

# POGRANICZE DWÓCH EPIDEMII: DŻUMY I CHOLERY (XVIII / XIX W.) – PRÓBA PORÓWNANIA

Marek G. Zieliński

Instytut Historii i Stosunków Międzynarodowych,  
Wydział Humanistyczny,  
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy  
ul. Przemysłowa 34, 85-758 Bydgoszcz

Dżuma i cholera to dwie szczególnie niebezpieczne choroby zakaźne, które na terenie Polski nigdy nie wystąpiły jednocześnie. Dla przeciętnego człowieka były tak samo straszne, gdyż podążało za nimi nieodłączne widmo gwałtownej śmierci. Różniły się jednak charakterem, sposobami zakażenia, przebiegiem i objawami.

Dżuma w osiemnastowiecznej Europie była chorobą dobrze znaną, bo pojawiała się systematycznie od czterech stuleci. Czyniła wówczas już ostatnie swoje kroki, ale nadal pozostawała chorobą bardzo groźną. Przez ostatnie dziesięciolecie XVII w. Europa Zachodnia zdążyła zaleczyć wiele ran powstałych po jej ataku w 1665 r., zaś w Europie Środkowej pojawiała się coraz rzadziej. Jednak pamięć choroby była wszędzie jednakowo ciągle żywa. Toteż wieści o nowej jej fali, jakie zaczęły pojawiać się wraz z początkiem wieku XVIII, natychmiast wskrzesiły złe wspomnienia i przywołały najgorsze scenariusze. Do granic Rzeczypospolitej zbliżała się powoli, tradycyjnie od strony południowo-wschodniej. Już w 1703 r. zawitała na

rosyjską Ukrainę, poczym dotarła na Podole i Wołyń. W latach 1705-1706 gnębiła Lwów. W 1707 r. była już w Krakowie. Główne jej uderzenie przypadło jednak na lata 1708-1710, kiedy to ogarnęła kraj od Krakowa aż po Gdańsk. Była w Poznaniu, Warszawie i Lublinie. W 1708 r. pojawiła się w Prusach Królewskich obejmując takie ośrodki jak Toruń, Chełmno, Brodnicę, Grudziądz oraz na Kujawach Włocławek i Bydgoszcz. Nie ominęła Prus, docierając w sierpniu 1709 r. do Królewca. Wreszcie opanowała kraje skandynawskie. Kolejna wielka epidemia dżumy pojawiła się w Europie w 1720 r., tym razem boleśnie dotykając mieszkańców dwóch miast portowych Marsylii i Tulonu, ale nie wyszła poza granice Prowansji<sup>99</sup>. Od tego czasu dżuma ustąpiła z Europy Zachodniej, natomiast pojawiała się jeszcze w środkowej i wschodniej części kontynentu w latach 1738-1744 i 1755-1757. W okresie konfederacji barskiej, w 1770 r. zagrażała południowo-wschodnim województwom Rzeczypospolitej, a także drastycznie zmniejszyła liczbę mieszkańców Moskwy, a w 1814 Odessy.

Cholera zawitała po raz pierwszy na ziemię polskie dopiero w 1831 r., gdy te znajdowały się pod panowaniem Rosji, Austrii i Prus. Zaczęła przygasać w początku 1832 r. ale jednocześnie powędrowała dalej na zachód, docierając do Paryża i Nowego Jorku,

---

<sup>99</sup> F. Braudel, *Kultura materialna, gospodarka i kapitalizm XV-XVIII wiek*, Warszawa 1992, t. I, s. 78; W. Naphy, A. Spicer, *Czarna śmierć*, Warszawa 2004, s. 96-115; Ch. Duncan, S. Scott, *Czarna śmierć. Epidemie w Europie od starożytności do czasów współczesnych*, przekład A. Siennicka, Warszawa 2008, s. 162n. Ostatni z wymienionych autorów twierdzą, że tzw. dżuma marsylska nie była tą samą chorobą - *czarną śmiercią*, która przede wszystkim panowała w poprzednim okresie, lecz atakiem dżumy dymienicznej wywołanej przez bakterię *Yersinia pestis*.

a wreszcie w 1835 r. do Italii. Od owego pierwszego ataku z zadziwiająco częstotliwością odnotowywano jej nawroty. Na ziemiach polskich szerzyła się w latach 1837, 1848, 1849, 1852, 1863, 1878, 1892, 1904. Po raz ostatni epidemię cholery w Polsce odnotowano w 1920 r.

W najnowszych dociekaniach na temat dżumy sugeruje się, że była chorobą wirusową. Dżuma, która panowała w Europie od XIV po XVIII w. objawiała się wysoką temperaturą, wymiotami, biegunką, ogromnym pragnieniem, obrzękami, krwistymi wybroczynami na ciele, rozległymi krwawieniami z otworów naturalnych, majaczeniem, a śmierć poprzedzała martwica i rozpad organów wewnętrznych. Od zakażenia do wystąpienia pierwszych objawów upływał ok. miesiąc. Już po 10-12 dniach od zakażenia chory był w stanie zarażać innych, przy czym nie mając żadnych objawów choroby, czynił to zupełnie nieświadomie. Całkowity okres zakaźny wynosił zatem blisko cztery tygodnie. Natomiast od wystąpienia pierwszych objawów choroba rozwijała się bardzo błyskawicznie, a śmierć następowała zaledwie w ciągu kilku dni, zwykle około pięciu. Całkowity czas trwania choroby wynosił, przeciętnie 37 dni. Epidemie dżumy panowały przez okres 8-9 miesięcy. Choroba wykazywała dużą, jak na owe czasy, szybkość rozprzestrzeniania się. W Anglii lub Francji potrafiła przemieścić się w ciągu kilku dni o dziesiątki kilometrów, nie dając o sobie znać po drodze. Podczas pierwszego ataku w Europie w 1348 r. wystarczyły jej zaledwie trzy lata na ogarnięcie całego kontynentu. Ocenia się, że dżuma krwotoczna początkowo mogła wywo-

łać śmierć od 40 do 60% ogółu populacji, przy czym, przy każdym następnym ataku choroby odsetek ofiar obniżał się. W Bazylei podczas ataku dżumy w 1610 r. na 15 tys. mieszkańców zachorowalność wyniosła 40% a śmiertelność 60%, co oznacza, że epidemia zabrała 24% ogółu społeczeństwa. Pół wieku później, w Londynie spośród 460 tys. mieszkańców dżuma zabrała 15%. Jednak w tym samym czasie, a konkretnie w 1656 r. w Neapolu w trakcie trwania epidemii zmarło 50% mieszkańców, a współczynnik śmiertelności oszacowano na 66%. Szczególna groźba tej choroby polegała na długim okresie zakaźności ukrytej, co przekładało się na bardzo dużą liczbę zachorowań<sup>100</sup>. Od objawów pochodziła jej nazwa upowszechniona dopiero w XVIII w. - *mors nigra*<sup>101</sup>.

Według tychże samych hipotez w tym samym czasie w Europie, w basenie Morza Śródziemnego, mogła występować inna zakaźna choroba, w tym przypadku bakteryjna, znana obecnie pod nazwą dżumy dymienicznej, a występująca w dwóch odmianach klinicznych: dymienicznej i płucnej. Pałeczkę tej właśnie choroby (*Yersinia pestis*) odkryli w 1894 r., niezależnie od siebie, szwajcarski lekarz Alexandre Emile Yersin (1863-1943) związany z Instytutem Pasteura w Paryżu oraz Japończyk Shibasaburō Kitasato (1856-1931). W rozprzestrzenianiu się tej choroby istotną rolę odgrywają szczury i pchły. Ze szczura, który jest pośrednikiem, a nie nosicielem, na człowieka

---

<sup>100</sup> Ch. Duncan, S. Scott, *op. cit.*, s. 63, 117, 139, 142, 153, 165.

