

Rejestracja chorób w kościelnych księgach zgonów ziem chełmińskiej i michałowskiej w XVIII i pierwszej połowie XIX w.

Prawidłowa identyfikacja rodzajów chorób trapiących społeczeństwo polskie w minionych stuleciach nie należy do zadań łatwych. Przede wszystkim na gruncie polskim brakuje rzetelnych i kompleksowych badań koncentrujących się na objawach chorobowych, co pozwoliłoby na precyzyjniejszą identyfikację występowania poszczególnych rodzajów chorób, ich zasięgu terytorialnego na obszarze dawnej Rzeczypospolitej oraz skutków społecznych. Podjęcie badań w tym kierunku, który jest fundamentalnym dla wszelkich rozważań nad chorobami, jest koniecznością, która staje przed historykami. Wielokrotnie w swych dociekaniaх historycy zadawałają się stwierdzeniem występowania jakiejś choroby, bazując na wzroście zachorowalności i ewentualnie śmiertelności, źródłach normatywnych, testamentach oraz na przekazach kronikarskich często biorących swój początek w tradycji ludowej. Niewątpliwie charakter tych źródeł determinuje kierunki i wyniki badań, ale też nazbyt często mamy do czynienia z powielaniem stereotypów ukształtowanych w dobie, gdy potężne epidemie dżumy i cholery otwierały ludziom szeroko oczy z przerażenia. Na obecnym poziomie wiedzy coraz bardziej istotne staje się zidentyfikowanie poszczególnych chorób, gdyż od ich specyfiki zależało kształtowanie się postaw społecznych, relacji międzyludzkich, kierunki podejmowanych działań zapobiegawczych. Dopiero precyzyjne określenie przyczyny pozwala na właściwe zrozumienie skutków.

Wydawać się może, że rewizji identyfikacji nie podlegają najsroźsze, zakaźne choroby epidemiczne, przede wszystkim dżuma, kiła, ospa, cholera, które od dawna budzą spore zainteresowanie wśród historyków medycyny oraz historyków uprawiających demografię. Literatura na ten temat jest obfita, a ostatnie lata przyniosły wiele ciekawych publikacji, w tym kilka tłumaczeń publikacji zachodnioeuropejskich¹. A jednak wnikliwa analiza tej literatury uzmysławia, jak wiele przerysowań, a czasami niedorzeczności narosło wokół zagadnień związanych z występowaniem chorób. Jeszcze gorzej wygląda stan badań nad chorobami „nieepidemicznymi”, które równie boleśnie, acz może mniej dramatycznie, dotykały staropolskie społeczeństwo. Na przeszkodzie

¹ J. Kracik, *Pokonać czarną śmierć. Staropolskie postawy wobec zarazy*, Kraków 1991; M. Sznajderman, *Zaraza. Mitologia dżumy, cholery i AIDS*, Warszawa 1994; J. Ruffie, J.Ch. Sournia, *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, Warszawa 1996; T. Srogosz, *Dżuma ujarzmiona? Walka z czarną śmiercią za Stanisława Augusta*, Wrocław 1997; D. Włodarczyk, *Od powietrza, głodu, ognia i wojny*, Inowrocław 1998; 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*, red. U. Augustyniak, A. Karpiński, Warszawa 1999; A. Karpiński, *W walce z niewidzialnym wrogiem. Epidemie chorób zakaźnych w Rzeczypospolitej w XVI–XVIII wieku i ich następstwa demograficzne, społeczno-ekonomiczne i polityczne*, Warszawa 2000; K. Stelmasiak, *Zapobieganie chorobom zakaźnym w XVIII wieku na przykładzie doświadczeń ze szczepieniem przeciwko ospie rodziny Adamsów z Massachusetts*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, t. LXV, 2002; W. Naphy, A. Spicer, *Czarna śmierć*, Warszawa 2004; M. Rutkowski, *Występowanie chorób epidemicznych w społeczeństwie Królestwa Polskiego w latach trzydziestych XIX wieku*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, t. LXVII, 2004; F.F. Cartwright, M. Biddiss, *Niewidoczny wróg. Zarazy z historią*, Warszawa 2005; Ch. Duncan, S. Scott, *Czarna śmierć. Epidemie w Europie od starożytności do czasów współczesnych*, przekład A. Siennicka, Warszawa 2008.

badaniom, których celem byłaby identyfikacja chorób, stają niewątpliwie problemy związane z charakterem przekazów źródłowych oraz stanem wiedzy medycznej historyków. Podstawowy błąd historyków tkwi w tym, iż nie dokonuje się identyfikacji chorób na podstawie rzetelnego wywiadu co do objawów i przebiegu klinicznego, analogicznego do tego, który wykonuje współczesny lekarz przystępujący do badania pacjenta². Poprawną identyfikację utrudnia ponadto nieprzywiązywanie wagi do precyzyjności przy określaniu choroby w minionych stuleciach, a także wielość nazw stosowanych dla tej samej dolegliwości. Tyfus nazywano „zgniłą gorączką”, „gorączką szpitalną”, „febrą nerwową”, „łożnicą”³. Kiłkę nazywano „syfilisem”, „francą”, „chorobą francuską”, „neapolitańską”, „hiszpańską”, „kastylijską”, „polską” lub „niemocą dworską”⁴.

W celu odsłonięcia prawdziwego oblicza chorób trapiących niegdyś populację ludzką wyważana jest korelacja badań historyków, historyków medycyny, klinicystów, biologów a nawet zoologów. Do tego typu współpracy dochodzi w wiodących ośrodkach uniwersyteckich Francji i Wielkiej Brytanii. Historycy medycyny zwracają w szczególności uwagę na uwarunkowania sprzyjające występowaniu chorób czyli epidemiologię, etiologię, patogenezę i skutki medyczne. Dla historyków, a zwłaszcza dla demografów, bardziej istotny jest wpływ chorób na stan liczebny populacji, zagadnienia organizacyjno-sanitarne i działania prewencyjne, zachowania społeczne wobec nasilającej się zachorowalności, zmiany relacji w stosunkach międzyludzkich, nastawień do problemu przemijania i śmierci. W badaniach nad epidemiami przodują przede wszystkim historycy francuscy i brytyjscy, co wiąże się z daleko bardziej zaawansowanymi badaniami demograficznymi niż w innych krajach Europy. Ich prace posuwają się w kierunku pełniejszego wykorzystania źródeł o charakterze statystycznym, a nade wszystko kościelnych ksiąg metrykalnych. Kładzie się nacisk nie tyle na przypadki w dużych ośrodkach miejskich, co w mniejszych skupiskach: małych miastach, wsiach a nawet siołach, gdyż w tych środowiskach jest o wiele łatwiej uchwycić istotne mechanizmy rozpowszechniania się choroby.

