

Podgórska-Klawe, Zofia

W warszawskich szpitalach - ewolucja roli lekarza szpitalnego

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 55/3-4, 27-36

2010

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Zofia Podgórska –Klawe
Instytut Historii Nauki PAN
Warszawa

W WARSZAWSKICH SZPITALACH – EWOLUCJA ROLI LEKARZA SZPITALNEGO

Postrzeganie funkcji lekarza szpitalnego, od samych początków jej wyodrębnienia się z ogółu lekarskich zadań i obowiązków, podlegało w ciągu wieków różnym modyfikacjom, związanym przede wszystkim z ewolucją wiedzy medycznej, ewolucją pozycji lekarzy w społeczeństwie a także funkcji i organizacji samych szpitali. Droga do takiej pozycji i takiej roli, jaką miał i pełnił lekarz szpitalny w czasach, kiedy był nim także i Chałubiński, trwała długie lata, a nie był to jeszcze koniec przemian.

Europejskie szpitale, od pierwszych o nich wiadomości do mniej więcej XVII/XVIII w., zatrudniały – a raczej należałoby powiedzieć: prosiły o pomoc medyczną – głównie cyrulików, którzy, wezwani, odwiedzali chorych zaopatrzeni we własne narzędzia i własne leki. Przekazy mówiące o personelu nawet największych szpitali w głównych miastach Europy, jak np. szpitala Hôtel Dieu w Paryżu, w ciągu całego tego okresu nie wspominają o lekarzach¹.

Pierwsza wiadomość o warszawskim lekarzu szpitalnym pochodzi z roku 1571. W roku tym zarządzająca szpitalem św. Ducha kapituła kolegiaty św. Jana jakoby mianowała lekarzem szpitala Wojciecha Oczkę. Jednak nie jest to wiadomość pewna, a w każdym razie mianowanie niekoniecznie oznaczało rzeczywistą opiekę². Pierwsza wzmianka o zapłacie dla odwiedzającego szpital sporadycznie lekarza pojawia się w dokumentach warszawskich szpitali w XVII w.³ Z tego samego okresu pochodzi zalecenie dla szpitala św. Ducha przy ulicy

Piwnej „aby chorzy...kiedy potrzeba wyciągać będzie...od doktora...odwiedzeni byli”⁴. Podobne zalecenia można znaleźć na przełomie XVII i XVIII w. w dokumentach innych szpitali, ale ponieważ były to jedynie zalecenia, a nie nakazy, rzadko w ślad za nimi szły faktyczne wizyty lekarskie. Funkcje szpitalnych lekarzy spełniali, jak wszędzie, cyrulicy.

Forma pierwszych wizyt lekarskich odpowiadała ówczesnej pozycji społecznej lekarzy, rzutującej na najemniczy charakter ich ewentualnej pracy w szpitalu. Ocena potrzeby wzywania pomocy lekarskiej należała do zarządzających szpitalami, oni też wskazywali, których chorych lekarz ma odwiedzić i czego od niego oczekują. Lekarz otrzymywał zapłatę, wycenianą oddzielnie za każdą wizytę.

W drugiej połowie XVIII w. rozpoczynają się w Warszawie próby uregulowań prawnych, mające na celu m.in. przymuszenie zarządzających szpitalami do zatrudniania w nich stałych lekarzy.

Pierwsza taka próba łączyła się z pochodzącym z 1758 r. projektem ustawy dla zakładanego wówczas Szpitala Generalnego (znanego później pod wezwaniem Dzieciątka Jezus) w którym jeden paragraf poświęcono lekarzowi szpitalnemu, pisząc, że szpital potrzebuje lekarza „który by w nim chorych nawiedzał, operacye, krwi puszczenia i inne...ordynował i aptekę szpitalną raz w rok rewidował”. Według projektu powinien być też „przynajmniej raz na dzień a kiedy by potrzeba tego wyciągała, dwa razy na dzień chorych w szpitalu nawiedzać... za pensją roczną...”. Postanawiano poza tym aby lekarz szpitalny należał do rady zarządzającej szpitalem⁵. Nie miało to już być zalecenie, ale prawny nakaz, jednak pozostał on w sferze projektu, który w rezultacie różnych rozgrywek w ogóle nie doszedł do skutku. Kolejna próba, tym razem dotycząca nie tylko Warszawy, miała miejsce w 1775 r., wraz z powołaniem Komisji nad Szpitalami w Koronie i Wielkim Księstwie Litewskim. Według organizującej ją ustawy każdy szpital powinien zatrudniać lekarza „wcale umiejętnego”, do którego obowiązków miało należeć także sprawowanie dozoru zdrowotnego nad całym powiatem, obejmującym dany szpital. Mianowanie lekarzy szpitalnych powierzano wyznaczanym przy Komisjach zespołom znanych i doświadczonych lekarzy⁶. Niestety Komisja Koronna, po odbyciu zaledwie czterech zebrań zaprzestała działalności i razem z Litewską została rozwiązana w roku 1780. Żadnego z założeń ustawy nie zrealizowano.

