

Płonka-Syroka, Bożena

Wkład lekarzy pochodzenia żydowskiego w budowę systemu medycyny społecznej w Niemczech na tle procesu asymilacji Żydów w XVIII - XX wieku - w świetle materiałów piątej drezdeńskiej konferencji naukowej z cyklu "Medycyna i judaizm", Drezno 19-20 listopada 1999 r.

Medycyna Nowożytna 6/2, 175-191

1999

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.

KRONIKA ŻYCIA NAUKOWEGO

Bożena Płonka-Syroka

Wkład lekarzy pochodzenia żydowskiego w budowę systemu medycyny społecznej w Niemczech na tle procesu asymilacji Żydów w XVIII-XX wieku – w świetle materiałów piątej drezdeńskiej konferencji naukowej z cyklu „Medycyna i judaizm”, Drezno 19-20 listopada 1999 r.

W dniach 19 i 20 listopada odbyła się w Dreźnie piąta konferencja naukowa z cyklu spotkań historyczno-medycznych, poświęconych udokumentowaniu działalności lekarzy pochodzenia żydowskiego w medycynie niemieckiej XIX i XX wieku. Omówienia poprzednich konferencji opublikowałam w „Medycynie Nowożytnej” z lat 1997 i 1998. Obecnie wydane, obszernie materiały z tych konferencji, postaram się szerzej przedstawić w następnym numerze tego czasopisma. Organizatorem drezdeńskich konferencji naukowych, poświęconych tematyce judaistycznej w medycynie, jest Instytut Historii Medycyny Uniwersytetu w Dreźnie kierowany przez prof. dr hab. med. Albrechta Scholza. Sprawami organizacyjnymi tych konferencji zajmuje się doc. dr hab. med. Caris-Petra Heidl. Ze względu na mało znaną w polskim piśmiennictwie historyczno-medycznym tematykę oraz wysoki poziom przedstawionych na konferencji prac, pragnę przybliżyć treść wystąpień oraz dyskusji w sposób znacznie szerszy, niż to bywa przyjęte w standardowych omówieniach programów tego typu spotkań naukowych.

W konferencji drezdeńskiej wzięło udział ok. 30 uczestników, reprezentujących głównie niemieckie ośrodki naukowe, takie jak Mainz, Stuttgart, Frankfurt nad Menem, Berlin, Freiburg, Marburg, Graz, Karlsruhe oraz Drezno. Wśród referentów zagranicznych obecni byli badacze z Jerozolimy, Ramat-Gan (Izrael), Wied-

nia i Wrocławia. Obrady toczyły się w sali konferencyjnej Uniwersytetu Drezdeńskiego przy Schuberststrasse. Konferencja była bardzo dobrze przygotowana pod względem organizacyjnym. Jako imprezę towarzyszącą zaproponowano „wycieczkę literacką” po Dreźnie, którego zwiedzanie odbyło się po zakończeniu pierwszego dnia obrad. Prezentacja zabytków Dreżna opatrzona została specjalnie dobranym literackim komentarzem, zaczerpniętym z pamiętników Viktora Klemperera.

Tematyka wystąpień wygłoszonych podczas każdego z dwóch dni obrad była podporządkowana pewnej idei przewodniej. W pierwszym dniu referaty dotyczyły problemu zaangażowania lekarzy pochodzenia żydowskiego w rozwój medycyny społecznej. Drugi dzień obrad poświęcono natomiast kwestii antysemityzmu i jego przejawów. W dniu 19 listopada obrady otworzył prof. Albrecht Scholz. Podkreślił znaczenie zjednoczenia Niemiec dla umożliwienia rozwoju badań nad wpływem środowiska żydowskiego na rozwój myśli medycznej w Niemczech. Przypomniał tematykę poprzednich konferencji drezdeńskich oraz przedstawił publikacje, będące owocem ich obrad. Za zasadniczy wniosek, jaki można było wyciągnąć ze zgromadzonego dotąd dorobku czterech poprzednich konferencji, prof. Scholz uznał ograniczenie w Niemczech możliwości awansu zawodowego i akademickiego lekarzy pochodzenia żydowskiego, i to niezależnie od tego, czy pozostali oni przy wyznaniu mojżeszowym, czy też w wyniku konwersji przeszli na protestantyzm (część) lub katolicyzm (znacznie rzadziej). W tych warunkach kariery akademickie zdolne były osiągnąć jednostki naprawdę wybitne, natomiast dla pozostałych przedstawicieli tego środowiska zablokowanie możliwości awansu akademickiego stało się wyzwaniem dla podwyższania kwalifikacji i poszukiwania możliwości realizacji ambicji zawodowych na innych niż kariera akademicka polach lekarskiej działalności. Jedną z dziedzin, ku której się skierowali, była działalność na polu medycyny społecznej, której została poświęcona obecna konferencja.

Referat wprowadzający wygłosił profesor Werner F. Kühmel z Mainz. Tematem jego wystąpienia były procesy socjalizacji i niemieckiej akulturacji społeczności żydowskiej w dziewiętnastowiecznych Niemczech. Wśród lekarzy pochodzenia żydowskiego procesy te przebiegały w sposób szczególnie nasilony. W świadomości tego środowiska nastąpiła, szczególnie po roku 1870, niemiecka identyfikacja kulturowa i narodowościowa (identyfikacja z państwem pruskim) i poczucie niemieckiej przynależności obywatelskiej, wraz z wynikającymi z niej praktycznymi obowiązkami

