

MICHAŁ POCZĄTEK

Rola i czynności fizyków powiatowych w Wielkim Księstwie Poznańskim

The Role and Activities of District Physicians in the Grand Duchy of Poznań

Specjalistyczny Prywatny Gabinet Neurologiczny Michał Początek, Piła

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie roli urzędowego lekarza powiatowego w systemie ochrony zdrowia na terenie Wielkiego Księstwa Poznańskiego. Temat podjęto z zamiarem uzupełnienia i pogłębienia wiedzy dotyczącej istotnych aspektów życia społecznego, jakimi są sprawy zdrowia. W XIX w. w okresie kształtowania się w Europie nowoczesnych państw narodowych, działania w tym zakresie zaczęły przybierać formę planowej polityki.

Zagadnienie zostało potraktowane dwutorowo. Z jednej strony omówiono bowiem założenia pruskiej polityki sanitarnej i stworzony dla niej model organizacyjny, z drugiej uwzględniono znane uwarunkowania regionalne. Starano się wyodrębnić cechy charakterystyczne służby zdrowia w ówczesnych Prusach. Posługując się sprawdzonymi metodami administracyjnymi, kierowała się ona ideowymi wskazaniem tzw. policji lekarskiej oraz wymogami racji stanu. Funkcjonowanie tego modelu analizowano na przykładzie północno-zachodniej Wielkopolski, rdzennie polskiego terytorium, po Kongresie Wiedeńskim wcielonego do państwa pruskiego.

Zasadniczym ogniwem systemu ochrony zdrowia w Wielkim Księstwie Poznańskim, od roku 1849 zaś w Prowincji Poznańskiej, był urząd fizyka powiatowego. Stanowił organ nadzoru fachowego i główny ośrodek dyspozycyjny służby zdrowia w terenie. Posiadał względną autonomię i szerokie uprawnienia. Kompleksowo realizował wielopłaszczyznowe zadania, a znaczącą pozycję wśród nich zajmowało zwalczanie skutków klęsk elementarnych (np. epidemii).

Prezentacja roli lekarza powiatowego uzupełnia obraz opieki medycznej funkcjonującej w określonych warunkach historycznych, a także skłania do refleksji nad jej ewolucją.

Summary

The aim of the work was to show the role of district physicians in the system of health protection which was obligatory in the Grand Duchy of Poznań. The subject was taken up in order to complete and increase the knowledge connected with essential aspects of social life such as health problems. In the 19th century, in the time when modern, new national countries in Europe were formed, the activity in the sphere of health started to be a planned policy. The problem was handled in two ways. On the one hand, the general bases of Prussian sanitary arrangements and its organizational model were discussed, and on the other hand, well-known local conditions were taken into consideration. The aim was to present separately the characteristics of health service in Prussia of that time. According to the verified methods of administration, it followed idealistic indications of the so-called medical police and also the requirements of the state policy. It has been precisely analysed how the model worked according to the example of northwest Wielkopolska region, a strictly Polish territory which was incorporated to Prussia after the Vienna Congress.

The fundamental link in the system of health protection in the Grand Duchy of Poznań (since 1849 — the Province of Poznań) was the office of a district physician. This was the organ of professional government control and the main disposal centre of health service in the area. It had relative autonomy and broad rights. It fulfilled multi-level tasks among which the most important one was to overcome effects of elementary disasters e.g., epidemics.

The description of the role of a district physician makes the view on medical care, as it functioned in particular historical circumstances, complete. It also makes us think about the evolution of medical care.

Słowa kluczowe: fizyk powiatowy, Wielkie Księstwo Poznańskie, policja lekarska, profilaktyka, epidemie, XIX wiek

Key words: district physician, Grand Duchy of Poznań, medical policy, profilaxis, epidemics, 19th century

Instytucja lekarza urzędowego w perspektywie historycznej

Instytucja lekarza urzędowego, sprawującego nadzór nad higieną miast, znana była w starożytnej Grecji od IV wieku przed naszą erą. W Rzymie podobne funkcje spełniali archiatrzy, a w miastach garnizonowych lekarze legionowi. W średniowieczu korzystano w zasadzie z dawnych wzorów, ale pozycja fizyka miejskiego jako dysponenta środków sanitarnych, koordynatora działań przeciwepidemicznych i najważniejszego lekarza systematycznie się umacniała. Do jego obowiązków należała kuratela nad ubogimi, sierotami, przytułkami i szpitalami, łaźniami miejskimi, aptekami, a nawet domami publicznymi. Był doradcą władz w zakresie zdrowia i autorem instrukcji sanitarnych. Przeprowadzał obdukcje zwłok do celów sądowych i kontrolował działalność rzemieślników uprawiających zawody medyczne.

Aczkolwiek przez całe wieki w medycynie utrzymywało się zróżnicowanie kompetencyjne i — obok klasycznie wyedukowanych lekarzy — funkcjonowali chirurdzy, cyrulicy i łaźiebnicy, nieposiadający akademickich kwalifikacji, z biegiem czasu narastała tendencja do porządkowania oraz instytucjonalizowania opieki zdrowotnej. Wiązało się to z podnoszeniem poziomu usług medycznych i staraniem o możliwie najlepszą ich fachowość. Wymienione tu tzw. niższe zawody medyczne, zorganizowane na zasadzie obowiązujących w rzemiośle cechów, z typową dla nich drogą awansu korporacyjnego (terminator, czeladnik, mistrz), zaczęły stopniowo podlegać coraz ściślejszej kontroli lekarskiej. Od XVIII wieku obowiązywał w większości miast wymóg obecności lekarza urzędowego podczas przeprowadzania egzaminów cechowych.

Oświeceniowe idee policji lekarskiej na tle ówczesnych prądów filozoficznych i politycznych (absolutyzm)

Spuścizną wojny trzydziestoletniej (1618–1648), rozgrywającej się głównie na ziemiach niemieckich, były szerokie zmiany w świadomości społecznej. Na skutek wieloletnich wyczerpujących waśni religijnych zrodziło się zjawisko indyferentyzmu moralnego, a jednocześnie kształtowały się postawy pragmatyczne. Stały się one podłożem rozwoju prądów filozoficznych określanym terminem oświecenia. W dziejach kultury europejskiej przypada ono na okres od końca XVII do początków

XIX stulecia. Rysem charakterystycznym filozofii oświecenia było poznawanie świata samodzielny wysiłkiem rozumu i organizowanie życia zgodnie z jego wskazówkami, przez racjonalną organizację społeczeństwa, rozwój techniki i oświatę publiczną. Praktycznym wykładnikiem tych założeń stał się pluralizm poglądów oraz tolerancja. Za twórcę filozofii oświecenia, opartej na światopoglądzie racjonalistycznym i materialistycznym, uchodzi John Locke (1632–1704). Głównymi zaś teoretykami oświecenia niemieckiego byli: Wilhelm Leibnitz (1646–1716), Christian Wolff (1679–1754), Samuel Pufendorf (1632–1694), Christian Thomasius (1655–1728) i Immanuel Kant (1724–1804). Oświecenie niemieckie cechowała, większa niż w innych dziedzinach, inwencja na polu prawno-ustrojowym. Wynikało to z silniejszego zapotrzebowania na rozwiązania ustrojowe, a właściwie nawet na ogólną teorię państwa i władzy, których brakowało w rozczłonkowanej na liczne dzielnice i księstwa Rzeszy. Kant wprowadził do kanonu zasad obowiązujących w życiu publicznym i prywatnym „powinność”, jako cnotę wymagającą od człowieka bezwzględnego podporządkowania. Dawała się łatwo przenosić ze sfery subiektywnej do rzeczywistości obiektywnej, w której funkcja rozumu praktycznego przechodziła z jednostki na siłę przywódczą społeczeństwa. Wkrótce potem Georg Wilhelm Hegel (1770–1831) nadał państwu rangę absolutu. Tylko ono może bowiem zapewnić człowiekowi możliwości rozwoju, i tylko w wyznaczonych przez nie ramach jednostka osiąga spełnienie. Poglądy Hegla stały się fundamentem ustroju absolutystycznego w krajach europejskich doby oświecenia. Przyczyniły się także do powstania w XIX wieku nowoczesnych państw narodowych.

W dziedzinie ochrony zdrowia koncepcje wypracowane w sferze kultury i polityki zaowocowały ideą policji lekarskiej. Za jej pomysłodawcę uważa się Johanna Petera Franka (1745–1821), profesora medycyny praktycznej kolejno w Getyndze, Pawii, Wiedniu, Wilnie i Petersburgu, który w 1817 roku wydał sześciotomowe dzieło zatytułowane „Pełny system policji lekarskiej”. Postulował tam utworzenie odpowiednio wyszkolonej policji medycznej, z zadaniem kierowania powszechnym systemem zdrowotno-sanitarnym i egzekwowania jego zaleceń. Frank przedstawił nowatorski model państwowej służby zdrowia, przewidujący opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim od poczęcia aż po grób. Uważał, że prawo po-

winno nakłaniać, a nawet zmuszać ludność do przestrzegania reguł postępowania, zmierzających do zachowania zdrowia. Reformy miały polegać na zmianach organizacji nauczania medycyny, upowszechnieniu higieny i profilaktyki zdrowotnej. Zakładały rozwój higieny szkolnej, wyeliminowanie przerywania ciąży i dzieciobójstwa oraz wprowadzenie dodatków rodzinnych. Postulowały poprawę opieki okołoporodowej, pomoc materialną dla samotnych matek i odpowiednie przygotowanie młodych ludzi do wypełniania obowiązków rodzicielskich. Dotyczyły więc także zagadnień z zakresu polityki społecznej. Planowano kontrolę sanitarną produkcji oraz dystrybucji artykułów żywnościowych, zabiegano o poprawę warunków bytowych ogółu obywateli.

Na początku XIX stulecia uwaga teoretyków i organizatorów ochrony zdrowia koncentrowała się na zagadnieniach higieny osobistej. Potem stopniowo kierowała się ku rozwiązaniom globalnym i systemowym, ku planowej i zorganizowanej polityce sanitarnej. W rozważaniach na temat pruskiej służby zdrowia pojawiają się równoległe pojęcia „ochrony zdrowia” i „policji sanitarnej”. Nie wdając się w szczegóły semantyczne, można te terminy uznać za równoważne, przyjmując wyjaśnienia Augusta Winkelmana (z r. 1804) i Friedricha Nassa (z r. 1823), że ochrona i służba zdrowia stanowią kontynuację policji sanitarnej [1]. Pod pojęciem „policji sanitarnej” rozumiano pierwotnie odrębny organ wykonawczy, który jako taki nigdy nie powstał i ostatecznie funkcjonował zbiorowo poprzez istniejące struktury służby zdrowia. W drugim znaczeniu „policja sanitarna” (lub „policja zdrowia”) była częścią działań państwa zmierzających do:

1. utrzymania i podniesienia zdrowia społeczeństwa,
2. zaspokajania życiowych potrzeb ludności,
3. odsuwania zagrożeń dotyczących zdrowia i życia.

Policja była więc synonimem zarówno polityki, jak i organów systemu. Wyrażała założenia programowe, ale odnosiła się także do sposobów ich realizacji. Stanowiła kompleks znacznie scentralizowanych przedsięwzięć o wielopłaszczyznowym charakterze. W celu utrzymania i polepszenia zdrowia sięgano równoległe do środków perswazji oraz metod przymusu prawn-administracyjnego (restrykcje i represje). Podkreślano, że pomyślność państwa zależy od odpowiedniego i dobrego zdrowia społeczeństwa [2]. Państwo zaś widziano w kategoriach absolutu.