Mimo to, zarządcy większych szpitali zaczęli już w tym okresie zawierać z lekarzami umowy o stałą opiekę, ale opieka ta również polegała na wzywaniu ich w razie potrzeby, przy czym umowa o stałą pensję w praktyce często stawała się fikcją, bo szpitalom na ogół brakowało środków⁷. Łatwiejsze do realizacji było jednorazowe wypłacanie wynagrodzenia, chociaż, wobec wzrastającej pozycji niektórych warszawskich lekarzy, honorarium bywało bardzo wysokie. Zapewne ograniczało to skutecznie częstotliwość wzywania lekarskiej pomocy.

Czynnikiem ograniczającym była zresztą w owym czasie niewielka liczba dyplomowanych adeptów medycyny w Warszawie.

Jednak największą przeszkodą w usankcjonowaniu obecności i umocnieniu się pozycji lekarza w szpitalu oraz w ustaleniu jego funkcji był fakt znajdowania się większości warszawskich i poza warszawskich szpitali w rękach zgromadzeń zakonnych, dla których istotą działalności kierowanych przez nie instytucji była zgodność z postanowieniami aktów założycielskich. Szpitale Warszawy, zakładane przeważnie w okresie reminiscencji, bądź nawet nieprzerwanego trwania średniowiecznego tzw. kultu ubogiego, przeznaczano zawsze dla wszystkich ubogich będących w potrzebie, nie tylko dla chorych. Dominująca w nich funkcja instytucji dobroczynnych powodowała więc, że jeszcze w XVIII w. miały one w większości mieszaną formę przytułkowo-leczniczą a właściwie przytułkowo-pielęgnacyjną. O przyjęciu chorego decydował nadal przede wszystkim stopień nędzy a nie choroba.

Główne warszawskie szpitale pozostawały pod opieką Sióstr Miłosierdzia, które dysponowały umiejętnością pielęgnowania chorych, niejednokrotnie utożsamianą w ich pojęciu z umiejętnością leczenia, wspomaganą, według nich wystarczająco, przez cyrulików. Rolą lekarza w takim szpitalu, nawet jeśli odwiedzał go regularnie, był powierzchowny ogląd chorych oraz zlecenie cyrulikom lub siostram zakonnym zabiegów, w których sam na ogół nie uczestniczył, oraz sporządzania i podawania leków, czego właściwie nie kontrolował. Jego zadań i obowiązków nie określały żadne przepisy a jeśli takie czasem istniały, to zazwyczaj były zredagowane w sposób bardzo ogólnikowy i ustawiwały rolę lekarza zgodnie z powyższymi obyczajami.

Opór prowadzących szpitale zgromadzeń zakonnych powodował, że sytuacja w warszawskich szpitalach do końca XVIII w. ulegała tylko niewielkim zmianom, mimo że sami lekarze zaczęli domagać się większego wpływu na stan i obyczaje szpitalne.