wobec państwa. Jednocześnie zachowana została świadomość przynależności do społeczności żydowskiej i jej kulturowej tradycji. Elementem tej tradycji była idea narodu wybranego, powołanego do wskazywania innym kierunków praktycznych poczynań skierowanych ku dobru ludzkości. Tradycja ta została poszerzona w gronie Żydów, którzy przyjęli religię chrześcijańską, o ideę zbawienia i obowiązek praktycznej miłości bliźniego wykraczającej poza własną społeczność narodową. Przedstawiciele tej grupy byli, zdaniem autora, szczególnie silnie motywowani światopoglądowo do działań o charakterze prospołecznym. Motywację tę prof. Kühmel wywodził z głębokiej recepcji osobistej w tym gronie lekarzy elementów prospołecznych, obecnych w pedagogice Starego i Nowego Testamentu. Istotną cechą praktyczną prospołecznej działalności lekarzy pochodzenia żydowskiego w Niemczech było to, iż nie ograniczała się ona jedynie do inicjatyw o charakterze doraźnym i charytatywnym, ale polegała na tworzeniu organizacji oraz struktur, mogących zapewnić wsparcie potrzebującym w sposób zorganizowany i metodyczny. Lekarze pochodzenia żydowskiego należeli do pionierów medycyny prewencyjnej, koncentrując szczególną uwagę na zapobieganiu występowania czynników chorobotwórczych i przeciwdziałaniu rozpowszechnianiu się chorób. Działalność ta obejmowała swym zakresem nie tylko społeczność żydowską w Niemczech, lecz miała charakter inicjatywy obywatelskiej, skierowanej na poprawę warunków zdrowotnych całego niemieckiego społeczeństwa. Autor przedstawił na poparcie swych wywodów wiele przykładów społecznego zaangażowania Żydów, szczególnie wyznania protestanckiego, w budowanie podstaw powszechnej opieki społecznej w XIX-wiecznych Niemczech. Podejmowane przez licznych przedstawicieli niemieckiej społeczności lekarskiej próby asymilacji oraz niemieckiej akulturacji nie spotkały się jednak w Niemczech z powodzeniem, adekwatnym do ogromnego zaangażowania cechującego wspomnianą społeczność. Pozostawała ona nadal w izolacji i była oceniana według stereotypowych kryteriów.

Następnym referentem był prof. Samuel S. Kottek, kierownik Instytutu Historii Medycyny w Jerozolimie. Przedstawił przykłady dzieł medycznych, poświęconych higienie Żydów. Dzieła te podzielił na napisane przez Żydów, dotyczące ich własnej społeczności oraz dzieła chrześcijan, przeznaczone dla lekarzy chrześcijańskich. Wszystkie omawiane prace powstały w XVIII wieku. Przykładem pierwszego typu prac były dzieła Elkana Isaaca Wolfa, Zalkinda Horwitza i Wolfa Davidsona. Do typu drugiego należały m. in. opracowania Bernarda Ramazziniego i Christiana

Wilhelma Dohna. Autorzy wywodzący się z obu wyznań kładli nacisk na poprawę warunków higienicznych zamieszkującej Europę mniejszości żydowskiej. Warunki te bowiem przedstawiały się znacznie gorzej od tych, w których żyły otaczające je społeczności chrześcijańskie. Prowadziło to do nasilenia chorób a także wytworzenia się stereotypu Żyda, jako osoby o charakterystycznych cechach fizycznych i psychicznych. Elementami tego stereotypu w odniesieniu do cech fizycznych, były m. in. niski wzrost oraz drobna i wychudzona sylwetka, natomiast w odniesieniu do cech psychicznych depresyjna osobowość, lęk przed życiem i jego problemami, nadmierne zainteresowanie problematyką seksualną, skłonność do pobudzających używek (kawa, herbata) oraz niezdolność do cięższej pracy fizycznej. Powyższe cechy, przyjmowane przez omawianych XVIII-wiecznych autorów jako rzeczywiste, rozważane były przez prof. Kottka z odmiennej perspektywy, zależnej od przynależności narodowościowej i wyznaniowej twórców prac. Autorzy żydowscy, kierujący swoje książki ku współrodakom, podejmowali próby tłumaczenia występowania wspomnianych cech stereotypowych, wskazując na biedę i niedostateczny poziom żywienia jako przyczynę ukształtowania się konstytucji fizycznej przeciętnego Żyda. Z wygłodzeniem autorzy ci łączyli także niezdolność mieszkańców dzielnic żydowskich do długotrwałego wysiłku fizycznego. Problemy z seksualnością łączyli z brakiem środków materialnych, utrudniających zawieranie małżeństw, pomimo tendencji i do wczesnego wstępowania w związki małżeńskie. Tendencja ta powodowała jednocześnie zwiększenie liczby dzieci w rodzinie, a tym samym pogłębienie biedy. Omawiani przez prof. Kottka autorzy żydowscy formułowali w swoich pracach program o charakterze społeczno-higienicznym, zmierzający do poprawy opisywanej przez nich sytuacji. Składały się nań następujące elementy: 1) poprawa higieny osobistej, higieny odzieży oraz miejsca zamieszkania i pracy; 2) dbałość o higienę psychiczną, szczególnie w wychowaniu dzieci; 3) włączenie ćwiczeń fizycznych do programu edukacji dzieci; 4) szczególny nacisk w wychowaniu dzieci na osiągnięcie przez nie umiejętności praktycznych, mogących im zapewnić skuteczne pozyskiwanie środków utrzymania; 5) kształcenie kobiet w kierunku higieny seksualnej i higieny macierzyństwa; 6) uczenie kobiet podstaw opieki nad dziećmi, opartych na zasadach higieny; 7) poprawa ilości i jakości żywienia. Przedstawione powyżej postulaty z zakresu higieny społecznej miały na celu zachowanie i odbudowę społeczności żydowskiej. Miały charakter praktyczny i były możliwe do realizacji własnymi środkami

