

<https://doi.org/10.18778/1644-857X.20.01.12>

OLGA GAIDAI

CZARNOMORSKI UNIWERSYTET NARODOWY
IM. PETRA MOHYLY W MIKOŁAJOWIE /
PETRO MOHYLA BLACK SEA NATIONAL UNIVERSITY

 <https://orcid.org/0000-0002-7181-9908>

TADEUSZ SROGOSZ

UNIWERSYTET HUMANISTYCZNO-PRZYRODNICZY
IM. JANA DŁUGOSZA W CZĘSTOCHOWIE /
JAN DŁUGOSZ UNIVERSITY IN CZĘSTOCHOWA

 <https://orcid.org/0000-0002-1964-8232>

Występowanie i zwalczanie chorób zakaźnych na ziemiach polskich w 1807 roku

ABSTRACT

Occurrence and fighting of infectious diseases in the Polish territories in 1807

IN 1807, the greatest health threats to soldiers and civilians resulted from the conducted war. That is why we notice increased incidence and mortality in the base of the fighting French and Polish armies in Pomerania. However, these were not threats on the scale seen before when dealing with plague outbreaks, and later, during cholera epidemics. Health threats mobilized the authorities and the medical community to act. The ordinances issued at that time and the organizational efforts undertaken were directed at both immediate disease control and prevention, as well as creating the foundations for future sanitary and health relations.

Keywords: infectious diseases, occurrence and combating, Polish territories, 1807

STRESZCZENIE

W 1807 r. największe zagrożenia zdrowotne dla żołnierzy i ludności cywilnej wynikały z prowadzonej wojny. Dlatego zwiększoną zapadalność i śmiertelność zauważamy na bezpośrednim zapleczu armii francuskiej i polskiej walczących

na Pomorzu. Natomiast nie były to zagrożenia na skalę spotykaną wcześniej, kiedy trzeba było się borykać z epidemiami dżumy, jak również później, w warunkach epidemii cholery. Zagrożenia zdrowotne mobilizowały władze i środowisko lekarskie do działania. Wydane wówczas zarządzenia i podjęte wysiłki organizacyjne kierowane były zarówno na doraźne zwalczanie i zapobieganie chorobom, jak i tworzenie zrębów przyszłych stosunków sanitarno-zdrowotnych.

Słowa kluczowe: choroby zakaźne, występowanie i zwalczanie, ziemie polskie, 1807

Problematyka opieki społecznej i zdrowotnej na ziemiach polskich w 1807 r. była już przedmiotem badań, których najważniejszym efektem stała się monografia z 2001 r.¹ Truizmem jest stwierdzenie, że wojna i choroby idą w parze, co znalazło odzwierciedlenie w znanej modlitwie „Od powietrza, głodu, ognia i wojny wybaw nas, Panie”. Według Wiktora Bincera niekorzystna sytuacja epidemiczna w armii spowodowana była m.in. koncentracją w jednym miejscu dużej liczby osób, wyczerpaniem żołnierzy na skutek niedożywienia i trudów służby wojskowej, niskim stanem higieny, niedostatecznie szybką izolacją chorych (szczególnie w czasie przemarszów) oraz słabo zorganizowaną wojskową służbą medyczną². Na ziemiach polskich w 1807 r. przebywały armie: francuska, pruska, rosyjska, polska i oddziały sprzymierzone (np. bawarskie), co razem stanowiło kilkaset tysięcy żołnierzy. Nawet po pokoju w Tyłży cesarz Napoleon zobowiązał polskie władze do utrzymania 80 000 żołnierzy (45 000 korpusu francuskiego, 30 000 armii polskiej i 5000 kontyngentu saskiego), co znacznie przekraczało możliwości nowo utworzonego Księstwa Warszawskiego³. W tej sytuacji mnożyły się rekwizycje pożywienia i paszy, rabunki, dewastacja środków produkcji i sprzętów domowych, migracje, ciasnota zamieszkania z powodu kwaterunku żołnierzy.

Zakresem terytorialnym pracy jest obszar, którym zarządzał tymczasowy rząd polski od 14 stycznia 1807 r. do 5 listopada 1807 r., czyli Komisja Rządząca. Ten właśnie obszar nazywano wówczas „Polską na królu pruskim zdobyta”.