Ważną pobudką lekarskiego zainteresowania szpitalami były zmiany w pojęciach medycznych, jakie dokonywały się w ciągu XVIII w. w zachodniej Europie, a także szerokie wprowadzenie do nauczania medycyny zajęć klinicznych. Istotne były też nowe koncepcje dotyczące choroby, toteż praca w szpitalu zaczęła nabierać nowego znaczenia. Upowszechniająca się anatomo-patologiczna teoria choroby⁸ wymagała studiów porównawczych i sprawdzania trafności stawianych diagnoz na materiale sekcyjnym. Możliwość dostosowania praktyki lekarskiej do aktualnych paradygmatów medycznych realizowała się najlepiej w warunkach szpitalnych, gdzie lekarz dysponował obszernym polem obserwacji i doświadczeń, ważnych w nowym postrzeganiu jego zadań a także mógł uzyskać warunki do wykonywania autopsji. Ewolucja lekarskiej świadomości stała się motorem zmian związanych z obecnością lekarzy w szpitalu i regulacjami prawnymi jej dotyczącymi. Lekarze coraz chętniej obejmowali

stanowiska lekarzy szpitalnych, chociaż początki regularnego pełnienia tej funkcji nie były wcale łatwe.

W 1802 r. francuski lekarz Louis Pinel pisał: „Byłoby trudno wyrazić wahania, niepewność i skrajne zakłopotanie, jakie odczuwałem, kiedy powołano mnie do praktyki szpitalnej”⁹.

Przyczyna tego rodzaju emocji leżała w fakcie, że ani studia, ani powszechna wówczas praktyka indywidualna nie przygotowywały lekarza do specyficznej ówczesnie stałej pracy w szpitalu. Konieczność objęcia regularną opieką kilkudziesięciu a nawet kilkuset chorych (ulożonych jeszcze wówczas, niezależnie od rodzaju choroby, w wielkich, wspólnych salach), brak stałych, zgodnych z ówczesną wiedzą reguł, dotyczących lekarskiego postępowania z szpitalnymi pacjentami, przy tym codzienna, nie do uniknięcia konfrontacja własnych zaleceń z ich skutkami, często bez wpływu na prawidłowe tych zaleceń spełnianie – była niewątpliwie szokiem dla lekarzy rozpoczynających pracę w szpitalu. Zaczęła więc ugruntowywać się świadomość, że pierwszą i najważniejszą rolą lekarza szpitalnego powinno być, oprócz oczywistej opieki nad chorymi, ustalenie zasad działania i wyznaczenie reguł porządkujących czynności personelu pomocniczego w szpitalu, zwłaszcza czynności bezpośrednio dotyczących chorego. Tym bardziej, że coraz wyraźniej rysowały się pierwsze oznaki wskazujące na związek pomiędzy stanem chorych i efektywnością terapii a prawidłowymi, relatywnie do ówczesnych pojęć, warunkami szpitalnego bytowania.

Świadomość ta szła w parze ze zmianą pojęcia odpowiedzialności, dotąd wynikającej jedynie z cech osobowych danego lekarza. Wraz ze stopniowym instytucjonalizowaniem się funkcji lekarza szpitalnego, zaczęła ona formalnie dotyczyć nadzoru nad wszystkimi elementami fizycznej opieki nad szpitalnym chorym. Zmiany pojęciowe domagały się zwiększenia lekarskich prerogatyw, mających oparcie w aktach prawnych.

Nowa świadomość lekarzy objęła też stosunek do chorego. Już pod koniec XVIII w. pacjent szpitalny – dawny ubogi dotknięty chorobą, obiekt działalności charytatywnej lekarza, stawał się, dzięki nowemu paradygmatowi medycznemu, przedmiotem obserwacji i doświadczeń. Zmiana ta dokonywała się w czasie, kiedy chory szpitalny, siłą wiekowej tradycji, był jeszcze pozbawiony prawa do decydowania o sobie samym. Zarówno metoda zastosowanej terapii, jak i ewentualne przeprowadzanie doświadczeń na chorym nie wymagało jego zgody. Tymczasem nowe kierunki w medycynie stworzyły podstawę wykorzystywania dla celów naukowych tak sprzyjających okoliczności, jak styczność z dużą grupą chorych przebywających w takich samych warunkach i cierpiących na podobne dolegliwości. Powszechne przekonanie o słuszności eksperymentowania na chorych przebywających w szpitalach, daje się zauważyć jeszcze w pierwszej ćwierci XIX w.¹⁰ W tej sytuacji niezwiązanemu żadnymi przepisami lekarzowi łatwo było zagubić istotę jego pracy i zapomnieć o dewizie *Salus*