Ideę policji lekarskiej rozwijano na terenach niemieckich przez cały niemal wiek XIX. Współtworzyli ją m.in. Fryderyk Oesterlen (1812–1877), Maks Pettenkofer (1818–1901), Hermann Richter (1808–1876), Georg Varrentrapp (1809–1886), Rudolf Virchow (1821–1902) i inni. Za Ignazem Heinrichem Schurmayerem (1802–1881) [3] jej założenia można sformułować w następujący sposób:

1. Profilaktyka zdrowotna (oświata i higiena).
2. Szeroko pojęta praktyczna terapia.
3. Zapobieganie chorobom dziedzicznym.
4. Zwalczanie negatywnych wpływów środowiska zewnętrznego (higiena komunalna, dietetyka, walka z ubóstwem, opieka nad matką i dzieckiem).
5. Ochrona przed chorobami zaraźliwymi (epidemie, epizootcje, zoonozy).
6. Organizacja, kadry oraz nadzór i egzekucja przepisów.

Powiat jako jednostka samorządowo-administracyjna Królestwa Prus

W XVII wieku w Brandenburgii wykształcił się podział kraju na powiaty z dyrektorami powiatowymi na czele. W 1702 roku, krótko po połączeniu Prus Książęcych z Brandenburgią i utworzeniu Królestwa Prus, otrzymali oni zaszczytny tytuł landrata, przysługujący dawnym notablom. Reprezentowali interesy lokalnego samorządu stanowego, wykonując zarazem dyrektywy władzy państwowej. Z czasem organizacja powiatowa i urząd landrata zostały na wzór Brandenburgii wprowadzone we wszystkich prowincjach państwa. Landraci byli wybierani bezpośrednio bądź też stany powiatowe zgłaszały kandydatów do nominacji królewskiej. System ten utrzymywał się aż do XIX wieku. W Wielkim Księstwie Poznańskim prawo do wyboru landratów (czyli radców ziemiańskich) przez sejmiki zniesiono w 1833 roku. Odtąd pochodzili oni wyłącznie z nominacji. Landraci mieli do pomocy sekretarzy powiatowych, którzy prowadzili biura urzędów. Kompetencje radców powiatowych obejmowały wszystkie sprawy policji i administracji, z wyjątkiem tych miast, w których utworzono specjalne prezydya lub dyrekcje policji. Landrat był organem rejencji, której bezpośrednio podlegał. Równocześnie ustanowiono odrębnych urzędników, których zadaniem było zarządzanie w dziedzinach specjalnego znaczenia. Powołano więc poborców podatkowych, fizyków, weterynarzy, inspektorów budownictwa, nadleśniczych itp. Ich liczba ciągle wzrastała w miarę rozrostu administracji. Funkcjonowanie sejmików jako organów samorządu regulowały ustawy, zwane ordynacjami powiatowymi. W Poznańskim zaczęły one obowiązywać od roku 1829. W skład sejmików powiatowych wchodził przedstawiciel trzech stanów: rycerskiego (szlacheckiego), miast oraz gmin wiejskich [4].

Powiat, zarządzany przez starostę, był także tradycyjną strukturą podziału administracyjnego Rzeczypospolitej. Stanowił jej najmniejsze ogniwo, podlegał władzom ziemi i województwa. Nazwę „powiat” wywodzi się od słowa „wiec” i „wietać”, czyli radzić. Określenie to wiązano z tzw.

rokami sądowymi, a więc terminami, kiedy odbywały się sądy. W dawnej Polsce (od XIV w.) powiat oznaczał okręg podlegający sądownictwu sądu ziemskiego.

Struktura administracyjna Wielkiego Księstwa Poznańskiego w XIX wieku. Charakterystyka przemian demograficznych

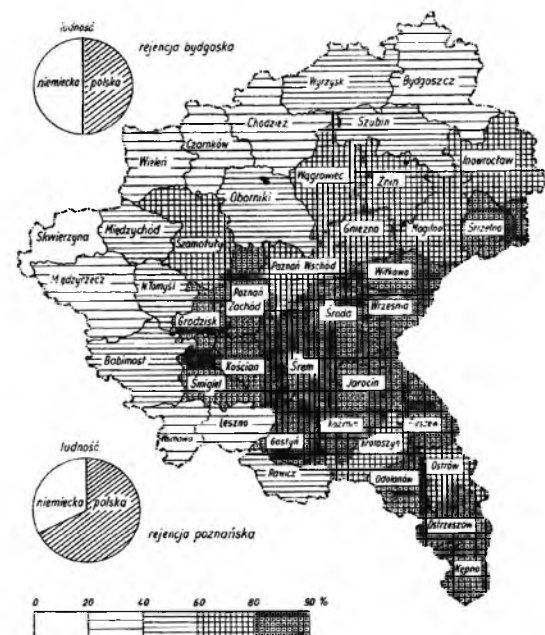
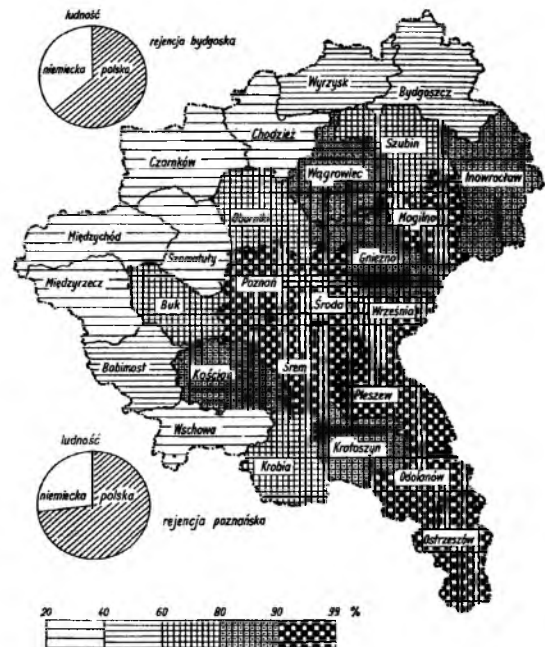
Po rozbiorach i upadku Napoleona, w wyniku postanowień kongresu wiedeńskiego, wschodnia część Wielkopolski (ok. 1/3 terytorium i ogółu ludności) z Kołem, Kaliszem i Turkiem pozostała w granicach Imperium Rosyjskiego. Na terenach wcielonych do Prus utworzono Wielkie Księstwo Poznańskie.



RYC. 1. Prusy w latach 1815–1871. Źródło: Zieliński Z., *Niemcy. Zarys dziejów*, Kraków 2003

Objemowało ono obszar o łącznej powierzchni 28,9 tys. km², zaludniony przez 776 tys. mieszkańców. Było jedną z dziesięciu prowincji, i choć stanowiło integralną część Prus, przynajmniej do 1831 roku, korzystało z względnej autonomii. Stanowisko namiestnika powierzono Polakowi, księciu Antoniemu Radziwiłłowi. Pełnił on jedynie funkcje tytularne, rzeczywistą władzę sprawował naczelny prezes i podlegające mu prezydium. Sejm prowincjonalny był organem doradczym i raczej dekoracyjnym. W 1849 roku terytorium włączono do Związku Niemieckiego i formalnie zmodyfikowano nazwę. Odtąd ta część Wielkopolski stała się Prowincją Poznańską, aczkolwiek poprzednie określenie nadal funkcjonowało w powszechnym, zwłaszcza polskojęzycznym obiegu.

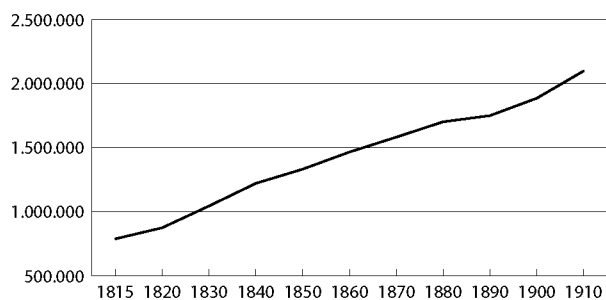
Wielkie Księstwo podzielono na dwa obwody rejencyjne — poznański i bydgoski, a obwody na powiaty (pierwszy na 13, drugi na 3). Niedługo potem, w 1818 roku, wprowadzono nową regulację podziału zmniejszającą



RYC. 2. Wielkie księstwo poznańskie — podział na powiaty. Źródło: Jakóbczyk W. (red.), *Dzieje Wielkopolski*, Poznań 1973, t. II, s. 366–367

wielkość powiatów, a zwiększając ich ilość. W rezultacie w rejencji poznańskiej utworzono 17 powiatów, w bydgoskiej zaś 9 [5]. W 1887 roku nastąpiły kolejne zmiany organizacyjne, w wyniku których liczba powiatów wzrosła do 43. W skład powiatów wchodziły miasta, gminy i obwody dworskie. Geografię podziału powiatowego w pierwszej i drugiej połowie XIX wieku przedstawiają mapki.

Ewolucja struktury powiatowej wynikała zarówno z zamiaru wzmocnienia władzy administracyjnej, jak i z istotnych przemian demograficznych. Podobnie jak w innych państwach europejskich, dynamika wzrostu ludnościowego w Prusach była bardzo duża. W Wielkim Księstwie liczba mieszkańców osiągnęła w roku 1849 poziom 1252 tys., zaś w 1910 roku wynosiła blisko 2,1 mln. Przyrost ludnościowy w Poznańskim przedstawia następujący wykres:



RYC. 3. Ludność Wielkopolski w latach 1815–1914. Źródło: Grześ B., Kozłowski J., Kramski A., *Niemcy w Poznańskim wobec polityki germanizacyjnej 1815–1920*, Poznań 1976, s. 18, tab. 1

Przyrost naturalny ludności Księstwa (różnica między urodzonymi i zgonami) oraz stopa przyrostu naturalnego (stosunkowa wielkość przyrostu naturalnego na 1000 średniego stanu ludności) ulegały w XIX wieku poważnym zmianom. Stopa przyrostu naturalnego wykazywała gwałtowne wahania aż do lat pięćdziesiątych. Potem, do końca stulecia, już jednoznacznie rosła. Bardzo niski przyrost naturalny w pierwszej dekadzie oraz w latach 1826–1855 był wynikiem klęsk społecznych i naturalnych takich, jak: wojny napoleońskie, wydarzenia okresu Wiosny Ludów, głód spowodowany wojnami, wielki kryzys rolniczy w latach dwudziestych i wreszcie wielkie epidemie. W latach 1816–1849 zmarło w Poznańskim z powodu epidemii ospy 21,8 tys., a z powodu kilku epidemii cholery 23,2 tys. ludzi. Natomiast lata między poszczególnymi klęskami znamionował wysoki przyrost naturalny, typowy dla okresów kompensacyjnych. W sumie w przeciągu stulecia liczba ludności niemal się potroiła, przy czym głównym czynnikiem wzrostu było

obniżenie współczynnika zgonów i wydłużenie średniej długości życia (z 27 lat na początku XIX wieku do ok. 50 lat u jego schyłku). Największy przyrost nastąpił wśród ludności polskiej, która stanowiła 2/3 mieszkańców (pozostałą część tworzyli Niemcy oraz Żydzi — 6–8%).

Stan lekarski w Prusach i w północno-zachodniej Wielkopolsce: liczebność, kwalifikacje, kryteria doboru kadrowego

Podstawą działania pruskiej służby zdrowia były zasady zawarte w ordynacji medycznej opracowanej w 1694 roku i znowelizowanej na mocy edyktu medycznego z roku 1725. Centralną instytucję zarządzającą tworzyło Kolegium Medyczne powołane w 1685 roku, w 1724 roku przekształcone w organ ministerialny szczebla państwowego. W 1817 roku we wszystkich prowincjach Królestwa powołano odpowiednie kolegia regionalne. Funkcjonowały w miastach stołecznych w ścisłym związku i pod przewodnictwem naczelnych prezesów. Kierowane przez radców medycznych sprawowały nadzór nad działaniami organów ochrony zdrowia, pełniły funkcję doradczą w sprawach sanitarnych oraz wpływały na decyzje personalne [6]. Na terenie Wielkiego Księstwa oprócz rady lekarskiej, czyli kolegium w Poznaniu, funkcjonowała także komisja zdrowia zorganizowana przy rejencji bydgoskiej. Była jednak strukturą niższego rzędu, podporządkowaną zarówno władzom rejencyjnym w Bydgoszczy, jak i kolegium poznańskiemu. Wyłączną kompetencją kolegium było udzielanie koncesji na prowadzenie aptek oraz wydawanie tzw. aprobacji (rodzaju licencji) fachowym pracownikom służby zdrowia [7]. Aprobacji podlegali lekarze, chirurdzy, aptekarze, akuszerki, potem — od połowy wieku XIX — również balwierze. Uzyskanie aprobacji musiało być poprzedzone zdaniem egzaminu z zakresu wiedzy fachowej, organizacji i obowiązujących przepisów prawnych.