¹ T. Srogosz, *Pomoc weteranom, rannym i chorym na ziemiach polskich w latach 1806–1807*, Częstochowa 2001.

² W. Bincer, *Wojny i choroby zakaźne (Z rozważań epidemiologicznych)*, Cieszyń 1946, s. 12–13.

³ B. Szyndler, *Stanisław Nałęcz Małachowski 1736–1809*, Warszawa 1979, s. 295.

Mimo wyżej zarysowanych warunków w 1807 r. armiom działającym na tym terytorium nie zagroziła poważnie żadna epidemia chorób zakaźnych. Władze i wojskowa służba zdrowia były jednak czujne, tym bardziej że od czasu do czasu krążyły informacje o zarazie wśród ludności cywilnej. Dopiero latem 1807 r. płk Jan Bennet, który obozował pod Marymontem ze swoją jednostką, prosił, aby przysłano mu ocet i wódkę w celach profilaktycznych. Dnia 13 sierpnia 1807 r. Komisja Rządząca poleciła dyrektorowi spraw wewnętrznych Stanisławowi Brezie, aby dostarczył 100 garncy⁴ octu i 50 garncy wódki, „a to w celu zapobieżenia skutkom zagrażającej choroby”⁵. Niezależnie od tego, korzystając z okazji uroczystości związanych z urodzinami cesarza Napoleona, rozprowadzono wówczas znaczną ilość wódki i octu winnego w garnizonie warszawskim oraz w jednostkach stacjonujących na prowincji. Taką samą procedurę zastosowano niespełna miesiąc później w stosunku do pułku stacjonującego w Pułtusku. Miały tam panować biegunka, zgnięła febra i czarne petocie. Pod tym ostatnim schorzeniem rozumiano objaw różnych jednostek chorobowych, zwłaszcza zaś dżumy i tyfusu. Tym chorobom „wedle zdania doktorów najskuteczniej octem i okowitką zaradzić można”⁶. Prawdopodobnie w związku z tymi incydentami dyrektor wojny, książę Józef Poniatowski, zawnioskował 21 września 1807 r. do Komisji Rządzącej o przeznaczenie kwoty 30 000 zł na mundury i płaszcze dla wojska, ponieważ kilkaset kompletów, zgodnie z zaleceniami lekarzy i chirurgów, zostało spalonych w lazaretach jako stanowiących własność chorych dotkniętych „zaraźliwą chorobą”⁷.

Dane dotyczące zapadalności w wojsku polskim są jedynie wyrywkowe, dotyczą Warszawy, i to tylko kilku lazaretów umieszczonych w domach prywatnych. Od 3 kwietnia 1807 r. naczelnym lekarzem wojska polskiego, doktor Michał Bergonzoni zaczął opracowywać dzienne raporty pt. *Poruszenie lazaretu polskiego będącego w domach z choremi 1, 2, 3 i 4 Reg. (później pułku) Legii I i artylerii*

⁴ Garniec warszawski – 3,77 l (J. Szymański, *Nauki pomocnicze historii*, Warszawa 2001, s. 170).

⁵ Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie [dalej: AGAD], Archiwum Komisji Rządzącej [dalej: AKR], nr I.6, s. 51; nr I.8, s. 2; nr II.41, s. 161. Franciszek Giedroyc podał mylnie, że tę decyzję podjął Dyrektoriat Generalny (*Służba Zdrowia w dawnym Wojsku Polskim*, Warszawa 1927, s. 62), podczas gdy Komisja Rządząca powróciła już wówczas z Drezna.

⁶ AGAD, AKR, nr I.17, s. 33; AKR, nr I.22, s. 43; nr II.41, s. 64–65.

⁷ AGAD, AKR, nr II.55, s. 80.

w Warszawie (od 1 sierpnia 1807 r. raport ten dotyczył Legii I i III, natomiast od 4 sierpnia tego roku wszystkich legii)⁸. Były one podpisywane nie tylko przez doktora Bergonzoniego, lecz także przez protochirurga wojska polskiego, doktora Leopolda Lafontaine'a, a następnie były przekazywane członkowi Komisji Rządzącej Walentemu Sobolewskiemu. Raporty są wprawdzie wyrywkowe, ale dokładne, a w związku z tym dające pewien obraz zapadalności na poszczególne choroby.