Wdzięcznym obszarem badawczym na terenie Polski zdaje się być w tym względzie obszar historycznych ziem chełmińskiej i michałowskiej, pokrywający się ze staropolskim województwem i biskupstwem chełmińskim, które w wyniku pierwszego i trzeciego rozbioru znalazły się w granicach państwa pruskiego, a następnie przejściowo w granicach Księstwa Warszawskiego. Homogeniczność kościelna i cywilna tego obszaru, nie podlegającego dodatkowym podziałom w wyniku zmieniającej się sytuacji politycznej, stwarza dogodną sytuację badawczą. To jedno z najmniejszych województw dawnej Rzeczypospolitej obejmowało obszar 4654 km², podczas gdy pokrywające się z nim niemal dokładnie staropolskie biskupstwo chełmińskie — 4491 km² (112 parafii). Pozostała część (7 parafii) należała do diecezji płockiej. Obszar obu ziem pokrywała gęsta sieć parafii, wśród których 14 to parafie miejskie. Na obszarze tym znajdowało się jedno duże, jak na warunki staropolskie, miasto: Toruń i trzy miasta średniej wielkości: Chełmno, Grudziądz, Brodnica oraz ośrodki małe: Chełmża, Golub, Kowalewo, Kurzętnik, Lubawa, Łasin, Nowe Miasto, Radzyn, Wąbrzeźno⁵.

² Zasadnicze znaczenie dla badań nad występowaniem chorób w dawnej Rzeczypospolitej mają prace: W. Ściborowski, *Krótki rys historyczny chorób zakaźnych i epidemicznych w Polsce do końca XVIII wieku*, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”, t. III, 1861; S. Kościński, *Chronologia moru dymieniowego*, „Medycyna”, t. VII, 1879; F. Giedroyc, *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych. Zarys historyczny*, Warszawa 1899; Ł. Charewiczowa, *Kłęski zaraz w dawnym Lwowie*, Lwów 1930; A. Walawender, *Kronika kłęsk elementarnych w Polsce i w krajach sąsiednich w latach 1450–1586*, cz. 1: *Zjawiska meteorologiczne i pomory*, Lwów 1932; S. Namczyńska, *Kronika kłęsk elementarnych w Polsce i w krajach sąsiednich w latach 1648–1696*, Lwów 1937; J. Szewczuk, *Kronika kłęsk elementarnych w Galicji w latach 1772–1848*, Lwów 1939.

³ Z. Jastrzębowski, *Spółczesność Księstwa Warszawskiego wobec epidemii niektórych ostrych chorób zakaźnych*, „Archiwum Historii Medycyny”, t. XL, 1977, s. 404.

⁴ J. Kracik, op. cit., s. 47.

⁵ *Atlas historyczny Polski. Prusy Królewskie w drugiej połowie XVI wieku*, oprac. M. Biskup, L. Koc, Warszawa 1961, s. 29, 67, tab. 32.

Wybór okresu, od początku XVIII po połowę wieku XIX, nie jest przypadkowy, gdyż daje możliwość porównań zjawisk występujących po obydwu stronach granicy wytyczonej przez przełom industrialny. Badany okres rozpoczyna ostatnia epidemia dżumy, która wystąpiła na obszarze całego państwa, kończy równie potężna fala nowej choroby, jaką była w pierwszej połowie XIX w. cholera. Ponadto, obie epidemie miały niezwykle ważne znaczenie dla kształtowania się stosunków demograficznych, wywarły olbrzymi wpływ na nastroje społeczne nie tylko w czasie zagrożenia, ale również długo później. Niewątpliwie do czasu I wojny światowej i zastosowania broni masowego rażenia, to właśnie epidemie były najsroźszym czynnikiem wyniszczenia demograficznego. Okres ten, acz obejmuje przejście od gospodarki feudalnej do kapitalistycznych form produkcji, cechuje się na tyle niskim poziomem produkcji rolnej, iż potrzebna była znacznie większa liczba ludzi do pracy, aniżeli można było wyżywić. Liczebność populacji przekraczała możliwości rolnictwa w zakresie produkcji żywności, stąd częste okresy głodu prowadzące do biologicznego osłabienia i większej podatności na zachorowania⁶. Z drugiej strony różnice dzielące świat początków XVIII w. od realiów dziewiętnastowiecznych pozwalają lepiej zrozumieć zachowania ludzkie w obliczu zagrożenia przez nieznanego wroga i mechanizmy walki z nim.

Na gruncie polskim badania z zakresu demografii historycznej są znacznie utrudnione ze względu na stan zachowania właściwego dla wspomnianych badań identyfikacyjnych chorób materiału źródłowego⁷. W badaniach tych zasadniczo nie może znaleźć zastosowania wiele typów źródeł tak bardzo cenionych w dotychczasowej literaturze przedmiotu: rejestry podatkowe, przede wszystkim pogłównne, łanowe i szos. Tabele ruchu naturalnego występujące tylko w przypadku największych i najbogatszych miast europejskich, w których dobrze rozwinięte i funkcjonujące służby miejskie były w stanie kontrolować liczbę pochówków na obszarze całego organizmu miejskiego i odpowiednio wcześniej ostrzegać władze o zagrożeniach wynikających ze wzrostu śmiertelności, nieocenione wprost w badaniach wielkich epidemii, posiadają minimalne znaczenie w badaniach nad występowaniem innych, nie aż tak wyniszczających typów chorób⁸. Cotygodniowe tabele ruchu naturalnego w Gdańsku sporządzano nieprzerwanie od 1601 r. na podstawie danych dostarczanych przez poszczególne kościoły, szpitale i cmentarze ogólnomiejskie. Rejestracja ta miała przede wszystkim pełnić funkcję systemu wczesnego ostrzegania przed agresywnymi chorobami zakaźnymi i identyfikowania ich ośrodków w mieście. Ponieważ tabele ruchu naturalnego nie służyły jako takie identyfikacji chorób, zatem w badaniach nad typami chorób mogą mieć jedynie charakter pomocniczy⁹.

W badaniach obejmujących obszar Polski jedną z metod rozpoznania chorób, okresów ich występowania i zasięgu może być analiza ilościowa i jakościowa rejestracji przyczyny zgonu zawarta w kościelnych księgach metrykalnych. Te są jednak w wysokim stopniu przetrzebione przez czas i zawieruchy dziejowe. Wiele zastrzeżeń budzi skrupulatność zapisów, przy czym rejestracja w księgach pogrzebowych uznawana jest za najgorszą, najmniej dokładną, a właśnie te księgi dla badań nad występowaniem chorób posiadają największą wartość. Ponadto rejestracja

⁶ R. Mousnier, *Les XVI^e et XVII^e siècles. Histoire générale des civilisations*, t. IV, Paris 1961, s. 16 i n.

