



SPOŁECZEŃSTWO  
EDUKACJA  
JĘZYK

Tom 15/2022, ss. 73-86  
ISSN 2353-1266  
e-ISSN 2449-7983  
DOI: 10.19251/sej/2022.15(5)  
[www.sej.mazowiecka.edu.pl](http://www.sej.mazowiecka.edu.pl)

---

**Zofia Hanna Kuźniewska**

Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku

Orcid: 0000-0001-6174-6672

## **OPIEKUŃCZA ROLA LEKARZY ORAZ WŁADZ PAŃSTWOWYCH WOBEC LUDNOŚCI POLSKIEJ PODCZAS EPIDEMII W XVIII W.**

THE CAREING ROLE OF DOCTORS AND STATE  
AUTHORITIES TOWARDS THE POLISH POPULATION  
DURING THE EPIDEMIC IN THE 18TH CENTURY

### **Abstrakt**

Niniejszy artykuł ukazuje dzieje najbardziej niebezpiecznych chorób, jakie nawiedzały Polskę w XVIII w.: dżumę, cholerę, ospę i choroby weneryczne. Każda z nich niosła ze sobą śmiertelne żniwo. W czasach XVIII w. podejmowano pewne próby leczenia tych chorób. Zadaniem lekarzy było nie tylko leczenie chorych, ale i uświadamianie ich w jaki sposób powinni postępować, aby unikać zarażenia. Także ówczesne władze organizowały wszelką pomoc, aby jak najszybciej pozbyć się pandemii. Różne formy

### **Abstract**

The article presents the history of the most dangerous diseases that hit Poland in the 18th century: black death, cholera, smallpox and venereal diseases. Each of them brought a death toll. During the 18th century, some attempt were made to thread these diseases. The task of doctor wasnot only to treat the sick, but also to educate them on how to act in order to avoid infection. The then authrities also organized all kinds of assistance to get rid of the pandemic as soon as possible. Various forms of care for the sick in 18<sup>th</sup>

opieki nad chorymi w XVIII – wiecznej Polsce zostały zaprezentowane w niniejszym artykule. Celem artykułu jest ukazanie czytelnikowi zarysu historii chorób zakaźnych w dziejach ludzkości oraz sposobów ich leczenia a także jaki był w tym udział władz państwowych w Polsce. Czytelnik dowie się, jak i z jakim skutkiem radzono sobie w tym czasie z epidemiami.

#### SŁOWA KLUCZOWE

opieka, wychowanie, lekarze, epidemia, dżuma, cholera, ospa, choroby weneryczne

century Poland are presented in this article. The aim of this article is to give the reader an overview of the history of infectious diseases in the history of mankind and the ways of their treatment as well as the involvement of state authorities in Poland. The reader will learn how and with what effect epidemics were dealt with at that time.

#### KEYWORDS

care, education, doctors, epidemic, black death, cholera, smallpox, venereal diseases

## 1. Wstęp

Cała społeczność ludzka przeżywa w obecnym czasie pandemię Covid-19, jedną z bardzo wielu epidemii, jaka nawiedziła świat. Obserwując historię istnienia ludzkości, epidemie stanowiły niestety jej nieuniknioną część. Aktualnie jej przebieg jest głównym tematem naszych zainteresowań. Artykuł niniejszy ma na celu przybliżenie czytelnikowi historię różnych epidemii oraz sposoby walki człowieka o ich przetrwanie. Przeglądając karty historii epidemii, dowiadujemy się, że każda epidemia, mimo straszego żniwa zniszczeń jakie ze sobą przynosiła, jest jednak do przezwyciężenia. Daje to nadzieję, że jednak ludzkość przetrwa.

Od czasów najdawniejszych epidemie zawsze towarzyszyły ludzkości. Nie zabrakło ich także w wiekach nowożytnych. Na choroby epidemiczne było narażone każde pokolenie. Początkowo chorób tych nie rozróżniano, wszystkie nazywano zarazami lub morowym powietrzem i doszukiwano się ich przyczyn w zepsutym pożywieniu, w wodach bagiennych czy zepsutym powietrzu. Rozprzestrzeniały się one gwałtownie i niosły ze sobą wysoką umieralność. W ostatnich stuleciach zaczęto badać warunki powstawania epidemii, pojawiły się jej pierwsze opisy i choć, nie zawsze z dobrymi skutkami, sposoby jej leczenia. Przy lepszym poznawaniu chorób epidemicznych zaczęto je łączyć z warunkami życia ludzi, z klęskami głodu lub wojnami (Kostrzewski, 1964).

W XVIII w. była już w pewnym stopniu rozwinięta wiedza medyczna oraz leczenie, które przyczyniły się do radykalnych i trwałych zmian w obszarze ochrony życia i zdrowia. Poznano już etiologię licznych chorób, wprowadzono nowe techniki chirurgiczne, specjalistyczną diagnostykę, aseptykę, a także leki syntetyczne. Lekarze, mający już pewne wykształcenie medyczne, oprócz praktykowaniem metod leczenia, często musieli prowadzić walkę z nieuczciwymi szarlatanami, których metody leczenia często kończyły się bolesną śmiercią pacjenta. Do obowiązków lekarzy należało również

pilnowanie i wyjaśnianie ludziom podstawowych zasad higieny, żywienia. Proces ten trwał w Polsce jeszcze przez kilka wieków, aż właściwie do połowy wieku XX.