<sup>101</sup> W. Naphy, A. Spicer, *op. cit.*, s. 35. Autorzy tej monografii również uwzględniają możliwość, iż choroba występująca w Europie pomiędzy XIV a XVIII w. nie musi być identyczna z tą, która została zidentyfikowana przez A. Yersina – porównaj s. 35-39.



przenoszona jest przez pchły. Zakażony człowiek nie zaraża innych ludzi w kontakcie bezpośrednim. Okres inkubacji trwa zaledwie 2-5 dni. Zarazek dżumy przenika do organizmu człowieka przez skórę lub błony śluzowe<sup>102</sup>. Chorobę wywołują bardzo silne endotoksyny powstające w wyniku rozkładu w ustroju zakażonego człowieka zarazków dżumy. Stany zapalne zwykle powstają w węzłach chłonnych (limfatycznych) głównie w pachwinach, które ulegają powiększeniu nieraz do wielkości jaja, co prowadzi do powstawania twardych, bolesnych guzów zwanych dymienicami. Lokalizacja dymienic jest zależna od miejsca zakażenia przez pchłę. Postać dymienicza kończy się śmiercią w ok. 60 % przypadków zachorowań, ale trzeba podkreślić, że cechuje tę postać niska wartość współczynnika zaraźliwości<sup>103</sup>. U chorych, którzy przeżywają chorobę dochodzi do zropienia, pęknięcia i w następstwie wylewania się ropnej zawartości dymienic. Dżuma dymienicza jest najczęściej spotykaną postacią tej choroby. W 5% przypadków może przerodzić się ona w postać płucną na skutek przedostania się bakterii do płuc. Wówczas choroba przybiera gwałtowny przebieg z uporczywym kaszlem i obfitą krwistą plwociną. W tej postaci dżumy po okresie inkubacji dochodzi do gwałtownego spadku temperatury. Pomimo wystąpienia ciężkich objawów takich jak znaczne przyspieszenie tętna, obniżenie ciśnienia krwi, zropienie węzłów limfatycznych, krwawień podskórnych i z otworów naturalnych, to jednak chory wykazuje wzmożoną aktywność, co

---

<sup>102</sup> *Prace Aleksandra Wasilewskiego*, Poznań 1927, s. 67.

<sup>103</sup> F. M. Toporkow, *Choroby zakaźne oraz podstawy epidemiologii, mikrobiologii i pielęgnowania chorych*, Warszawa 1954, s. 227.

przypomina upojenie alkoholowe. Ta postać odznacza się dużą zaraźliwością, a chory drogą kropelkową może zakażać innych. Czas od zarażenia do śmierci jest bardzo krótki, a współczynnik śmiertelności może osiągać nawet 95%. Śmierć następuje w 3-6 dniu choroby w wyniku obrzęku płuc.

Cholera (*cholera asiatica*) jest chorobą bakteryjną, przenoszoną drogą pokarmową. Jej nazwa wywodzi się od słów greckich *chole* – żółć i *reo* płynę. Chorobę wywołuje przecinkowiec cholery. Zarazek wykazuje małą odporność na środki dezynfekcyjne, jest podatny na działanie kwasu żołądkowego, wysoką temperaturę, a nawet działanie światła słonecznego<sup>104</sup>. Natomiast żywotność zarazka zwiększa znacząco podwyższona wilgotność. Zarazki mogą być także przenoszone przez owady, w szczególności przez muchy. W typowym przebiegu choroba zaczyna się nagle wymiotami i charakterystyczną biegunką przypominającą odwar ryżowy w którym pływają jak gdyby rozgotowane ziarna ryżowe, wzmożonym pragnieniem, długotrwałymi drgawkami tonicznymi i bólami mięśniowymi kończyn. Skurcze mięśni sprawiają wrażenie odwodzenia kończyn od tułowia. Zdrowy człowiek natychmiast okazuje się być ciężko chorym, a pełne objawy mogą dotknąć go na ulicy, wśród codziennych zajęć, podczas snu. Zaczyna się po krótkim okresie wylęgania, trwającym zwykle 2-3 dni nie mającym zwiastunów. W wyniku silnych wymiotów i biegunki zakażony tracić może w ciągu doby od 10 do 30 litrów płynu co prowa-

---

<sup>104</sup> Z. Olejnik, *Cholera*, w: *Choroby zakaźne i inwazyjne*, pod red. B. Kassura, J. Januszkiewicz, Warszawa 1985, s. 163.

dzi do głębokiego i gwałtownego odwodnienia. Procesowi temu nie można zapobiec doustnym podawaniem płynów. Wraz z postępującym odwodnieniem nasila się suchość błon śluzowych, skóra zaczyna wędznąć i tracić elastyczność, zaostwiają się rysy twarzy, galki oczne zapadają się w głąb oczodołów, a na czubkach palców, uszu i nosa występuje sinica. Dochodzi do zapadu naczyniowego i spadku tętna, ciśnienia i temperatury do 35-34 °C. Odwodnienie mięśni sprawia, że stają się one twarde, zwłaszcza mięśnie lydek. Następuje stopniowy bezgłos. Zazwyczaj zachowana jest całkowita świadomość, ale chory staje się apatyczny. W najcięższych przypadkach śmierć następuje po 3-4 dniach<sup>105</sup>. Epidemie tej choroby najczęściej pojawiają się w wyniku zakażenia źródeł wody pitnej. Jednak ten zasadniczy dla zrozumienia choroby fakt wykrył dopiero w 1849 r. John Snow.

Na wieść o zbliżającej się epidemii odnotowywano w społeczeństwie jednakowe przerażenie. Na dobrą sprawę większego znaczenia nie miało, czy była to choroba już doskonale znana, czy coś zupełnie nowego. Dla ludzi najważniejsze było, że ówczesna medycyna nie знаła skutecznych środków leczniczych. W obliczu zagrożenia przez niewidzialnego wroga ludzie stawali się podejrzliwi. Zarówno w jednym jak i w drugim przypadku uważano, że kontakt z chorym jest niebezpieczny, a kanałów przenikania choroby upatrywano w pożywieniu, wodzie, powietrzu, odzieży, przedmiotach co-

---

<sup>105</sup> K. Łazarowicz, *Co to jest cholera i jak ją zwalczać*, Warszawa 1905, s. 26-29; F. M. Toporkow, op. cit., s. 160n.; S. Wszelaki, *Zarys kliniki chorób zakaźnych*, Warszawa 1957, s. 332.

dziennego użytku, a nawet rozwiązłości obyczajowej i warunkach klimatycznych. Usuwano z miast ludzi ubogich, bezdomnych, prostytutki, włóczędów i żebraków, zwłaszcza tych którzy w ostatnim czasie przybyli do miasta z odległych prowincji<sup>106</sup>. Winą za przenoszenie choroby obarczano podróżnych, żołnierzy, marynarzy. Często odpowiedzialność zrzucano na nieprzyjaciół lub przedstawicieli innych narodów, w szczególności na Żydów, obce wojska i przybyszów z państw obcych, co do których żywiono historycznie uwarunkowane uprzedzenia. W Anglii winiono Francuzów<sup>107</sup>. W Polsce za szerzenie chorób odpowiedzialnością obarczano wojska szwedzkie, rosyjskie lub tureckie. W 1770 r. gdy zawisło nad Europą Środkową nowe widmo epidemii Fryderyk II zakazał wpuszczania w granice państwa Żydów.

Głoszono opinię, że choroby są spiskiem lekarzy, że winnymi ich rozprzestrzeniania są grabarze żądni dodatkowego zysku. Przypadki takie notowano zarówno w Lublinie jak i Genewie. W Królewcu podczas epidemii cholery pomawiano lekarzy o zatrucie wody. Słuszne spostrzeżenia co do chorobotwórczych cech wody pitnej, nie mogły być jednak uznane za prawdziwe przez ośrodki decyzyjne, gdyż potwierdzałyby wówczas fałsz, którą karmiła się ulica<sup>108</sup>. Ponadto, najbiedniejsi sarkali, że epidemie są spiskiem, wymierzonym w tę właśnie grupę. Teorie takie miały miejsce zarówno w XVIII jak

---

<sup>106</sup> F. Giedroyc, *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych. Zarys historyczny*, Warszawa 1899, s. 60.

<sup>107</sup> Ch. Duncan, S. Scott, *op. cit.*, s. 53, 56.