aegroti suprema lex. Ponadto obowiązujące w owym czasie ontologiczne pojęcie choroby koncentrowało uwagę lekarzy na samej chorobie, stawiając chorego niejako na drugim planie. Świadomość, że w przypadku przeprowadzanych doświadczeń dbałość o zabezpieczenie życia i zdrowia pacjentów powinna być obowiązkiem szpitalnego lekarza, znalazła wprawdzie swój wyraz w dotyczącym jej zaleceniu Rady Lekarskiej¹¹, ale trudno stwierdzić, czy dopełniano go w praktyce, bowiem niezastosowanie się do niego nie pociągało za sobą żadnych sankcji. Dopiero więc z czasem miało pojawić się wśród lekarzy szpitalnych przekonanie o cięższej na nich odpowiedzialności za wyniki eksperymentów, a na koniec i o słuszności głoszonej później m.in. przez Chałubińskiego zasady, że leczyć należy nie chorobę a chorego. Rolą lekarza opiekującego się chorymi w szpitalu stała się wówczas niejednokrotnie dbałość nie tylko o ich kondycję fizyczną ale i psychiczną.

Ale jeszcze w roku 1802, w początkach przemian zachodzących w pojmowaniu roli i zadań lekarzy pracujących w szpitalach, lekarz warszawski Leopold Lafontaine pisał: „Lekarz szpitalny jest w swojej sferze despotą, taki zaś despotyzm jest bardzo szkodliwy, skoro się nie znajduje w zgrabnych i doskonałych rękach”¹².

Dostrzeżony przez Lafontaine’a despotyzm wynikał nie tylko z niedokonnej jeszcze ewolucji świadomości, ale i z kolejnego problemu w ustalaniu się zasad pracy szpitalnego lekarza. W pierwszej ćwierci XIX w. w każdym warszawskim szpitalu pracował tylko jeden lekarz. W tej sytuacji kierował się własnymi poglądami medycznymi i, mimo istnienia Rady Lekarskiej, nikt w jego postępowanie nie ingerował. Powolne zwiększanie liczby personelu lekarskiego w szpitalach niewątpliwie ograniczyło samowolę naczelnego lekarza, ale dopiero powołanie w 1835 r. inspektora szpitali prawdopodobnie nieco zmieniło tę sytuację. Natomiast razem z każdym, wkraczającym do szpitala nowym lekarzem, równie samodzielnym jak lekarz naczelny i prezentującym własne, czasem krańcowo odmienne poglądy medyczne – a były one w tym okresie bardzo zróżnicowane – niewątpliwie pojawiły się dotąd problemy nieznanne lekarzom, dotyczące współpracy w ramach tej samej medycznej placówki. Zwłaszcza, że nie istniał jeszcze żaden kodeks deontologiczny, który by porządkował kwestię wzajemnych stosunków między lekarzami szpitalnymi. Dwa punkty, zawarte w tekście przysięgi składanej przed Radą Lekarską podczas procedury otrzymywania prawa praktyki w Księstwie Warszawskim a później w Królestwie, dotyczyły wprawdzie stosunków wewnątrz zawodowych, ale bez uwzględnienia specyfiki życia szpitalnego. Wspomniano w nich o obowiązku konsultowania trudnych przypadków z kolegami i o wymogu poprawnych z nimi stosunków¹³. Wyznaczenie poszczególnym lekarzom ich roli i miejsca, bez wcześniejszego ustalenia zasad szpitalnego współżycia, nie było łatwe. Dopiero stopniowo, razem z ujednocnianiem się podstaw postępowania klinicznego, m.in. z wprowadzaniem nowych metod diagnostycznych, czyli osłuchiwania i opukiwa-

nia, które wymagało pogładowej metody – wiodąca rola starszych i bardziej doświadczonych lekarzy stała się oczywista i kwestia ta znalazła rozwiązanie w formie stosunków cechowych. Mistrz i podlegli mu uczniowie zaczęli tworzyć szkoły, co w Warszawie stało się szczególnie widoczne po zamknięciu Szkoły Głównej¹⁴.

Wszystkie te problemy, przemiany pojęciowe, świadomościowe domagały się regulacji prawnych.