Panika i lęk były wywoływane przez wiadomości o zbliżającym się morowym powietrzu. Epidemie wyludniały całe miejscowości, zaś szybko pojawiające się cmentarze świadczyły o tym, że w danym miejscu pojawiła się zaraza. To budziło wszechobecną grozę (Wyrobisz, 1999). Wszystkie te choroby, które niszczyły ówczesną Europę, docierały również do Polski. Powstaje tu pytanie, skąd one się brały? Niestety, do przyczyn powstawania zarazy zaliczyć należy liczne wojny, leżące i psujące się ciała zabitych na polach bitewnych, których długo nikt nie grzebał, przemarsze licznych wojsk często niszczących wszystko na swej drodze. Do tego jeszcze klęski żywiołowe, jak susze, pożary, w niektórych miejscach plagi szarańczy, brak zachowywanej higieny, osobistej lub w swym najbliższym otoczeniu, powodzie czy brak politycznej stabilności. W tych okolicznościach dochodziło do częstej migracji głodnej i zubożałej ludności oraz wiara w zgubne zabobony. To wszystko sprzyjało roznoszeniu się chorób. Ludzie szukali nie tylko pomocy w medycynie, ale także w wierze. W kościołach śpiewano, znane do dziś, suplikacje, w których, zwłaszcza słowami „*od powietrza, głodu, ognia i wojny wybaw nas Panie*” wyrażano nie tylko strach przed chorobami, ale szukano pomocy u Boga (Kracik, 1991).

## 2. Charakterystyka najgroźniejszych chorób epidemicznych w Polsce w XVIII w.

- A. Dżuma - Na obszarze Polski w drugiej połowie XVIII w. pojawiło się kilka chorób niebezpiecznie zakaźnych w tym epidemia tzw. „*czarnej śmierci*” (Dunka, Scott, 2008). Mowa tu o dżumie. W osiemnastowiecznej Europie była to choroba dobrze znana, ponieważ pojawiała się systematycznie od czterystu lat. Pojawiała się już w XVII w., stąd jej kolejna fala w XVIII w. wzbudziła przerażenie. Do Polski zbliżała się od południowo-wschodniej strony granic, by w latach 1708-1710 r. uderzyć w całym kraju (Braudel, 1992).

Dżuma to choroba bakteryjna, która występowała pod kilkoma postaciami: posocznicowata, czyli septyczna, dymienicza i płucna. Choroba ta ujawniała się w paru postaciach klinicznych. Najczęściej jednak występowała jako dżuma dymienicza. Do zakażenia dochodziło poprzez ukłucie człowieka przez zarażoną pchłę, która przenosiła dżumę z gryzoni takich jak szczury. Choroba rozwijała się po 2-5 dniach od zarażenia. U chorego dość szybko i boleśnie powiększały się węzły chłonne najbliżej miejsca ukąszenia przez pchłę. Mogło też dojść do powiększenia się pozostałych węzłów chłonnych co charakteryzowało się nagle wzrastającą gorączką, mocnymi bólami głowy, dreszczami, wymiotami, biegunką, obrzękami, ogólnym osłabieniem oraz zaburzeniami orientacji. Po paru dniach węzły zaczynały ropieć, zaś wydzielająca się ropa zawiera dużą ilość bakterii, które naturalnie były niebezpieczne dla otoczenia. Na ciele pojawiały się

krwawe wybroczyny, krwawienia, zgorzel małżowin usznych, nosa lub palców. Śmierć poprzedzała martwica oraz rozpad wewnętrznych organów (Dunka, Scott, 2008). Choroba ta dawała pierwsze oznaki dopiero po upływie miesiąca od zarażenia, zaś osoba chora na nią mogła już po 10-12 dniach od swego zakażenia zarażać innych, nie czując żadnych jeszcze objawów zachorowania, a więc zarażała zupełnie nieświadomie. Choroba ta od momentu zarażenia rozwijała się w bardzo szybkim tempie, zaś od momentu pojawienia się u chorego pierwszych jej oznak, śmierć następowała zaledwie w kilka dni później. Osoba zadżumiona od momentu zarażenia się żyła średnio około 37 dni (Dunka, Scott, 2008).

W ramach dżumy dymienicznej występowała także jej postać septyczna, która rozprzestrzeniała bakterie przez krwioobieg. Przebieg tego rodzaju dżumy był bardzo ciężki. Oprócz objawów podobnych do wyżej wymienionej dżumy septycznej, występowały jeszcze krwawienia z przewodu pokarmowego oraz dróg moczowych. Zwykle już po paru dniach od zarażenia następowała śmierć (Wszelaki, 1954).

Dżuma płucna to kolejna postać tej choroby. Zakażenie odbywało się przez drogi oddechowe. Najczęściej były to powikłania po dżumie dymienicznej. U chorego wzrastała temperatura oraz dochodziło do zapalenia płuc. Flegma chorego zawierała ogromną ilość bakterii dżumowych niebezpiecznych dla otoczenia. Dżuma płucna rozprzestrzeniała się bardzo szybko. Przebieg tej choroby był bardzo ciężki i zawsze kończył się śmiercią (Wszelaki, 1954).

Bakteria dżumy charakteryzuje się wysoką odpornością na zimno, nawet do  $-40^{\circ}\text{C}$ . W padlinach zwierzęcych może przetrwać nawet do 6 miesięcy zimą, zaś w lato do 30 dni (Karpiński, 1999).

Dżuma dymienicza najczęściej pojawiała się wiosną lub wczesnym latem (maj-czerwiec), czasem w lipcu-sierpniu i trwała od 4 do 7 miesięcy. Kulminacja zarazy przypadała zazwyczaj kilkanaście tygodni od jej wybuchu. Natomiast jej wygasanie trwało od 2 do 3 miesięcy. Epidemia dżumy septycznej ustępowała zazwyczaj w miesiącach grudniu do lutego, pod wpływem silnych mrozów, ale tak niska temperatura nie eliminowała jej zupełnie, ponieważ pałeczki dżumy potrafiły przetrwać w formie utajonej nawet kilka miesięcy, dlatego, wraz z nadejściem wiosny, mogła ponownie się ujawnić. Dżuma płucna natomiast zazwyczaj atakowała podczas zimy (Karpiński, 1999).