<sup>108</sup> Z. Olkowski, *Epidemia cholery azjatyckiej w Prusach Wschodnich w latach 1831-1832*, Komunikaty Mazursko-Warmińskie, 1968:102, s. 557.



i XIX w. Psychoza strachu sprawiła, że w Lublinie w 1711 r. oskarżono trzech grabarzy o przyrządzanie mikstury z mózgow i jelit zmarłych na dżumę, by tym sposobem przysporzyć sobie klientów. Wszyscy trzej zostali skazani na śmierć przez ćwiartowanie<sup>109</sup>. Niemniej jednak były to wydarzenia marginalne, bo przecież w przytłaczającej większości przypadków nie oskarżano grabarzy o tego typu zbrodnie. Wiele złych uwag padało pod kątem służb municypalnych, a w uwagach tych daje się wyczuć obwinianie tych właśnie służb za szerzenie się choroby. Nie szczędził ich również Daniel Defoe, który pisał: „... tragarze nie chcieli oczyszczać domów, w których wszyscy mieszkańcy wymarli; ciała leżały po kilka dni nie pochowane, aż rodzinom zamieszkałym w sąsiedztwie zaczynał dokuczać smród i, rzecz prosta, ulegali zarazie; niedbalstwo owych funkcjonariuszy przybierało takie rozmiary, że zwracano się do zarządu parafii i do straży, by wejrzały w te sprawy ...”<sup>110</sup>.

Z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych w sposób szczególny kojarzone były wojny. Dla dżumy wojna północna z lat 1700-1721 stanowiła tło, zaś kampanie napoleońskie 1807 i 1812 r. ewidentnie stały się preludem dla epidemii cholery<sup>111</sup>. W wielu opraco-

---

<sup>109</sup> Z. Klukowska, *Sprawa o szerzenie dżumy w Lublinie w r. 1711*, Archiwum Historji i Filozofji Medycyny oraz Historji Nauk Przyrodniczych, T.VI:1927, s. 13, 20.

<sup>110</sup> D. Defoe, *Dziennik roku zarazy*, przekład J. Dmochowska, Warszawa 1959, s. 129n.

<sup>111</sup> Tego typu poglądy przenikają i są utrwalane następnie w historiografii, np.: F. Giedroyc, op. cit., s. 64; H. Braun, *Aus der Masurischen Heimat*, Angerburg 1926, Th. I, s. 83; S. Flis, *Dżuma na Mazurach i Warmii w latach 1708-1711*, Komunikaty Mazursko-Warmińskie, 70:1960, s. 474, 511; W. Froch, M. Kobylińska-Szymańska, *Kłeski moru w Lublinie w XVI i XVII wieku w świetle ksiąg miejskich*, Archiwum Historji Medycyny, T.XL:1977, s. 391; Z. Jastrzębowski, *Spółeczeństwo Księstwa Warszawskiego wobec*

waniach można odnaleźć informację, że upowszechnienie cholery nastąpiło po zwycięskiej bitwie wojsk polskich pod Iganiami (10 kwietnia 1831), a sprawcami zarażenia byli żołnierze rosyjscy. W rzeczywistości cholera stopniowo i nieuchronnie przybliżała się do Królestwa Polskiego, gdyż już 18 marca została odnotowana w Brześciu Litewskim, a w końcu miesiąca w Lublinie, Zamościu, Siedlcach. 27 marca 1831 r. wykryto ją w jednym z lazaretów wojskowych w Warszawie oraz u jeńców rosyjskich budujących umocnienia Pragi<sup>112</sup>. Począwszy od 10 kwietnia rzeczywiście liczba zakażonych żołnierzy zaczęła się stopniowo zwiększać. Niewątpliwie, dla nagłośnienia przekonania, iż to Rosjanie są źródłem niebezpiecznej choroby miały wpływ nie tylko względy propagandowe, ale również pewien zbieg okoliczności, gdyż w dniu zwycięstwa jednocześnie stwierdzono cholere u polskiego żołnierza i jego ordynansa, którzy wcześniej jako jeńcy przebywali w szpitalu rosyjskim w Mińsku. Dwa dni później kolejny przypadek wykryto w obozie wojskowym w Kałuszynie, a dopiero w następnej kolejności, 19 kwietnia choroba pojawiła się wśród ludności cywilnej Warszawy. Kolejność zachorowań wskazywała poniekąd na źródło zakażenia, niemniej, należy uznać, że był to efekt naturalnego, a nie celowego rozprzestrzeniania się choroby, chociaż nie można zaprzeczyć, że ruchy wojsk w jakimś stopniu proces ten przyspieszyły. Z całą pewnością epidemia i tak

---

*epidemii niektórych ostrych chorób zakaźnych*, Archiwum Historii Medycyny, T.XL:1977, s. 403n.; J. Kracik, *Pokonać czarną śmierć. Staropolskie postawy wobec zarazy*, Kraków 1991, s. 101; Ch. Duncan, S. Scott, *op. cit.*, s. 49.

<sup>112</sup> J. W. Chojna, *Warszawskie lazarety wojskowe w czasie powstania listopadowego*, Archiwum Historii Medycyny, T. XLVI:1983, s. 16n.

wcześniej czy później dotarłaby do Królestwa Polskiego, tak jak zawitała do Wilna, a następnie do Rygi pod koniec kwietnia<sup>113</sup>. Omówione zjawiska są częścią szerszego procesu demonizacji wroga, w którym pierwszoplanowym aktorem była zawsze sama choroba. Nic też dziwnego, że opisy spustoszeń jakie wywoływały choroby po dzień dzisiejszy przyprawiają o dreszcze. Tommaso Fasano dał odstrasżający obraz chorujących na dżumę w Neapolu w 1764 r.: „Kto zechciałby lepiej pojąć siłę zgniłego oddechu obłożnie chorych, a zwłaszcza fetoru wrzodów, odleżyn nieczystych, części ciała umęczonych i guzowatych, niechaj pomyśli, iż jeden człek tylko, wrzodami złośliwymi dotknięty, z ropą, co tam się tworzy i zbiera, wytwarza wokół swego ciała stęchłą atmosferę, o mdłości przyprawiającą tak silnie, iż osoby nienawykłe do widoku tego rodzaju chorób bądź o delikatnej naturze omdlewają. Od tego czasu psuje się powietrze wokół i fetor stopniowo wypełnia też dalsze sale, a potem wszelkie korytarze szpitala. Na koniec w odzienie wnika, a nawet w podłogę i ściany”<sup>114</sup>. Opisy podobne do tych tyczących obrazu Lublina w 1711 r. są nader częste: „Widzieliśmy, jak podczas napadu tej choroby biły puls, w oczach malowało się przerażenie, ciągle nudności skręcały trzewia, a na członkach nabrzmiewały sine krosty. Wielu wolało umrzeć niż chorować; przynosili śmierć niektórym nad tak okrutne życie. Wbrew prawom natury dzieci i rodzice uciekali od siebie, bali się jedni drugich. Wszędzie żałoba, wszędzie śmierć, tak dalece, że

---

<sup>113</sup> Z. Olkowski, op. cit., s. 531.

<sup>114</sup> Cyt. za: *Historia brzydoty*, pod red. U. Eco, Poznań 2007, s. 189.

całe miasto zdawało się nie siedzibą żywych, lecz cmentarzyskiem zmarłych”<sup>115</sup>.