owej społeczności, przez każdego z jej przedstawicieli. Zalecenia higieniczne, zawarte w pracach autorów chrześcijańskich, kierowane były natomiast przede wszystkim do lekarzy, sprawujących nadzór nad życiem medycznym miast, w których Żydzi zamieszkiwali. Były ukierunkowane w stronę zachowania zdrowia całej populacji miejskiej, na którą zły stan zdrowia społeczności żydowskiej mógł negatywnie wpłynąć. Wśród spotykanych w tego typu literaturze zaleceń higienicznych występuje większość już wyżej omówionych postulatów, jednakże interpretacja przyczyn pojawienia się ukazanego wyżej stereotypu fizycznego i psychicznego Żyda wywodzona także bywała z czynników o charakterze biologicznym. Twierdzono w nich, że wspomniane cechy stereotypowe mają u Żydów charakter konstytucjonalny i wrodzony, zaś zadaniem chrześcijańskiej higieny społecznej powinno być dążenie do ograniczenia ich upowszechniania się w populacji nieżydowskiej. Poglądy tego typu spotykały się z polemiką innych autorów chrześcijańskich, którzy wskazywali na zbieżność czynników konstytucjonalnych Żydów oraz mieszkańców państw europejskich, w których oni zamieszkiwali, wynikającą z cech klimatu i środowiska naturalnego. W piśmiennictwie chrześcijańskim spotykamy także społeczne interpretacje genezy stereotypu fizycznego i psychicznego Żyda. Jednym z przedstawicieli tej interpretacji był pionier medycyny pracy, Bernardo Ramazzini, który wskazywał na związek złego stanu zdrowotnego społeczności żydowskiej z charakterem wykonywanej przez jej członków pracy. Jest to w większości wielogodzinna, jednostajna, wykonywana w pozycji siedzącej, w niedostatecznie oświetlonych i przewietrzonych, a często brudnych pomieszczeniach, praca fabryczna i rzemieślnicza. Praca ta jest nisko opłacana, co uniemożliwia zapewnienie rodzinom żydowskim dostatecznego poziomu utrzymania.

Kolejnym referentem był dr Eberhard Wolff ze Stuttgartu. Przedstawił działalność lekarzy żydowskich w dziedzinie modernizacji opieki społecznej w tej społeczności w XIX wieku. Autor wystąpienia doszukiwał się genezy rozwiniętej żydowskiej opieki społeczno-zdrowotnej w instytucjach religijnych. Każda żydowska gmina posiadała w swej strukturze instytucje opiekuńcze, których obiektem działalności byli ubodzy, chorzy, wdowy i sieroty. Finansowanie owych instytucji spoczywało na barkach zamożniejszych przedstawicieli społeczności, którzy czynili to z pobudek religijnych, kierując się wynikającym z wiary obowiązkiem oraz ideą braterstwa, a także z pobudek prestiżowych, ponieważ działalność na rzecz ubogich była wysoko oceniana w społeczności żydowskiej i była powodem do dumy rodzin, świadczących na

ten cel szczególnie wysokie sumy. Zaangażowanie bogatych na rzecz biednych nie miało w gminach żydowskich charakteru okazjonalnej działalności charytatywnej, lecz przybierało charakter metodyczny i odbywało się w prawnie ustalonych ramach. Religijny obowiązek pomocy ubogim można było zastąpić świadczeniem finansowym na ich rzecz. Organizacje opiekuńczo-zdrowotne w gminie żydowskiej były podzielone na przeznaczone dla dorosłych i dla dzieci, które otaczano szczególną troską. Rozwój owych instytucji był związany ze wzrostem pomyślności ekonomicznej społeczności żydowskiej w Niemczech. Powstawały tu, szczególnie w 2 połowie XIX w., żydowskie szpitale, przytulki, a nawet kasy chorych. Bogaci przedstawiciele społeczności żydowskiej chętnie łożyli środki na rozwój żydowskich instytucji leczniczych i opiekuńczych, zmierzając do przełamania negatywnego stereotypu Żyda ("słaby, chory i nieproduktywny") w społeczeństwie chrześcijańskim, w którym żyli jako mniejszość. Budując nowy stereotyp Żyda jako osoby zdrowej i społecznie aktywnej pragnęli odbudować godność narodową dyskryminowanej dotąd mniejszości, której reprezentanci byli w otaczającym społeczeństwie uznawani za osoby fizycznie i psychicznie niepełnowartościowe. Żydowskie instytucje opiekuńczo-lecznicze nie były w społecznej rzeczywistości Niemiec 2 połowy XIX wieku zjawiskiem odosobnionym, lecz powstawały jednocześnie i w analogii wobec instytucji niemieckich.

W dyskusji po pierwszych trzech referatach wskazano na głębokie przeżywanie przez Żydów dotyczącego ich stereotypu, jako osób niepełnowartościowych pod względem fizycznym i psychicznym, odmiennych od otaczającego ich otoczenia społecznego. Przeżywanie to doprowadziło, zdaniem dyskutantów, do wykształcenia się u wielu europejskich Żydów swoistego „poczucia bycia gorszym”. Wskazano, że w okresie Oświecenia, a także później, poczucie to stanowiło dla wielu przedstawicieli europejskiej społeczności żydowskiej niezwykle silną, wewnętrzną motywację podejmowania działań, nastawionych na awans osobisty. Towarzyszyła im tendencja skierowana na poprawę położenia współziomków. Motywowana religijnie zasada solidarności społecznej znalazła w próbach przezwycięzania „poczucia gorszości” głębokie psychologiczne podbudowanie. Zwrócono także uwagę na szczególny nacisk, kładziony w społeczności żydowskiej na kształcenie dzieci, w których upatrywano dziedziców wielowiekowej tradycji narodowej.