W latach 1769-1771 wybuchły ponownie dwie epidemie dżumy, zwane również „*morowym powietrzem*”. Choroba ta pojawiła się w armii rosyjskiej podczas wojny tureckiej w 1769 r. Robotnicy sezonowi, którzy szukali pracy w Turcji, wracając również roznosili chorobę, wszystkich zarażając. Swym zasięgiem epidemia obejmowała znaczną część Rzeczypospolitej. Ludność Ukrainy, Podola, Rusi Czerwonej oraz województwa ruskie, wołyńskie, braclawskie i podolskie została zdziesiątkowana. Epidemia dotarła aż do okolic Krakowa i Warszawy (Giedrojc, 1899).

B. Cholera. Choroba ta była już opisana przez Hipokratesa, który zwrócił uwagę na towarzyszące choremu żółte biegunki. Jest to choroba bakteryjna, przenoszona drogą pokarmową. Jej nazwa pochodzi od greckich słów *chole* – żółć i *reo* – płynę, lub *cholás* - jelito. Chorobę wywołuje bakteria przecinkowca cholery (*vibrio cholerae*) (PWN, 1963).

Bakterie były przenoszone przez owady, w szczególności przez muchy. Zarażenie następowało błyskawicznie. Objawy następowały po krótkim czasie wylęgania, które trwało zwykle tylko 2 lub 3 dni nie dając żadnych objawów. Pojawiały się nagle silne wymioty i biegunki, podczas których osoba chora traciła od 10 do 30 litrów płynu. Nie można było tego procesu zatrzymać przez podawanie płynów. Do śmierci dochodziło wówczas nawet już po kilkunastu godzinach od rozpoznania choroby. Podczas odwodnienia organizmu u człowieka pojawiała się suchość błon śluzowych, skóra stawała się sucha i wędła tracąc elastyczność. Dodatkowo wyostrzały się rysy twarzy chorego, gałki oczne zapadały się, a na czubkach palców, uszu i nosa występowała sinica. Osoba miała podwyższone ciśnienie i temperaturę, która spadała do 35 lub 34 stopni Celsjusza. Cechowała ją apatyczność przy całkowitej świadomości. Taka nagła sytuacja spotykała ludzi na ulicy, podczas zwykłych, codziennych zajęć lub podczas snu (PWN, 1963; Dziubek, Januszkiewicz, 2000; Szarszewski, 2012; Łazarowicz, 1905).

Jedną z przyczyn pojawiania się epidemii cholery stwarzały nieodpowiednie warunki sanitarne, zwłaszcza poprzez zanieczyszczenie wody pitnej odchodami i wydzielinami chorych osób (Łyskanowski, 1980; Wszelaki, 1957; Komender, Orłowski, 1996). Jeszcze do XIX w. ścieki były odprowadzane otwartymi kanałami, zanieczyszczając w ten sposób studnie, źródła i inne miejsca poboru wody pitnej i użytkowej. Jednak ten fakt został zbadany dopiero w 1849 r. przez Johna Snowa. Kolejnym elementem sprzyjającym rozprzestrzenianiu się epidemii była ogólna kondycja organizmu, określana przez warunki bytowe: mieszkanie, praca, stan higieny w tych miejscach oraz ilość, jakość i częstotliwość spożywania posiłków (Włodarczyk, 1988; Bujwid, 1894).

Powszechnie uznawano, że zarazić się można poprzez osobisty kontakt z chorym, oraz poprzez pożywienie, powietrze, odzież, przedmiotach codziennego użytku, w rozwiązłym trybie życia. Mieszkańcy miast w obawie przed zarażeniem usuwali wszystkich żebraków, prostytutki oraz wszystkich, którzy w ostatnim czasie przybyli do miast. Winiono również wszystkie obce wojska, jakie przechodziły przez Polskę, a nawet lekarzy, których oskarżano, że sami te chorobę rozprzestrzenili dla zwiększenia swego zysku (Olkowski, 1968).

Przerażenie i panika wśród ludności było ogromne. Rodziny się rozdzielały, zdarzało się, że matki zostawiały swe dzieci z obawy, że się zarażą. Ludzie bali się siebie, opuszczali miasta, w których domy były pełne cuchnących z rozkładu ciał zmarłych. Niektóre miasta zaczęły przypominać cmentarze (Klukowska, 1927). Epidemia cholery na ziemiach polskich siała spustoszenie dwa razy: w 1764 r. oraz w latach 1769-1771. Pierwsza objęła cały kraj. Druga sięgnęła jeszcze dalej,

bowiem oprócz Polski, dotknęła Podole, Ukrainę i Ruś Czerwoną. Jak podają przekazy kronikarskie zmarło wtedy ponad 200 tysięcy ludzi (Giedroyć, 1899).

- C. Ospa. Objawy tej choroby były już opisywane w starożytności, choćby przez Tukidydesa w „*Wojnie peloponeskiej*” w IV w. p.n.e. (Tukidydes, Komaniecki, 1957). Człowiek zapadał na nią nagle. Pierwszym objawem była silnie rozpalona głowa z powodu wysokiej temperatury. Oczy chorego były zaczerwienione i piekące. Oddech stawał się nieregularny i z przykrym zapachem. Towarzyszył mu silny kaszel zaś język był nabrzmiąły krwią. Człowiek dusił się silnym kaszlem. Na ciele chorego pojawiły się zaczerwienione pęcherze i wrzody. Chory nie mógł znieść żadnego ubioru czy okrycia. Chorego dręczyło ciągle pragnienie, ale nawet duża ilość płynów nie osłabiała cierpienia. Chory umierał zazwyczaj po kilku dniach. Jeśli jednak przetrzymał chorobę, skutki jakie zostawiała ospa były straszne. Części ciała jak palce, genitalia i oczy odpadały. Niektórzy tracili pamięć. Ciała zmarłych często leżały nie pogrzebane, stąd ptactwo i zwierzęta nieraz je pożerały same również przy tym ginąc (Ney, 1994). Ospa, tak jak i inne choroby epidemiczne, rozprzestrzeniała się przez destabilizacje polityczne, wojny, migracje ludności oraz wszelkie klęski żywiołowe. Choroba ta charakteryzowała się wysypką krostek na całym ciele (Collier, Oxford, 2001). Choroba dotyka nie tylko ludzi, ale nawet zwierzęta, ptaki i rośliny (Różańska-Gambal, 2008).