W roku 1825 wprowadzono zasadę jednolitego wykształcenia lekarskiego, zrywającą z dotychczasową praktyką, według której lekarz dyplomowany mógł zajmować się wyłącznie medycyną wewnętrzną, a chirurg tylko chirurgią. Wyższy personel medyczny podzielono na lekarzy dyplomowanych, lekarzy ran pierwszej klasy i lekarzy ran drugiej klasy. Pierwsza klasa oznaczała wyższe kwalifikacje. Istotą tej regulacji było ustanowienie wymogu akademickiego przygotowania dla wszystkich medyków i likwidacja systemu cechowego obowiązującego chirurgów (wcześniej byli też szkoleni w trybie licencjackim). Zasady jednolitego kształcenia zaczęto stosować na uniwersytetach od roku 1848. Równocześnie wprowadzono pojęcie tzw. pomocy medycznej. Przepisy z 8 października 1852 roku stanowiły m.in., że „do wyuczenia się czynności pomocniczych i uprawiania ich

TAB. 1. Liczba lekarzy w Prusach globalnie oraz w przeliczeniu na liczbę ludności [11]

ROK	GLOBALNA LICZBA LEKARZY			ŚREDNIA LICZBA LUDNOŚCI NA LEKARZA		
	LEKARZE PRAKTYCZNI	CHIRURDZY I KLASY	CHIRURDZY II KLASY	LEKARZA PRAKTYCZNEGO	CHIRURGA I KLASY	CHIRURGA II KLASY
1826	1906	363	2.102	6.335	33.266	5.744
1843	3037	821	1.353	5.027	18.509	11.039

Źródło: Fischer A., *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*, Berlin 1933, s. 369

jako zajęcia ubocznego nadają się mężczyźni, przede wszystkim balwierze. Zapotrzebowanie na kobiece siły pomocnicze wypełniają w sposób wystarczający akuszerki, które w instytutach szkolenia położnych mogą być także szkolone w zakresie małej chirurgii” [8]. Taka właśnie placówka funkcjonowała od 1817 roku w Poznaniu, edukując położne w ramach czteromiesięcznych kursów, odrębnych dla kobiet pochodzenia polskiego i niemieckiego.

Wymienione przedsięwzięcia miały na celu podniesienie fachowego poziomu pracowników zdrowia. Miały też zaspokoić rosnące oczekiwania społeczne wynikające z ogromnego przyrostu naturalnego w Prusach. Poniższe tabele przedstawiają stan kadrowy lekarzy na tle rozwoju populacyjnego.

TAB. 2. Populacja przypadająca na jednego lekarza (niezależnie od specjalności i kwalifikacji) w Prusach w poszczególnych latach [12]

ROK	ŚREDNIA LICZBA LUDNOŚCI
1825	3001
1849	2929
1867	3456
1876	3453

Źródło: Fischer A., *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*, Berlin 1933, s. 369

Na ziemiach polskich odpowiednie wskaźniki wynosiły: w Wielkim Księstwie Poznańskim 5.100 (1855) i 5.800 (1873), a w Królestwie Kongresowym ok. 12.000 (1850) i ok. 30.000 (1890–1910).

Sytuację kadrową służby zdrowia i liczbę aptek w drugiej połowie XIX wieku w prowincji poznańskiej ilustruje kolejne zestawienie:

TAB. 3. Liczba lekarzy, dentyistów, położnych i aptek w prowincji poznańskiej w latach 1855–1911 [13]

ROK	LICZBA			
	LEKARZY	DENTYSTÓW	POŁOŻNYCH	APTEK
1855	224	–	–	–
1873	285	17	620	113
1876	–	–	–	115
1887	352	–	632	120
1895	403	–	–	133
1907	455	–	–	141
1910	625	54	–	156
1911	626	43	–	–

Źródło: Łuczak C., *Dzieje gospodarcze Wielkopolski w okresie zaborów (1815–1918)*, Poznań 2001, s. 445, tab. 98

Zamieszczone poniżej zestawienie przedstawia rozwój bazy łóżkowej.

TAB. 4. Liczba szpitali w Wielkim Księstwie Poznańskim w latach 1825–1913 [14]

ROK	LICZBA
1825	7
1840	27
1852	28
1861	52
1867	55
1871	56
1876	79
1905	104
1911	105
1913	101

Źródło: Łuczak C., *Dzieje gospodarcze Wielkopolski w okresie zaborów (1815–1918)*, Poznań 2001, s. 445, tab. 98

Lekarze oraz wszyscy pozostali pracownicy medyczni wynagradzani byli według zasad określonych ustawowo przez tzw. taxę lekarską. Została ona wydana w Berlinie 21 czerwca 1815 roku, a następnie była kilkakrotnie aktualizowana. Oto przykłady niektórych regulacji dotyczących lekarzy praktycznych:

„1. Za pierwsze odwiedzenie w obwodzie miast i przedmieściów 16 dgr. do 1 tal. 8 dgr.¹

2. Za każde następujące odwiedzenie, łącznie z receptą 8 do 16 dgr. Za kosztą iazdy nie może nic żądać.

3. Za pierwsze odwiedzenie, gdy chory przeszło ćwierć mili od miasta lub przedmieścia mieszka 1 do 2 tal. [...]

5. Za każde następne odwiedzenie w takiej odległości 16 dgr. do 1 tal. Odległość przeszło ćwierć mili od przedmieścia upoważnia lekarza do żądania bezpłatnej podwojdy. Przy powszechnie uznanych zaraźliwych gorączkach, których kuracya życia lekarza w niebezpieczeństwo wprawia, podwaiaią się stopnie opłat od 1 do 4.

6. Gdy więcej w jednym domu mieszka familii, które tegoż samego używają lekarza, wolno mu od każdej familii żądać całkowitą zapłatę.

7. Za każde nocne odwiedzenie w mieście i na przedmieściach, ieżeli to pierwsze odwiedzenie chorego 2 do 3 tal. [...]

14. Za posłanie do domu po receptę 3 do 6 dgr.

15. Za toż samo nocną porą 6 do 11 dgr.

16. Za pierwsze naradzenie się więcej lekarzy, każdemu 1 tal. 12 dgr. do 3 tal.

17. Za każdą następną naradę 18 dgr. do 1 tal.

18. Za assistencyą lekarza przy iakiey operacyi 1 do 3 tal.

19. Za assistencyą lekarza przy połogu 3 do 4 tal.

20. Za napisanie świadectwa zdrowia lub choroby 8 dgr. do 1 tal. [...]

22. Za każdy list, którego kuracya chorego wymaga 16 dgr. do 1 tal. [...]

25. Niewolno lekarzowi szpitalnemu od osób w lazarecie za zapłatą leczonych żądać nagrody, ani też, zapatrując się na Powszechne Prawo Krajowe [...] bez upoważnienia Regencyi, przyjmować.

26. Za żądane od prywatnych osób otworzenie ciała zmarłego 3 do 6 tal.” [9].

„Taxa” regulowała wynagrodzenie lekarzy, rota przysięgi zaś aspekty etyczne. Swoją przysięgę mieli chirurdzy, akuszerzy i aptekarze. Aprobowani lekarze praktyczni ślubowali postępować zgodnie z następującą deklaracją:

„Ja N.N. składam tu w obliczu Boga Wszechmogącego i wszystko wiedzącego tę moją osobistą przysięgę,

iako, będąc praktycznym lekarzem... w kraiach Król. nominowanym i przyętym, urząd mój przy chorych, skoro przywołany zostanę, wiernie, pilnie i nieopieszale sprawować, tym końcem nikomu, ktoby pomocy mey żądał, takowey samowładnie nieodmawiać, ubogich bez nagrody radą i opinią wspierać, innych zaś chorych pretensyą za miane zabiegi nieobciążać, owszem zawsze się podług taxy medycynalney sumiennie stosować; ieżeli z innemi lekarzami do chorego przywołany będę, bez obierania stawić, w Consilium medicum względem niego podług mey naylepszej wiadomości chętnie uczestnikiem bydź, cierpliwie się wspólnemu lekarskiemu z nim postępowaniu poddać, a szczególniey wszystko to zachować chcę, do czego iuż wyszłe lub ieszcze wyjść mające prawa i przepisy lekarza praktycznego obowiązują. Tak mi Boże dopomóż przez syna swego Jezusa Chrystusa do wiecznego zbawienia. Amen” [10].

Rotę tej treści podpisywali oczywiście lekarze wyznań chrześcijańskich. Jednakowoż w krajach niemieckich 1% ludności stanowili Żydzi. Wielkie Księstwo Poznańskie było co prawda w monarchii Hohenzollernów ich największym skupiskiem (6–8%), ale w pierwszej połowie XIX wieku tylko nieliczna grupa legitymowała się laickim wykształceniem [11]. Także ci z dyplomami uczelni medycznych osiedlali się raczej poza Wielkopolską, ponieważ tu dłużej niż gdzie indziej utrzymywały się stosunki dyskryminacyjne. Co prawda pruska ustawa z 1812 roku wprowadziła równość praw obywatelskich dla Izraelitów, jednak nie objęła utworzonego w 1815 roku Księstwa. Zarówno tutaj, jak i w innych prowincjach Królestwa, wielu starozakonnych ulegało akulturacji oraz decydowało się na naturalizację [12]. Wydarzenia Wiosny Ludów sprawiły, że będący ich owocem Parlament frankfurcki ponownie proklamował równouprawnienie, a konstytucja z roku 1850 przywróciła zwierzchnictwo korony nad Kościołem. Ograniczało to w sumie wpływ różnic wyznaniowych na życie publiczne. Ostatecznie prawne upośledzenie Żydów usunięto w Związku Północnoniemieckim w roku 1869 i Rzeszy Niemieckiej w roku 1871 [13]. Przysięga aprobacyjna została zmodyfikowana w taki sposób, by odpowiadać kanonom tak chrześcijańskim, jak i judaistycznym (przysięgano na Boga Wszechmogącego). Umożliwiło to prawowiernym Żydom dostęp do zawodów medycznych, ale nie do stanowisk urzędniczych, w tym także do posady fizyka powiatowego, chyba że pod warunkiem konwersji [14].

Miejsce fizyka powiatowego w systemie ochrony zdrowia

Nakreślone powyżej warunki działania służby zdrowia określały rolę i pozycję fizyka powiatowego. Sytuowały go niejako w centrum systemu medycznego i czyniły

¹ Skrót „dgr.” od jednostki monetarnej-dobry grosz, „tal.” od talara.