W raportach dla komisarza Sobolewskiego ich twórcy podzielili choroby na wewnętrzne i zewnętrzne według następujących kategorii: *febris catharalli* (gorączka kataralna), *febris nervosa* (silna gorączka), *febris biliosa* (gorączka żółciowa), *febris intermittens* (gorączka wewnętrzna), *diarhorea* (biegunka), *peripneumonia* (zapalenie płuc), *pyelitis* (zapalenie miedniczek nerkowych), *hydrops* (puchlina wodna), *inflam. guttur* (zapalenie gardła), *inflam. oculor* (zapalenie oka), epilepsja (padaczka), *rheumatism* (choroby reumatyczne), *debilitatio* (osłabienie), *scabies* (świerzb), *ulcera* lub *scrophule* (wrzody), *vulnera* (rany i obrażenia), *tumor chronic.* (guz przewlekły), *morb. veneri* (choroby weneryczne) oraz rekonwalescencji. Mimo kształtującej się od XVII w. wraz z medycyną kliniczną nozologii nie były to jeszcze precyzyjnie określone jednostki chorobowe, dlatego też podane w nawiasach wyjaśnienia nie muszą ściśle odpowiadać wyobrażeniom ówczesnych lekarzy i chirurgów. Raporty są w porównaniu z innymi materiałami z tego okresu lub nawet późniejszymi i tak bardziej rozbudowane i dokładniejsze⁹.

W raportach doktorów Bergonzoniego i Lafontaine'a pod pojęciem chorób kryją się w znacznej części objawy, które mogą znamionować choroby zakaźne. Na gorączki cierpiało niezależnie od pory roku 50–60% pacjentów lazaretów warszawskich. Współcześnie gorączka jest objawem wielu chorób, w tym może być symptomem chorób zakaźnych. Natomiast zapalenie płuc, zapalenie miedniczek nerkowych, zapalenie gardła, zapalenie oka najczęściej mają podłoże bakteryjne lub wirusowe. Zapadalność na świerzb miała z biegiem czasu tendencję zwykłą (13–25%). Na wzrost występowania tej choroby zakaźnej zapewne wpływało zgrupowanie w jednym miejscu dużej liczby osób, co nie dotyczyło wprawdzie

⁸ AGAD, AKR, nr II.92.

⁹ Z. Jastrzębowski, *Polska statystyka medyczna a badania nad zdrowotnością społeczeństwa polskiego w XIX wieku*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1996, t. III, z. 1–2, s. 117–123.

izolacji w lazaretach, lecz w koszarach i na kwaterach. Znaczna też była liczba chorych na biegunkę (3–9%), która jest objawem różnych schorzeń. Tutaj można dodać podobny komentarz jak w przypadku gorączek. To samo dotyczy takich przypadków, jak: puchlina wodna, osłabienie, wrzody, przewlekły guz. Przykładowo czyraczność jest chorobą zakaźną, ale nie zaraźliwą. Puchlina wodna jest wprawdzie pojęciem historycznym, ale mogła ona być objawem sepsy, która jest gwałtowną reakcją zapalną organizmu na zakażenie wywołane najczęściej bakteriami oraz ich toksynami, rzadziej wirusami i grzybami. Duża liczba żołnierzy cierpiących na choroby reumatyczne (2–7%) wynikała zapewne ze złych warunków bytowania. Ich podłożem mogą być zakażenia. Mniej więcej w tym samym przedziale utrzymywała się liczba chorych wenerycznie. Odbiegało to znacznie od danych z końca XVIII w. Ludwik Perzyna pisał wówczas: „Rekruci, ze wsiów do regimentów i pułków po miastach stojących oddawani, zachwyciwszy wprzód sami tej zarazy w miastach, idąc za urlopami na wsie oręż roznoszą z sobą i nią włościanki zarażają”¹⁰. O dużym problemie chorych wenerycznych pisali również inni lekarze oraz publicyści. Według Franciszka Giedroycia w 1791 r. wśród 100 rekrutów sprowadzonych ze wsi do Warszawy 80 cierpiało na choroby weneryczne¹¹. Tę dużą rozbieżność danych statystycznych można wyjaśnić albo wyolbrzymianiem przez lekarzy i publicystów oraz literaturę przedmiotu, albo znacznym spadkiem zapadalności na „francę” w ciągu kilkunastu lat.