*Variola vera* – oznacza ospę prawdziwą. Jej łacińska nazwa pochodzi od przymiotnika *varius*, co w polskim przekładzie oznacza nakrapiany, pstrokaty. Nazwa *Variola* po raz pierwszy pojawiła się już w 570 r. w *Historii Franków* Grzegorza z Tours (Stocki, 1964).

Prawdopodobnie epidemie ospy nie istniały w czasach prehistorycznych, ponieważ choroba ta nie występowała w miejscach słabo zaludnionych. Pojawienie się ospy wiąże się z momentem udomowienia zwierząt i początkiem hodowli, czyli ok. 6 tysięcy lat temu (Kozłowski, 2005).

W Europie ospa pojawiała się w okresie od 1348 r. do 1720 r. Był to czas różnych klęsk żywiołowych, anomalii pogodowych, nieurodzaju, wojen, migracji oraz braku higieny. Choroba zabijała zwłaszcza ludzi młodych i dzieci, zaś tych, którzy przeżyli nosili na swym ciele jej skutki czym była straszna deformacja ciała w tym twarzy. Ospa występowała w portach, dużych miastach i na prowincjach. Czasem wybuch ospy był gwałtowny i trwał krótko, czasem choroba rozwijała się i trwała długo (Bogucka, 1986). Jednak największe fale tej choroby przetoczyły się tu między XVI a XVIII w. (Lebrun, 1997). W Gdańsku jako miemieście portowym epidemia ospy była najgorsza. W Polsce umieralność na ospę była wyższa niż na zachodzie Europy (Kuchowicz, 1992).

- D. Choroby weneryczne – wiek XVIII to czas szybkiego rozprzestrzeniania się tych chorób, chociaż sądzono, że wygasła ona na przełomie XV i XVI w. Choroba ta była różnie określana: *choroba francuska*, *franca*, *choroba lubieżna*, *choroba dworska*, *ospa miłosna*, *dziki świerzb* (Giedroyć, 1909). Choroba ta pojawiła się na okręcie Krzysztofa Kolumba w marcu 1493 r. kiedy wracał do Portugalii ze

swej pierwszej podróży do Ameryki. Była to kiła (lues – pochodzi od łacińskiego czasownika *luere* - pokutować) (Quetel, 1991), zwana wcześniej syfilizmem, pasożytnicza bakteria, o spiralnym kształcie. Epidemia rozprzestrzeniła się już po 1495 r. W XVI, XVII i XVIII w. znajdowała się już w każdym europejskim mieście (Cartwright, Biddis, 2005). Posiadano już wtedy wystarczającą wiedzę na temat chorób wenerycznych, jednak nie potrafiono je odróżniać, choćby np. kiłę, rzeżączkę, grzybicę, różne infekcje narządów płciowych i dróg moczowych. W Polsce kiła szerzyła się zwłaszcza w miastach i w miejscach, gdzie stacjonowało wojsko. Źródłem zakażenia najczęściej były prostytutki. Choroby weneryczne szerzyły się również na wsiach, dokąd wracali żołnierze (Łyskanowski, 1980). Krętki blade tej choroby przedostając się do organizmu szybko się rozmnażały, doprowadzając do choroby ogólnoustrojowej. Choroba nie leczona prowadziła do uszkodzenia układu nerwowego, utraty wzroku, zaburzeń psychicznych, uszkodzenia układu krążenia, kości, stawów, narządów mięszkowych, zaś w cięższych przypadkach prowadziła do śmierci. Podczas ciąży groziło to skażeniem nienarodzonego dziecka (Cartwright, Biddis, 2005).

## 2. Rola XVIII – wiecznych lekarzy oraz władz państwowych wobec chorób epidemicznych

Lista środków oraz zabiegów, którymi dysponowali ówcześni lekarze, nie była jeszcze tak długa. Wszystkie poradniki sposobów ratowania ludzkiego życia z tego okresu można podzielić na dwie grupy: do pierwszej należały następujące działania wobec chorego, którego należało oczyścić i wyrównać w jego organizmie ilość znajdujących się cieczy. Druga grupa to zabiegi, których zadaniem było przywrócenie podstawowych funkcji życiowych jak oddychanie czy krążenie krwi. Metodą ówczesznie dość często stosowaną, właściwie przy każdej chorobie, było puszczenie krwi (Brzeziński, 2004).

Jak wyglądała pomoc i opieka podczas poszczególnych chorób epidemicznych?

Podczas epidemii dżumy próbowano różnych sposobów jej leczenia. Chorym lekarze podawali środki napotne, wymiotne i przeczyszczające. Stosowano też chirurgiczne nacinanie „dymienic”, jednak bez oczekiwanych skutków. Nakazywano unikania kontaktów z chorymi, zaś przybywający np. marynarze mieli przestrzegać „kwaran-tanny” przez okres 40 dni przed zejściem z okrętu.