Rzeczywistość społeczna, kulturowa i polityczna w której występowały obie choroby była zgoła odmienna, ale mechanizmy walki z epidemiami wykazują wiele podobieństw. Przykład płynący z krajów włoskich pokazywał, że w ograniczaniu rozprzestrzeniania dżumy istotną rolę odgrywa koordynacja działań przez centralne instytucje państwa. Ustanawiane tamże urzędy do ochrony zdrowia nie tylko zbierały dane o kolejnych ogniskach, ale także sterowały działaniami prewencyjnymi. Państwa północnoeuropejskie starały się powielać te mechanizmy: ustanawiano komisje do organizacji działań przeciwepidemicznych, zaciągano kordony, mobilizowano medyków, wprowadzano kwarantanny i kontrolę świadectw zdrowia. W Rzeczypospolitej szlacheckiej problem walki z chorobą był pozostawiony lokalnym społecznościom, a zapobieganiem jej skutkom nie troszczyło się państwo. W początku XVIII w. walkę z zarazą utrudniały dodatkowo zawirowania polityczne, detronizacja Augusta II i wojna toczona przez obce potencje na terytorium Rzeczypospolitej. W warunkach braku zorganizowanej interwencji państwa oznaczało to chaotyczną walkę z chorobą każdego na własną rękę. Jedynie w najmniejszych ośrodkach miejskich obserwuje się działania podejmowane przez poszczególne magistraty. Władze Gdańska w obawie przed dżumą, już w 1705 r. nakazały kontrolę kupców przybywających z Korony żądając od nich świadectw zdrowia. Niemniej jednak

---

<sup>115</sup> Cyt. za: Z Klukowska, *op. cit.*, s.5.



najlepszym środkiem zaradczym było salwowanie się ucieczką i unikanie kontaktów międzyludzkich. Masowe opuszczanie zapowietrzonych rejonów wydawało się wprawdzie najbardziej racjonalną i najprostszą metodą obrony przed zatrutym przez „miazmaty” powietrzem, ale w rzeczywistości sprzyjało roznoszeniu choroby. W Chelmnie swoje siedziby opuścili nie tylko najbogatsi mieszkańcy, ale nawet duchowieństwo, pozostawiając jedynie dyżurnych kapłanów<sup>116</sup>. Nie inaczej zachowywali się mieszkańcy Krakowa, Lublina, Gdańska, Królewca<sup>117</sup>. Zatomizowane działania, mające często chaotyczny i przypadkowy charakter nie mogły być skutecznym środkiem zaradczym w powstrzymaniu choroby. Nie dysponując właściwą wiedzą na temat mechanizmów zakażenia i środkami finansowymi poszczególne samorzady i osoby mogły jedynie w sposób ograniczony zaradzić nieszczęściu. Na niewiele zdawały się takie środki prewencyjne jak zamykanie bram miejskich przed przybyszami i uszczelnianie murów obronnych. Najprężniejsze ośrodki powoływały organy do kierowania walką z epidemią. W Gdańsku *Provisorrath*, którego zadaniem było stymulowanie działań zapobiegawczych, powołano już w okresie poprzedzającym wybuchem epidemii.

---

<sup>116</sup> M. G. Zieliński, *Chelmo civitas totius Prussiae metropolis XVI-XVIII w.*, Bydgoszcz 2007, s. 493.

<sup>117</sup> S. Flis, op. cit., s. 484; E. Sieńkowski, *Dżuma w Gdańsku w 1709 roku. Studium z dziejów epidemiologii*, Archiwum Historii Medycyny, T. XXXIII:1970, s. 349, 373; A. Wyrobisz, *Misericordia pestis tempore. Postawy i zachowania w czasie zarazy w Polsce nowożytnej (XVI-XVIII w.)*, w: *Charitas. Miłosierdzie i opieka społeczna w ideologii, normach postępowania i praktyce społeczności wyznaniowych w Rzeczypospolitej XVI-XVIII wieku*, pod red. U. Augustyniak, A. Karpińskiego, Warszawa 1999, s. 211-215; D. Baronas, *Choroby i epidemie*, w: *Kultura Wielkiego Księstwa Litewskiego, analizy i obrazy*, oprac. V. Ališauskas, I. Jovaiša, M. Paknys, R. Petrauskas, E. Raila, Kraków 2006, s. 137.

Dodatkowo przedstawiciele Trzeciego Ordynku powołali własny organ tzw. Opiekę Zdrowotną. Również w Królewcu pod wpływem złych wieści napływających z Polski ustanowiono 25 listopada 1708 r. *Collegium Sanitatis*<sup>118</sup>.

Od czasu szerzenia się dżumy do pojawienia się cholery wiele zmieniło się w zakresie funkcji państwa. Idee fizjokratyczne i populacjonistyczne szerzone w końcu wieku XVIII kazały mierzyć siłę państwa liczebnością poddanych. A wiek XIX zaczął się dla całej Europy wyniszczeniem demograficznym spowodowanym przez wojny napoleońskie i nawracającą epidemię ospy. Poszczególne państwa nie mogły sobie beztrzesko pozwolić na dalsze pogłębienie strat. To troska o siłę demograficzną kazała rządowi podejmować kroki zaradcze, również na obszarze ziem polskich. Już 18 kwietnia 1831 r. powołano do zwalczania zarazy w Królestwie Polskim Komitet Centralny Zdrowia. W Prusach do walki z epidemią powołano *Königliche Immediat Kommission zur Abwehrung der Cholera* na czele z generałem von Thile. W Londynie ustanowiono Centralną Komisję Zdrowia już w czerwcu 1831 r.<sup>119</sup> Jednym z głównych zadań tych komisji było by „przedsięwziąć najskuteczniejsze środki i dopilnować ich wykonania, ażeby wszystkie ulice i publiczne place codziennie najtroskliwiej umiotano i wszystko z nich uprzątno, co by swemi wyziewy

---

<sup>118</sup> S. Flis, *op. cit.*, s. 478; E. Sieńkowski, *op. cit.*, s. 334n.

<sup>119</sup> F. F. Cartwright, M. Biddiss, *Niewidoczny wróg. Zarazy z historią*, Warszawa 2005, s. 134n.

powietrze psuć mogło, żeby ścieki czysto utrzymane były i należyty odpływ miały<sup>120</sup>.

Wraz z rozpowszechnianiem się cholery coraz bardziej poznawano jej objawy. Służyły temu wnikliwe obserwacje jak i przeprowadzane sekcje zwłok. W przypadku dżumy były wynikiem indywidualnej dociekliwości medyków i o wiele rzadsze ze względu na dużą zaraźliwość. Podczas pierwszych epidemii cholery władze państwowe zgadzały się już oficjalnie, by w celu zbadania nieznaney ówczesnej nauce medycznej choroby przeprowadzać z najwyższą ostrożnością i wyłącznie w szczególnych przypadkach sekcje<sup>121</sup>.

Śmiało można stwierdzić, że niski poziom wiedzy medycznej na temat obydwu chorób był czynnikiem sprzyjającym ich rozprzestrzenianiu się. Przecinkowiec cholery (*vibrio cholerae*) odkryty został dopiero w 1883 r. przez niemieckiego bakteriologa Roberta Kocha (1843-1910). W okresie wcześniejszym podejmowane działania ochronne wielokrotnie wynikały z utartych zwyczajów lub podyktowane były przez intuicję. Zasadniczo, metody zapobiegania nie były uwarunkowane rodzajem choroby. Nic też dziwnego, że utrwalone dotychczasowymi doświadczeniami zwyczaje brały górę w instrukcjach wydawanych przez poszczególne ośrodki miejskie jak i w zarządzeniach ogłaszanych przez władze państwowe. Jak bardzo postępowanie najwyższych organów mogło być intuicyjne świadczy fakt, że o ile w Królestwie Polskim Komitet Centralny Zdrowia uważał

---

<sup>120</sup> Cyt za: W. Kaczorowski, *Zapobieganie epidemii cholery w rejencji opolskiej w latach 1831-1832 w świetle przepisów sanitarno-medycznych*, Opole 1996, s. 32.