Druga część pierwszego dnia obrad drezdeńskiej konferencji skupiła wystąpienia, poświęcone działaniom lekarzy żydowskich

(podejmowanym już także poza własną społecznością), ukierunkowanym na poprawę ogólnego stanu zdrowia i sytuacji higienicznej w państwie niemieckim. Pierwszy referat w tej sesji wygłosił dr Gerald Kreft z Frankfurtu nad Menem. Poświęcił swoje wystąpienie szkole medycznej, założonej we Frankfurcie nad Menem przez Marcusa Eddingera, wywodzącego się z żyjącej w tym mieście największej w ówczesnych Niemczech społeczności żydowskiej. Podstawą filozoficzną szkoły Eddingera był neokantyzm, w interpretacji Friedricha Alberta Langego. Interpretacja ta miała charakter materialistyczny i kładła podstawowy nacisk na samodzielność poznawczą podmiotu poznającego i jego zdolność do indywidualnej interpretacji świata, postrzeganego jako świat materialnych obiektów. Powyższa interpretacja stała się podstawą przezwyciężenia panujących w niemieckiej psychiatrii w pierwszej połowie XIX stulecia interpretacji idealistycznych. Eddinger był pionierem niemieckiej neurologii, pierwszym w Niemczech ordynatorem Oddziału Neurologicznego na Uniwersytecie we Frankfurcie. Założył tu klinikę dla nerwowo chorych, w której obowiązywała interpretacja chorób nerwowych w kategoriach patologii układu nerwowego. Zwracał także uwagę na społeczne uwarunkowania chorób nerwowych, będące np. wynikiem przepracowania. Poglądy Marcusa Eddingera podjął jego syn, Ludwigo, a po nim przejął je działający na Uniwersytecie we Wrocławiu Karl Goldstein. Goldstein i jego uczniowie stworzyli podstawy niemieckiej neuropsychologii. Badali zaburzenia zdolności poznawczych i pracy afektów jako skutki określonego rodzaju uszkodzeń układu nerwowego. W 1933 r. Goldstein wyemigrował z Niemiec do USA, gdzie dalej twórczo pracował na polu neurologii. Omówione wyżej postacie stanowią charakterystyczny przykład podjętej przez lekarzy pochodzenia żydowskiego niemieckiej akulturacji. Pierwsze pokolenie, reprezentowane przez M. Eddingera, powoli przełamywało uprzedzenia narodowościowe i korzystając z prawa o równouprawnieniu Żydów objęło po roku 1848 stanowiska akademickie. Drugie pokolenie, mimo ograniczeń, kontynuowało dorobek ojców, szczególnie w nowych dyscyplinach medycznych. Pokolenie działające w pierwszych dekadach XX w. znów skupiało w swych szeregach wielu nowatorów i pionierów nowych dyscyplin medycznych, identyfikujących się z państwowością niemiecką i aktywnie zaangażowanych na jej rzecz. Kres niemieckiej akulturacji tego pokolenia przyniósł rok 1933, kiedy jego przedstawiciele utracili godności akademickie w Niemczech. Wielu wybitnych lekarzy pochodzenia żydowskiego przeniosło się do USA, wnosząc własny dorobek do amerykańskiej myśli medycznej .

Autor referatu zwrócił także uwagę na polityczne zaangażowanie M. i L. Eddinngerów, który aktywnie wspierali niemiecki ruch socjalistyczny.

Kolejnym referentem był dr Manfred Stürzbecher z Berlina. Poświęcił swe wystąpienie działalności lekarzy pochodzenia żydowskiego w opiece społecznej w Berlinie w pierwszych latach XX wieku. Autor postawił tezę, że można stwierdzić wyraźną zależność głoszonych przez danego lekarza poglądów naukowych od jego przynależności wyznaniowej, która kształtuje jego światopogląd i przekonania etyczne. Na przykładzie społeczności żydowskiej w Niemczech zjawisko to może być, jego zdaniem, śledzone szczególnie dobrze. W jednej społeczności narodowej wyodrębniły się bowiem (ułożone według ich liczebności) cztery grupy wyznaniowe: Żydów wyznania mojżeszowego, Żydów-protestantów, Żydów-katolików i grupa Żydów indyferentnych religijnie. Autor przedstawił liczne przykłady działalności na polu medycyny przedstawicieli każdej z wymienionych grup. Szczególnie silna niemiecka akulturacja nastąpiła w grupie Żydów-protestantów i doprowadziła do tego, że wielu przedstawicieli tej grupy nie miał już poczucia własnego żydostwa. Działali oni aktywnie w niemieckich instytucjach naukowych i uniwersyteckich, szczególnie w dyscyplinach o charakterze nowatorskim. Wszystkie wywodzące się ze społeczności żydowskiej grupy wyznaniowe cechowało niezwykle silne, wspólne im nastawienie prospołeczne, nie ograniczone do społeczności żydowskiej, co autor wiązał z wpływem żydowskiej etyki społecznej, wyrażonej w Starym Testamencie i podjętej w Nowym. Niemiecka akulturacja Żydów-chrześcijan nie została jednak uwieczniona powodzeniem, gdyż pomimo niemieckiej świadomości obywatelskiej i wspólnego z resztą społeczności niemieckiej wyznania protestanckiego byli postrzegani jako inni i obcy narodowościowo.

W dyskusji nad tymi referatami podjęto problem pokrewieństwa niemieckiej, XIX-wiecznej ideologii narodowej i ideologii syjonizmu. Wielu przedstawicieli ruchu syjonistycznego, w tym wielu lekarzy, wywodziło się z Niemiec. Zauważono, że powodowało to pojawienie się w niemieckich i żydowskich dyskusjach naukowych z dziedziny higieny społecznej podobnych problemów. Jednym z nich był problem tak zwanej higieny rasowej. Niektórzy z dyskutantów przypominali w tym kontekście publikację Karla Goldsteina pt. „über Rassenhygiene”, w której autor podjął kwestie związane z poprawą stanu zdrowotnego Żydów, pojmując je w kategoriach eugenicznych. Teza o podobieństwie żydowskich koncepcji eugenicznych do koncepcji niemieckich została jednak

odrzucona przez zdecydowaną większość dyskutantów, którzy podkreślili, iż mimo podobnego przedmiotu badań różne były wnioski i metody. Stwierdzono, że niemiecka higiena rasowa miała w XX wieku charakter ograniczony do narodu niemieckiego i jawnie rasistowski oraz stanowiła teoretyczne uzasadnienie procesów eksterminacji innych narodów, przede wszystkim Żydów. Natomiast program higieny rasowej sformułowany przez autorów żydowskich miał charakter higieniczno-zdrowotny i nie był ograniczony do społeczności żydowskiej, lecz mógł znaleźć zastosowanie w praktyce prozdrowotnej innych narodów.