RYC. 4. Miejsce fizyka powiatowego w strukturze sanitarno-administracyjnej Wielkiego Księstwa Poznańskiego. Źródło: Grześ B., Kozłowski J., Kramski A., *Niemcy w Poznańskim wobec polityki germanizacyjnej 1815–1920*, Poznań 1976, s. 18, tab. 1; Kozłowski J., *Wielkopolska pod pruskim zaborem w latach 1815–1918*, Poznań 2004, s. 25, tab. 2

głównym ośrodkiem dyspozycyjnym. Podlegali mu wszyscy lokalni lekarze praktyczni oraz pozostali wykonawcy zawodów medycznych. Fizycy posiadali znaczną samodzielność i szerokie uprawnienia. Podejmowali suwerenne decyzje i w istotnych kwestiach związanych ze zdrowiem ludności podlegali bezpośrednio władzom rejencyjnym. Łącznikiem w tych relacjach była wspomniana rada lekarska [15]. Wyrazem uznania nadzwyczajnego miejsca fizyka powiatowego w pruskim systemie ochrony zdrowia był wymóg najwyższej fachowości oraz nieposzlakowanej uczciwości i lojalności. Jego nominację na stanowisko zatwierdzało na wniosek rejencji Ministerstwo Spraw Duchownych, Naukowych i Lekarskich w Berlinie. Należy tu nadmienić, że administracja w stosunkowo niedawno utworzonym i sztucznie scalonym (z odległych geograficznie i kulturowo terenów) państwie pruskim odgrywała rolę fundamentalną. Podobnie jak autorytet władcy i siła militarna (zaangażowana w liczne podboje), spełniała ważną funkcję integracyjną. Pruski minister Otto Camphausen uważał, że pruska biurokracja stanowi „arystokrację talentów”, a czołowi reformatorzy czasów republikańskich (lata 1807–1813) głosili hasło „do wolności poprzez administrowanie!”.

Z założenia fizyk powiatowy był więc zarazem lekarzem dysponującym największym doświadczeniem i wiedzą oraz prominentnym przedstawicielem administracji. Jako takiemu przysługiwało mu prawo noszenia

munduru korpusu urzędniczego. Oprócz roli głównego, a w pierwszej połowie wieku często także jedyne, lekarza w powiecie (powiaty liczyły średnio od 20 do 30 tys. mieszkańców) pełnił funkcję zwornika między publiczną i prywatną służbą zdrowia. Jego pozycję w systemie przedstawia poniższy diagram.

Z diagramu wynika, że obok zależności pionowej istniała także pozioma. Fizyk był więc zobowiązany uzgadniać i koordynować działania z zarządem swojego powiatu, czyli landraturą. Warto dodać, że instytucja lekarza urzędowego nie była specyfiką wyłącznie pruską. Podobna istniała również w Austrii i na obszarze objętej zaborem Galicji oraz w Rosji i Królestwie Kongresowym.

W pierwszym dziesięcioleciu Wielkiego Księstwa Poznańskiego stanowisko fizyka obsadzano poprzez zwykłą nominację. W 1825 roku kandydatów zaczęto wyłaniać drogą konkursu. Podobną procedurę przyjęto także w stosunku do chirurgów powiatowych. Pierwsze publiczne wzmianki o konkursach na stanowiska medyczne pochodzą z lat trzydziestych. Najwcześniejsza dotycząca konkursu na fizyka powiatowego we Wrześni pojawiła się w 1832 roku, ogłoszona w Dzienniku Urzędowym Królewskiej Rejencji² w Poznaniu [16].

²Dzienniki Urzędowe były oficjalną wykładnią stanowiska władz i najważniejszym środkiem jego przekazu. Wydawano je we wszystkich pruskich rejencjach. Od 1816 roku także w bydgo-

Jednocześnie ustalono nowe kryteria kwalifikacji. Postanowiono mianowicie, że „tylko lekarze w stopniu Doktora, skoro dostateczne wiadomości w sztuce położniczej wykażą, do urzędów fizyków powiatowych, radców i asessorów lekarskich przypuszczonymi być mogą” [17].

Niedługo potem zdecydowano, by aplikanci legitymowali się dodatkowo świadectwem specjalnego sprawdzianu. Do egzaminu „fizykackiego” dopuszczano w pierwszej kolejności tych lekarzy, którzy uzyskali aprobację z oceną celującą („znakomicie”). Mogli oni stanąć do sprawdzianu po okresie dwuletniej praktyki zawodowej. Ci, którzy zdali aprobację z wynikiem bardzo dobrym, przystępowali do egzaminu po trzech latach. Wszyscy pozostali po latach pięciu. Podania w tej sprawie należało kierować do właściwej miejscowo rejencji. Tam były opiniowane pod kątem zawodowym i etycznym, uzupełniane opisem przebiegu zatrudnienia, a następnie przesyłane do ministerstwa. Zbliżone procedury dotyczyły lekarzy wojskowych, z tym że czynnikiem opiniodawczym byli tu odpowiedni przełożeni służbowi.

Ministerstwo wyznaczało komisję, która przeprowadzała trzystopniowy egzamin. Na część pisemną składały się dwa samodzielne opracowania naukowe (fachowe) wskazanych zagadnień z zakresu medycyny sądowej, policji sanitarnej albo zamiast tej drugiej — ze statystyki medycznej, medycyny wojennej lub higieny. Prace, starannie napisane, oprawione i zaopatrzone w stosowny aparat naukowy oraz odwołania do literatury, powinny trafić do ministerstwa w ciągu 6 miesięcy od otrzymania tematów. Przekroczenie ram czasowych było równoznaczne z wykluczeniem z dalszych etapów egzaminu.

Minister bezpośrednio powiadamiał kandydata, jeżeli praca odpowiadała wymaganiom. Ocena dostateczna lub niedostateczna implikowała konieczność powtórzenia całej części pisemnej. Egzamin praktyczny i ustny odbywał się najpóźniej po 6 miesiącach od otrzymania zawiadomienia o zdaniu sprawdzianu pisemnego. Organizowano go w berlińskim szpitalu Charité w ciągu dwóch następujących po sobie dni. W części praktycznej kandydat był zobowiązany zbadać chorego psychicznie albo chorego z obrażeniami ciała i na miejscu sporządzić raport z uwzględnieniem okoliczności prawnych przypadku. Następnie należało dokonać sądowej obdukcji zwłok i podyktować do protokołu jej wyniki.

Egzamin ustny przeprowadzano równocześnie ze

skiej jako „Amtsblatt der Königlich Preussischen Regierung zu Bromberg” (KPRB) i poznańskiej jako „Amtsblatt der Königlich Preussischen Regierung zu Posen” (KRP). Publikowano tam zarządzenia i obwieszczenia oraz inne użyteczne informacje. Wychodziły w cyklu cotygodniowym, w wersji dwujęzycznej: polskiej i niemieckiej.

sprawdzianem praktycznym. Dotyczył zagadnień z zakresu wyznaczonego przedmiotu. Odbywał się wobec całego, trzyosobowego składu komisji, przy czym nie mogło w nim uczestniczyć jednocześnie więcej niż trzech zdających. W przypadku niedostatecznej noty częściowej można było zabiegać o poprawkę [18]. W 1875 roku przepisy zmodyfikowano w ten sposób, że do egzaminu po dwóch latach praktyki dopuszczano wyłącznie lekarzy legitymujących się oceną celującą i bardzo dobrą otrzymaną przy aprobacji. Od pozostałych wymagano trzyletniego stażu. Zmieniono ponadto program egzaminu pisemnego. Oprócz zagadnień z medycyny sądowej znalazły się w nim także tematy z organizacji ochrony zdrowia i psychiatrii. Na sprawdzianie praktycznym badanie autopsyjne obejmowało dodatkowo ocenę mikroskopową. Podkreślano stanowczo, że kandydaci powinni posiadać stopień doktora medycyny uzyskany koniecznie na uniwersytecie niemieckim.

Warunkiem dopuszczenia do promocji doktorskiej było zaś:

- a) ukończenie trzyletnich studiów akademickich,
- b) pomyślne zdanie egzaminu teoretycznego (w języku łacińskim),
- c) przygotowanie (również po łacinie) rozprawy doktorskiej oraz jej publiczna obrona [19].

Zadania i funkcje pruskiego lekarza powiatowego

Do podstawowych obowiązków fizyka powiatowego należało:

1. Nadzorowanie pod względem administracyjnym i fachowym funkcjonowania służby zdrowia na podległym obszarze.
2. Koordynacja działań poszczególnych jednostek.
3. Analizowanie sytuacji sanitarnej, społecznej, demograficznej oraz geograficzno-przyrodniczej w powiecie.
4. Kierowanie działaniami sanitarnymi w sytuacjach nadzwyczajnych.
5. Realizowanie celów oświatowych i profilaktycznych.
6. Bezpłatne leczenie ubogich chorych i żołnierzy obrony krajowej.
7. Wypełnianie czynności orzeczniczych, sądowo-lekarskich oraz udział w komisjach poborowych.

Nadzór i koordynacja

Lekarze urzędowi stali na gruncie klasycznej teorii medycyny i byli strażnikami jej oficjalnej wykładni. Odpowiadali za zgodność stosowanych metod i procedur leczenia z obowiązującymi przepisami oraz przyjętymi normami. Uczestniczyli w zwalczaniu nielegalnych praktyk znachorskich i nieuczciwej konkurencji. Już w 1816 roku wydano zarządzenie dotyczące niedozwo-

lonego leczenia. Stanowiło, że jeżeli pobudką była „chciwość zysku”, sprawcom groziła kara więzienia od 3 do 6 miesięcy. Jeżeli pokątnymi lekarzami okazaliby się cudzoziemcy, wówczas po odbyciu kary podlegali dodatkowo deportacji. Gdyby mimo wszystko znowu powrócili i wznowili uprawianie zakazanego procederu, należało z nimi postępować jak ze zwykłymi włóczęgami. Wobec przestępców krajowych, w przypadku recydywy, stosowano przewidziane kary w podwójnym wymiarze, po czym usuwano poza obręb prowincji [20]. W Dzienniku Urzędowym ogłaszano wszystkie wyroki w sprawach o nieuprawnione leczenie, wraz z podaniem nazwisk winowajców i rodzajem winy. Kiedy w roku 1836 przystąpiono do budowy „domu przymusu i poprawy”, czyli więzienia w Kościanie, przewidywano, że będą tam osadzani m.in. „zdolni do pracy włóczęgi, t. j. osoby, które nie mając pewnego miejsca zamieszkania, tułają się po kraju i przez żebranie lub sprawowanie niedozwolonych procederów, n. p. szarlatanerii lekarskiej, olejekarstwa itd. [...] stają się ogółowi szkodliwymi” [21].

Z całą surowością karano zatem przypadki nadużyć i z rezerwą odnoszono się do nowatorskich, niestandardowych metod terapii. Dotyczyło to na przykład tzw. magnetyzmu zwierzęcego, który wykorzystywano do praktyk okultystycznych, zabobonnych, a często do zwykłego oszustwa. Prawo posługiwania się nim przynależało więc wyłącznie aprobowanym lekarzom. Dopuszczano wprawdzie możliwość sięgania po tę modną metodę przez inne osoby, jednak pod warunkiem uzyskania specjalnej zgody. Lekarze leczący za pomocą mesmeryzmu musieli zgłaszać fakt rozpoczęcia kuracji, w każdym przypadku skrupulatnie prowadzić dzienniczek obserwacji i co pewien czas przedkładać go fizykowi [22]. Mesmeryzm był koncepcją opracowaną w drugiej połowie XVIII wieku przez niemieckiego medyka Franza Antona Mesmera, skądinąd uważanego za pioniera psychoterapii. Odwoływał się do mistyki i możliwości wpływania na wytwarzane przez organizm pacjenta prądy elektryczne i magnetyczne, które rzekomo bywały zaburzone przez chorobę. Wartość spekulatywnej teorii Mesmera została zdezawuowana w 1784 roku przez orzeczenie nadzwyczajnych komisji naukowych, niemniej jeszcze przez długie lata była jawnie lub sekretnie praktykowana [23].