⁷ I. Gieysztorowa, *Badania demograficzne na podstawie metryk parafialnych*, „Kw.HKM”, R. X, 1962, nr 1–2, s. 103–121; Z. Sułowski, *O właściwą metodę wykorzystywania metryk kościelnych dla badań demograficznych*, tamże, s. 83; A. Szczypiorski, *Badania ksiąg metrykalnych a obliczenia ludności Polski w wieku XVII–XVIII*, tamże, s. 56; E. Wielrose, *Kilka uwag o natężeniu ruchu naturalnego ludności w Polsce w wieku XVII i XVIII*, tamże, s. 77–80.

⁸ R. Mols, *Introduction à la démographie historique des villes d'Europe du XIV^e au XVIII^e siècle*, t. I, Louvain 1954, s. 76, 95, 98, 192; t. II, Louvain 1955, s. 258; t. III, Louvain 1956, s. 48, 135.

⁹ J. Baszanowski, *Tabele ruchu naturalnego ludności Gdańska z lat 1601–1846*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, t. XIII, 1981; tenże, *Sezonowość zgonów podczas wielkich epidemii dżumy w Gdańsku w XVII i początku XVIII w.*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, t. XVII, 1986, s. 59–61.

ta była zaprowadzona najpóźniej i nie była jeszcze powszechna w XVII w. Niekompletność pozyskiwanych danych, nasilająca się w okresach epidemii w związku z dezorganizacją życia, jest bardzo istotnym mankamentem omawianego materiału. Wreszcie, trzeba podkreślić, że znajduje się on w dużym rozproszeniu. Metrykalne księgi kościelne są przechowywane zarówno w archiwach diecezjalnych, parafialnych jak i państwowych. Duże znaczenie dla realizacji badań ma zwrot Polsce ksiąg metrykalnych zagarniętych przez III Rzeszę i zdeponowanie ich w archiwach diecezjalnych zgodnie z zasadą pertynencji. Sytuację w jakiejś mierze ratuje także akcja mikrofilmowania ksiąg metrykalnych, zrealizowana przez mormonów blisko pół wieku temu i zmagazynowanie tychże mikrofilmów w *Family History Library* Kościoła Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich w Salt Lake City w stanie Utah w USA. Kompleksowa ewidencja zachowanych ksiąg metrykalnych z obszaru dawnej Rzeczypospolitej w znacznym stopniu ułatwiłaby prowadzenie badań, nie tylko nad występowaniem chorób¹⁰.

Pomimo tych utrudnień badania ksiąg metrykalnych mogą przynieść wielce ciekawe wyniki, w szczególności w stosunku do mniejszych miejscowości, dotyczące precyzyjnej lokalizacji czasowej i przestrzennej ognisk epidemii. Kompleksowe badania ksiąg powinny wreszcie dać szansę na istotne doprecyzowanie liczby ofiar poszczególnych chorób, gdyż pod tym względem do literatury przedmiotu wkrađło się bardzo dużo błędnych danych liczbowych, jak się wydaje mocno przesadzonych.

Kościelne księgi pogrzebów, mimo iż o obowiązku ich prowadzenia przypominał i obli-gował sobór trydencki, były nadal prowadzone sporadycznie i niesystematycznie. Księgi te miały przede wszystkim służyć kontroli przyjmowania ostatnich sakramentów przez wiernych, ich pojednania z Bogiem w ostatnich chwilach życia. Notowano nazwisko zmarłego, datę śmierci, ewentualnie pogrzebu oraz miejsce pochówku. Sprawy doczesne, takie jak przyczyna zgonu, z punktu widzenia Kościoła były zbędne, toteż jej nie podawano. Jedynie sporadycznie można spotkać się z informacjami odnoszącymi się do długotrwałej choroby i cierpienia poprzedzającego zgon. Używane zwroty w stylu: *in longo morbo* nie pozwalają jednak na bliższe określenie przyczyny zgonu¹¹. Nic nie wiadomo, aby na księży nałożono obowiązek oznaczania w księgach pogrzebów osób zmarłych w wyniku chorób zakaźnych, tak jak było to w Anglii już w XVI w.¹² W sposób istotny sytuacja zaczęła się zmieniać w końcu XVIII w. i początku XIX w. Wraz ze wzrostem dokładności rejestracji metrykalnej, po pierwszym rozbiorze, kiedy to ziemie chełmińska i michałowska dostały się pod panowanie pruskie, niewątpliwie na wyraźne polecenie władz cywilnych, w poszczególnych parafiach stopniowo zaczęto notować przyczynę zgonu. Najwcześniejsze takie adnotacje pochodzą z 1774 r. W parafii w Górninie, która pozostawała w rękach kanoników regularnych, przyczynę śmierci zaczęto notować bardzo szybko. Pierwsza notatka na ten temat pochodzi z 5 sierpnia 1774 r. kiedy to zapisano: *morbo feбри callida*¹³. Póki co, adnotacje te pojawiają się jednak sporadycznie. W 1774 r. na 49 odnotowanych zgonów tylko w 18 (36,7%) przypadkach podano przyczynę śmierci. Podkreślić należy, że niemal zawsze za przyczynę zgonu podawano wówczas stan chorobowy. Jednak już rok później na 89 zgonów w 46 (51,7%) przypadkach podano przyczynę śmierci. W parafii w Boleszynie zaczęto notować przyczynę śmierci od grudnia 1774 r. W roku następnym na 34 rejestrowane zgony aż w 29 (85,3%) przypadkach uwzględniono przyczynę zgonu¹⁴.

¹⁰ Postulat taki prawie pół wieku temu zgłaszał Z. Sułowski, op. cit., s. 99, niestety do chwili obecnej nie został on podjęty, aczkolwiek ukazują się zestawienia dla poszczególnych regionów np.: M. Stanke, *Katholische Kirchenbücher in Ost- und Westpreussen (Stand 1999)*, Bonn 2000.

¹¹ Archiwum Akt Dawnych Diecezji Toruńskiej (dalej cyt.: AADDT), Parafia w Rumianie, sygn. W 1355, p. 51v, 53v.

¹² Ch. Duncan, S. Scott, op. cit., s. 14.

¹³ AADDT, Parafia w Górninie, sygn. W 349, p. 194.

¹⁴ AADDT, Parafia w Boleszynie, sygn. W 107, p. 9.

Notowanie przyczyny zgonu w poszczególnych parafiach upowszechniło się bardziej dopiero po 1780 r. Razi jednak pewna monotonia używanych określeń. Zastosowano zaledwie 6 terminów. W parafii w Golubiu w 1795 r. w 100% zanotowanych zgonów podano przyczynę śmierci, co jest jednak pewnym ewenementem. W następnych latach było już gorzej. W latach 1804–1808 na 577 pogrzebów przyczynę śmierci podano w 339 (59,3%) przypadkach, po czym zaprzestano rejestracji, co zapewne wiązało się z włączeniem ziemi chełmińskiej do Księstwa Warszawskiego¹⁵.