<sup>121</sup> Z. Olkowski, *op. cit.*, s. 539.

cholere za chorobę nie zaraźliwą, to jego organ zwierzchni czyli Rada Ogólna Lekarska głosiła zupełnie przeciwstawne sądy<sup>122</sup>. Oczywiście różnica poglądów implikowała zasadniczo różne metody zapobiegania. Z całą pewnością podobnych wątpliwości nie mieli medycy w początku XVIII w. w stosunku do dżumy. Doskonale zdawano sobie bowiem sprawę, że jest to choroba zakaźna szerząca się przez kontakty międzyludzkie, ale posiadano pewne problemy związane z ustaleniem pierwotnego źródła zakażenia. Poglądy, co do możliwości zakażenia się od drugiego człowieka przeniesiono następnie na cholere. Instrukcje jak postępować na wypadek pojawienia się dżumy wydały m.in. władze Krakowa, Gdańska, Torunia, Elbląga, Poznania, Wrocławia<sup>123</sup>. Tam, gdzie zamieszkiwała ludność polsko- i niemieckojęzyczna instrukcje były drukowane w obu językach, tak, aby dotarły do jak największej liczby czytelników. Na terenie Królestwa Pruskiego przepisy o sposobach postępowania czasu czarnej śmierci publikowało tamtejsze Kolegium Zdrowia. W XIX w. w rejencjach pruskich zarządzenia antycholeryczne były również publikowane w wersji dwujęzycznej, a ponadto, od 6 sierpnia 1831 r. ukazywała się przez dwa nawałne miesiące w Królewcu gazeta poświęcona problemom związanym z pojawieniem się nowej choroby „Cholera Zeitung”.

---

<sup>122</sup> S. Mogielnicki, *Doktor medycyny i chirurgii Wilhelm Malcz i jego poglądy na cholere*, *Lekarz Wojskowy*, T.XXX:1937, s. 557.

<sup>123</sup> E. Sieńkowski, *op. cit.*, s. 327n; S. Salmonowicz, *Toruń wobec zarazy w XVII i XVIII wieku*, *Rocznik Toruński*, R.XVI:1983, s. 252n.



W przepisach, których przestrzeganie miało zapobiegać szerzeniu się dżumy, zalecano utrzymywanie porządku na ulicach, dbanie o czystość wody pitnej, dezynfekcję powietrza poprzez palenie ognisk na ulicach i okadzanie mieszkań oraz świątyń. Proponowano wystrzeganie się nieświeżych potraw<sup>124</sup>. Podobnie w przepisach z XIX w. dla zaboru pruskiego nieznaną przyczynę choroby sprawiła, że wskazywano na czynniki najmniej istotne i przestrzegano jedynie, „że chorobą, cholera nazwaną, zarażonym człowiek być może albo przez obcowanie z osobą tę chorobę mającą, albo przez dech i parę z niej pochodzące, albo przez suknię i bieliznę, które taka osoba nosiła, i które osobliwie do zarażenia są zdadne”<sup>125</sup>. Ani słowem nie wspomniano, by zachować jakąkolwiek ostrożność przy spożywaniu wody pitnej lub pokarmów ze względu na możliwość ich zakażenia, chociaż przestrzegano przed przejadaniem się. Natomiast zakazywano spożywania pokarmów „kwaskowatych”, a w szczególności kwasu chlebowego „którego Polacy i Moskale lubią”, aczkolwiek te z pewnością mogły wspomóc zwalczanie przez organizm chorobotwórczych bakterii cholery<sup>126</sup>. Przepisy z XIX w. są nadal przesycane zaleceniami propagowanymi w czasach, kiedy szerzyła się dżuma.

Można śmiało powiedzieć, że jedna i druga choroba były efektem niedożywienia i osłabienia odporności. Dotykały przede wszystkim uboższą ludność, słabiej odżywioną, o osłabionych siłach obron-

---

<sup>124</sup> S. Flis, *op. cit.*, s. 479n.

<sup>125</sup> Cyt za: W. Kaczorowski, *op. cit.*, s. 22n.

<sup>126</sup> Cyt za: *ibidem*, s. 21.

nych organizmu. W XIX w. rozumiano wprawdzie, że wyniszczenie organizmu sprzyjało infekcji, ale możliwości zaradzenia pladze głodu były znikome. Zasłużony badacz dziejów Warszawy Aleksander Wejnert pisał: „Główną chorobą w kraju naszym było dawniej morowe powietrze, które powstało z ciągłych niewygód dla licznych wojen, i z głodu, który po większej części szarańcza sprawiała”<sup>127</sup>. Nie należy jednak wyciągać nazbyt pochopnych wniosków, gdyż niedożywienie i bieda nie w jednakowy sposób wpływały na rozwój epidemii. O ile dżuma rozwijała się w bezpośrednim powiązaniu z okresami głodu wywołanymi przez wojny, nieurodzaje i klęski elementarne, o tyle cholera przede wszystkim bazowała na złych warunkach sanitarnych. Chociaż w zakresie żywienia w wieku XIX nastąpiła znacząca poprawa, przede wszystkim ze względu na upowszechnienie się uprawy i spożycia ziemniaków, to jednak warunki sanitarne w miastach nie zmieniły się diametralnie. Nadal nie posiadały one wodociągów i kanalizacji. Wodę pitną czerpano z zanieczyszczonych studni bądź rzek. Pierwsze nowoczesne wodociągi na ziemiach polskich pojawiły się na terenie zaboru pruskiego w 1842 r. w Chełmnie<sup>128</sup>.

Obie choroby dotykały tak miasta jak i wsie, chociaż bardziej preferowały duże skupiska ludzkie w których wraz z postępowaniem procesów industrializacyjnych pogarszały się warunki socjalne. Jednak-

---

<sup>127</sup> A. Wejnert, *Starożytności warszawskie*, t. III, Warszawa 1854, s. 220.

<sup>128</sup> *Historia kultury materialnej Polski w zarysie*, pod red. W. Hensla, J. Pazdura, t. V, pod red. E. Koweckiej, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1978, s. 327; A. Soborska-Zielińska, *160 lat chełmińskich wodociągów 1842-2002*, Chełmno 2002, s. 6n.

że na obecnym etapie badań nie sposób ustalić na ile bardziej były pokrzywdzone miasta. Wydaje się, że w przypadku dżumy dystans ten był o wiele mniejszy niż w przypadku cholery, która w znacznie mniejszym stopniu dotknęła wsie. Decydujące znaczenie miały bowiem drogi zakażenia. O ile dżuma przenosiła się przez kontakt z zakażoną osobą, co w dużych skupiskach dawało więcej możliwości, to w przypadku cholery znacznie mniejsze możliwości zakażenia stwarzał kontakt z osobą chorą, natomiast o liczbie zachorowań decydowało przede wszystkim korzystanie z zakażonych ujęć wody pitnej.

W celu ograniczenia możliwości zakażenia starano się odseparować zainfekowane ośrodki. Bardzo szybko dostrzeżono, że w przenoszeniu dżumy znaczącą rolę odgrywają kontakty międzyludzkie i mobilność społeczeństwa. Zatem ze względów bezpieczeństwa na obszarze całej Europy stosowano od średniowiecza kwarantanny, żądano okazywania świadectw zdrowia. Coraz powszechniejszymi stawały się ograniczenia i wzmożone kontrole w ruchu granicznym, a także mobilizacja lekarzy do walki z epidemiami. Przykład płynął z południa Europy. Pierwsze przepisy co do uszczelniania granic pruskich wydano już w 1704 r. Cztery lata później, gdy epidemia na dobre dała o sobie znać w najbliższym sąsiedztwie, w Prusach Królewskich, granice zostały całkowicie zamknięte<sup>129</sup>. Austria ustawiła wojskowe kordony sanitarne na granicy z Turcją w 1710 i 1739 r. O zaciągnięciu kordonu na Śląsku zamyślał także w 1742 r.

---

<sup>129</sup> S. Flis, *op. cit.*, s. 475.