Kolejną żywo dyskutowaną kwestią był problem genezy prospołecznego nastawienia, widocznego w działalności bardzo wielu lekarzy żydowskich. Wiązano je z zasadami żydowskiej etyki społecznej, przekazywanymi w rodzinach żydowskich także po zmianie wyznania na chrześcijańskie. W tym kontekście pojawił się problem odpowiedzialności chrześcijan obu wyznań (protestantów i katolików niemieckich) za antysemityzm. Stwierdzono, że chrześcijańska etyka społeczna nie stała się dostateczną barierą dla upowszechniania się ideologii antysemityzmu w społeczeństwie niemieckim. Słaby był także motywowany religijnie sprzeciw społeczny przeciwko faszyzmowi. Większość społeczeństwa niemieckiego podjęła rasowe poglądy faszystów, ponieważ nie napotkały one zdecydowanego przeciwdziałania lekarzy niemieckich. Podniesiono kwestię, że problem zagłady Żydów w państwie niemieckim może być rozpatrywany w kategoriach walki narodu z narodem i w tym wypadku ma on wymiar polityczny. Jeżeli problem ten byłby rozpatrywany w kategoriach walki rasy z rasą stanowi przykład tego, w jaki sposób nauka została wprzęgnięta w orbitę polityki.

Trzecią część pierwszego dnia obrad wypełniły wystąpienia poświęcone działalności lekarzy żydowskich w dziedzinie medycyny i higieny społecznej. Dr Eduard Seidler z Freiburga omówił wkład lekarzy pediatrów pochodzenia żydowskiego w ukształtowanie się podstaw pediatrii społecznej. Obejmowała ona w szerokim zakresie działania profilaktyczne, zmierzające do ograniczenia śmiertelności okołoporodowej dzieci i zwiększania szans ich przeżycia. Dr Gerrit Kirchner z Berlina przedstawił działalność na polu pediatrii żydowskiego lekarza z przełomu XIX/XX w. Hugona Neumanna. Dzięki jego aktywności nastąpił ogromny rozwój berlińskich instytucji opiekuńczo-leczniczych. Powstały żydowskie lecznice dla dzieci (polikliniki), zatrudniające lekarzy-specjalistów i dysponujące ruchomymi ambulansami. Stworzono domy porodowe dla ubogich matek, w których uczono je podstaw nowo-

czesnej pielęgnacji niemowląt i zasad prawidłowego żywienia dzieci. Zakładano także domy dla sierot. Instytucje te były finansowane ze środków żydowskiej gminy wyznaniowej .

Prof. Peter Schneck z Berlina przedstawił natomiast wkład lekarzy żydowskich w tworzenie niemieckiej ginekologii społecznej. Podobnie jak pediatria społeczna ginekologia społeczna była jedną z gałęzi higieny społecznej. Jej przedmiot można zdefiniować następująco: 1) ograniczenie śmiertelności okołoporodowej kobiet i dzieci; 2) leczenie seksualnych problemów kobiet; 3) profilaktyka chorób związanych z ciążą; 4) przygotowanie do zdrowego macierzyństwa. Twórcą tego programu był dr Wilhelm Lieppmann, założyciel instytutu ginekologicznego, w którym program ten był realizowany. Innym zasłużonym na polu ginekologii społecznej lekarzem żydowskim był Max Hirsch, założyciel czasopisma „Archiv für Frauenkunde”. Do wybitnych postaci tego ruchu należał także Ludwig Fraenkel, kierownik Kliniki Ginekologicznej Uniwersytetu we Wrocławiu. Niemiecka akulturacja wspomnianych uczonych została zakończona w roku 1933. Lieppmann wyjechał przez Czechosłowację do Włoch, a później do Turcji. Hirsch wyemigrował do Anglii, natomiast Fraenkel osiadł w Argentynie. Wszyscy wnieśli swe nowatorskie idee do medycyny krajów, w których się osiedlili. W dyskusji podniesiono problem dużego zaangażowania lekarzy pochodzenia żydowskiego w budowanie programu medycyny społecznej. Niemiecka medycyna akademicka nie była zupełnie zainteresowana społecznym kontekstem choroby i wykazywała nastawienie wyłącznie badawcze – zmierzające do rozwijania „czystej nauki”. W tym kontekście społeczne uwrażliwienie lekarzy żydowskich wydaje się szczególnie zauważalne. Było ono realizowane w zdecydowanej większości poza instytucjami akademickimi, w szpitalach publicznych, poliklinikach i gabinetach prywatnych, w których obowiązywała koncepcja medycyny skierowanej w stronę chorego. Lekarze szpitalni byli nastawieni na poprawę skuteczności leczenia, wychodzili także w swych zainteresowaniach poza instytucje szpitalne, zmierzając do poprawy ogólnych warunków zdrowotności społeczeństwa niemieckiego (nie tylko społeczności żydowskiej w Niemczech). Powyższa różnica w nastawieniu pomiędzy lekarzami klinicznymi a przedstawicielami medycyny szpitalnej znajdowała odbicie także w przynależności do medycznych towarzystw naukowych. Lekarze kliniczni zapisywali się do towarzystw o charakterze teoretycznym, natomiast lekarze szpitalni – do towarzystw medycznych o charakterze społecznym. W dyskusji wskazano także, że w żydowskich szpitalach powszechnych (nieklini-