Daje się zauważyć dużą niechęć duchownych do notowania przyczyny śmierci. Wielokrotnie przerywano notację, aczkolwiek były zaprowadzone odpowiednie rubryki. W Chełmnie notowaniu przyczyny zgonu duchowni opierali się aż do końca lat dwudziestych XIX w. Co było przyczyną tego zjawiska? Czyżby wchodziła tu w rachubę tylko zwykła niesumienność? Bliższe przyjrzenie się zagadnieniu każe sądzić, że sami duchowni nie bardzo wierzyli w rzetelność takich zapisów sporządzanych na podstawie relacji świadków zgonu, którzy, zresztą jak i sam ksiądz, nie rozróżniali chorób, gdyż nie posiadali właściwego przygotowania medycznego. Niski poziom opieki medycznej, ale również wiedzy o chorobach, dający o sobie znać w sposób szczególny we wsiach, znajdował odbicie w sposobie rejestracji chorób jako przyczyny zgonu. Przyczynę zgonu odnotowywał prowadzący księgę metrykalną, zwykle proboszcz, na podstawie relacji świadków zgonu. Oczywiście jest, że nie przedstawiano mu żadnego orzeczenia lekarskiego. W przypadku chorób znanych, występujących powszechnie, istnieje mniejsze ryzyko popełnienia błędu przy identyfikacji choroby, natomiast w przypadku nowych chorób, a taką była cholera w 1831 r., pierwsze przypadki zachorowań mogły być zupełnie nie rozpoznane i określone mylnie jako popularna wówczas biegunka. Rozróżnienie dotychczasowych chorób jelitowych, objawiających się śluzowo-krwawymi wypróżnieniami będącymi wynikiem zakażenia zarazkami czerwonki, od zakażenia cholerą utrudniał czasokres ich nasilenia się: wybuchy ostrych chorób jelitowych połączonych z biegunką zwykle nasilały się latem i nie inaczej było w przypadku cholery¹⁶. Jeszcze w końcu XIX w. uważano ospę wietrzną za łagodniejszą postać ospy prawdziwej. Podobny problem rysuje się przy rozróżnieniu tak groźnych w przeszłości epidemii dżumy i ciężkich postaci duru plamistego¹⁷.

W parafii w Czarnowie duchowny, chcąc ułatwić sobie zadanie wpisywania łacińskich nazw chorób, sporządził w końcu XVIII w. zestawienie najczęściej występujących ówczesnie schorzeń. Oto one:

- „partus immaturus* — niewczesne urodzenie
- epilepsia* — kaduk vel wielka choroba
- dolor dentium* — ból zębów duszący
- morbilli* — pożarznice¹⁸
- tussis suffocativa* — kaszel duszący
- vermes* — bedłki, dziecinne robaki
- moriens in partu* — w położu umierająca
- in 6 7-manis*¹⁹ — w 6 niedzielach
- paralysis* — paraliż
- contractura articularum vel arthritis* — zdrętwienie członków
- podagra* — podagra

¹⁵ AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337.

¹⁶ F.M. Toporkow, *Choroby zakaźne oraz podstawy epidemiologii, mikrobiologii i pielęgnowania chorych*, Warszawa 1954, s. 153; Z. Olejnik, *Cholera*, [w:] *Choroby zakaźne i inwazyjne*, red. B. Kassur, J. Januszkiewicz, Warszawa 1985, s. 163–168.

¹⁷ S. Wszelaki, *Zarys kliniki chorób zakaźnych*, Warszawa 1957, s. 419, 464.

¹⁸ Pożarnicą nazywana była biała ospica, odra.

¹⁹ Skrót od łacińskiego: *hebdomanis*.

*phisis*²⁰ — suchoty
*astma seu catarus*²¹ *suffocativus* — katar duszący
*hydrodrops*²² — wodna choroba, puchlizna
*dysenteria*²³ — biegunka
colica — kolka
febris frigida — febra zimna²⁴
febris calida — gorączka
febris inflammatoria pectoralis petechialis — gorączka z petecjami²⁵
pleura — ból w bokach²⁶
calculus — kamień
ulcera externa — hemoroidy vel krwi pławienie
hernia — ruptura²⁷
cancer — rak
morbus senectutis —
morbus arquatus — żółta choroba²⁸.

Ten podręczny, ale jakże cenny dla współczesnego badacza, słowniczek z jednej strony sugeruje, jak różnorodne schorzenia trapiły ówczesne społeczeństwo, ale z drugiej pokazuje, jak nieprecyzyjne, a zarazem jak bardzo ogólne były owe określenia. Pod wieloma z nich mogło kryć się nawet kilka schorzeń, czasami bardzo różnych. Przy określeniu przyczyny zgonu notowano przede wszystkim objawy ogólne, rzadziej przyczyny wyjściowe, nie odnosząc się w zupełności do przyczyn wtórnych i bezpośrednich. Określenie *paralysis* jest określeniem ogólnym objawów schorzenia. W rzeczywistości może ono odnosić się do paraliżu postępującego, wynikającego z przewlekłego kiłowego zapalenia mózgu i opon mózgowych, porażenia powstałego wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, najczęściej po złamaniu kręgosłupa lub schorzeniu zapalnym, a wreszcie procesów toczących się w mózgu takich jak udar, krwotok, nowotwór. Za terminem *dysenteria*, używanym w znaczeniu „biegunka” jako określenie przyczyny zgonu, w rzeczywistości mogła kryć się czerwonka (*dysenteria*), salmonelozy (*salmonellosis*), dur brzuszny (*typhus abdominalis*), dur rzekomy (*paratyphi*), cholera (*cholera*), zmiany organiczne w jelitach np. nowotwory lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Tak często odnotowywany jako przyczyna śmierci kaszel (*tussis*) mógł być objawem gruźlicy, zapalenia płuc, krztuśca, astmy lub nawet schorzeń układu krążenia. A określenia takie jak *tussis* nie były wcale rzadkie. Tylko w parafii w Golubiu w latach 1794–1810 odnotowano aż 52 przypadki śmiertelne wywołane przez „kaszel”. Nasilenie wpisów pojawia się od jesieni do wiosny, co może sugerować rodzaj rzeczywistej choroby, tym bardziej, że średnia wieku umierających wynosiła w tym przypadku zaledwie 16,1 roku²⁹.

W Chełmnie w 1816 r. pojawiły się pojedyncze wpisy, że przyczyny zgonu nie stwierdził doktor, co oznacza, iż upowszechniał się obyczaj, że o śmierci człowieka, a tym samym o przyczynie zgonu orzekał medyk³⁰. Ale to zjawisko występowało jedynie w większych ośrodkach

²⁰ Prawdłowo: *phthisis*.

²¹ Prawdłowo: *astma seu catarrhus*.

²² Prawdłowo: *hydrops*.

²³ Prawdłowo: *dyzenteria*.

²⁴ Zapewne mowa o malarii.

²⁵ Zapewne mowa o posocznicy czyli sepsie z wybroczynami — od łacińskiego *petechia*.

²⁶ Mowa zapewne o zapaleniu opłucnej.