Ciała zmarłych na dżumę chowano bardzo szybko posypując je chlorkiem wapnia oraz grzebano na oddzielnych cmentarzach w zbiorowych mogiłach, oznaczając je i pilnując, aby nikt tam nie podchodził. Wyznaczano i opłacano z kasy miejskiej lekarzy i cyrulików, aby opiekowali się chorymi. Władze miast zatrudniały grabarzy, do których obowiązków należało wynosić zwłoki przez całą dobę. Znakiem rozpoznawczym grabarzy był czarny strój z białym krzyżem. Lekarze natomiast nosili długie szaty, które okrywały całe ciało, zakładali rękawice, osłaniali twarz maską z długim dziobem, który wypełniali tkaniną nasączoną wonnymi olejkami lub octem. W ten sposób poruszali

się wśród chorych a także wśród rozkładających się ciał. W wielu miastach podczas epidemii ustawiano „burmistrzów powietrznych”, którzy dysponowali wyjątkowymi uprawnieniami. Zgłaszali oni nowe zachorowania, zakazywali włóczęgostwa i żebractwa, zaś na tych, którzy łamali prawo, nakładali surowe kary wraz ze śmiercią. Nakazywali zamykanie karczm, szynków, łaźni oraz wszystkich miejsc, w których zawsze zbierało się dużo ludzi. Ustawiano palisady wokół zarażonych miejsc. Rozstawiano także kordony wojskowe tzw. *pestcorodony*. Zatrudniano więźniów, zwanych *kajdankami*, którzy zajmowali się sprzątaniem śmietników, wysypisk, a także sprzątaniem padłych zwierząt. Wprowadzono również rygory sanitarne w handlu zwłaszcza żywności. Prowadziło to do dezorganizacji życia zwłaszcza ludzi uboższych. Często brakowało podstawowych produktów, które i tak były bardzo drogie, ponieważ problem epidemiczny powodował również chęć wzbogacenia się przez niektórych nieuczciwych handlowców, stąd w wielu domach zaczynał panować głód (Karpiński, 1999).

Domy, w których znajdowała się zaraza dżumy, znaczone czarnymi krzyżami. Lekarze nakazywali i uświadamiali ludzi, że domy należało okadzać, myć twarz i ręce octem, zaś twarz należy zasłonić przy wychodzeniu z domu. Stosowano różne leki, które miały zapobiegać zarażeniu. Między innymi było to „jaskółcze ziele” czy ocet lub olejek siedmiu złodziei, który najbardziej zyskał sławę. Interesującym jest fakt, że szajka złodziei okradająca domy, w których leżały rozkładające się ciała zmarłych na dżumę, nie zarażała się tą chorobą. Stąd mikstura ta była bardzo poszukiwana. Złodzieje złapani, za ujawnienie mikstury zostali wypuszczeni na wolność. W 1770 r. lek ten został oficjalnie zalecony jako środek chroniący życie (Łyskanowski, 1980).

Rok wcześniej, bo w 1769, w Warszawie zwołano naradę w celu zapobieganiu rozprzestrzenianiu się tej choroby. Król nakazał wysłać do rejonów objętych pandemią specjalną komisję, z lekarzem i chirurgiem, dla zbadania sytuacji i szukania sposobów zatrzymania choroby. Sytuacja epidemiologiczna była tak poważna, że nawet wrogie wojska zaczęły szukać porozumień. Kanclerze koronny i litewski porozumieli się z rosyjskim ministrem pełnomocnym w sprawie zasięgu kordonu wojskowego, jaki mieli polscy i rosyjscy żołnierze wystawiać na określonych odcinkach, aby nikt bez specjalnego pozwolenia nie mógł przechodzić z wydzielonych miejsc. Gdy epidemia doszła do Warszawy, marszałek Stanisław Lubomirski (1720-1783) wydał specjalne rozporządzenie dotyczące miasta (Michalski, 1973). Miasto zostało otoczone wałem ochronnym i pięcioma bramami wjazdowymi, które były pilnowane przez wyznaczonych dozorców i dyżurnego cyrulika. Każdy przybywający był poddawany kwarantannie. Mieszkańcom Warszawy zaostrożono rygory sanitarne. Tych, którzy łamali prawo lub okradali opuszczone mieszkania skazywano na śmierć przez powieszenie. Epidemia dżumy w Warszawie ustała w 1771 r. Król w dowód uznania za odwagę i dobrą organizację przeciw pandemiczną odznaczył Lubomirskiego złotym medalem honorowym (Łyskanowski, 1980).

Podczas epidemii dżumy w XVIII w. włączano lekarzy i chirurgów w skład komisariatów do walki z pandemią, co w ówczesnych czasach było nowatorskim po-



mysłem i bardzo pomogło poprawić poziom ochrony ludności przed zachorowaniem (Szorc, 2002).

W sytuacji epidemii cholery nie dysponowano właściwe żadnymi środkami zapobiegawczymi czy leczniczymi. Rząd wydawał restrykcyjne nakazy wobec osób przyjeżdżających z zarażonych terenów: były to kordony sanitarne, robiono też obowiązkowe badania osób wjeżdżających do miast, ponadto obowiązek kwarantanny dla wszystkich, którzy mieli jakiś kontakt z osobami chorymi. Zaś w miejscach, w których epidemia była nakazywano unikania chorych, grzebania jak najszybciej zmarłych na specjalnie wyznaczonych „cmentarzach cholerycznych”. Lekarze zaś oraz chirurdzy byli zobowiązani do wywieszania specjalnych tabliczek informujących, gdzie można otrzymać medyczną pomoc, żywność czy leki dla ubogich. Lekarze ogłaszali zalecenia, w jaki sposób można było uniknąć zarażenia. W leczeniu chorych stosowano właściwe tylko upust krwi, który, był stosowany już od czasów starożytnych zaś w XVIII w. było to już normą. U człowieka dorosłego upust krwi wynosił jeden funt zaś dzieciom przystawiano do brzucha od 5 do 12 pijawek. Sam zabieg był wykonywany za pomocą ostrego lancetu, zaś krew swobodnie spływała do podstawionego naczynia. Jeden ze znanych francuskich lekarzy, Francois Lebrun, stosowanie tej metody tłumaczył panującym wówczas przekonaniem, że ciało ludzkie zawiera w sobie ok. 25 litrów krwi i można jej upuścić nawet 20 litrów, nie czyniąc pacjentowi żadnej szkody (Lebrun, 1997). Od tej metody lekarze odeszli już w połowie XVIII w. Stosowano jeszcze jako lek środki wymiotne.