Przestrzegano także przed konsekwencjami samowolnego (tj. bez konsultacji z lekarzem) stosowania tzw. terapii Leroya. Rozpowszechniało ją popularne wydawnictwo pt. „La medicine curative ou la purgation”, krążące w polskim przekładzie jako „Medycyna wyleczająca i oczyszczająca”. Proponowała leczenie przez stosowanie silnych środków przeczyszczających i wymiotnych [24]. Fizycy powiatowi czuwali nad przestrzeganiem zakazu rozprowadzania uznanych za szkodliwe i niebezpieczne

takich rzekomo cudownych lekarstw, jak: esencja Altońska, pigułki Langrena i czopki na febrę Möllera [25]. Zwalczali głęboko zakorzenione przesady, jak choćby te związane z ochronnym działaniem kołtuna czy uzdrawiającym wpływem rozgrzanego pieca piekarskiego na dotkniętych świerzem [26].

Kolejnym zadaniem fizyka było nadzorowanie aptek. W miejscowościach stanowiących siedzibę urzędu kontrole odbywały się dwa, a w placówkach terenowych przynajmniej raz w roku. Fizycy musieli m.in. dopilnować, by apteki posiadały aktualne cenniki lekarstw. Ujednolicone tzw. taxy leków publikowano regularnie i wymagano bezwzględnie ich przestrzegania [27]. Przekroczenie stawek narażało farmaceutów na karę grzywny w wysokości 25 talarów [28]. Podczas wizytacji sprawdzano stan zapasów, sposób przechowywania medykamentów oraz zasady ich wydawania. Upewniano się, czy sprzedawane są zgodnie z regulacjami edyktu medycznego (wydanego w 1725 roku, rewidowanego w 1801 roku), czyli wyłącznie na podstawie recept aprobowanych lekarzy i chirurgów [29]. Szczególnym obostrzeniem podlegał handel środkami silnie działającymi i truciznami (np. na myszy i szczury), a zwłaszcza lekarstwami tajemnymi (arcana) [30]. Niektórymi mocno działającymi substancjami mogli obracać także kupcy detaliczni i domokrażni (tzw. materialści i drogiści), albowiem znajdowały zastosowanie w przemyśle i rzemiośle. Jednak i ten obrót podlegał dozorowi fizyków [31].

Powszechnie wykorzystywanym elementem terapii, zwłaszcza w pierwszej połowie XIX wieku, były upusty krwi. Tymczasem w 1827 roku detalistom i wszystkim innym nie-aptekarzom, cofnięto pozwolenie na sprzedaż pijawek. Mogli co prawda zabiegać o indywidualne koncesje, ale pod warunkiem poświadczenia umiejętności rozróżniania gatunków. Chodziło głównie o odmiany potencjalnie niebezpieczne, przede wszystkim pijawki końskie [32]. Apteki otrzymywały na odłów specjalne rekomendacje urzędu medycznego. Ponieważ źródłem zaopatrzenia były zbiorniki na terenie borów królewskich, rekomendacje podlegały zatwierdzeniu przez nadleśniczych [33].

Prócz nieco kuriozalnych decyzji w sprawie pijawek lekarze powiatowi podejmowali także akcje zwalczania szarańczy. Oczekiwano od nich rozpoznania i określenia stopnia zagrożenia. Na tej podstawie zwoływano zastępy zbrojnych w cepy chłopów, którzy posuwając się tyralierą, dokonywali likwidacji owadów. Angażowano wszystkich mieszkańców okolicy powyżej 10 roku życia [34].

Jak już wspomniano, w Prusach dużą wagę przywiązywano do prokreacji i prawidłowej opieki okołoporodowej. Były to pionierskie działania w interesie matki i dziecka. Propagowano więc z pomocą lekarzy, duchowieństwa

a nawet urzędników, zasady kwalifikowanego akuszerstwa. Przekonywano o wyższości usług świadczonych przez aprobowane położne nad pokątnymi praktykami tzw. partaczek. Problem był o tyle istotny, że w jednym tylko roku 1828 na 12534 porody w rejencji bydgoskiej, aż 7707 odbyło się bez fachowej asysty. Wszystkie przypadki nieupoważnionego „babienia” należało zatem zgłaszać władzom i jawnie piętnować [35].

Za stan opieki położniczej odpowiadał lekarz powiatowy. Bez jego wiedzy i zgody akuszerki nie mogły oddalać się poza przypisany okręg. Bezwzględnie wymagano bezpłatnej pomocy kobietom ubogim. Tylko pod warunkiem starannego wypełniania powinności akuszerki mogły liczyć na zapomogę ze specjalnego funduszu wsparcia (środki pochodziły z podatku od ślubów, chrztów, ceremonii obrzezania itp.) [36]. Celem powołania w Poznaniu wymienionej wcześniej szkoły było przygotowanie fachowych kadr położniczych i równomierne nasycenie nimi prowincji. Dlatego fizycy powiatowi wspólnie z landratami wskazywali rokrocznie dwie kandydatki ze swego terenu zainteresowane nauką w poznańskim instytucie. Musiały one uzyskać „świadcstwo fizyka względem zdatności [...], że umie czytać i pisać, ma wiek należyty (20–30 lat), że nie jest ciężarną i głuchą, tudzież, że ma proste, do babienia zdadne członki i żadnych temu przeciwnych chorób nie posiada” [37]. Rekomendację uzupełniała administracyjna gwarancja przyszłego zatrudnienia oraz zaświadczenie spowiednika odnośnie do moralności. Po uzyskaniu aprobacji akuszerki występowały o tzw. patent procederowy, czyli pozwolenie na działalność gospodarczą, co następowało wyłącznie na podstawie konsensu właściwego fizyka [38]. Położne zobowiązane były do świadczenia pracy w wyznaczonym okręgu (zwykle rejonie pochodzenia) przez 5 lat. Dopiero po tym okresie uzyskiwały swobodę osiedlenia i zatrudnienia. Wcześniej mogły to uczynić tylko w wyjątkowych sytuacjach, pod warunkiem zapewnienia wykwalifikowanego zastępstwa [39]. Raz w roku w powiecie odbywał się okresowy egzamin dla akuszerki. Fizyk testował wówczas wiedzę, umiejętności oraz stan instrumentarium podwładnych. Każda położna podlegała sprawdzianowi co 3 lata. Był on bodźcem do stałego dokształcania.

Do obowiązków głównego medyka należało także egzaminowanie rzezaków, trudniących się rytualnym obrzezaniem żydowskich dzieci. Sprawdzian obejmował zarówno technikę zabiegu, jak i znajomość zasad higieny. Przy braku rzezaka posiadającego stosowny atest konieczny stawał się udział w ceremonii aprobowanego chirurga, który nadzorował operację. Sprawa była istotna, ponieważ Żydzi stanowili kilka procent ogółu ludności, a powikłania zabiegów, nawet śmiertelne, zdarzały się często.

Fizyk oceniał wreszcie poziom przygotowania uczniów chirurgicznych. Kształcili się oni wyłącznie u aprobowanych chirurgów, ponieważ balwierze nie posiadali prawa nauczania. Od adeptów pobierano opłatę w wysokości 15 sgr. (srebrnych groszy). Jeżeli fizyk uważał się za nie dość kompetentnego, korzystał z pomocy chirurga powiatowego i to jemu przypadało wynagrodzenie za egzamin [40].

Nadzorowi podlegali również (nieliczni wówczas) dentyści. Mieli prawo sporządzania i sprzedawania nalewek, płukanek i proszków doustnych o określonej recepturze. Usilnie jednak zabiegali o możliwość wzbogacania tych środków dodatkowymi składnikami. W roku 1820 wydano dyrektywę rozszerzającą ich uprawnienia, pod warunkiem wszakże rygorystycznej kontroli fizyka powiatowego. Dotyczyła przede wszystkim medykamentów stosowanych poza miejscem urzędowania (czyli w domu chorego) [41].

Wszyscy pracownicy medyczni składali fizykowi okresowe sprawozdania. Akuszerki pisały raporty raz w roku, lekarze praktyczni i chirurdzy co kwartał. Doceniając wagę i znaczenie zawartych tam informacji, Ministerstwo Spraw Duchownych, Naukowych i Lekarskich postanowiło brać pod uwagę jakość i regularność raportów przy rozpatrywaniu wniosków egzaminacyjnych na stanowisko fizyka oraz przy obsadzie tego urzędu [42]. Na podstawie sprawozdań podwładnych lekarz powiatowy opracowywał raporty dla władz rejencyjnych. Miały charakter doniesień kwartalnych i całorocznych. Stanowiły podstawę długookresowych analiz zdrowotności (tzw. topografii medycynalnej) oraz służyły wypracowaniu działań o zasięgu strategicznym. Dlatego wymagano wszechstronnych i szczegółowych danych na temat warunków geograficzno-fizycznych środowiska i jego ewentualnego wpływu na zdrowie ludności. Każdorazowo należało przedstawić strukturę zatrudnienia w powiecie, zwyczajnie dietetyczne mieszkańców oraz ważniejsze zdarzenia sądowo-lekarskie. Informowano o sytuacji epidemiologicznej, epizootjach i stopniu przestrzegania zaleceń sanitarnych [43]. Przedmiotem relacji były też sprawy kadrowe służby zdrowia. Oczekiwano danych dotyczących miejsca zamieszkania, stanowiska służbowego, wynagrodzenia, stanu majątkowego, przebiegu kariery zawodowej itd. poszczególnych pracowników [44].

Sytuacje nadzwyczajne

Wśród wszystkich czynności główną rolę odgrywało jednak zwalczanie chorób epidemicznych. Te bowiem zbierały obfite i śmiertelne żniwo. Szczególnie dolegliwe były wspomniane już ospa, a zwłaszcza cholera, której kilka fal, począwszy od roku 1831, przetoczyło się przez Wielkopolskę. Stanowiły prawdziwe klęski elementarne, których

podłożem był ogólnie niski poziom higieny, powszechnie mizerne warunki materialne ludności i niedostateczny potencjał terapeutyczny. Do postępów epidemii przyczyniły się częste wojny i związane z nimi przemarsze wojsk. Na początku wieku XIX szczepienia ochronne dopiero wkraczały do praktyki sanitarnej i nie posiadały właściwej skuteczności. Dostępne środki farmakologiczne miały niewielką wartość leczniczą, działały z reguły objawowo. Wspaniałe odkrycia bakteriologiczne, aseptyka i antyseptyka, antybiotyki itd. były jeszcze melodią przyszłości. Dlatego najskuteczniejszą metodą stanowiły środki profilaktyczne w postaci surowych zarządzeń administracyjnych i reżimu sanitarnego. Polegały na wczesnym ostrzeganiu, uświadamianiu istoty zagrożenia, a następnie ścisłym izolowaniu zarażonych. W skali globalnej posługiwano się zasadą kordonu sanitarnego zamykającego miasta i granice państwa. W terenie odpowiedzialność za działania przeciwepidemiczne spadała na barki radców ziemiańskich i fizyków powiatowych. Już u zarania Wielkiego Księstwa Poznańskiego w Dzienniku Urzędowym ogłoszono przepisy postępowania z groźnymi chorobami. Zaliczano do nich m.in. „zgniłą nerwową febrę” (czyli dur brzuszny), ospę prawdziwą, „febrę szkarłatową” (szkarlatynę), żarnicę (odrę), świerzbiączkę (świerzb), kołtun, sprawy weneryczne oraz wynikające z ukąszenia jadowitych lub wściekłych zwierząt (wściekliczna). W rejencji bydgoskiej w latach trzydziestych odnotowano kilka epidemii grypy, a $\frac{2}{5}$ ludności okresowo zarażonych było malarią [45]. Z chorób niebezpiecznych dla zwierząt domowych wymieniano: „mór bydła” (księgosusz), „zapalenie śledziony” i „gnicie płuc” (postacie wąglika), „smark” (nosaciznę) oraz robaczyce, ospę owczą, tzw. latającą gorączkę, parchy i wścieklicznę [46].