Warszawscy lekarze, jak wyżej wspomniano, już pod koniec XVIII w. rozpoczęli starania o uczestniczenie w urzędowych działaniach zmierzających przede wszystkim do poprawy bardzo złego stanu szpitali. Okres powstania Kościuszkowskiego, związany z organizowaniem w Warszawie licznych lazaretów, przyczynił się do utwierdzenia świadomości ważnej roli lekarza we właściwym funkcjonowaniu placówek opieki nad rannymi i chorymi. Jednak na pierwszy wyraz formalnego zinstytucjonalizowania funkcji lekarza szpitalnego trzeba było czekać do 1809 r. Sprawy lecznictwa znalazły się wówczas w gestii Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Księstwa Warszawskiego i odtąd za sprawą jego decyzji, kandydatów na stanowisko lekarza ordynującego w szpitalu obowiązywał egzamin składany przed Radą Lekarską, na podstawie którego Rada dokonywała wyboru. Lekarz szpitalny otrzymywał wówczas teoretycznie rozległe uprawnienia, ale i obarczono go też licznymi obowiązkami. Przepisy dotyczące jego funkcji miały układać Komisje Wojewódzkie niezależnie, czasem osobno dla pojedynczych, zazwyczaj największych szpitali¹⁵. W praktyce były to początkowo na ogół tylko projekty.

W Warszawie, na przykład, w roku 1820 zaprojektowano instrukcję dla szpitala Dzieciątka Jezus, w której pełniącemu swoją funkcję (w dalszym ciągu samotnie) lekarzowi szpitalnemu zlecano, oprócz obowiązku opieki nad chorymi, również prowadzenie rozbudowanej sprawozdawczości z czynności lekarskich. Instrukcja poruszała też po raz pierwszy oficjalnie kwestię lekarskiej odpowiedzialności, która miała dotyczyć wysokiej umieralności wynikającej z nieodpowiedniej terapii, nieprzestrzegania przepisów instrukcji i ewentualnego powstania epidemii ospy wśród dzieci będących pod opieką szpitala. Za niedopełnianie obowiązków miała grozić lekarzowi trzystopniowa kara: napomnienie, kara pieniężna na rzecz szpitala i jako najwyższa – wydalenie z pracy. Projekt instrukcji przyznawał mu zaledwie trzydniowy urlop w ciągu roku a za specjalnym zezwoleniem – czternastodniowy. Zarząd szpitala, organizacja pracy czy stan higieny szpitalnej miały w dalszym ciągu należeć do szarytek opiekujących się szpitalem¹⁶.

W 1829 r. ukazał się kolejny projekt, tym razem Rady Lekarskiej, który właściwie nie wprowadził niczego nowego poza zaleceniami dla asystentów, jeszcze praktycznie nie istniejących¹⁷. Dopiero w 1835 r., w trzy lata po ustanowieniu Rady Głównej Opiekuńczej nad szpitalami, organu, który ustawił

szpitalnictwo warszawskie na poziomie europejskim, ukazał się już nie projekt a rozporządzenie, wyznaczające oprócz dotychczas ponawianych zwykłych zaleceń dla lekarzy naczelnych w szpitalach, m.in. także obowiązek dbałości o żywność szpitalną a asyistentom nakazano również dbałość o czystość i świeże powietrze¹⁸.