²⁷ Mowa o przepuklinie.

²⁸ AADDT, Parafia w Czarnowie, sygn. AA 001, p. 258.

²⁹ AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337, p. 1v–49.

³⁰ AADDT, Parafia w Chełmnie, sygn. W 757, p. 5.

miejskich, gdzie medycy byli na stałe obecni. W mniejszych miastach i wsiach, gdzie o lekarza było znacznie trudniej, w dalszym ciągu nie było to praktyką. W księdze pogrzebów parafii w Nowej Wsi Królewskiej z pierwszej połowy XIX w. jest rubryka zatytułowana: *Unde patet Parocho personam esse defunctorum sicut ipsi relatum* a w niej wpisy w rodzaju: *relatum a patre, a matre, ab uxore, a filio*³¹. Zatem, na dobrą sprawę, w małych miastach i wsiach określenia przyczyny zgonu nie wynikały z orzeczeń medyków, lecz z wiedzy i praktyki ludowej. Duchowni notujący przyczynę śmierci zapewne doskonale zdawali sobie sprawę z takiego stanu rzeczy.

Zapisując przyczynę zgonu najczęściej wzmiankowano takie choroby jak: biegunka, suchoty, ból głowy, starość, wrzody, kaszel, opuchlina, febra, kołtun, dychawica, żółtaczka, odra, kolki³². W końcu XVIII w. coraz częściej pojawiają się wpisy o suchotach³³. W początku XIX w. w metrykach parafii w Grodzicznie zaczęto notować jako przyczynę śmierci „angielską chorobę”³⁴. Wymieniano także takie schorzenia jak: zatwardzenie, duszność, wielką chorobę, zapalenie gardła, darcie, krosty i wrzody w ustach, robaki³⁵. Podawane są także wypadki losowe: na oparzenie, *occisa ligno, aqua demersus, submersio in aqua*, „utopiło się w stawie” lub „spadł z sąsiedka i 6 dni żył tylko”³⁶.

Jest też pewną prawidłowością, iż na rodzaj odnotowywanych chorób mieli wpływ sami duchowni, którzy najprawdopodobniej zbierali wywiad od świadków zgonu o objawach, po czym zgodnie z posiadaną wiedzą identyfikowali chorobę. O takim toku postępowania zdaje się świadczyć pewien stały garnitur chorób używany przez poszczególnych duchownych, który ulega częściowej zmianie wraz ze zmianą osoby prowadzącej rejestrację.

Katalog notowanych chorób i precyzyjność określeń zwiększa się wraz z upływem czasu. Odnotowywane w Górninie w 1775 r. choroby to: *morbo paralysis, morbo hidropico, morbo ulcero, morbo tussis*. Kilka lat później pojawiły się także: oспа, pytocie, *morbo ulceroso, phthisi, febry*³⁷. W parafii w Grodzicznie, gdzie przyczynę zgonu zaczęto notować już od 1776 r., charakter zapisów wskazuje, jak wielkie problemy stwarzały one duchownym i świadkom zgonu. Pierwsze określenie przyczyny zgonu w księdze parafii w Grodzicznie brzmiało: *vagabundo morbo*, kolejne: *febri, dolore capitis, in dentium doloribus*³⁸. Są to sformułowania nazbyt ogólne i z całą pewnością pozostające w luźnym związku z zasadniczą przyczyną zgonu. W następnych kilku latach kapłan zaniechał w ogóle rejestracji przyczyny i dopiero po zmianie na urządzie proboszcza sytuacja zaczęła się powoli zmieniać, chociaż w 1785 r. na 52 rejestrowane zgony tylko w 15 (28,8%) przypadkach określono powód śmierci³⁹. W początku XIX w. katalog chorób odnotowywany w księgach parafialnych jest znacznie bardziej obszerny. W księdze zgonów parafii w Golubiu z lat 1794–1823 zarejestrowano wielorakie przyczyny śmierci, które można wprawdzie sprowadzić do kilku grup schorzeń, ale w obrębie których kryje się w rzeczywistości bardzo obszerny zbiór chorób⁴⁰:

— choroby układu krążenia: *apoplexia, dolor cordis, paralis*⁴¹, *aqua suffocatus, morbo aquoso, morbo hydropico, hydrope, hidrope*⁴², *doloris pectoris*

³¹ Archiwum parafii w Nowej Wsi Królewskiej, *Liber defunctorum 1820–1854*.

³² Archiwum parafii w Nowej Wsi Królewskiej, *Liber defunctorum 1820–1854*, p. 38–40.

³³ AADDT, Parafia w Grodzicznie, sygn. AA 001, passim.

³⁴ AADDT, Parafia w Grodzicznie, sygn. AA 001, p. 456n, 459, 461.

³⁵ AADDT, Parafia w Grodzicznie, sygn. AA 001, p. 456n, 461.

³⁶ AADDT, Parafia w Bobrowie, sygn. W 93, p. 3, 7, 27; Parafia w Grodzicznie, sygn. AA 001, p. 442, 457n.

³⁷ AADDT, Parafia w Górninie, sygn. W 349, p. 199.

³⁸ AADDT, Parafia w Grodzicznie, sygn. AA 001, p. 412.

³⁹ AADDT, Parafia w Grodzicznie, sygn. AA 001, p. 429.

⁴⁰ AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337, passim.

⁴¹ Właściwie: *paralysis, -is* — paraliż, porażenie, apopleksja.

⁴² Właściwie: *hydrops, -opis* — puchlina wodna.

- schorzenia ginekologiczne: *in partu, post partum*⁴³
- schorzenia laryngologiczne: *guttur*⁴⁴, *dolor gutteris, dolor gutturis, ulcere in gutture, morbo gutturis*
- choroby układu oddechowego: *morbo hectico, hetica*⁴⁵, *aqua suffocatus, phthisi, phthisi*⁴⁶, *thusi, thussi, thussi causa*⁴⁷, *catharo, pectoris pleurithide, fluxus sanguinis*⁴⁸
- przyczyny wywołane odwodnieniem organizmu lub zatruciem: *morbo lienterico, vomitus*⁴⁹
- choroby układu pokarmowego: *dolor stomachi, colica, fluxus sanguinis*⁵⁰
- choroby pasożytnicze: *vermes*
- kołtun: *plica*
- padaczki: *morbo caduco*⁵¹, *epilepsia*
- choroby nowotworowe: *cancero, dolore capitis*
- zakażenia, posocznice: *gangrena, dolore dentium, cancro*⁵²
- choroby zakaźne: *disenteria*⁵³, *febri*
- choroby psychiczne: *debilitatis causa, letargo*⁵⁴
- schorzenia neurologiczne: *dolore capitis, letargo*
- choroby dermatologiczne, być może weneryczne: *ulceribus, ulcera*⁵⁵, *morbo pustularum, pustulis, pustullae*⁵⁶, *pytocie, petocie*⁵⁷
- wypadki losowe: *submersus, canicis rubentibus, ruptura*.