Również władze państwowe podjęły pewne kroki, a mianowicie zainteresowano się poprawą warunków sanitarnych ludności polskiej, szerzenia oświaty zdrowotnej poprzez wykształconych lekarzy, eliminacji głodu jako czynnika bezpośredniego związanego z epidemiami, wydawania zarządzeń mających na celu zapobieganie wybuchom i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, zaś w perspektywie dążenie do całkowitej likwidacji danej jednostki chorobowej. Jednak skuteczność tych planów zależna była od poziomu wykształcenia lekarzy w danym okresie, samej organizacji służby medycznej oraz dostępności artykułów żywnościowych (Ratajczak, 1987).

Podczas epidemii ospy brak wiedzy w jaki sposób ją leczyć powodował, że ludzie odwoływali się do zabobonów i znaków magicznych. Znaki, które miały zapowiadać zbliżającą się zarazę: chmura o dziwnym kształcie znajdująca się nad miastem, kometa na niebie czy uderzenie błyskawicy (Ney, 1994).

W XVIII w. opiekę nad zdrowiem ludzi sprawowały instytucje państwowe. Działaniami przeciw zarazie kierował powoływany na czas pandemii tzw. burmistrz powietrzny. W większych miastach powoływano stałe instytucje, które zajmowały się sprawami sanitarnymi. Stały personel składał się z lekarzy, cyrulików, „opiekunek chorych”, strażników morowych, noszowych, szafarzy zaopatrujących mieszkańców miasta w żywność oraz grabarzy (Różańska-Gambal, 2008).

Wiadomości o zbliżającej się epidemii ospy w XVIII w. przekazywano jak najszybciej za pomocą specjalnych tablic, które były umieszczane w miejscach najbardziej uczęszczanych przez ludzi (Karpiniński, 2000). Również duchowieństwo angażowało się

w pomoc ogłaszając z ambon o nadchodzącej zarazie. Podawano również ludziom drukowane już wtedy ulotki, broszurki oraz informowała też o tym pojawiająca się prasa (Różańska-Gambal, 2008).

Po nadejściu epidemii ospy władze w Polsce wprowadziły następujące restrykcje: ograniczono przemieszczanie się ludności, zamykano karczmy, szynki oraz wszystkie bramy prowadzące do miasta. Domy, w których przebywali chorzy, zaznaczano białym płótnem lub malowano białe krzyże. Okna i drzwi takiego budynku były zabijane deskami. Z miasta usuwano żebraków i prostytutki. Wjeżdżających do miast sprawdzano, czy posiadają „paszporty zdrowia” czyli zaświadczenia orzekające o ich stanie zdrowia (Bogucka, 1986; Karpiński, 2000).

Tymczasem w miastach organizowano prace porządkowe przy wywożeniu błota, padlin, zabijano bezdomne zwierzęta, czyszczono rynsztoki i zbiorniki na wodę pitną (Karpiński, 2000). Zmarłych szybko grzebano za miastem w grobach zbiorowych lub nawet zakopywano w tym miejscu, gdzie zmarłego znaleziono. Chowano w ciszy bez obecności księdza czy rodziny (Bogucka, 1986).

Szukano sposobów jej leczenia. Nadal uważano, że jest to teoria humoralna, stąd uważano, że wysypka, która pojawiała się na całym ciele człowieka to objaw „oczyszczenia się krwi”, jeszcze tym bardziej się upewniano, gdy na miejscu pęcherzyków zaczynały pojawiać się strupy, co gwarantowało wyzdrowienie pacjenta. Dlatego też lekarze próbowali przyspieszyć ten stan poprzez upust krwi. Stosowali kąpiele i plastry nasączone dziegciem lub rtęcią, które miały podrażniać skórę i wywoływać szybsze wyzdrowienie pacjenta (Collier, Oxford, 2001).

Z upływem czasu rosło doświadczenie tak u niektórych lekarzy, ale również i u duchownych dalekiego Wschodu. Na podstawie obserwacji zauważono, że podczas epidemii ospy nie chorowały te osoby, które wcześniej już ją przeszły. Najszybciej chorowały dzieci. Niektóre matki jednak zauważały, że dziecko, które zaraziło się wcześniej od chorego na ospę, nie chorowało podczas jej wybuchu. A więc jak zauważono, ta choroba osłabiała się wraz z upływem czasu oraz poprzez określone zabiegi. Na początku XVIII w. w Europie a także w Ameryce Północnej zaczęto podejmować próby celowego zakażenia ospą, czyli tzw. wariolizacja, aby w ten sposób ochronić jak najwięcej ludzi przed ostrym jej przebiegiem (Collier, Oxford, 2001). Zabieg szczepienia wyglądał następująco: w płytkie, powierzchowne nacięcie skóry, które wykonywano bez wylewu krwi, kilka razy przeciągano nitką nasączoną ropą, którą pobierano wcześniej z kilku krost ospowych. Wydzielina ropna znajdująca się na nitkach była wysuszana i mogła służyć nawet po sześciu miesiącach. To czasem pomagało i pacjent przechodził tzw. „małą ospę” i to go uodparniało. Zdarzały się jednak przypadki śmiertelne po takim szczepieniu lub ciężkie powikłania. Sytuacja zmieniła się dopiero po poznaniu wirusa krowianki, nad którą zaczął eksperymentować Edward Jenner (1749-1823). Wszczepił on w 1796 r. ośmioletniemu chłopcu Jamesowi Phippsowi tego wirusa, który po przechorowaniu powrócił do zdrowia i został uodporniony na ospę prawdziwą (Łyskanowski, 1980).