Każdy kto zauważył oznaki obecności wymienionych chorób, powinien niezwłocznie powiadomić władze. Natychmiast mobilizowano fizyka powiatowego, który na miejscu przeprowadzał dochodzenie sanitarne. Landraci i fizycy wspólnie podejmowali odpowiednie działania oraz wydawali stosowne dyspozycje. Czuwali nad należyтым ich wykonaniem. Zadaniem fizyka było przeprowadzenie wnikliwej analizy sytuacji i możliwie szybkie rozpoznanie zagrożenia. Musiał ustalić przyczynę, rodzaj i stopień zaraźliwości oraz drogę przenoszenia choroby. W razie potrzeby miał się także posiłkować „pruciem ciał i onych wypróżnianiem”, co oznaczało autopsję. Wnioski należało pisemnie przedłożyć władzom rejencyjnym, wraz z relacją dotyczącą podjętych kroków zaradczych. Należy zaznaczyć, że w warunkach nadzwyczajnych, a takie stwarzał wybuch epidemii, rozporządzenia fizyka miały moc wiążącą. Wszyscy urzędnicy oraz organy administracji musieli się im bezwzględnie podporządkować. Lekarze na bieżąco raportowali o przebiegu wypadków. Niezależnie

od raportów lekarzy (w takich okolicznościach składano je co 10 dni), do rejencji sływały też sprawozdania urzędników. Odnotowywano tam ewentualne przeszkody w realizacji dezyderatów sanitarnych oraz oceniano ich trafność. W ten sposób samodzielna i w dużej mierze autorytarna rola fizyka poddawana była kontroli i weryfikacji. Istniejąca wzajemna zależność gwarantowała sprawność działania reżimu sanitarnego i zapewniała dyscyplinę jego realizacji. Dyscypliny i posłuszeństwa wymagano też od ludności, oczekując, że „zmierzające ku dobru i pomyślności przepisy [...], za święte uważać będzie”. Wszelkie wykroczenia, a zwłaszcza ukrywanie zarażonych i zaniechanie informacji o epidemii, były surowo karane.

Obok kwarantanny, obowiązującej chorych oraz ich krewnych, drugim głównym środkiem sanitarnym była dezynfekcja. Właściwie we wszystkich chorobach zakaźnych używano podobnych sposobów. Stosowano płyny i substancje lotne. Wśród cieczy najpopularniejszy był roztwór chlorku wapna, wśród lotnych kadzidła siarkowe i chloryczne. Posługiwano się też zwykłą wodą, a osobiste przedmioty i odzież chorych palono. Nadzór nad zabiegami oczyszczającymi należał oczywiście do lekarza powiatowego [47]. On też w razie potrzeby organizował specjalne izolatoria dla ubogich [48].

Ponadto spoczywał nań obowiązek wystawianie aktów zgonów ofiar. Pozwalało to na wcześniejszy pochówek — po 48 godzinach, zamiast wymaganych ustawowo 72 godzin od chwili śmierci. Mógł też zezwolić na liczniejszy udział w pogrzebie (przepisy stanowiły, że zmarłego wskutek zarazy odprowadzało na cmentarz najwyżej 2–3 najbliższych krewnych) [49].

Z ramienia władz administracyjnych fizycy zarządzali działaniami ratowniczymi podczas powodzi. Kierowali ewakuacją oraz usuwaniem skutków kataklizmu (osuszanie domostw, ponowne zasiedlanie, dezynfekcja ocalałych sprzętów etc.).

Zapobieganie i zwalczanie epizooocji

Specjalne, dodatkowe prerogatywy przysługiwały fizykom powiatów przygranicznych. Uczestniczyli w organizowaniu państwowego systemu zabezpieczeń sanitarnych, współtworzyli punkty kwarantannowe, nadzorowali działalność kontrolerów sanitarnych. Brali czynny udział w zwalczaniu zagrożeń epidemicznych i epizootycznych. Zarazy zwierzęce były wówczas równie poważnym problemem jak epidemie. Niektóre z nich (wąglik, księgosusz, pryszczycyca) stwarzały ryzyko dla ludzi, a poza tym ze względu na duże rozpowszechnienie i znaczną częstotliwość występowania powodowały ogromne straty gospodarcze. Największe niebezpieczeństwo zagrażało od wschodu, tam bowiem tliły się ogniska zwierzęcych endemii. Dlatego m.in. import bydła rasy podolskiej ogra-

niczono do dwóch punktów „wchodowych”, w których rutynowo poddawano je 21-dniowej izolacji. W obliczu występujących wątpliwości diagnostycznych i klasyfikacyjnych fizyk powiatowy pełnił rolę arbitra [50].

Monitorował już występujące epizootycje oraz podejmował działania profilaktyczne. W związku z zachęcającymi próbami zastosowania krowianki u owiec prowadził na przykład szkolenia rolników w zakresie techniki wakcynacji i obserwował wpływ szczepienia na zdrowie zwierząt. Niestety skuteczność tych działań nie była zadowalająca i do końca wieku utrzymywał się wysoki wskaźnik zachorowań na ospę [51].

W celu ograniczenia ryzyka przenoszenia chorób drogą pokarmową wodopoje dla zwierząt gospodarskich urządzano na obrzeżach wód otwartych w pobliżu pastwisk. Jeżeli z przyczyn obiektywnych było to niemożliwe, instalowano filtrowane piaskiem pojniki przepływowe. Podczas objazdów terenu fizycy dokonywali lustracji. Za nieprzestrzeganie przepisów, a przede wszystkim za lekceważenie wymogów higieny, winnych surowo karano.

Fizycy (albo delegowani weterynarze) wystawiali hodowcom zaświadczenia o stanie zdrowia koni (plagą były nosaczka i tzw. choroba stadninna). Certyfikat umożliwiał pokrycie kłaczy przez królewskie ogiery, co stanowiło dla właściciela źródło poważnego dochodu [52].

Jeżeli posiadacz konia kwestionował diagnozę weterynarza, mógł na swój koszt, w celu rozstrzygnięcia sporu, przywołać innego lekarza zwierzęcego (wyższej kategorii) lub fizyka powiatowego [53]. Konie w ówczesnych Prusach bardzo ceniono ze względu na walory gospodarcze i znaczenie militarne.

Sprawdzano stan sanitarny owiec, szczególnie tych, które wyruszały na sezonowy wypas w terenie [54]. Likwidowano ogniska zarazy wśród drobiu. Jeden ze sposobów został opracowany przez poznańskiego powiatowego lekarza zwierzęcego. Efektywność metody miała podlegać obserwacji, a rezultaty trafiać do kwartalnych sprawozdań medycznych (trudno dziś ustalić charakter zarazy, wiadomo jedynie, że była obciążona znaczną śmiertelnością) [55].

Przedmiotem zainteresowania fizyków był też „obrót” padliną. Należało między innymi dopilnować, by nie pozyskiwano skóry od zwierząt zarażonych wąglikiem. Skóra bydłęca stanowiła wszakże wartościowy i potrzebny surowiec. Ponieważ czynność odzierania stwarzała niebezpieczeństwo przeniesienia zarazki na ludzi, zalecano grzebanie padliny w całości [56]. Niezwłocznie usuwano ją z pastwisk i ulic, wyznaczano specjalne, dobrze oznakowane miejsca poza rejonem zabudowy i głęboko zakopywano.

Była to kolejna z funkcji medyka powiatowego, które współcześnie określamy jako działania sanitarno-epidemiologiczne.

Początki higieny komunalnej

Kompetencji medyka powiatowego podlegały też pewne zagadnienia z zakresu higieny komunalnej, w tym warunki obrotu żywnością. Dokonywał więc kontroli sanitarnej straganów, sklepów i magazynów. Zwracał uwagę, by sprzęt sklepowy był ściśle rozdzielony pod względem przeznaczenia. Artykuły spożywcze należało odmierzać innymi przyrządami niż towary przemysłowe. Zabraniano używania miarek, szalek i pojemników wykonanych z potencjalnie szkodliwych stopów miedzi i ołowiu. Żywność miała być przechowywana w miejscach suchych i chłodnych. Sprawdzano jej świeżość i jakość, zdarzały się bowiem przypadki tzw. nadymania mięsa i zaprawiania wina ołowiem. Nieprawidłowości usuwano w trybie natychmiastowym: podejrzane towary pieczętowano i przekazywano policji, a nieodpowiednie sprzęty niszczone [57]. Egzaminowano rzeźników ze znajomości objawów schorzeń zwierzęcych oraz treści przepisów sanitarnych dotyczących przetwórstwa [58].

Niewłaściwa technologia glazurowania garnków i naczyń kuchennych powodowała przenikanie metali ciężkich (zwłaszcza ołowiu) do potraw. Dlatego władze policyjne (czyli administracyjne; pojęcia te były w istocie równoznaczne) czuwały nad „nieszkodliwością składu naczyń garncarskich, znajdujących się w ich okręgu”. Kontroli dokonywał fizyk powiatowy przy udziale aptekarza miejskiego. Wizytacje warsztatów garncarskich odbywały się z reguły podczas służbowych objazdów terenu. Kwestionowane wyroby podlegały zatrzymaniu, a jeżeli podejrzania się potwierdziły, ulegały konfiskacie i zniszczeniu. Nieuczciwy rzemieślnik pokrywał koszty analizy chemicznej, ponosił karę pieniężną (do 50 tal.) lub nawet trafiał do aresztu [59]. Prawo pruskie było bowiem od czasu kodyfikacji w roku 1794 (słynny „Landrecht”) nieubłagane i rygorystyczne. Także w zakresie przepisów sanitarnych. Jasno określone zasady i restrykcje, których łamanie powodowało konsekwentne represje, czyniło Prusy nie tylko autorytarnym reżimem polityczno-wojskowym, ale również sanitarnym. Ponieważ jednak stale odwoływano się do myśli Oświecenia, sankcjom z reguły towarzyszyły perswazje i wyjaśnienia.

W ramach profilaktyki zdrowotnej żywności i żywienia upowszechniano na przykład wiedzę o roślinach trujących. Należały do nich wszechobecne byliny stosowane jako przyprawy do potraw, domowe lekarstwa, kadzidła itp. oraz grzyby. Mylono je często z warzywami, grzyby trujące zaś z gatunkami jadalnymi, co bywało przyczyną zatrucia. Lekarze powiatowi, wespół z aptekarzami, duchownymi i nauczycielami wiejskimi, mieli pouczać ludność o sposobach rozróżniania roślin i strzec przed skutkami ewentualnych pomyłek. Do działań zapobiegawczych należało usuwanie bylin

z terenów zamieszkania, nadzór nad handlem jarmarczonym itp. [60].

Inna instrukcja, dotycząca zakładania nowych fabryk wymagała, by każdy projekt został zaopiniowany przez miejscowe czynniki medyczne, zwłaszcza w przypadkach gdy zakład mógł wytwarzać „szkodliwe zdrowiu exhalacje” (wyziewy) [61]. Lekarz występował tu jako strażnik środowiska naturalnego, w roli niejako współczesnej. Wszelako niemal równocześnie stawiano przed nim zadania całkiem tradycyjne. Wydawał na przykład atesty fachowości tzw. myśliwcom spiżarniowym, którzy zajmowali się tępieniem myszy i szczurów. Sprawdzał znajomość zasad stosowania trucizny. Pilnował, aby rzucone środki nie były udostępniane osobom postronnym i miały właściwe oznakowanie [62].

Lekarz sprawował również nadzór nad funkcjonowaniem cmentarzy. Czuwał, by przestrzegano regulaminów sanitarnych, zwalczał praktyki tworzenia nekropolii nielegalnych. Takie wypadki zdarzały się podczas epidemii [63].

Oprócz wyznaczania terenów dla nowych cmentarzy wskazywał również miejsca składowania kości zwierzęcych. Kości magazynowane były w specjalnych dołach, a następnie odzyskiwane i wykorzystane do potrzeb przemysłowych [64].