Poprawa warunków szpitalnych oraz rozbudzona i ugruntowana klinicznymi zajęciami podczas studiów świadomość przydatności szpitalnej praktyki w podnoszeniu własnych kwalifikacji, przyczyniła się w tym okresie do napływu do szpitali warszawskich lekarzy-wolontariuszy, pracujących bez wynagrodzenia. Ustawa szpitalna z 1842 r.¹⁹ uwzględniła fakt zwiększenia się liczby lekarzy w szpitalach i podzieliła ich obowiązki. Lekarz naczelny odpowiadał odtąd za całokształt spraw związanych z przyjmowaniem chorych, diagnozowaniem i terapią, wyznaczaniem zajęć podległemu personelowi i stanem wypisywanych pacjentów. Obejmował dozorem aptekę, przepisywanie leków i diet, stan sprzętu i materiałów opatrunkowych. Do niego należała też sprawozdawczość i nadzór nad dokumentacją szpitalną. Domeną tzw. lekarzy ordynujących była właściwa opieka lekarska nad chorymi. Oprócz ordynowania terapii i czuwania nad jej przebiegiem, mieli oni odbywać codzienne poranne, a w razie konieczności i wieczorne wizyty, wypełniać wprowadzone na początku wieku historii chorób, zmieniać opatrunki, sporządzać raporty statystyczne. Według ustawy każdy z nich obejmował opieką 100 chorych i mógł zaangażować do pomocy felczerów – jednego na 50 chorych. Wraz ze wzrostem ogólnej liczby lekarzy można było też wprowadzić w życie ustanowioną już teoretycznie w roku 1837 funkcję lekarza miejscowego, do którego podstawowych obowiązków należała stała obecność w szpitalu zapewniającym mu pomieszczenie mieszkalne, i gotowość na każde wezwanie a poza tym dozór nad czystością i porządkiem²⁰.

Od 1862 r. stanowisko lekarza ordynującego otrzymywano jedynie w drodze konkursu, ale w 1867 r. Rada Lekarska, w przededniu jej zlikwidowania przez władze zaborcze, ułożyła projekt dla mającej się utworzyć funkcji lekarzy – asyistentów²¹.

W roku 1870, w ramach zmian, jakie nastąpiły po upadku powstania styczniowego, szpitale poddano nowo utworzonej Radzie Dobroczynności Publicznej, podległej Ministerstwu Spraw Wewnętrznych w Petersburgu, która m.in. rabunkową gospodarką doprowadziła szpitalnictwo w zaborze rosyjskim do upadku. Już w 1866 r. zniesiono w Królestwie konkursy na ordynatorów. Tylko w Warszawie co drugie stanowisko obsadzano z konkursu, pozostałe z mianowania przez nowe władze, bez żadnego egzaminu. Zaniechano dyżurów, nie wprowadzono stanowisk asyistentów, pensje płacono tylko nielicznym. Rolę lekarza w szpitalu – nawet naczelnego – kolejne rozporządzenia ograniczały coraz bardziej do roli wyłącznie wykonawczej²². Destrukcyjnej działalności

Rady Dobroczynności w szpitalach towarzyszyło sukcesywne obniżanie poziomu Wydziału Lekarskiego w utworzonym, po zlikwidowaniu Szkoły Głównej, zradyfikowanym Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim.

Był to już wprawdzie okres wykraczający poza czasy Chałubińskiego, jednak warto o nim wspomnieć, bo rozszerzył on rolę warszawskich lekarzy szpitalnych w sposób specyficzny dla ówczesnej Warszawy i chyba nigdzie poza Warszawą nie występujący jako zjawisko.

W ostatnim dwudziestoleciu XIX w., wobec jawnego już upadku szpitalnictwa, braku dostępu do klinik i niedostatków w nauczaniu medycyny, warszawscy lekarze szpitalni zaczęli podejmować inicjatywy zmierzające do poprawy tego stanu rzeczy. Działaniom lekarskim sprzyjała na zewnątrz miejska prezydentura Starynkiewicza, sprzyjającego różnym pozytywnym przedsięwzięciom a wewnątrz szpitali – skupienie na oddziałach szpitalnych najwybitniejszych warszawskich lekarzy. Uniemożliwienie Polakom obejmowania katedr i posad klinicznych powodowało, że starali się oni nieomal masowo o pracę w szpitalach. Znane nazwiska przyciągały młodych adeptów medycyny, szukających możliwości uzupełnienia swojej niepełnej, wyniesionej z Uniwersytetu wiedzy. W rezultacie warszawskie szpitale w tym okresie wręcz cierpiały na nadmiar pracujących bezpłatnie tzw. ordynatorów nadetatowych i asystentów. Jak pisał jeden z wybitnych ówczesnych lekarzy, Z. Kramsztyk: „To ciągle deptanie sobie po nogach, jest, zdaje się, wyłączną właściwością naszych szpitali”²³. Jednak ten masowy pęd do pracy w szpitalu przynosił w rezultacie pozytywne skutki w postaci wspomnianych inicjatyw.