Fryderyk II. Oba te państwa rozciągnęły wojskowe kordony sanitarne w 1770 r. w obawie przed dżumą nadchodzącą od strony Podola i Wołynia. Niestety, kordony zostały poprowadzone przez obszar Rzeczypospolitej, czym naruszono jej suwerenność. Również w tym samym roku król Stanisław August, w porozumieniu z dowództwem wojsk carskich, rozważał sposoby odseparowania kordonem zachodnich połaci kraju<sup>130</sup>. Najlepiej przed nadciągającą epidemią zabezpieczono wówczas Warszawę, która została otoczona okopami, nazwanymi później okopami marszałka koronnego Stanisława Lubomirskiego. W liście z 17 listopada skierowanym do króla Stanisława Augusta Lubomirski wyłożył celowość przedsięwzięcia: „Okropną całego kraju zatrwożony nieszczęśliwością przez rozszerzoną morową zarazę w częściach państw W. Kr. Mci i Rzplitej, tem żywiej poczuwam się do obowiązków i powinności urzędu mego, by miejsce rezydencji W. Kr. Mci od podobnego ile możności niebezpieczeństwa, zasłonię być mogło. Tym końcem za naradą przytomnego senatu i ministrów pod bokiem W. Kr. Mci znajdujących się, miasto Warszawę rowem okopuję, które okopy nie tylko by nikt przyjeżdżający o zarazę podejrzany przechodzić nie ważył się, ale by wyznaczeni od urzędu mego dozorczy w czynnościach obowiązku rewizji ubezpieczeni byli ...”<sup>131</sup>.

---

<sup>130</sup> W. Konopczyński, *Konfederacja barska*, Warszawa 1991, t. I, s. 406 pisze o epidemii duru plamistego a nie dżumy; T. Srogosz, *Dżuma ujarzmiona? Walka z czarną śmiercią za Stanisława Augusta*, Wrocław 1997, s. 34-42.

<sup>131</sup> A. Wejnert, *Wiadomość historyczna o pierwszych okopach otaczających Warszawę i Pragę*, w: *Starożytności warszawskie*, t. I, Warszawa 1848, s. 293n.



W przypadku dżumy kwarantanna była bardzo długa, zważywszy na szybkość rozwijania się pełnych objawów choroby, jednak o długości kwarantanny zdecydowały obserwacje postępów choroby. Pierwotnie dla dżumy przyjęto trzydziestodniowy okres izolacji, ale szybko zrozumiano, że jest to zbyt krótko<sup>132</sup>. Kwarantannę przedłużono o kolejne 10 dni i odtąd już niezmiennie ustalano ją na 40 dni. Dla cholery kwarantanna była o połowę krótsza. Podyktowane to było znacznie krótszym okresem inkubacji. W przypadku cholery w obawie przed rozpowszechniającą się nową i groźną chorobą w Prusach już 5 kwietnia 1831 r. zapadły decyzje o ograniczeniach w ruchu granicznym i zakładaniu kwarantann czyli tzw. komór kontumacyjnych. 1 maja 1831 r. na rozkaz króla Fryderyka Wilhelma III zamknięto kordonem sanitarnym wschodnią granicę Prus. Osobny kordon pojawił się wokół Gdańska. Dla osób przybywających z Kongresówki wyznaczono dwudziestodniową kwarantannę wystawiając komory kontumacyjne m.in. koło Napieriek, Dłutowa, Szmalenink, Opaleńca, Torunia, Golubia, Strzałkowa, Podzamcza, Gorzowa Śląskiego, Chełma Pszczyńskiego, Bierunia, Ozimka, Olesna, Kluczborka, Grudzień<sup>133</sup>. Zamknięto małe porty dla statków przybywających z Rosji. Całej granicy strzegł podwójny kordon wojskowy. Zakazano wpuszczania do Prus Wschodnich Żydów z zaboru rosyjskiego, a znajdujących się już na terenie Prus polecono aresztować i usunąć

---

<sup>132</sup> Ch. Duncan, S. Scott, *op. cit.*, s. 59.

<sup>133</sup> „Amtsblatt der Königlichen Regierung zu Oppeln”, 1831, s. 127-130, 218; A. M. Kraśkiewicz, *Stosunki sanitarne i choroby epidemiczne w Bydgoszczy w latach 1801-1840*, Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych, T. XVI:1936-1937, s. 96.

poza granice<sup>134</sup>. Mimo wszelkich obostrzeń choroba przedostała się na teren zaboru pruskiego. W końcu maja pojawiła się cholera w Gdańsku, w połowie lipca w Toruniu, 13 lipca w Poznaniu, 21 lipca 1831 w Golubiu<sup>135</sup>, 1 sierpnia w Bydgoszczy, 11 sierpnia 1831 w Brodnicy<sup>136</sup>, 19 sierpnia w Chełmnie<sup>137</sup>, w końcu roku w Bytomiu i Mysłowicach<sup>138</sup>. W Gdańsku i okolicach cholera pojawiła się prawie równocześnie z Królestwem Polskim, bo 27 maja 1831 r., ale w położonej bardziej na wschód Kłajpedzie 18 lipca i Królewcu dopiero 22 lipca, natomiast w Olsztynie dopiero 7 listopada<sup>139</sup>. Sugerowano, że przeniosły ją do Gdańska okręty rosyjskie, zaopatrujące swą armię. Podobno pierwsze zachorowania w Gdańsku zanotowano po tym, jak w Nowym Porcie zmarł na cholerę kapitan statku przybyłego z Rygi. Wkrótce zorganizowano w Gdańsku trzy szpitale. Na pomoc w walce z chorobą przybyli nawet lekarze z innych miast niemieckich m.in. z Hanoweru Louis Stromeyer, który objechał okolice Elbląga i Grudziądz, poczym ogłosił swoje spostrzeżenia drukiem, gdyż tak na prawdę o zbliżającej się chorobie niewiele wiedziano<sup>140</sup>. Podobnie w zaborze rosyjskim zagraniczni lekarze czynili swoje obserwacje. Z Wielkiej Brytanii zostali wysłani nad Bałtyk William Russell i David

---

<sup>134</sup> Z. Olkowski, *op. cit.*, s. 544.

<sup>135</sup> AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 338, p. 85.

<sup>136</sup> AADDT, Parafia w Brodnicy, sygn. W 1610, p. 4.

<sup>137</sup> AADDT, Parafia w Chełmnie, sygn. W 758, p. 197v; W 759, p. 11.

<sup>138</sup> A. M. Kraśkiewicz, *op. cit.*, s. 97; W. Kaczorowski, *op. cit.*, s. 11.

<sup>139</sup> Z. Olkowski, *op. cit.*, s. 543, 553, 559.

<sup>140</sup> J. W. Chojna, *Piśmiennictwo lekarskie na ziemiach polskich w czasie powstania listopadowego*, Archiwum Historii Medycyny, T.XLIV:1981, s. 153.

Barry<sup>141</sup>. Do rządów europejskich przedostawała się informacja o wielkiej zaraźliwości nowej choroby i dramatycznych objawach, ale zbytnio nie zdawano sobie sprawy ze sposobów jej rozprzestrzeniania się.

W celu ograniczenia kontaktów międzyludzkich a tym samym dla powstrzymania rozprzestrzeniania się chorób, zarówno w okresie występowania dżumy jak i cholery, zawieszano funkcjonowanie instytucji publicznych: zamykano szkoły, urzędy, ustawały jarmarki, przestawała funkcjonować poczta, ograniczano życie religijne i cechowe. Dla chorych organizowano osobne lazarety. Wznoszono je zarówno w dużych jak i mniejszych miastach. W Braniewie dla zadżumionych wzniesiono osobne baraki w miejskim lesie<sup>142</sup>. Gdańsk dysponował osobnym szpitalem dla zadżumionych istniejącym od czasów średniowiecznych, a gdy ten okazał się za mały dodatkowe pomieszczenia szpitalne urządzono w basztach miejskich i poza murami wybudowano drewniany barak<sup>143</sup>. W Warszawie osoby chore izolowano na jednej z wiślanych kęp<sup>144</sup>. Gdy choroba się nasilała nie wahano się przeprowadzać izolacji zainfekowanych domów. Na domostwach takich umieszczano specjalne oznakowanie, a dostępu do nich zabraniano pod karą śmierci. Jedynie specjalne służby sanitarne miały prawo dostępu do izolowanych budynków. Wszelka styczność z izolowanymi ludźmi była zakazana pod karą śmierci. Tego ty-

---

<sup>141</sup> F. F. Cartwright, M. Biddiss, *op. cit.*, s. 134.

<sup>142</sup> S. Flis, *op. cit.*, s. 511.

<sup>143</sup> E. Sieńkowski, *op. cit.*, s. 350n, 354n.