cznych) prowadzono bardzo aktywną działalność naukową na najwyższym poziomie naukowym, nie ograniczającą prospołecznych zainteresowań lekarzy. Postawiono także hipotezę, że ze względu na istotne ograniczenia w dostępie lekarzy żydowskich do stanowisk akademickich (po habilitacji nie otrzymywali katedr i tytułów profesorów) przedstawiciele tego środowiska realizowali się zawodowo w szpitalach powszechnych, działalność dydaktyczną zastępując mnogością stojących na wysokim poziomie naukowym publikacji. Przypomniano także duży wpływ poglądów Karola Marksa na rozwój prospołecznych tendencji wśród lekarzy niemieckich pochodzenia żydowskiego. Dzieła Marksa były dla nich inspiracją budowy systemu opieki zdrowotnej i społecznej wśród klas upośledzonych. Pomimo że prospołeczne i socjalistyczne nastawienie lekarzy niemieckich pochodzenia żydowskiego nie było kształtowane w XIX stuleciu wyłącznie pod wpływem marksizmu, lecz należy do wielowiekowej tradycji, której przykładem był już Mojżesz Majmonides, nie należy jednak zapominać o wywieranych niegdyś przez marksizm wpływach i eliminować je ze świadomości historycznej. W dyskusji nad genezą prospołecznego nastawienia lekarzy żydowskich w Niemczech w XIX i XX stuleciu stwierdzono także, że nastawienie to wynikać mogło z tendencji do zachowania przez Żydów własnego narodu, pojmowanego w kategoriach zbiorowych i doskonalenia jego kondycji zdrowotnej.

Kolejne referaty pierwszego dnia obrad wygłosili prof. Albrecht Scholz z Drezna, dr Wolfgang Kirchhoff z Marburga i dr Klaus Hödl z Grazu. Prof. Scholz omówił wkład lekarzy żydowskich do rozpoznania genezy chorób skóry o charakterze chorób zawodowych. Choroby te miały np. charakter alergii kontaktowych i były związane z kontaktem w procesie produkcyjnym z takimi substancjami, jak nikiel. Wywiązywały się także w związku ze specyfiką procesu produkcyjnego (np. syfilis był przekazywany z jednej osoby na drugą podczas wytopu szkła za pomocą jednej dmuchawy). Szczególnie chorobotwórczy charakter miały także procesy galwanizacji oraz procesy w zachodzące w przemyśle farbiarskim, uczestniczący w których robotnicy często zapadali na choroby nowotworowe. Referent przypomniał dokonania na polu dermatologii społecznej takich badaczy, jak Joseph Jadasohn, Alfred Blaschke, Benno Hayes, Rudolf Leopold Mayer i Franz Blumenthal. Główną tendencją żydowskiej dermatologii społecznej był jej charakter profilaktyczny. Pozostali referenci tego dnia omówili zasługi dla rozwoju medycyny społecznej żydowskiej rodziny Nelki oraz Julisa Tandlera, działacza społeczno-higienicznego z Wiednia.

W podsumowaniu obrad pierwszego dnia konferencji stwierdzono, iż przedstawiciele żydowskiego środowiska lekarskiego w Niemczech w XIX i XX wieku prezentowali aktywną postawę społeczną, zmierzali do asymilacji ze społeczeństwem niemieckim i wnieśli bardzo wiele do rozwoju ówczesnej teoretycznej i praktycznej medycyny.

Drugi dzień obrad drezdeńskiej konferencji był poświęcony ostatniemu etapowi niemieckiej akulturacji Żydów, pojmowanemu jako zwieńczenie ponad stuletnich procesów asymilacyjnych. Przedstawiane w tym dniu referaty dotyczyły okresu od końca pierwszej wojny światowej, zakończonej klęską Niemiec, przez okres faszyzmu do czasów Holocaustu. Sytuacja polityczna i ekonomiczna Niemiec w tym okresie stworzyła uwarunkowania dla zahamowania procesów asymilacyjnych, pomimo trwałej już, niemieckiej akulturacji większości przedstawicieli inteligencji pochodzenia żydowskiego, w tym wywodzących się z tego środowiska lekarzy.

Pierwszy referat w tej sesji wygłosiła dr Beate Weigand z Karlsruhe. Przedmiotem jej wystąpienia były tendencje antysemityczne w niemieckich lekarskich czasopismach specjalistycznych (szczególnie „Ärztliches Vereinsblatt”) wydawanych w okresie od 1918 do 1933 r. Zaznaczająca się w ich treści postawa antysemityczna wyprzedzała czasy hitleryzmu i miała charakter metodycznej indoktrynacji. Jej cechą było propagowanie idei dyskryminacji lekarzy pochodzenia żydowskiego w wykonywaniu pracy zawodowej. Głoszony na łamach niemieckich czasopism lekarskich antysemityzm wypływał, zdaniem dr Weigand, z niechęci do obcych, właściwej postawie tak zwanego antysemityzmu ludowego, miał jednak przede wszystkim uwarunkowania ekonomiczne, wynikające z konkurencji na rynku pracy. Kryzys gospodarczy w Niemczech w latach 1918-1933 przyczynił się do spauperyzowania społeczeństwa i utraty przez wolno praktykujących lekarzy wielu dotychczasowych pacjentów na rzecz lekarzy związanych z Kasami Chorych, których usługi były znacznie tańsze. Kasy Chorych stały się więc obiektem zmasowanego ataku przedstawicieli nie związanych z nimi grup środowiska lekarskiego. Uważano je za instytucje marksistowskie i socjalistyczne, ograniczające wolną konkurencję między lekarzami i powodujące upadek finansowy niemieckiego środowiska lekarskiego. Za zaistniałą sytuację obwiniano Żydów, którzy w dużej liczbie byli zatrudnieni jako lekarze Kas Chorych. Należy jednak przypomnieć, że liczny udział lekarzy pochodzenia żydowskiego w systemie opieki zdrowotnej stworzonym przez Kasy Chorych wynikał z tego, że były to przed