Zapis nazw chorób pokazuje jednocześnie, jak wiele kłopotów nastęrczało używanie przez duchownych specjalistycznego słownictwa medycznego, skoro w jednej księdze występuje kilka wersji zapisu tej samej choroby. Zdarzały się także bardziej ogólne określenia: *repentino morbo, subito, lathalis, causa doloris ventris, dolor intensior, morbo interno, morbo gravidus, tabes*⁵⁸. W Golubiu w 1812 r. odnotowano jeden jedyny raz *in bello*⁵⁹. W parafii Bobrowo w początku XIX w. notowano poza wyżej wymienionymi także takie schorzenia skórne: *boa, papulae*⁶⁰. Najprawdopodobniej, w sytuacjach, gdy nie potrafią zidentyfikować choroby, pomijano kwestię milczeniem. W XIX w., kiedy notowanie przyczyny zgonu było już niemal powszechne, w takich sytuacjach wpisywano: *morbo incognito* lub *ignotus*⁶¹. Dla osób starszych jako przyczynę śmierci podawano *senectutis* bądź *aetatis causa*. Zwykle określenie to pojawia się u osób od siedemdziesiątego roku życia, zaś sporadycznie, prawdopodobnie w przypadku

⁴³ Śmierć w czasie porodu mogła być również wynikiem zakażenia.

⁴⁴ Właściwie: *guttur, -uris* — gardło nabrziałe, gardziel

⁴⁵ Właściwie: *hectica, -ae* — gorączka suchotnicza.

⁴⁶ Właściwie: *phthisis, -is* — suchoty, gruźlica.

⁴⁷ Właściwie: *tussis, -is* — kaszel.

⁴⁸ W tym wypadku można sądzić, że przyczyną śmierci było krwawienie z płuc.

⁴⁹ Właściwie: *vomitio, -onis* — wymioty.

⁵⁰ Być może chodziło o krwawienie z przewodu pokarmowego.

⁵¹ Właściwie: *caduca, -ae* — padaczka.

⁵² W tym wypadku mogła być to gangrena.

⁵³ Właściwie: *dysenteria, -ae* — czerwonka, biegunka.

⁵⁴ Właściwie: *lethargia, -ae* — śpiączka.

⁵⁵ Właściwie: *ulcus, -eris* — wrzód.

⁵⁶ Właściwie: *pustula, -ae* — krostka, rana zaogniona.

⁵⁷ Właściwie: *petechia, -ae* — wybroczyna.

⁵⁸ AADDT, Parafia w Bobrowie, sygn. W 93, p. 8, 12, 23; Parafia w Golubiu, sygn. W. 337, passim.

⁵⁹ AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337, p. 72.

⁶⁰ AADDT, Parafia w Bobrowie, sygn. W 93, p. 3, 8.

⁶¹ AADDT, Parafia w Bobrowie, sygn. W 93, p. 16, 18.

szczególnego wyniszczenia organizmu, używano go również w stosunku do osób młodszych, nawet od sześćdziesiątego roku życia⁶². Wydaje się, że w przedziale pomiędzy 60 a 70 rokiem życia, kiedy to używano dla określenia powodu śmierci *starość*, mimo wszystko częściej znajdowały się kobiety. Górna granica, przy której zastosowano to określenie, odnosiła się do osoby mającej 105 lat. W stosunku do dzieci stosowano zapis: *morbo pueris comuni, morbo puerili, morbo pueris, morbo infantili, mortus natus*⁶³. Używane bardzo często w stosunku do dzieci określenie *morbo infantili* występuje obok terminu *ospice*, co sugeruje, że są to dwie różne jednostki chorobowe. W przekonaniu tym utwierdza fakt, że dwukrotnie odnaleziono wpisy, w których określając przyczynę zgonu kapłan najpierw napisał *morbo ospice*, ale już po chwili wykreślił *ospice* i dopisał *infantili*⁶⁴. Także już wówczas, w końcu XVIII w., rozróżniano ospę od odry, gdyż oba określenia występują w tym samym czasie naprzemiennie.

W tych warunkach badanie chorób trapiących społeczności w okresie przedrozbiorowym, na podstawie rejestrów kościelnych jest bardzo utrudnione, czasami prawie niemożliwe ze względu na nieprowadzenie właściwej po temu rejestracji. Wyjątku nie stanowią również najbardziej zjadliwie choroby epidemiczne, nie wyłączając dżumy z początku XVIII w. W tych przypadkach odnotowywano przy poszczególnych nazwiskach lub jako tytuł: *pestis*. Jednakże i w tym przypadku nakładają się dodatkowe problemy będące pochodną zwyczajów notacji oraz stanu zachowania ksiąg. Z obszaru staropolskiego biskupstwa chełmińskiego do dnia dzisiejszego zachowały się jedynie księgi pogrzebów z dwunastu parafii, wytworzone w okresie pomiędzy 1708 a 1711 r., kiedy to na tym obszarze szerzyła się epidemia dżumy. Zachowały się księgi pogrzebowe dla parafii: Boluminek, Brodnica, Brzozie Lubawskie, Chełmno, Grabowo, Lembarg, Linowo, Łasin, Mszano, Prątnica, Radzyń Chełmiński, Rumiano. Stanowią one zaledwie 10,7% ogółu parafii. Żadna z tych ksiąg nie daje jednak możliwości przeprowadzenia wyczerpujących analiz co do przebiegu i strat demograficznych poniesionych w czasie trwania pomoru. Niemniej jednak pozwalają na doprecyzowanie jakże skromnej wiedzy o dżumie w tej części Prus Królewskich⁶⁵.

Charakter wzmianek w bardzo mocno zniszczonej księdze z Radzyna Chełmińskiego pozwala tylko przypuszczalnie datować epidemię w tym miesiące na czerwiec 1710 r. Jednak zapiski odnoszące się do miejsca pochówku ofiar sugerują, że przybrała ona bardzo groźny zasięg wywołując wśród mieszkańców panikę i przerażenie⁶⁶. Nie można jednak przytoczyć danych liczbowych co do liczby zgonów i ich rozkładu w czasie. W parafii w Linowie w dekanacie radzyńskim epidemia dżumy pojawiła się 1 czerwca 1710 r. Zgarnęła tu obfite żniwo, jak twierdzi autor księgi pogrzebów, a jednym z pierwszych, który padł jej ofiarą był miejscowy proboszcz⁶⁷. Prawdopodobnie ze względu na śmierć duchownego nie prowadzono rejestracji pogrzebów. Również w sąsiednim, acz położonym bardziej na północ dekanacie łańskim dżuma zbierała żniwo w tym samym roku. Wprawdzie z parafii w Łasinie zachowana rejestracja zaczyna się dopiero z początkiem roku 1711, ale wpis inicjujący tę księgę dokonany przez tamtejszego proboszcza, Grzegorza Kazimierza Szczepańskiego: *postquam pestifera lues in*

⁶² AADDT, Parafia w Górznie, sygn. W 349, p. 212v; Parafia w Golubiu, sygn. W 337, p. 66.