Przede wszystkim wielu lekarzy zaczęło wspierać „swoje” szpitale z własnych kieszeni. Zakładali laboratoria, wyposażali sale operacyjne²⁴. Wziąwszy pod uwagę, że szpitale, o których mowa, stanowiły wówczas część majątku miejskiego, a więc według prawa zarazem majątku zaborcy, rola pomnażających zasoby szpitalne dobroczyńców, jaką przyjęło dla dobra chorych kilku lekarzy, była dość niezwykła. Do równie wyjątkowych można zaliczyć, uwieńczone powodzeniem zabiegi lekarzy wokół zorganizowania w Warszawie opieki szpitalnej dla rodzących i położnic oraz dla dzieci. Z lekarskich inicjatyw otwarto w roku 1869 pierwszy w Warszawie szpital dziecięcy przy ulicy Solnej, przeniesiony w 1875 na ulicę Kopernika, zaś w 1882 pierwszy z tzw. przytułków położniczych, które utrudniły proceder pokątnym akuszerkom, obsługującym przeważnie nieślubne matki, w warunkach urągających wszelkim zasadom higieny²⁵.

Pracujący w szpitalach lekarze przyczyniali się także w tym okresie do podtrzymywania życia naukowego. Wobec odebrania Polakom katedr klinicznych Wydziału Lekarskiego w zradyfikowanym Uniwersytecie, jedynie lekarze szpitalni mieli możliwość przeprowadzania badań, obserwowania ciekawych przypadków, stosowania nowoczesnych metod operacyjnych. Uderzająca przewaga

prezentowanych na zebraniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prac kazuistycznych nad opracowaniami doświadczalnymi, była wynikiem naukowego zaangażowania szpitalnych lekarzy. Wielu z nich doksztalało również studentów, zwłaszcza w pediatrii, nieobecnej w programie Wydziału Lekarskiego. Niektórzy też łączyli pracę w szpitalu z pracą wydawców lub redaktorów czasopism lekarskich²⁶, na łamach których nie tylko publikowano artykuły naukowe, ale i publicystyczne, domagające się m.in. poprawy i zmian w statusie lekarzy szpitalnych.

Dzięki uporczywemu ponawianiu tych postulatów władze miasta rozpoczęły w ostatnim dwudziestolecu XIX w. powoływanie kolejnych komisji w celu uchwalenia nowych przepisów usprawniających pracę szpitali i umożliwiających lekarzom szpitalnym skuteczniejsze wypełnianie swoich obowiązków.

Jednak dopiero wiek XX przyniósł więcej istotnych zmian w zakresie roli i zadaniach lekarzy ordynujących w warszawskich szpitalach. Ustalono ostatecznie ich obowiązki, rolę lekarzy – dyrektorów szpitali, także wreszcie wzrósł ich prestiż, co przybrało nieco wynaturzoną formę w okresie PRL-u, kiedy w środowisku lekarskim praca poza szpitalem uważana była za pośledniejszy sposób wykonywania lekarskiej profesji.

Od czasów Chałubińskiego wiele zmieniło się w tej dziedzinie, na ogół pozytywnie, mimo że ta ewolucja nie zawsze poszła w dobrym kierunku. W XIX w. medycyna i jej oprzyrządowanie stały na dużo niższym poziomie niż obecnie, ale lekarz szpitalny był znacznie bliżej pacjenta, zwłaszcza jeśli to był lekarz miary Tytusa Chałubińskiego.

Przypisy

¹ Bronisław G e r e m e k : *Życie codzienne w Paryżu Franciszka Villona*. Warszawa 1972, s. 161; François L e b r u n : *Jak dawniej leczono*. Warszawa 1997, s. 77, 84.

² Oczko ukończył studia lekarskie we Włoszech na koszt kapituły, która oddała mu w 1569 r. na mieszkanie kamienicę szpitalną przy ulicy Piwnej i w roku 1571 mianowała go lekarzem szpitala. J. P e s z k e : *Oczko Wojciech*. [w:] *Wielka Encyklopedia Powszechna Ilustrowana*. Warszawa 1904 seria II t. IV s. 661–663.

³ Franciszek G i e d r o y ć : *Rys historyczny szpitala św. Łazarza w Warszawie*. Warszawa 1897, s. 63.