1918 r. stanowiska nisko płatne, wymagające wielogodzinnej etatowej pracy, a zarazem stanowiska dostępne dla Żydów – posiadających relatywnie wyższe od lekarzy niemieckich specjalistyczne kwalifikacje (w sposób istotny statystycznie wykazywali się np. pierwszym i drugim stopniem specjalizacji), których jednak z przyczyn narodowościowych nie mogli wykorzystać w uniwersyteckiej medycynie klinicznej. Stanowiska lekarzy Kas Chorych nie były także przed 1918 r. postrzegane w środowisku wolno praktykujących lekarzy jako posady szczególnie atrakcyjne. W warunkach kryzysu gospodarczego dawały jednak wielu lekarzom pochodzenia żydowskiego stałą pracę i niewysokie wynagrodzenie, których pozbawieni zostali liczni lekarze niemieccy wykonujący dotąd swój zawód w warunkach wolnej praktyki. W niemieckiej specjalistycznej prasie lekarskiej pojawiły się więc przykłady argumentacji, wysuwanej przeciwko lekarzom żydowskim, mającej ograniczyć popyt społeczny na ich usługi. Argumenty te miały charakter personalny i narodowościowy. Zarzucano lekarzom pochodzenia żydowskiego niemoralność, nadużycia seksualne wobec pacjentów, lewicowe poglądy polityczne – przede wszystkim uleganie wpływowi socjalistycznym, podkreślano także ich obcość narodowościową wobec niemieckiego społeczeństwa. Zarzuty te miały więc charakter propagandowy, w publikacjach o charakterze antysemitycznym nie podważano przed 1933 r. zawodowych kompetencji lekarzy niemieckich pochodzenia żydowskiego. Niemiecka specjalistyczna prasa lekarska dokumentuje także utrudnienia w podejmowaniu pracy zawodowej przez lekarzy pochodzenia żydowskiego w Niemczech przed 1933 rokiem. Wielu z nich nie uzyskało wymaganego zezwolenia niemieckiego samorządu lekarskiego, umożliwiającego otwarcie prywatnej praktyki. Studentom pochodzenia żydowskiego często odmawiano aprobacji po przeniesieniu się z innej uczelni, a także opóźniano uzyskanie przez nich dyplomów. Zdaniem autorki omawianego wystąpienia zjawisko antysemityzmu w niemieckim środowisku lekarskim miało stosunkowo nasilony charakter. Nie odbiegało jednak szczególnie od postawy reprezentowanej w tej kwestii przez większość niemieckiego społeczeństwa w omawianym okresie.

Następne referaty wygłoszone w drugim dniu konferencji poświęcone były ostatniemu etapowi procesu asymilacji Żydów w Niemczech, przypadającemu na czas Holocaustu. Dr Daniel Nadav z Ramat-Gan w Izraelu przedstawił sylwetkę żydowskiego lekarza, Maximiliana Samuela, który podjął w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu współpracę z Niemcami. Dr Samuel należał przed 1933 r. do niemieckiego lekarskiego establishmentu. Był

profesorem ginekologii Uniwersytetu w Kiel o znaczącym naukowym dorobku. Należał do grupy lekarzy pochodzenia żydowskiego całkowicie już zasymilowanej i o pełnej niemieckiej akulturacji. W 1933 r. wyemigrował do Belgii, ale po zajęciu tego kraju przez Niemcy został aresztowany i wraz z rodziną wywieziony do Oświęcimia. Tam jego żona została natychmiast zgładzona, natomiast córka zmarła wkrótce w obozie w Brzezince. Utrata najbliższych spowodowała u Samuela wybuch panicznego lęku o własne życie. Postanowił ratować się za wszelką cenę i w tym celu zgłosił władzom obozowym chęć współpracy przy wykonywaniu eksperymentów medycznych na ludziach. Jako ginekolog zgodził się uczestniczyć w doświadczeniach przeprowadzanych na kobietach. Celem tych doświadczeń były badania nad płodnością, zdolnością jej zachowania pomimo doznanych urazów, a także nad antykoncepcją. Samuel wykonywał wraz z lekarzami niemieckimi operacje na narządach rodnych poddawanych eksperymentom kobiet, uczestniczył także w naświetlaniu kobiet promieniami rentgenowskimi. Niektóre z kobiet, będące obiektem eksperymentów Samuela, przeżyły wojnę, a jedna z nich urodziła nawet dzieci. Dr Nadav, analizując zachowanie Samuela w Oświęcimiu, w dotychczasowym piśmiennictwie historyczno-medycznym oceniane zdecydowanie negatywnie, pragnął znaleźć uzasadnienie dla wybranej przez niego postawy w czynnikach natury osobistej. Podkreślał załamanie psychiczne Samuela po śmierci bliskich, lęk o własne życie, przypominał także zachowane z relacji świadków działalności Samuela w obozie przykłady, wskazujące, że kolaboracja z Niemcami miała często charakter pozorowany. Samuel miał bowiem fałszować dokumentację przeprowadzanych zabiegów, nie wykonując w rzeczywistości wszystkich opisywanych operacji ani w pełnym zakresie, ani w pełnej liczbie.

Następnym referatem było moje wystąpienie, poświęcone sytuacji medycznej warszawskiego getta z lat 1940-1943, w świetle opublikowanych w latach 1987 i 1996 pamiętników prof. Henryka Makowera i prof. Noemi Wigdorowicz-Makowerowej.

Ostatni referat na omawianej konferencji wygłosił dr Klaus-Dieter Thomann. Poświęcił swoje wystąpienie eugenicie, genezie tej koncepcji oraz jej praktycznemu zastosowaniu w czasach faszystowskich. Referent wskazał, że przed 1933 r. eugenika była nauką o charakterze prospołecznym. Była elementem systemu higieny społecznej, nastawionym na poprawę ogólnego stanu zdrowia populacji i zapewnienie optymalnych zdolności rozrodczych. W działającym w Niemczech Towarzystwie Higieny Społecznej aktywnie działali także lekarze pochodzenia żydowskiego,

w tym wielu wybitnych. W latach 20tych XX w. w ruchu higieny społecznej wyodrębniło się jednak ugrupowanie, określone przez autora mianem „fanatyków”, którzy cele eugeniki pojmowali w sposób jednostronny i definiowali je w kategoriach biologicznych i rasowych. Ugrupowanie to w okresie faszystowskim dostarczyło pseudonaukowych uzasadnień realizowanej w Niemczech polityki rasowej, ukierunkowanej eksterminacyjnie.