⁶³ AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337, passim.

⁶⁴ AADDT, Parafia w Górznie, sygn. W 349, p. 249vn.

⁶⁵ J. Nierzwicki, *Morowe powietrze w Chełmnie i Grudziądzu w latach 1708–1711*, „Mestwin, Dodatek Naukowo-Literacki Słowa Pomorskiego”, R. VII, 1931, nr 5; S. Salmonowicz, *Toruń wobec zarazy w XVII i XVIII wieku*, „Rocznik Toruński”, R. XVI, 1983, s. 241–256; J. Dygdała, *Upadek miasta w dobie wojny północnej (1700–1718)*, [w:] *Historia Torunia*, red. M. Biskup, t. II, cz. 3, Toruń 1996, s. 152–154; M.G. Zieliński, *Chełmno na tle miast województwa chełmińskiego w okresie wojny północnej*, [w:] *Rzeczpospolita w dobie wielkiej wojny północnej*, red. J. Muszyńska, Kielce 2001, s. 254–257; tenże, *Chełmno civitas totius Prussiae metropolios XVI–XVIII w.*, Bydgoszcz 2007, s. 492–496.

⁶⁶ AADDT, Parafia w Radzynie Chełmińskim, sygn. W 1284, p. 72.

⁶⁷ AADDT, Parafia w Linowie, sygn. W 823, p. 129.

oppido Łasin pozwala sądzić, że epidemia dżumy panowała tu rok wcześniej⁶⁸. Feralnym okazał się także ten rok w środkowej i wschodniej części diecezji. W Lembarku, w dekanacie brodnickim, z pewnością epidemia szerzyła się od 1 września 1710 r., ale tak z tego roku, jak i z dwóch poprzednich lat brakuje rejestru zmarłych⁶⁹. O dżumie w parafii w Rumianie w dekanacie lubawskim wspomniano przy okazji zgonu miejscowego proboszcza, który zmarł w wyniku zakażenia. Dżuma pojawiła się tu tylko w roku 1710. W jej wyniku zmarło zaledwie sześć osób, o ile wierzyć w dokładność rejestracji. Zresztą w parafii tej w roku zarazy tylko nieznacznie podniosła się liczba pogrzebów. O ile średnio w okresie 1697–1718 było 17,9 pogrzebów, to w owym roku zarazy tylko 21⁷⁰. Zastanawia natomiast fakt, iż w największych miastach biskupstwa: w Toruniu, Chełmnie, Grudziądzu, Brodnicy okresy występowania epidemii rozmijają się z tym, co można obserwować w małych miastach i parafiach wiejskich. Dżuma w parafii brodnickiej najpierw pojawiła się w 1708 r. Zapisano wówczas, że w wyniku zakażenia zginęło 189 katolików⁷¹. Nawróciła ponownie jesienią 1709 r. Jako pierwszego zakażonego odnotowano żołnierza wojsk królewskich, który zmarł 27 listopada. Ostatnią ofiarę epidemia zagarnęła w marcu 1710 r.⁷² Ta druga fala, w świetle księgi pogrzebów, okazała się znacznie słabsza od pierwszej, gdyż odnotowano wówczas tylko 24 osoby zmarłe na dżumę. Zapisy w księdze pozwalają jednocześnie sądzić, iż miejscowa ludność w obawie przed chorobą i nieuchronną śmiercią opuściła miasto i schroniła się w okolicznych lasach⁷³. W Chełmnie wyraźny wzrost liczby zgonów zaczął się już w końcu sierpnia 1707 r. Wtedy też pojawia się dwukrotnie dopisek, jednak wykonany inną ręką: *pestis*⁷⁴. Nie ma zatem całkowitej pewności, czy rzeczywiście epidemia zawiątała do Chełmna już w tym roku. Pierwszy wpis o dżumie w 1708 r., powiązany bezpośrednio z konkretnymi osobami, pochodzi z 3 października i dotyczy dwóch kobiet zamieszkałych w pobliżu kościoła dominikańskiego⁷⁵. W tym wypadku nie ma najmniejszej wątpliwości, iż przyczynę zgonu stwierdziła ta sama osoba, która dokonywała wpisu. Niestety, mimo że utrzymywała się w mieście wysoka śmiertelność, ani wcześniej ani później nie dopisywano informacji o przyczynie zgonu. Można tylko przypuszczać, na podstawie analizy liczby zgonów, że epidemia zapanowała na dobre w Chełmnie z początkiem października, ale nie można wykluczyć pierwszych zgonów już wcześniej⁷⁶. Mroźna zima wyciszyła chorobę na tyle, że miasto wiosną roku następnego zaczęło wracać do normalnego życia. Na nieszczęście, zaprzestano w ogóle od lutego 1709 r. rejestracji zmarłych. O sytuacji, jaka wytworzyła się w mieście w październiku 1710 r., mimo że brak adnotacji o dżumie, świadczą wzmianki o pogrzebach w ogrodzie u Sióstr Miłosierdzia, w pobliżu kościoła św. Marcina⁷⁷. Dodatkowym mankamentem zapisu chełmińskiej księgi zmarłych jest niemożność oddzielenia osób zmarłych śmiercią naturalną od osób zmarłych w wyniku zakażenia. Dane odnoszące się do umieralności w Gdańsku z czasu epidemii dżumy sugerują, że zgony chorobowe stanowiły ok. 75% ogólnej liczby zgonów. Oznacza to, że liczbę zgonów z epidemii dżumy w 1709 r.: 24 533 należy pomniejszyć o około 2 tys.⁷⁸ I taki współczynnik należałoby zapewne zastosować

⁶⁸ AADDT, Parafia w Łasinie, sygn. W 800, p. 62.

⁶⁹ AADDT, Parafia w Lembargu, sygn. W 783, p. 76.

⁷⁰ AADDT, Parafia w Rumianie, sygn. 1355, p. 54v.

⁷¹ AADDT, Parafia w Brodnicy, sygn. W 1599, p. 40v.

⁷² AADDT, Parafia w Brodnicy, sygn. W 1599, p. 41.

⁷³ AADDT, Parafia w Brodnicy, sygn. W 1599, p. 41.

⁷⁴ Archiwum Fary Chełmińskiej (dalej cyt.: AFCh), sygn. 3, p. 160n.

⁷⁵ AFCh, sygn. 3, p. 167.

⁷⁶ Porównaj tabelę „Śmiertelność w okresie epidemii dżumy latach 1707–1712” w: M.G. Zieliński, *Chełmno civitas totius Prussiae metropolios XVI–XVIII w.*, s. 494 i n.

⁷⁷ AFCh, sygn. 3, p. 195n.