Nie można też zapominać o chorobach zakaźnych związanych ze skutkami krwawych bitew epoki napoleońskiej. Późniejszy porucznik 12 pułku piechoty Antoni Białkowski pisał o bitwie pod Friedlandem: „W miarę zbliżania się napotykaliliśmy coraz więcej leżących przy drodze, jednych konających, drugich jeszcze cokolwiek żyjących. Każdy tak zrąbany, że nie tylko głowy, ale nawet ręce i palce poobcinane mieli”¹². Według obliczeń Borysa Cezarewicza Urlanisa, który oparł swoje dane na solidnych podstawach historiografii europejskiej (zwłaszcza francuskiej), w latach 1805–1815 padło na polach bitew i zmarło w wyniku otrzymanych ran we wszystkich armiach 755 000 osób, liczba rannych wyniosła

¹⁰ L. Perzyna, *Lekarz dla włościan*, Warszawa 1793, s. 319–320.

¹¹ F. Giedroyc, *Rys historyczny szpitala św. Łazarza w Warszawie*, Warszawa 1897, s. 172.

¹² A. Białkowski, *Pamiętniki starego żołnierza*, Gdynia 2003, s. 42.

1 964 000, a ogólna liczba zabitych i zmarłych w wojnach europejskich w latach 1800–1815 przewyższała 3 600 000¹³. Według tego autora straty armii francuskiej i wojsk sojusznicznych w latach 1806–1807 w Prusach i na ziemiach polskich wynosiły 32 000 poległych i zmarłych od ran oraz 93 700 rannych¹⁴. Christopher Summerville stwierdził, że straty w ludziach poniesione w czasie polskiej kampanii napoleońskiej trudno oszacować, „Można jednak z całą pewnością powiedzieć, że Wielka Armia poniosła mniej ofiar niż połączone armie pruska i rosyjska. W przybliżeniu mówi się nawet o 50 procentach”¹⁵. Najkrwawsza była bitwa pod Pruską Iławą, którą James R. Arnold i Reinertsen R. Raip określili „bez-sensowną rzezią”¹⁶. Tomasz Rogacki obliczył straty po stronie francuskiej: 4000 zabitych (w tym 286 oficerów), 9000 rannych (w tym 661 oficerów) i 5000 jeńców; natomiast po stronie rosyjskiej: 8000 zabitych, 5000 rannych pozostawionych na pobojowisku, 12 000 rannych zabranych ze sobą, 3000 jeńców¹⁷. Inni autorzy podają jeszcze wyższe straty po obu stronach. Rany często prowadziły do bardzo skomplikowanych powikłań, np. krwotoków wtórnych (zwane poślednimi), dreszczy, gorączki, bóli oraz zapaleń nadmier-nych (róże) czy wreszcie najcięższych, tj. zgorzeli, inaczej gangreny (zwanej ogniem piekielnym), i tęcza (określanego jako „trętwiec”)¹⁸. Części z tych przypadków chorobowych nie potrafimy zidentyfiko-wać z racji ich objawowego charakteru, część natomiast to choroby zakaźne, ale nie zaraźliwe lub zaraźliwe w minimalnym stopniu (róża, zgorzel, tęzec). Na powyższe przypadki ówczesni medycy stosowali głównie preparaty roślinne, np. na gangrenę maści, a także specjalny specyfik wstrzykiwany w rany¹⁹.

¹³ B.C. Urłanis, *Wojny a zaludnienie Europy*, Warszawa 1962, s. 79, 329.

¹⁴ *Ibidem*, s. 75.

¹⁵ Ch. Summerville, *Polska kampania Napoleona*, przekł. M. Łakomy, War-szawa 2008, s. 201.

¹⁶ J.R. Arnold, R.R. Raip, *Kryzys w śniegu. Kampania zimowa 1806–1807. Wielka Armia przeciwko Armii Carskiej*, przekł. M. Rukat, red. M. Promis, Oświę-cim 2014, s. 343.