W dyskusji po wygłoszonych w drugim dniu konferencji referatach podniesiono przede wszystkim problem odpowiedzialności etycznej lekarzy, biorących udział w eksperymentach naukowych na ludziach. Uznano odpowiedzialność uczestniczących w tych eksperymentach lekarzy niemieckich i przypomniano, że ich postawy zostały opisane w niemieckim piśmiennictwie historyczno-medycznym. Podobnie opisane i negatywnie ocenione zostało przekształcenie się eugeniki w naukę o rasistowskim charakterze. Oceny te zostały zdecydowanie podtrzymane przez dyskusyjantów.

Na podstawie omówionych wyżej tendencji antysemitycznych, przejawiających się na łamach niemieckiej specjalistycznej prasy lekarskiej, postawiono tezę, że faszystowska ideologia była w sposób metodyczny rozpowszechniana znacznie wcześniej, zanim NSDAP objęła w 1933 r. w Niemczech władzę. Rozpowszechnianie to miało charakter planowej indoktrynacji, skierowanej także do środowisk inteligenckich (w tym lekarzy) i przygotowywało je stopniowo do akceptacji głównych tez hitleryzmu. Jeden z dyskusyjantów stwierdził na podstawie własnych badań nad czasopismami medycznymi w Niemczech, że niektóre redakcje usiłowały się przeciwstawić antysemitycznym tendencjom programowym i odmawiały publikacji artykułów lub ogłoszeń o treściach antysemitycznych. Sprzeciwy te były jednak wygaszane za pomocą nacisków, wywieranych przez finansujące wydawanie tych czasopism instytucje. Sponsorzy w sposób otwarty uzależniali dalsze finansowanie pism lekarskich od zachowania przez nie określonej „linii ideowej”.

Dyskusja nad referatem poświęconym sytuacji zdrowotnej w warszawskim gettcie miała, podobnie jak samo przyjęcie referatu przez uczestników konferencji, bardzo emocjonalny charakter. We wcześniejszych referatach problem antysemityzmu rozważany był bowiem wyłącznie jako pewna postawa, pewien sposób myślenia i postrzegania społecznej rzeczywistości. Referat dotyczący praktycznych przejawów inspirowanej przez antysemityzm niemieckiej polityki eksterminacyjnej był dla wielu uczestników sobotniej sesji autentycznym psychicznym wstrząsem, czemu da-

wali wyraz w dyskusji i w prowadzonych po zakończeniu obrad prywatnych rozmowach.

Podsumowanie konferencji ująć można w kilku punktach:

1) Tendencje asymilacyjne i dążenie do integracji z niemiecką kulturą (określane pojęciem akulturacji, obejmującym także mentalność, religię, poczucie obywatelskie itp.) przejawiane przez społeczność żydowską w Niemczech miały bardzo aktywny charakter i dotyczyły bardzo dużej grupy przedstawicieli środowiska lekarskiego.

2) Niemiecka myśl medyczna w XIX i XX stuleciu bardzo dużo zawdzięcza lekarzom pochodzenia żydowskiego, którzy wnieśli trwałą wkład w jej rozwój. Wkład ten przejawiał się także w działalności organizacyjnej lekarzy pochodzenia żydowskiego w Niemczech, którą cechowało aktywne nastawienie profilaktyczne i społeczne, nie ograniczone do własnej grupy narodowościowej.

3) W społeczeństwie niemieckim występował jednak opór przeciwko asymilacji i niemieckiej akulturacji Żydów i rozwijały się w świadomości społecznej tendencje antysemityczne, które spowodowały, iż ruch asymilacyjny ostatecznie został zablokowany przez politykę rasową hitleryzmu. W jej wyniku społeczność żydowska w Niemczech uległa zagładzie.

4) Na postawę lekarzy niemieckich, którzy nie przeciwstawili się w sposób dostateczny praktycznemu antysemityzmowi, realizowanemu przez władze faszystowskie, oddziaływały następujące czynniki:

a) nie wyprowadzili oni dostatecznych konsekwencji z wyznawanych przez siebie poglądów religijnych – chrześcijańska etyka społeczna nie była dostateczną barierą dla antysemityzmu w jego wymiarze teoretycznym i praktycznym;

b) upowszechniło się wśród nich przekonanie o moralnym usprawiedliwieniu postawy emigracji wewnętrznej wobec hitleryzmu („jestem w porządku, ponieważ rzetelnie wykonuję swoją pracę, leczę chorych i osobiście nic złego nie czynię”);

c) ich bierne zachowanie wynikało z tradycyjnej w Niemczech postawy posłuszeństwa wobec władzy;

d) wynikało także z lęku przed presją wywieraną przez większość, w tym osoby sprawujące z nadania władzy w niemieckiej medycynie okresu faszystowskiego najwyższe stanowiska.

Kolejna drezdeńska konferencja naukowa, poświęcona problematyce judaistycznej w medycynie odbędzie się w roku 2001. W podsumowaniu konferencji obecnej pojawiły się opinie (wyraził je np. prof. Werner Kühmel), iż powinno się rozwijać badania nad podejmowaną przez przedstawicieli lekarskiej społeczności

żydowskiej działalnością w szerszym kontekście porównawczym. Chciałabym zachęcić polskich historyków medycyny do zgłoszenia swojego uczestnictwa w planowanych obradach następnej drezdeńskiej konferencji. Wkład lekarzy żydowskich do medycyny polskiej z pewnością zasługuje na udokumentowanie i przedstawienie na szerszym, międzynarodowym forum.