<sup>144</sup> T. Srogosz, *op. cit.*, s. 57.

pu drastyczne postępowanie w przypadku cholery jest już o wiele rzadsze, chociaż w państwie pruskim naruszanie przepisów o zwalczaniu cholery miało być karane śmiercią. Jednakże w końcowym efekcie, w końcu 1831 r. król pruski ułaskawił wszystkich, przeciwko którym toczyły się dochodzenia o naruszenie instrukcji antychole-rycznych<sup>145</sup>.

Powszechnie panuje pogląd, że zmarłych na najgroźniejsze choroby, zarówno dżumę jak i cholere grzebano na cmentarzach epidemicznych położonych poza obrębem osiedli ludzkich. I tu trzeba wprowadzić istotne rozróżnienie. Inaczej rzecz się miała w czasach epidemii dżumy w początku XVIII w., a inaczej w przypadku dziewiętnastowiecznych epidemii cholery, kiedy to w walkę włączyły się szeroko państwowe władze sanitarne. Wczytując się w zapisy księgi pogrzbów Radzyna Chełmińskiego odnaleźć można następujące uwagi co do miejsca pochówku osób zadżumionych: „pod kruską za karczmą”, „za stodołą”, „w parowie folwarski”, „za murem”, za swoją stajnią”, „w swoim wsizadzie”, ale także jest wiele wpisów o pogrzbach na cmentarzu parafialnym i na cmentarzu przy kościele św. Jerzego<sup>146</sup>. Sytuacja ta miała miejsce w niewielkim miasteczku, gdzie obranie jednego miejsca poza miastem nie nastęrczało teoretycznie żadnego problemu, a jednak zapanował w tym względzie całkowity chaos. Każdy grzebał zmarłych gdzie mógł, byleby szybciej. Umierających we wsiach oddalonych od kościoła para-

---

<sup>145</sup> Z. Olkowski, *op. cit.*, s. 551.

<sup>146</sup> AADDT, Parafia w Radzynie Chełmińskim, sygn. W 1284, p. 72.



fialnego grzebano czasami przy przydrożnych kaplicach<sup>147</sup>. W księdze pogrzebów parafii w Lembargu zapisano natomiast tytuł: „Connotatio zmarłych ludzi Anno 1710 podczas powietrza w parafii lembarńskiej pochowanych na rozmaitych miejscach jednych we wsiach pod płoty, drugich w lesie, innych na cmentarzu”<sup>148</sup>. Podobnie w Lidzbarku Warmińskim, gdzie grzebano ludzi na okolicznych wzgórzach<sup>149</sup>. Władze Gdańska stanowczo domagały się, aby zmarłych na mór grzebać na cmentarzach pozamiejskich, początkowo przykościelnych, a w związku z ich szybkim zapelnieniem na specjalnie urządzonych cmentarzach w pobliżu szpitali. Jedynie najbogatsi patrycjusze mogli liczyć na złagodzenie tego wymogu i pochówek w rodzinnym grobowcu na terenie miasta. Chociaż zdawano sobie sprawę z olbrzymiej zaraźliwości dżumy, to jednak w Gdańsku nie można było grzebać zwłok wcześniej aniżeli przed upływem doby<sup>150</sup>. Można domniemywać, iż w mniejszych ośrodkach do pochówków dochodziło w podobnym czasie.

Zupełnie inaczej rzecz się miała w przypadku cholery. Do pochówków w odosobnionych miejscach skłaniały odgórne rozporządzenia. Po dzień dzisiejszy w Lisewie<sup>151</sup> leżący poza wsią wzgórek wraz ze stojącą tam kapliczką uważany jest za cmentarz choleryczny. W zarządzeniach dla Dolnego Śląska z 1 czerwca 1831 r. władze pruskie nakazywały: „Do chowania zmarłych na cholerę trzeba zało-

---

<sup>147</sup> AADDT, Parafia w Rumianie, sygn. W 1355, p. 54.

<sup>148</sup> AADDT, Parafia w Lembarku, sygn. W 783, p. 76.

<sup>149</sup> S. Flis, *op. cit.*, s. 512.

<sup>150</sup> E, Sieńkowski, *op. cit.*, s. 357n.

<sup>151</sup> Lisewo w powiecie chełmińskim.

żyć osobny cmentarz, ile można w ustroniu i obwieść go rowem i bezpiecznym ogrodzeniem. Zmarłych należy tam wywozić na przeznaczonych tym końcem wozach, przez sług narażonych (eksponowanych), unikając, ile można, wszelkiej styczności. Dół powinien być najmniej sześcioramienny głęboki. Jeśli można, trzeba trupa niegaszonym wapnem posypać. Wozy te mogą być tak urządzone, iżby można z nich zdjąć trumnę, wnieść ją, gdzie trup leży i wciągnąć go w nią tępymi żelaznymi hakami”<sup>152</sup>. Wkrótce jednak zapisy zliberalizowano pozwalając pochówków na cmentarzach parafialnych, o ile były położone poza obszarem zwartej zabudowy. Jednak pochówki mogły odbywać się jedynie w godzinach nocnych, zapewne by nie wywoływać dodatkowej paniki wśród mieszkańców. Podobnie postępowano w wielu ośrodkach opanowanych niegdyś przez dżumę<sup>153</sup>.

Zarówno Zygmunt Gloger jak i Aleksander Brückner powtórzyli pogląd, najprawdopodobniej za Jakubem Zernecke, że choroby epidemiczne częściej dotykały kobiety niż mężczyzn<sup>154</sup>. Pierwszy z nich pisał: „W ogóle zauważono w kobietach większą łatwość zarażania się powietrzem niż u mężczyzn. Jeden z autorów wymieniając (r. 1623) jako przyczynę tego ciekawość niewieścią, pisze: „Białogłowy są zawsze sposobniejsze do zachwycenia powietrza i z dyspozycji ciał ich i też *propter curiositatem* ich i biegania do kościołów. Przeto najlepiej tę gadzinę z domu wysyłać, chcesz-li, aby cię nie za-

---

<sup>152</sup> Cyt za: W. Kaczorowski, *op. cit.*, s. 41n.

<sup>153</sup> F. Buchholz, *Braunsberg im Wandel der Jahrhunderte*, Braunsberg 1934, s. 164; Ch. Duncan, S. Scott, *op. cit.*, s. 50.

<sup>154</sup> Z. Gloger, *Encyklopedia staropolska ilustrowana*, Warszawa 1989, s. 236; A. Brückner, *Encyklopedia staropolska*, Warszawa 1937, sz. 941-942.

raziła". Zauważyć jednak należy, że ewentualna większa podatność kobiet na zachorowania miała wynikać nie z mniejszej odporności, ale ze stylu życia. Tak czy inaczej, w świetle statystyk zgonów teoria, że płeć odgrywa rolę w podatności na zachorowania nie znajduje potwierdzenia ani w stosunku do dżumy ani cholery<sup>155</sup>. Jedynie wiek człowieka ma pewne znaczenie dla przebiegu cholery. Dzieci i starcy przechodzą chorobę ciężiej. W tych grupach wiekowych śmiertelność może dochodzić nawet do 90%, podczas gdy wśród ludzi w sile wieku oscyluje od 20 do 60%. W parafii brodnickiej, gdzie cholera dała o sobie bardzo mocno znać w 1831 r. średnia wieku umierających na cholere wynosiła tylko 34 lata, to jednak ludzie sędziwi w wieku ponad 70 lat stanowili 7% ogółu zmarłych w epidemii<sup>156</sup>.

Zagadnieniem spornym pozostaje, na ile przebycie jednej i drugiej choroby dawało uodpornienie. Niewyjaśnione pozostaje również, dlaczego część osób mając bliski kontakt z chorymi na dżumę nie zakaziła się<sup>157</sup>. Również część miast szczęśliwym trafem uniknęła zarazy mimo że w najbliższej okolicy czarna śmierć zbierała obfite żniwo. Tylko na biskupiej Warmii dżuma ominęła Dobre Miasto, Jeziorany, Bisztynek, Barczewo, Ornetę. Wydaje się, że ta choroba nie rozprzestrzeniała się na wzór zalewowej fali, lecz raczej tworzyła pojedyncze wyspy. Natomiast cholera rozprzestrzeniała się najprawdopodobniej wzdłuż głównych cieków rzecznych.