¹⁷ T. Rogacki, *Pruska Iława 1807*, Warszawa 2004, s. 97–98; idem, *I wojna polska 1806–1807, t. I (Od manewru pułtuskiego do kampanii zimowej w Prusach Wschodnich)*, Zabrze 2015, s. 272–275.

¹⁸ E. Grzelak, *Chirurgia polowa w Księstwie Warszawskim i Królestwie Pol-skim*, „Studia i Materiały do Historii Wojskowości” 1970, t. XVI, cz. 1, s. 182–187.

¹⁹ M. Baranowski, *Chleb z pajęczyną czy „species vulnerariae”? – leczenie ran w wojskach Księstwa Warszawskiego w świetle „Przepisów lekarstw”*, „Teki Komisji Historycznej Oddział Lublin PAN” 2010, t. VII, s. 74, 76.

Ukształtowanie się nozologii nie rozwiązało dylematów związanych z przyporządkowaniem konkretnych objawów do danej tzw. jednostki chorobowej. Do dziś zresztą nie straciły na aktualności spostrzeżenia Ludwika Flecka na temat swoistych cech myślenia lekarskiego²⁰, które pobrzmiewały w różnych pismach i różnych epokach. W artykule z 1927 r. Fleck wskazał na różnice między przedmiotem poznania lekarskiego a przedmiotem poznania przyrodniczego. Przyrodnik poszukuje zjawisk typowych, normalnych, natomiast lekarz nietypowych, nienormalnych. Lekarz napotyka ogromne bogactwo i indywidualność zjawisk, które zawierają dużo stanów przejściowych, granicznych. Zadaniem medycyny jest poszukiwanie praw dla zjawisk nieprawidłowych. W ten sposób tworzy się idealne, fikcyjne typy, zwane jednostkami chorobowymi, wokół których grupują się indywidualne i zmienne zjawiska patologiczne. W związku z tym w medycynie, oprócz statystycznego zestawienia i porównywania wielu podobnych faktów, ogromną rolę odgrywa swoista intuicja. W żadnej innej poza medycyną wiedzy nie ma tylu specyficznych cech, które nie dają się zanalizować, sprowadzić do wspólnych elementów. Wskutek tego istnieje charakterystyczna rozbieżność teorii i praktyki, tzn. nie sztuki i nauki lekarskiej, lecz wiedzy książkowej i żywych obserwacji. Podobnie jak inne nauki przyrodnicze medycyna uznaje związki przyczynowe, lecz skutek nie jest nigdy proporcjonalny do przyczyny ani nawet stale taki sam. Wynikają z tego ważne konsekwencje: konieczność ciągłej zmiany kąta patrzenia, niewspółmierność idei, niemożliwość istnienia idei obejmującej całość kształtu wiedzy medycznej, łatwość pseudologicznego tłumaczenia zjawisk.

Przez cały omawiany okres w armii polskiej utrzymywał się wysoki stan chorych lub uchylających się od służby wojskowej. Interesował się tym faktem sam cesarz Napoleon. Grając 4 kwietnia 1807 r. w kwaterze głównej w Kamieńcu w karty z Józefem Wybickim, wyraźnie wypytywał o przyczyny chorób i dezercji żołnierzy polskich²¹. Napoleon miał podstawy, aby podejrzewać, że znaczna

²⁰ L. Fleck, *O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1927, t. VI, s. 55–64. Jest to praca pozostająca w cieniu analizy Flecka na temat stylów myślowych i kolektywów myślowych, aczkolwiek istotna. Szerzej: T. Srogosz, *Między biologiczną egzystencją człowieka w dziejach a historią nauki*, Częstochowa 2003, s. 164.

