-wydzialow-lekarskich-w-polsce [dostęp 24.01.2020]
- Libera Z., *Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX–XX wieku*, Wrocław 2003.
- Jaguś I., *Lecznictwo ludowe w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, Kielce 2002.

Jeszke J., *Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX w.*, Wrocław 1996.

Piątkowski W., *Spotkania z inną medycyną*, Lublin 1990.

Słownik lekarzy polskich XIX w., red. P. Szarejko, Warszawa 1991.

Szpilczyński S., *Z dziejów przesądu i zabobonu w lecznictwie*, Warszawa 1956.

dr hab. n. hum. **Magdalena Paciorek**, historyk, historyk medycyny, pracownik naukowej Sekcji Historii Nauk Medycznych IHN PAN. Zainteresowania: historia medycyny polskiej XIX i XX w. ze szczególnym uwzględnieniem okresu powojennego. Autorka m.in. monografii: *Higiena dzieci i młodzieży w polskim czasopiśmiennictwie medycznym okresu międzywojennego* (2010), *Studenci wydziałów lekarskich w Polsce w latach 1944/1945–1948/1949. Kształtowanie i rozwój środowiska* (2016)
e-mail: magda.pa@op.pl

Data zgłoszenia artykułu: 30 grudnia 2019

Data przyjęcia do druku: 22 marca 2020