---

<sup>155</sup> C. Kukło, *Rodzina w osiemnastowiecznej Warszawie*, Białystok 1991, s. 166, tab. 23 „Zgony według wieku i płci w parafii Św. Krzyża w Warszawie w latach 1760-1801”.

<sup>156</sup> AADDT, Parafia w Brodnicy, sygn. W 1610, p. 4-18.

<sup>157</sup> Z. Olejnik, *op. cit.*, s. 164, 168.

Tak w przypadku dżumy z początku XVIII w. jak i cholery w wieku XIX przejście epidemii implikowało drożyzną będącą wynikiem ograniczeń w handlu. Wzrastały zatem objawy niezadowolenia społecznego. Nasilały się także tendencje przestępcze, aczkolwiek ogólny klimat służył wzrostowi postaw religijnych. Powszechnie powracano do idei choroby jako kary Bożej. W Rzeczypospolitej upowszechnił się kult świętych Rocha, Sebastiana, Rozalii jako szczególnych patronów w takich nieszczęściach<sup>158</sup>. Nasilił się ruch pielgrzymkowy do sanktuariów maryjnych.

Na przestrzeni interesującego nas okresu można dostrzec permanentny postęp w zakresie organizacji służb ochrony zdrowia na wszystkich szczeblach administracyjnych. Z drugiej strony kolejne epidemie wskazywały jak bardzo działania tych instytucji są nieadekwatne w stosunku do ekspansywności chorób zakaźnych. Zaczęto zatem przywiązywać coraz większą wagę do uświadamiania zagrożeń oraz kłaść nacisk na samoobronę ludności. Być może pewien wpływ miały tu rozruchy wywoływane przez najbiedniejszych, którzy nie godzili się z ostrymi ograniczeniami narzucanymi przez przepisy antyepidemiczne. Pozytywnym efektem występowania epidemii okazały się być działania rządów poszczególnych państw zmierzające do podniesienia stanu higieny w dużych ośrodkach miejskich.

Dżuma i cholera wszędzie zgarniały olbrzymie żniwo liczone w tysiącach istnień ludzkich. Szacunkowe wyliczenia z całą pewno-

---

<sup>158</sup> D. Frydrychowicz, *Duchowne morowego powietrza lekarstwo, S. Rozalia Panna ... skuteczna przeciw śmiertelnym zarazom patronka ...*, Kraków 1705.



ścią są obarczone olbrzymi błędami, aczkolwiek utwierdzają w przekonaniu o bardzo wysokiej śmiertelności, tak bardzo charakterystycznej dla każdej fali dżumy i cholery jakie pojawiły się w Europie<sup>159</sup>. By jednak przekonać się o skali rozbieżności wystarczy zestawić pewne przykłady. Według wyliczeń S. Hoszowskiego w latach 1705-1715 ubyłoby ok. 25 % ludności państwa polsko-litewskiego<sup>160</sup>. W liczbie tej większość stanowiły ofiary dżumy, co z kolei oznacza, że liczbę ofiar tej zarazy należy liczyć w milionach. Podczas gdy liczbę ofiar epidemii dżumy na Warmii szacuje się zaledwie na ok. 12 tys., to w położonych po sąsiedzku Prusach Książęcych straty mają wynosić 33% zaludnienia, a zatem ok. 200 tys.<sup>161</sup> Szacunki dla Podlasia w 2. poł. XVIII w. są jeszcze bardziej wstrząsające, skoro twierdzi się, że wymarło ok. 60-80% ludności latyfundiów magnackich<sup>162</sup>. Niestety, stopień zachowania materiału źródłowego, jakimi są kościelne rejestry zgonów, w zasadzie uniemożliwia rzeczową krytykę tychże szacunków, a do literatury przedmiotu przesiąkają dane zaczerpnięte głównie ze źródeł opisowych, mówiące o niemal całkow-

---

<sup>159</sup> W Warszawie zginęło wówczas, według szacunków ok. 30 tys., we Lwowie ok. 10 tys., w Poznaniu 9 tys., w Toruniu ok. 6 tys., w Gdańsku ok. 22 tys., w Rydze ok. 60 tys., w Sztokholmie ok. 40 tys. Podczas epidemii w Prowansji w 1720 r. w Marsylii zmarło ok. 40-50 tys. osób ze 100 tys. mieszkańców, a w Tulonie 13 tys. Porównaj: E. Sieńkowski, *op. cit.*, s. 316n, 323; S. Salmonowicz, *op. cit.*, s. 244n.; J. Stankiewicz, *Przemiany przestrzenne i demograficzne Gdańska w XVIII wieku*, w: *Historia Gdańska*, pod red. E. Cieślaka, t. III, cz. 1, Gdańsk 1993, s. 323; Z. Guldon, *Rozwój urbanistyczny i przemiany ludnościowe w latach 1466-1772*, w: *Historia Bydgoszczy*, pod red. M. Biskupa, t. I, Warszawa-Poznań 1991, s. 158; W. Naphy, A. Spicer, *op. cit.*, s. 97.

<sup>160</sup> S. Hoszowski, *Dynamika rozwoju zaludnienia Polski w epoce feudalnej (X-XVIII w.)*, *Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych*, T.XIII: 1951, s. 147.

<sup>161</sup> S. Flis, *op. cit.*, s. 516; E. Sieńkowski, *op. cit.*, s. 323.

<sup>162</sup> W. A. Serczyk, *Gospodarstwo magnackie w województwie podlaskim w drugiej połowie XVIII wieku*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1965, s. 42.

tym wyludnieniu miast i wsi<sup>163</sup>. Brak możliwości ich weryfikacji, a jeszcze bardziej możliwości obliczenia współczynników zachorowalności, zakaźności i śmiertelności utrudnia porównywanie poszczególnych fal epidemii. Znacznie lepiej prezentują się możliwości statystycznej oceny cholery. W Królestwie Polskim na 3,9 mln mieszkańców zachorowały 22 718 (0,58%), a zmarło 13 105 osób, co daje wskaźnik śmiertelności w wysokości 57,68%. W Prusach Wschodnich na 1, 24 mln mieszkańców zachorowało 14 542 (współczynnik zachorowalności - 1,17%), a zmarło 8511 (współczynnik śmiertelności - 58,5%)<sup>164</sup>. W Wielkiej Brytanii do maja 1832 r. na cholere zmarły 22 tys. Nieco inaczej wyglądają dane dla silnie zurbanizowanych, rozwijających się ośrodków miejskich. W Nowym Jorku w 1932 r. zmarło na cholere 500 tys. osób, natomiast w St. Louis w 1849 r. 10 % ogółu mieszkańców. W Londynie podczas epidemii cholery w 1849 r. odnotowano ponad 30 tys. zachorowań i ok. 14 tys. zgonów<sup>165</sup>.

Przejęcie potężnych fal zakaźnych epidemii dżumy i cholery wywołało w Europie poważne zmiany demograficzne, nasiliło zjawisko pustoszenia miast i wsi, a w następstwie wzmogło proces imigracji ludności wiejskiej do miast i akcje osadnicze realizowane przez władców i rządy. Niektórzy przypuszczają, że wywołany przez epidemie ubytek rąk do pracy przyczynił się do wzrostu wynalazczo-

---

<sup>163</sup> M. Bogucka, H. Samsonowicz, *Dzieje miast i mieszczaństwa w Polsce przedrozbiorowej*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1986, s. 346.

<sup>164</sup> Z. Olkowski, *op. cit.*, s. 533, 560.

<sup>165</sup> F. F. Cartwright, M. Biddiss, *op. cit.*, s. 135, 140; Ch. Duncan, S. Scott, *op. cit.*, s. 219.

ści w zakresie budowy maszyn. Niewątpliwie spowodowały istotne spowolnienie wzrostu demograficznego ludności najbardziej rozwiniętego obszaru ówczesnego świata.

Praca zawiera 40 980 znaków