Mimo niedowierzania, z powodu nieraz częstych powikłań czy skutków ubocznych po takiej szczepionce, już w drugiej połowie XVIII w. rozpoczęto kampanię przeciw ospie. Zaangażowało się wtedy wielu lekarzy, pielęgniarzy, mikrobiologów, nauczycieli i pracowników socjalnych. Wszyscy ci, którzy popierali taki sposób uodpornienia się przeciw ospie przyczynili się do tego, że w połowie XX w. choroba ta została opanowana (Collier, Oxford, 2001).

W terapii chorób wenerycznych stosowano sproszkowaną korą lub maścią na bazie żywicy drzewa gwajakolowego. Następnie chorego owijano w grube warstwy materiału, aby wywołać poty. Później lekarze najczęściej stosowali preparaty *merkulialne*, czyli rtęciowe, które podawano pacjentom w różnych postaciach. W lecznictwie ludowym również sięgano po różne, nieraz kontrowersyjne sposoby leczenia tych chorób. Zachowały się opisy tych, dość dziwnych i niebezpiecznych, praktyk, które były podawane jako skuteczny sposób leczenia choćby były poprzez: *„zagrzebywanie chorych francowatych w gnój zupełnie nago, aż po samą głowę [...] w przekonaniu, iż wyleczenie ma nastąpić na skutek wysokiego stopnia parzenia się i stąd wynikłej transpiracji”* (Łyskanowski, 1980). Naturalnie ten okropny stan prości ludzie uznawali za nie tylko uwolnienie się od strasznej choroby, ale i za pokutę za popełnione grzechy.

Zaś w opinii lekarzy: *„niepotrzebnym zdaje się zastanawiać nad nierozsądkiem takiego leczenia, jak nie mniej obrzydliwem opisywać całą tę paskudną scenę, która na przechodzących sprawia nie miłe wrażenie, wywołane jęczeniem cierpiącego, połączone z błaganiem o jałmużnę”* (Giedroyć, 1897).

## Zakończenie

W XVIII w. lista środków i zabiegów, którymi dysponowali ówczesni lekarze nie była jeszcze zbyt długa. Stan lecznictwa tego okresu w Polsce, jest oceniany jako jeden z najbardziej zacofanych w krajach europejskich (Matusiewicz, 2010). Jednak, mimo wielu problemów jakie osiągały ówczesnych polskich lekarzy, rozwój wiedzy medycznej i lecznictwa przyczyniły się do radykalnych oraz trwałych zmian w obszarze ochrony zdrowia. Poznano etiologię licznych schorzeń, wprowadzono specjalistyczną diagnostykę, aseptykę, nowe techniki chirurgiczne oraz leki syntetyczne (Szumowski, 1907).

W ówczesnej XVIII-wiecznej Polsce jeszcze wiele osób zajmowało się leczeniem nie posiadając medycznego wykształcenia. Byli więc to: znachorzy, balwierze, cyrulicy, łąziebnicy (Szorc, 1990). Walczono z nieuczciwymi uzdrowicielami jeszcze dwa wieki. Obowiązkiem prawdziwego lekarza zawsze było nie zwodzić pacjenta złudnymi obietnicami, tylko opierając się na rozpoznaniu choroby, przepisaniu leków i podaniu sposobu leczenia. Bowiem *powinnością lekarza jest zadbać o to, a następnie wytłumaczyć pacjentowi szczegóły swego postępowania w takim stopniu, by ten wiedział, dlaczego bierze leki, czego może się spodziewać w czasie choroby, jak ma postąpić w razie pogorszenia lub*

*polepszenia. W ten sposób nieraz można zapewnić choremu spokój ducha, spowodować cierpliwe znoszenie dolegliwości* (Müldner – Nieckowski, 1997).

W XVIII w. podczas każdej epidemii na tle małego profesjonalizmu osób zajmujących się leczeniem i ogólnie słabej jeszcze świadomości społecznej, władze przy najmniej niektórych miast w Polsce, np. na Warmii, podczas wybuchu morowego powietrza, starały się powoływać funkcję lekarza prowincji i zatrudnienia na nim osoby posiadającej odpowiednie wykształcenie oraz kwalifikacje. Do jego zadań, oprócz leczenia chorych, należało także nadzorowanie nad chirurgami i łaźniami (Szorc, 2002). Trzeba jednak pamiętać, że w zakresie przeciwdziałania pandemii, lekarze również pozostawali bezsilni. Ówczesne metody leczenia, mimo wszelkich starań i poświęceń lekarzy, nie zawsze mogły przeciwstawić się zagrożeniom, jakie niesły ze sobą przychodzące okresowo fale zarazy.

Świat nie uniknie chorób zakaźnych. Nadal będą się pojawiać nowe patogeny. Jedynie szybka identyfikacja zagrożenia epidemiologicznego, szybkie i skuteczne wdrażanie metod bioasekuracji może uchronić ludzkość przed rozwojem nowych epidemii. Aby cele te mogły być zrealizowane konieczna jest współpraca wszystkich krajów z organizacjami międzynarodowymi (ONZ, WHO, FAO), a także uświadamianie społeczeństw o zagrożeniach epidemicznych i stosowaniu się do ustanowionych rygorów profilaktyki.

## Literatura

- Bogucka, Maria. 1986. *Dzieje miast i mieszczaństwa w Polsce przedrozbiorowej*, Wrocław.
- Braudel, Fernard. 1992. *Kultura materialna, gospodarka i kapitalizm XV-XVIII wiek*, t. I. Warszawa.
- Brzeziński, Tadeusz. 2004. *Rozwój klinicznej medycyny wewnętrznej i specjalności pokrewnych*, w. *Historia medycyny* pod red. T. Brzezińskiego, Warszawa, 288-317.
- Bujwid, Kazimiera. 1894. *Najpotrzebniejsze wiadomości o cholercie. Najprostsze sposoby ustrzeżenia się jej, oraz wskazówki ratowania i pielęgnowania chorych*, Warszawa.
- Dunka, Christopher i Susan Scott. 2008. *Czarna śmierć. Epidemie w Europie od starożytności do czasów współczesnych*, przekład A. Siennicka. Warszawa.
- Cartwright, Frederik. i F. Biddis Michael. 2005. *Niewidoczny Wróg. Zarazy i Historia*, wyd. Wołoszański, Warszawa.
- Collier, Leslie i John Oxford. 2001. *Wirusologia*, tłum. pod red. M. Łuczaka, Warszawa.
- Cholera*, 1985. W: *Choroby zakaźne i inwazyjne*, pod red. Kassura Bertolda. Januszkiewicz Jerzego. 163-168. Warszawa.
- Choroby zakaźne i pasożytnicze*. 2000. red. Zdzisława Dziubek. Warszawa 2000.
- Giedroyc, Franciszek. 1909. *Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie lekarskim polskim*, Warszawa.