⁴ Zofia P o d g ó r s k a - K l a w e : *Szpitala warszawskie 1388–1945*. Warszawa 1975, s. 54.

⁵ Arch. Państw. m. stoł. Warszawy (APW), Zbiór Korotyńskich, sygn.VI 14 I.

⁶ Arch. Gł. Akt Dawnych (AGAD), tzw. Metryka Litewska, dz. VII nr 143 k. 290–297 v., 303–306, 313, 317–347.

⁷ Zofia P o d g ó r s k a - K l a w e , dz. cyt., s. 94–95.

⁸ Teoria upatrująca istotę choroby w morfologicznych zmianach narządów.

⁹ Philippe P i n e l : *La Médecine clinique rendu plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse, ou Recueil et résultat d'observation sur les maladies aiguës, faite à la Salpêtrière par...* (Przedmowa) Paris an X (1802). (tłum. autorki).

¹⁰ Dopiero od 1842 r. chorzy mogli sami decydować o poddaniu się zabiegom zaleconym przez lekarza. Por. *Urządzenia dotyczące zakładów dobroczynnych*. Warszawa 1854. *Ustawa dla szpitali w Królestwie Polskim* § 173

¹¹ Franciszek G i e d r o y ć : *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego (1809–1067)*. Warszawa 1913, s. 322–330.

¹² Leopold L a f o n t a i n e : *O dyecie dla chorych*. „Dziennik Zdrowia dla Wszystkich Stanów” 1802, t. 3, nr 9, s. 356–357.

¹³ Zofia P o d g ó r s k a - K l a w e : *Nieznane polskie teksty deontologiczne z pierwszej połowy XIX w.* „Arch. Hist. Med. 1978 t.41, z. 4, s. 471–472.

¹⁴ Jedną z bardziej znaczących był szkoła internistyczna Chałubińskiego.

¹⁵ „Dziennik Praw Księstwa Warszawskiego”, t. 2 s. 67–70; Franciszek G i e d r o y ć : dz. cyt., s. 32 i n.

¹⁶ AGAD Kom. Woj. Maz. Wydz. Policji. sygn. 422 Instrukcja dla administracji Szpitala Dzieciątka Jezus przepisana. b. n.

¹⁷ Franciszek G i e d r o y ć : *Rada Lekarska...*, s. 373.

¹⁸ *Zbiór urzędzeń i wiadomości dotyczących i instytutów dobroczynnych w Królestwie Polskim*. Warszawa 1841 s. 107–110.

¹⁹ *Urządzenia dotyczące Zakładów...Ustawa dla szpitali...* § 106, 110.

²⁰ *Zbiór urzędzeń...*, s. 355–361.

²¹ *Zdanie sprawy z działań szpitali i zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim za r. 1861–1862*, s. 25; Franciszek G i e d r o y ć : *Rada Lekarska...*, s. 379–381.

²² *Medycyna w samorządzie. Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskim. Braki i potrzeby*. Warszawa 1906 s.11; Burłaj: *Korespondencja z Warszawy*. „Nowiny Lekarskie” 1901, t. 13, nr 11, s. 687.

²³ Zygmunt K r a m s z t y k : *Oddziały szpitalne*. „Krytyka Lekarska” 1902, nr 5, s. 111–112.

²⁴ M.in. znakomity internista Teodor Dunin utrzymywał w szpitalu Dzieciątka Jezus laboratorium, chirurg Władysław Krajewski urządził tamże pracownię rentgenowską i pracownię badawczą, chirurg Władysław Matlakowski wyposażył w tymże szpitalu salę operacyjną. Por. Z o f i a P o d g ó r s k a - K l a w e : dz. cyt., s. 235 i n.

²⁵ Andrzej W y b i e r a l s k i : *Zarys historii Warszawskiego Szpitala dla Dzieci (1869– 1969)*. Warszawa 1969; Jakub R o g o w i c z : *Nowe zakłady publiczne, przytulki dla rodzających w Warszawie*., „Medycyna” 1885, nr 36, s. 575 i n.

²⁶ Najwięcej zasług w tej dziedzinie położył chirurg szpitala Dzieciątka Jezus, Polikarp Girsztowt.