Szczepienia ochronne

Podstawowym jednak zadaniem profilaktycznym fizyka powiatowego było organizowanie i przeprowadzanie szczepień przeciwko ospie prawdziwej. Metoda wakcynacji, opracowana i ogłoszona w Anglii przez Edwarda Jennera w roku 1798, została stosunkowo szybko przyjęta przez władze pruskie i zastosowana na szeroką skalę. Ze względu na początkowe obawy i uprzedzenia przez długi czas używano jej równoległe ze szczepieniem metodą wariolizacji. Wariolizacji, która polegała na przeniesieniu zakażonej materii z „ręki do ręki”, czyli z człowieka na człowieka, ostatecznie zaniechano w latach czterdziestych. Szczepiono zarówno dorosłych, jak i dzieci. Już w pierwszym pełnym roku istnienia Wielkiego Księstwa Poznańskiego (1816), w samej tylko rejencji bydgoskiej zaszczepiono 20206 osób, co stanowiło ok. 10% mieszkańców [65]. Szczepienia prowadzone były niezwykle skrupulatnie w oparciu o szczegółowe przepisy. Fizyk powiatowy objeżdżał w tym celu raz lub dwa razy w roku podległy teren. Z myślą o zapewnieniu jak największej frekwencji poszczególne gminy dzielono na podokręgi o średnicy od 1,5 do 2 mil (mila pruska odpowiadała ok. 7,5 km). O dacie i godzinie szczepienia (często były to dni świąteczne, a punkty zborne znajdowały się w pobliżu świątyń) zawiadamiano z 2–3-dniowym wyprzedzeniem. Dokonujący za-

biegu fizyk (lub inny aprobowany lekarz albo chirurg) odnotowywał nazwiska szczepionych oraz wszelkie dane personalno-zdrowotne w specjalnym dzienniku. Po 8–10 dniach sprawdzano, czy szczepienie się przyjęło. W okresie wcześniejszym z wykorzystaniem metody wariolizacji przed planowaną akcją gmina wysyłała do powiatu na swój koszt wyznaczonych przedstawicieli, których wariolizowano, przez co „stawiali się” rezerwuarem szczepionki. W późniejszych latach zarówno w Bydgoszczy, jak i w Poznaniu, powstały instytuty szczepienia ospy, skąd fizycy mogli czerpać potrzebną materię. Szczepienia były bezpłatne, co służyło ich upowszechnieniu. Nieobojętna była tu również zasada, że nieszczepiony sprawca ewentualnego zarażenia, oprócz zasądzonej kary, pokrywał koszty leczenia zarażonych przez siebie osób. W 1874 roku Prusy przyjęły ustawę o obowiązku szczepienia ospy. Duża skala przedsięwzięcia od samego początku powodowała komplikacje. Jedną z nich były niedobory kadrowe, dla których przezwyjęzienia zezwalano na szczepienia odpowiednio przeszkolonym osobom postronnym. Znajdowali się wśród nich nauczyciele, duchowni, dzierżawcy dóbr ziemskich itp. Pieczę nad ich poczynaniami sprawował fizyk powiatowy, który udzielał też niezbędnych praktycznych wskazówek i na koniec kwartału odbierał dziennik szczepień. Samych fizyków dodatkowo motywowano udzielaniem premii pieniężnych i przyznawaniem specjalnych medali okolicznościowych. Opieszalych karcono, mitygowano, czasem nawet obkładano karami.

Corocznie (aż do 1843 r.) w Dzienniku Urzędowym ogłaszano szczegółowe rezultaty wakcynacji. Podawano ogólną liczbę zaszczepionych oraz imienną listę zasłużonych lekarzy. Premie dla nich wynosiły od 10 do 100 talarów. Najwydajniejsi, zwłaszcza w pierwszych latach akcji, dokonywali od kilkuset do 4–4,5 tys. szczepień rocznie. Na przykład fizyk powiatu wyrzyskiego, dr med. Jobski, przeprowadził w 1817 roku 4488 inokulacji [66]. Warto dodać, że powierzchnia powiatu stanowiła 1760 km², a ludność liczyła 35214 mieszkańców. W późniejszych latach indywidualne osiągnięcia medyków nie były już tak imponujące. Zamieszczano zatem ogólne bilanse, bez wyszczególniania uczestników. Fizycy powiatowi dysponowali specjalnym funduszem wakcynacyjnym. Zrazu jego źródłem były zasoby kasy prowincjalnej, po kilku latach zaczęły go zasilać wpływy z tzw. podatku wakcynacyjnego i położniczego pobieranego przy okazji zaślubin, chrztów i innych obrzędów.

Zadania dodatkowe, czynności orzecznicze

Kolejnym zadaniem fizyka powiatowego była opieka nad urlopowanymi z armii żołnierzami, którzy cierpieli

z powodu epidemicznego zapalenia spojówek (jaglicy). W ostrym okresie schorzenie było leczone w warunkach szpitalnych (lazaretowych), po czym ozdrowieńców, celem rekonwalescencji, zwalniano do rezerwy. Jednak, by zapobiec zarażeniu ludności cywilnej, w miejscu zamieszkania poddawano ich pieczołowitej obserwacji. Sprawowali ją osobiście lub poprzez wyznaczonych lekarzy fizycy powiatowi. O urlopowaniu żołnierzy byli każdorazowo powiadamiani przez władze wojskowe, którym musieli co 10 dni raportować o stanie ozdrowieńców [67]. Podobne procedury dotyczyły także innych chorób epidemicznych.

Lekarz powiatowy przejmował też opiekę nad pacjentem zakładu dla obłąkanych w Owińskach, jeżeli ten na przepustkę przybywał do domu rodzinnego. Kuratela opierała się na dyspozycjach wydanych przez personel szpitala. Instytut dla obłąkanych w Owińskach był jedyną tego rodzaju placówką w Wielkopolsce i funkcjonował od 1838 roku.

Opiece fizyka podlegali również chorujący żołnierze obrony krajowej, którzy przebywali na terenie jego jurysdykcji, a poza zasięgiem wojskowej służby medycznej. Chirurg batalionowy podejmował czynności lecznicze dopiero po zebraniu się wojska w punkcie mobilizacyjnym [68]. Fizyk leczył też żołnierzy małych oddziałów regularnych, wtedy koszty dojazdu pokrywało wojsko. Dojazd odbywał się ekstrapocztą albo parokonną podwodą, którą podstawiła właściwa terytorialnie gmina [69].

Kiedy w 1828 roku dzięki pewnym zmianom legislacyjnym odebrano żandarmom prawo do bezpłatnego leczenia i korzystania z 25% rabatów w aptekach, wielu lekarzy zadeklarowało gotowość bezinteresownej pomocy. Wśród nich byli m.in. następujący fizycy powiatowi rejencji bydgoskiej:

„Dr. Wolff z Gniezna, Dr. Arnold z Wągrowca, Dr. Bona z Mogilna, Dr. Roemhild z Inowrocławia, Dr. Levisseur z Łobżenicy, który nawet podróże do Wyrzyska własnym zaprzęgiem do chorych żandarmów, ich żon i dzieci bezpłatnie odbywać będzie, Dr. Kauser w Chodzieży, który także żonom żandarmów jako akuszer bezpłatnie w pomoc przybywać i podróże do chorych żandarmów tudzież familii w Powiecie własnym kosztem odbywać będzie, oraz Radca nadworny Dr. Pentzin w Bydgoszczy” [70].

Lekarze powiatowi wykonywali poza tym różne czynności formalne. Wystawiali na przykład zaświadczenia o odbytej wakcynacji. Dokumenty te stały się z czasem jednym z podstawowych warunków przyjęcia do szkoły, fabryki, urzędu oraz cechu, korzystania z funduszu socjalnego itd. [71]. Dokonywali także oceny stanu zdrowia chętnych do ubezpieczenia, m.in. w ramach Towarzystwa Alimentacji Wdów. Miało to na celu wyeliminowanie osób przewlekle chorych, zagrożonych rychłym

zgonem (chodziło m.in. o takie schorzenia jak „suchoty” i „puchlina wodna”) [72].

Fizycy wydawali również atesty zdrowia kandydatom do niższych seminariów duchownych, do seminariów nauczycielskich oraz poborowym. Wraz z lekarzami wojskowymi uczestniczyli w komisjach egzaminacyjnych kwalifikujących osoby zawodów medycznych do ochotniczej rocznej służby wojskowej [73].

Jako jedyni fizycy mieli także uprawnienia do wystawiania aktów zgonów Żydom. Tylko one stanowiły podstawę wydania pozwolenia na pochówek. Wszystko po to, by zapobiec zbyt pospiesznemu grzebaniu ciał, wynikającemu z nakazu religii mojżeszowej, ale nieodpowiadającemu przepisom [74]. Do fizyka należała zresztą kontrola dziennika zgonów prowadzonego przez władze administracyjne.

Przysługiwało mu też wyłączne prawo do wykonywania sądowych sekcji zwłok i orzekania o chorobach umysłowych [75].

Niezależnie od sprawowania czynności urzędowych, fizycy powiatowi prowadzili normalną praktykę lekarską i czerpali z niej dochody.

Kilka uwag o uposażeniu i personaliach

Roczne „etatowe” wynagrodzenie fizyka powiatowego wynosiło 200 talarów (w latach 1826–1857 talar składał się z 30 groszy srebrnych (sgr.) = 360 fenigów; po roku 1826: talar = 24 dobre grosze (dgr.) = 288 fenigów; po 1857: talar = 60 dgr.). W latach siedemdziesiątych podniesiono je do 300 talarów. Chirurg powiatowy oraz weterynarz otrzymywali po 100 talarów. Równocześnie dla przykładu nauczyciel wiejski (szkoła elementarna) we wsi Mchy, pow. śremski, mógł liczyć na 45 tal. dochodu w gotówce oraz 24 wiertel (1 wiertel = ok. 3600 m³), 14 garnców (1 garniec = ok. 3,77 litra) żyta, 12 wiertel, 7 garnców grochu, 12 wiertel, 7 garnców jęczmienia, wolne od opłaty mieszkanie, jedną morgę (1 morg magdeburski = 2553,2 m²) na ogród i 10 sążni (1 sążeń = ok. 3,6 m²) drzewa opałowego [76]. Landrat zarabiał wówczas ok. 800–1000 talarów [77]. Fizycy powiatowi, podobnie jak lekarze średnich miast (od 1000 do 10000 mieszkańców), byli zaliczani do IV klasy płatników podatku procederowego i wnosili zależnie od dochodu: 8, 12, 16 lub 20 talarów rocznej opłaty. Należeli więc, wraz z rzemieślnikami posiadającymi sklepy, chirurgami, dentykami i akuszerami średnich i trzech wielkich miast (tj. liczących powyżej 10 tys. mieszkańców, zatem Królewca, Berlina i Wrocławia) do grupy osób średnio zamożnych. Trzeba zaznaczyć, że wyróżniano 6 grup podatkowych, a maksymalna stawka wynosiła 150 talarów.