- Giedroyc, Franciszek. 1897. *Rys historyczny szpitala św. Łazarza w Warszawie*, Warszawa.
- Ignacy Krasicki na Warmii 1766-1772. *Przekazy źródłowe*. 2002. Część II 1769-1772, zebrał i opracował A. Szorc. Olsztyn.
- Karpiński, Andrzej. 1999. *Opieka nad chorymi i ubogimi w miastach polskich w czasie epidemii w XVII – XVIII w.* W: *Charitas. Miłosierdzie i opieka społeczna w ideologii, normach postępowania i praktyce społeczności wyznaniowych w Rzeczypospolitej XVI – XVIII wieku*, pod red. Urszula Augustyniak, Andrzej Karpiński. 221-243. Warszawa.
- Karpiński, Andrzej. 2000. *W walce z niewidzialnym wrogiem*, Warszawa.
- Klukowska, Zygmunta. 1927. *Sprawa o szerzenie dżumy w Lublinie w r. 1711*, Archiwum Historji i Filozofji Medycyny oraz Historji Nauk Przyrodniczych, t. VI.
- Komender, Janusz, Marian J. Orłowski i in. 1996. *Wielki słownik medyczny*, Warszawa.
- Kostrzewski, Jan. 1964. *Epidemia*, w: *Wielka Encyklopedia Powszechna PWN*, t. III, Warszawa.
- Kozłowski, Janusz Krzysztof. 2005. *Wielka historia świata*, t. I: Świat przed „rewolucją” neolityczną, Kraków- Warszawa.
- Kracik, Jan. 1991. *Pokonać czarną śmierć. Staropolskie postawy wobec zarazy*, Kraków.
- Kronika medycyny*, 1994. red. Bogdana Ney, Warszawa.
- Kuchowicz, Zbigniew. 1992. *Człowiek polskiego baroku*, Łódź.
- Lebrun, Francois. 1997. *Jak dawniej leczono: lekarze, święci i czarodzieje w XVII i XVIII wieku*, Warszawa.
- Łazarowicz, Klemens. 1905. *Co to jest cholera i jak ją zwalczać*, Warszawa.
- Łyskanowski, Marcin. 1980. *Medycyna i lekarze dawnej Warszawy*, Warszawa.
- Matusiewicz, Andrzej Hubert. 2010. *Brat Ludwik Perzyna (1742-1800), lekarz i pisarz w bonifraterskim habicie*, Rzym – Warszawa.
- Michalski, Jerzy. 1973. *Lubomirski Stanisław h. Szreniawa* PSB, t. 18.
- Müldner – Nieckowski, Piotr. 1977. *Sylwetka lekarza według Ludwika Perzyny (1742-1812)*, „Archiwum Historji Medycyny”, R. 40. z. 1.
- Olejnik, Zbigniew i Franciszek Giedroyc. 1899. *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych*, Warszawa.
- Olkowski, Zbigniew. 1968. *Epidemia cholery azjatyckiej w Prusach Wschodnich w latach 1831-1832*, Komunikaty Mazursko-Warmińskie.102.
- Ratajczak, Bożena. 1987. *Próby zapobiegania kłęskom elementarnym w Opolu w okresie od XVII do I połowy XIX w.*, „Studia Śląskie”, t. 45.
- Różańska-Gambal, Barbara. *Występowanie epidemii ospy prawdziwej na świecie od czasów starożytnych po współczesne*, „Medycyna Nowożytna” 15/1 -2. 31-59.
- Szarszewski, Adam. 2012. „*Epidemie cholery w Gdańsku w XIX wieku*”, w: *Dżuma, ospa, cholera w trzechsetną rocznicę wielkiej epidemii w Gdańsku i na ziemiach Rzeczypospolitej w latach 1708-1711. materiały z konferencji naukowej*, red. E. Kizik, 195-221. Gdańsk.
- Stocki, Edward. 1964. *Ospa na przestrzeni wieków*, „Wiadomości Lekarskie”. nr 6.

- Szorc, Alojzy. 1990. *Dominium Warmińskie 1243-1772. Przywilej i prawo chełmińskie na tle ustroju Warmii*. Olsztyn.
- Szumowski, Władysław. 1907. *Galicja pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomejdyka 1772-1783*, Lwów.
- Tukidydes. 1957. *Wojna peloponeska*, tł. K. Komaniecki, ks. II. Warszawa.
- Wielka Encyklopedia Powszechna PWN, t. III, Warszawa 1964.
- Wielka Encyklopedia Powszechna PWN, t. II, Warszawa 1963.
- Włodarczyk, Daniel. 1998. *Od powietrza głodu, ognia i wojny: Epidemie cholery wśród ludności Wielkiego Księstwa Poznańskiego*. Inowrocław.
- Wszelaki, Stanisław. 1954. *Zarys kliniki chorób zakaźnych*. Warszawa.
- Wyrobisz, Andrzej. 1999. *Misericordia pestis tempore. Postawy i zachowania w czasie zarazy w Polsce nowożytniej (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. Karpiński. Warszawa.
- Quetel, Claude. 1991. *Niemoc z Neapolu czyli historia syfilisu*, wyd. Ossolineum, Warszawa.