⁷⁸ J. Baszanowski, *Sezonowość zgonów ...*, s. 84 i n.

do danych o liczbie zgonów w parafiach miejskich na obszarze staropolskiego województwa chełmińskiego.

Przyczynę śmierci notowano przede wszystkim po łacinie. Sporadycznie, tak jak w parafii w Grodzicznie już w końcu lat osiemdziesiątych XVIII w., pojawiły się także określenia w języku polskim jak: „choroba dziecięca”, „na starość i ból głowy”, „na biegunkę”⁷⁹. Nazwy polskie wpisywano zapewne wówczas, gdy notujący je kapłan nie znał łacińskiego określenia, lub ze zwykłego braku konsekwencji: „oberwanie”⁸⁰, „suchoty”⁸¹, „biegunka”⁸², „płynienie krwi”⁸³, „wielka choroba”⁸⁴, „ograszka”⁸⁵. Polskojęzyczny katalog chorób uległ poszerzeniu w wieku XIX: *dychawica, macica, opuchlina, kalectwo, odry*⁸⁶, *kaszel, kolki, kołtuny, bóleści głowy, kolki i kurcze, opuchlina, puchlina, słabość, rak, przy pòlogu, gruczoły, na mgłòści, gripa, katar, gorączka*⁸⁷. Wyraźny wzrost terminów polskich w latach trzydziestych XIX w. notuje się w parafii w Bobrowie. W latach czterdziestych XIX w., wraz z nakazami prowadzenia kościelnych ksiąg metrykalnych w języku niemieckim upowszechniło się również notowanie chorób w tym języku, aczkolwiek w parafii w Grodzicznie nazwy niemieckie pojawiły się już w 1799 r., zaś w Bobrowie występują już w znacznej liczbie od 1827 r., chociaż na dobre zaczęto je tam stosować dopiero od 1846 r.⁸⁸ Identyfikacja nazw łacińskich, polskich i niemieckich z właściwymi chorobami nastęrcza problemy wówczas, gdy stosowane potoczne określenia są nazbyt ogólne. Wydawać się może, że tym bardziej nie powinno być problemów z nazwami chorób objawiających się w postaci groźnych, zakaźnych epidemii, o charakterystycznych objawach i przebiegu. Okazuje się jednak, że dżuma, na drodze ciekawego procesu zakotwiczenia w pamięci potomnych czarnej legendy, już w XIX w. została uznana za przekleństwo i główną plagę nowożytnej Europy. Przejawem tego procesu stało się utożsamianie słowa „mór”, ewentualnie „morowe powietrze”, tylko i wyłącznie z dżumą.

Każda z rejestrowanych w księgach zgonów chorób była tą, która prowadziła do śmierci. Jednak choroby te to jedynie drobna cząstka dolegliwości trapiących ówczesne społeczności. Kościelne księgi zgonów nie dają zatem pełnego obrazu chorób, a jedynie maleńką część chorób będących przyczyną śmierci. Na obszarze ziem chełmińskiej i michałowskiej badanie występowania chorób oraz ich identyfikacja stają się możliwe dopiero w okresie po I rozbiore i chociaż wraz z upływem czasu obraz staje się coraz pełniejszy, o czym świadczy powiększający się systematycznie katalog chorób, to jednak notoryczny brak konsekwencji w prowadzeniu rejestrów i nieprecyzyjność zapisów sprawiają, że badania nie dostarczają wyczerpujących odpowiedzi, a ujęcia statystyczne są trudne. Znacznie większy dyskomfort badawczy pozostawia okres przedrozbiorowy, gdyż zasadniczo nie prowadzono wówczas zapisów o przyczynie śmierci.

Adres Autora:

Dr hab. Marek G. Zieliński

Instytut Historii i Stosunków Międzynarodowych
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego

ul. Przemysłowa 34

Bydgoszcz

⁷⁹ AADDT, Parafia w Grodzicznie, sygn. AA 001, p. 436.

⁸⁰ AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337, p. 24.

⁸¹ AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337, p. 31.

⁸² AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337, p. 34, 37.

⁸³ AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337, p. 34v.

⁸⁴ AADDT, Parafia w Bobrowie, sygn. W 93, p. 24.

⁸⁵ AADDT, Parafia w Bobrowie, sygn. W 93, p. 39.

⁸⁶ AADDT, Parafia w Golubiu, sygn. W 337, p. 42v, 45v, 55.

⁸⁷ AADDT, Parafia w Bobrowie, sygn. W 93, p. 39–71.

⁸⁸ AADDT, Parafia w Grodzicznie, sygn. AA 001, p. 445; Parafia w Bobrowie, sygn. W 93, p. 9, 92.

THE RECORD OF DISEASES IN THE PARISH DEATH REGISTERS
IN THE CHEŁMNO AND MICHAŁÓW LANDS IN THE 18TH
AND THE FIRST HALF OF THE 19TH C.

The correct identification of diseases that affected Poles in the past centuries is not an easy task. This is due not only to the scarcity of sources but also to the lack of data on clinical symptoms which would be parallel to the data on the patient's medical history obtained by contemporary doctors. It is only the correct identification of illnesses that gives us a fair chance to assess their impact on society and to verify exaggerated views, usually resulting from the fear of death which inevitably accompanied incurable and highly contagious diseases.

An interesting region to explore in that respect is Chełmno Land (Kulmerland), whose borders coincide with the old voivodship and bishopric of Chełmno, which after the first and third partition of Poland became part of the Prussian state and later temporarily belonged to the Duchy of Warsaw. The fact that the territory was never divided guarantees the homogeneity of the source material.

A crucial element in identifying diseases is a qualitative and quantitative analysis of death records in parish registers, which can bring most interesting results, especially as regards small villages. The record of diseases as causes of death in parish registers in Chełmno Land was started after the territory was incorporated to Prussia. The earliest records date to 1774. The practice was not widespread until 1780; it seems that priests were reluctant to note the cause of death in the registers. The cause of death was noted by the registrar, who was usually the parish priest, on the basis of witnesses' account. With time, the record of death causes was accepted and became more precise, as is evidenced by the growing catalogue of the illnesses that appear in the records. In the case of common and well-known diseases, such as smallpox, the identification can be assumed trustworthy; with new illnesses, however, such as cholera in 1831, the first cases may not have been diagnosed properly and may have been called diarrhoea. The description of the cause of death usually included general symptoms; initial causes were mentioned rarely, while secondary and direct causes were neglected. The record was certainly influenced by individual priests, who, having collected information on symptoms from witnesses, identified illnesses according to their knowledge. Such practice is suggested by fixed lists of illnesses detectable in the records made by particular priests, which partly change with the change of the registrar.

It is not particularly difficult to link Latin and German terms with Polish names of diseases. Yet, the recorded popular names are often so general that a precise identification of an illness is problematic. Parish registers do not offer a survey of all illnesses, being limited to those that were common causes of death.

Translated by
Izabela Szymańska