Poniżej znajduje się zestawienie fizyków powiatowych obu rejencji:

TAB. 5. Fizycy powiatowi prowincji poznańskiej i data wzmianki w Dzienniku Urzędowym

REJENCJA BYDGOSKA			REJENCJA POZNAŃSKA		
NAZWISKO	ROK	POWIAT	NAZWISKO	ROK	POWIAT
Jobski	1816	Wyrzysk	Stanelli	1821	Śrem
Maler	1818	Wągrowiec	Bülcke	1825	Środa
Roemhild	1818	Inowrocław	Borchard	1825	Kępno
Pentzin	1818	Bydgoszcz	Maier	1825	Krotoszyn
Wolff	1818	Gniezno	Herfurth	1825	Poznań
Arnold	1820	Wągrowiec	Kraickow	1825	Pleszew
Leonhard	1820	Wyrzysk	Koschny	1825	Ostrów
Kauser	1820	Chodzież	Samberger	1825	Buk
Leviseur	1821	Mogilno	Cohen	1825	Poznań
Leviseur	1823	Wyrzysk	Suttinger	1826	Kościan
Bona	1828	Mogilno	Murawa	1831	Oborniki
Koehler	1828	Wągrowiec	Döbbelin	1831	Oborniki
Leviseur	1831	Bydgoszcz	Schultze	1833	Września
Mühlmann	1831	Wyrzysk	Lemonius	1833	Oborniki
Wiebers	1832	Chodzież	Katerbau	1833	Szamotuły
Marsch	1832	Wyrzysk	Marsch	1835	Babimost
Gronbach	1832	Czarnków	Franke	1835	Krotoszyn
Gerlach	1833	Czarnków	Gumpert	1840	Szamotuły
Hahn	1832	Wągrowiec	Kauser	1840	Międzyrzecz
Behn	1833	Bydgoszcz	Boeck	1840	Wschowa
Pupke	1834	Chodzież	Murawa	1840	Śrem
Voekel	1835	Wyrzysk	Herzog	1840	m. Poznań
Schreiber	1835	Szubin	Kessler	1840	Szamotuły
Michalski	1835	Wągrowiec	Steuer	1846	Krotoszyn
Mehls	1836	Bydgoszcz	Goeden	1846	Krotoszyn
Pupke	1838	Gniezno	Marnow	1846	Śrem
Becker	1838	Chodzież	Arnold	1850	Poznań
Andersen	1841	Chodzież	Klusemann	1850	Międzychód
Wilczewski	1841	Inowrocław	Junker	1850	Ostrzeszów
Fränkel	1841	Chodzież	Kessler	1850	Poznań
Keber	1842	Szubin	Kausch	1850	Krotoszyn
Andersen	1843	Wyrzysk	Voelkel	1850	Międzyrzecz
Köhler	1843	Bydgoszcz	Burchard	1850	Międzychód
Kiessling	1844	Chodzież	Gall	1860	Poznań
Schultz	1852	Czarnków	Gall	1860	Kępno
Berend	1852	Wyrzysk	Wossidlo	1860	Ostrzeszów
Schulz-Berde	1862	Trzcianka	Zeuschner	1860	Międzyrzecz
Chrześciński	1865	Chodzież	Lissner	1871	Kościan
Lippert	1868	Mogilno	Littauer	1871	Śrem
Winkler	1874	Szubin	Loewy	1871	Września
Winkler	1874	Inowrocław	Koch	1872	Wolsztyn

TAB. 5. cd.

REJENCJA BYDGOSKA		
NAZWISKO	ROK	POWIAT
Hirsfeld	1859	Wyrzysk
Dedeck	1859	Szubin
Strahler	1862	Wągrowiec
Strahler	1862	Gniezno
Boigt	1864	Mogilno
Franke	1864	Szubin
Sternberg	1866	Szubin
Lande	1867	Wyrzysk
Zippert	1867	Mogilno
Löffler	1874	Szubin
Wilke	1875	Wyrzysk

Wykaz obejmuje lata 1816–1875, ale jest niekompletny. Zawiera nazwiska osób wymienionych w Dzienniku Urzędowym oraz datę wzmianki. Celem pracy nie była bowiem analiza ruchu kadrowego. Nie odnotowano, zwłaszcza w odniesieniu do rejencji w Poznaniu, wszystkich nominacji, zrezygnowano z podania (możliwych do ustalenia) bardziej szczegółowych danych personalnych. Mogłyby one stanowić materiał do odrębnego opracowania. Warto tylko może dodać, że wśród wymienionych znajdują się sami mężczyźni. Wynika to z faktu, iż zawód lekarza, podobnie zresztą jak inne profesje medyczne (poza akuszerkami), był raczej niedostępny dla kobiet. Jeszcze w roku 1909 w Poznaniu na ogólną liczbę 178 czynnych lekarzy była tylko jedna kobieta. Zwraca także uwagę niski odsetek osób o polsko brzmiących nazwiskach. W 1895 roku udział Polaków w globalnej liczbie lekarzy prowincji wynosił 43,7%, w 1910 roku obniżył się nawet do 30,4%. W tymże roku 10,9% medyków stanowili Żydzi. Ponadto należy pamiętać, że elementem prowadzonej polityki germanizacyjnej było obsadzenie stanowisk administracyjnych przez rodowitych Niemców [78]. Wreszcie, w latach sześćdziesiątych, zarysowuje się tendencja do awansowania na lekarzy powiatowych osób sprawujących funkcję chirurga powiatowego. Było to rezultatem unifikacji systemu kształcenia i co za tym idzie ujednoczenia kwalifikacji.

Podsumowując, trzeba stwierdzić, że fizyk powiatowy zajmował znaczącą pozycję w systemie ochrony zdrowia. Był jego głównym ogniwem w terenie, bezpośrednio zaangażowanym w działania na rzecz ludności. Wypełniał liczne, wielostronne zadania wynikające z założeń polityki zdrowotnej państwa oraz zmieniającej się sytuacji sanitarnej. Jego szczególna rola wynikała z charakteru

funkcjonowania opieki zdrowotnej, opartej wszelako na lecznictwie ambulatoryjnym, z niewielkim, acz wzrastającym znaczeniem szpitali.

Piśmiennictwo

1. Fischer A., *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*, Berlin 1933, 437.
2. *Ibidem*, 440.
3. *Ibidem*, 441.
4. Kutrzeba S., *Historia ustroju Polski w zarysie*, Lwów 1920, t. IV 47–49.
5. *Ibidem*, 41.
6. *Ibidem*, 45.
7. Archiwum Państwowe w Poznaniu, Dziennik Urzędowy Królewskiej Regencyi w Poznaniu (APPKRP) sygn. nr 12111/1816, s. 231.
8. Konieczny L., *Tropy medyczne w dziejach miasta Koszalina*, Koszalin 2003, 39.
9. Archiwum Państwowe w Poznaniu Oddział w Pile, Dziennik Urzędowy Królewskiej Pruskiej Regencyi w Bydgoszczy (APPOP DzU KPRB) nr 5/1820, s. 78–81.
10. APPOP DzU KPRB nr 23/1820, s. 517.
11. Makowski K.A., *Siła mitu. Żydzi w Poznańskim w okresie zaborów w piśmiennictwie historycznym*, Poznań 2004, 7, 27.
12. Salmonowicz S., *Prusy. Dzieje państwa i społeczeństwa*, Warszawa 2004, 241–242, 308.
13. Czaplinski W., Galos A., Korta W., *Historia Niemiec*, Wrocław 2010, 530–531.
14. Clark C., *Prusy. Powstanie i upadek 1600–1947*, Warszawa 2006, 509.
15. Kutrzeba S., *Historia*, 43.
16. APP sygn. 12111, 12112/1832, 1, DzU KRP nr 23/1832, s. 74.
17. APP sygn. 12111, 12112/1825, 2, DzU KRP nr 42/1825, s. 631.
18. Regulamin egzaminu w celu uzyskania kwalifikacji lekarza powiatowego, APPOP DzU KPRB nr 10/33, s. 48–50.
19. ARPOP DzU KPRB nr 20/1817, s. 347–348.
20. APP DzU KRP nr 30/1816, s. 647–648.
21. APPOP DzU KRPB nr 6/1836, s. 65–76.
22. APPOP DzU KRPB nr 12/1817, s. 167–169.
23. Seyda B., *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1973, 188.
24. APPOP DzU KRPB nr 32/1836, s. 514.
25. APPOP DzU KRPB nr 18/1837, s. 310.
26. APP DzU KRP nr 18/1816, s. 382, 383.
27. APP sygn. 12111, 12112/1816, DzU KRP nr 4/1816, s. 66.

28. Powiatowa i Miejska Biblioteka Publiczna w Pile (PiMBP) DzU KPRB nr 41/1822, s. 824.
29. APPOP DzU KPRB nr 19/1816, s. 213.
30. APPOP DzU KPRB nr 37/1818, s. 626.
31. APPOP DzU KPRB nr 16/1817, s. 80–84.
32. APPOP DzU KPRB nr 44/1827, s. 837.
33. APPOP DzU KPRB nr 3/1835, s. 33–34.
34. APPOP DzU KPRB nr 26/1827, s. 547–554.
35. APPOP DzU KPRB nr 1/1830, s. 3–4.
36. APPOP DzU KPRB nr 30/1827, s. 606–607.
37. APP sygn. 12111/1816, DzU KPR nr 24/1816, s. 511–513.
38. APPOP DzU KPRB nr 7/1816, s. 18.
39. APPOP DzU KPRB nr 40/1827, załącznik s. I–XVI.
40. PiMBP DzU KPRB nr 47/1824, s. 474–475.
41. APPOP DzU KPRB nr 47/1820, s. 968.
42. APP sygn. 12111, 12112/1833, 2 DzU KPRB nr 46/1833, s. 538–539.
43. APP sygn. 12111/1816, DzU KPRB nr 11/1816, s. 231–233.
44. APP sygn. 12111/1816, DzU KPRB nr 12/1816, s. 254–256.
45. Karaśkiewicz A.M., *Stosunki sanitarne i choroby epidemiczne w Bydgoszczy w latach 1801–1840* [w:] *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych*, 16, 1936–1937, 94–95.
46. APPOP DzU KPRB nr 15/1816, s. 165–168.
47. APPOP DzU KPRB nr 9/1830, s. 149–154.
48. APPOP DzU KPRB nr 47/1837, s. 848–852.
49. APPOP DzU KPRB nr 24/1816, s. 274–276.
50. APPOP DzU KPRB nr 45/1837, s. 1–12.
51. APPOP DzU KPRB nr 24/1816, s. 272.
52. APPOP DzU KPRB nr 37/1840, s. 750–752.
53. APPOP DzU KPRB nr 39/1839, s. 782–800.
54. APPOP DzU KPRB nr 22/1839, s. 420–430.
55. APPOP DzU KPRB nr 1/1835, s. 1–2.
56. APP sygn. 12111/1816, nr 14/1816, s. 301–302.
57. APPOP DzU KPRB nr 25/1816, s. 292.
58. APPOP DzU KPRB nr 19/1819, s. 352.
59. APP DzU KRP, sygn 12111/ 12112/1840, 1 nr 21/1840, s. 251–252.
60. APPOP DzU KPRB nr 23/1829, dodatek nadzwyczajny, s. I–XVIII.
61. APP sygn. 12111/1816, DzU KRP nr 39/1861, s. 239–246.
62. APP sygn. 12111/12112/1835/1, DzU KRP nr 22/1835, s. 277–278.
63. APPOP DzU KPRB nr 21/1817, s. 350.
64. APPOP DzU KPRB nr 40/1836, s. 631.
65. APPOP DzU KPRB nr 42/1817, s. 704–705.
66. APPOP DzU KPRB nr 42/1818, s. 699.
67. APP sygn. 12113/12114/1811/1, DzU KPRB nr 14/1822, s. 307–313.
68. APPOP DzU KPRB nr 11/1817, s. 150–151.
69. PiMBP DzU KPRB nr 39/1824, s. 412–413.
70. APPOP DzU KPRB nr 32/1828, s. 642–644.
71. APPOP DzU KPRB nr 16/1828, s. 274; APP sygn 12113, 12114/1833/1, DzU KPRB nr 21/1833, dodatek nadzwyczajny s. 1–3.
72. APPOP DzU KPRB nr 8/1819, s. 120–121.
73. APPOP DzU KPRB nr 48/1823, s. 969–970.
74. APPOP DzU KPRB nr 45/1840, s. 906–908.
75. APPOP DzU KPRB nr 2/1821, s. 18.
76. APP sygn. 12111/12112/1832/1, DzU KRP nr 7/1832, *Donosiciel Publiczny* s. 81.
77. Kozłowski J., *Administracja Wielkopolski pod pruskim zaborem 1793–1918*, Poznań 2000, 36.
78. Łuczak C., *Dzieje gospodarcze Wielkopolski w okresie zaborów (1815–1918)*, Poznań 2001, 443.