²¹ *Archiwum Wybickiego*, t. II (1802–1822), wyd. A.M. Skalkowski, Gdańsk 1950, s. 149. Por. W. Zajewski, *Józef Wybicki*, Warszawa 1977, s. 191.

część żołnierzy uchyla się od służby wojskowej, dlatego oficjalnie interweniował w tej sprawie u komisarza Komisji Rządzącej przy cesarzu Aleksandra Batowskiego. Dawne badania Leona Antoniego Sułka na temat dezercji z wojska Księstwa Warszawskiego ilustrują dużą skalę tego procederu²². Po epizodzie karcianym w Kamieńcu i oficjalnej interwencji władze polskie podjęły usilne starania, aby zmniejszyć liczbę chorych, np. zwalniając rekonwalescentów z lazaretów. Mimo to liczba chorych żołnierzy oscylowała i dochodziła do 8552, co więcej, nawet po zakończeniu działań wojennych wynosiła około 20% stanu całej armii narodowej²³.

Przyczynami śmierci pacjentów w lazaretach warszawskich według raportów przygotowanych przez doktorów Bergonzoniego i Lafontaine'a były najczęściej gorączki, rzadziej biegunka, zapalenie miedniczek nerkowych i puchlina wodna. Śmiertelność kształtowała się na bardzo niskim poziomie i wynosiła dziennie do kilku osób (na ponad 1000 pacjentów). Feliks Łubieński, składając jako przewodniczący raporty o czynnościach Dyrektoriatu Generalnego podczas pobytu Komisji Rządzącej w Dreźnie za okres od 13 lipca 1807 r. do 25 lipca 1807 r. pisał, że w lazaretach nikt nie umarł, raz doniósł o śmierci jednego żołnierza, częściej odnotowywał, że „mało co umiera”²⁴. W prowizorycznych lazaretach głównych w Tokarach i Dobrzykowie, zorganizowanych w magazynach nad Wisłą, śmiertelność również kształtowała się na niskim poziomie. Członkowie Komisji Lazaretowej w liście do Józefa Wybickiego z 16 czerwca 1807 r. pisali: „Śmierć zmniejszyła znacznie swoją moc, z 1600 chorych dzisiaj nie umarło jak tylko 6, gdy niedawno od 14 do 15 na dzień umierało i to z daleko mniejszej liczby”²⁵.

Według raportu generalnego intendenta Wielkiej Armii, hrabiego Pierre'a Daru śmiertelność w lazaretach wynosiła 7,5%, co Jerzy Krzyś i Tadeusz Srogosz przyjęli szacunkowo dla wojska polskiego²⁶. Z całą pewnością nie są to wartości podane przez innych autorów. Mianowicie Franciszek Giedroyc podał, że w roku 1807

²² L.A. Sułek, *Dezercja w wojsku Księstwa Warszawskiego (lata 1807–1813)*, „Kwartalnik Historyczny” 1988, nr 3, s. 173–198.

²³ T. Srogosz, *Pomoc weteranom...*, s. 52–53.

²⁴ *Materyały do dziejów Komisji Rządzącej z r. 1807*, t. I (*Dziennik czynności Komisji Rządzącej*), wyd. M. Rostworowski, Kraków 1918, s. 319–331.

²⁵ *Archiwum Wybickiego...*, s. 216.

²⁶ J. Krzyś, *Służba zdrowia wojsk polskich w latach 1806–1807*, Łódź 1978 (rozprawa doktorska w Bibliotece Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi), s. 61; T. Srogosz, *Pomoc weteranom...*, s. 51.

dur dziesiątkował wojsko²⁷, natomiast Robert Bielecki stwierdził, że personel medyczny nie był w stanie zapewnić właściwej opieki, stąd w lazaretach panowała wysoka śmiertelność²⁸. Ówczesni medycy posługiwali się wprawdzie innym nazewnictwem, prymitywniejszymi narzędziami, nie znali zasad antyseptyki i aseptyki, działali w innym otoczeniu *etc.*, ale widocznie umieli sobie radzić z rannymi i chorymi żołnierzami.

Dla ludności cywilnej nie mamy takich dokładnych, aczkolwiek wyrwykowych danych. Dlatego musimy opierać nasze opisy i interpretacje na ówczesnej korespondencji urzędowej, zawierającej tylko informacje o bardziej masowych zagrożeniach epidemiami i epizootiami. Natomiast władze, ale także ogół ludności rozumiał tę współzależność między wojną a „powietrzem”. Dlatego zagrożenie epidemiczne uważano za pierwszoplanowe. Do czerwca 1807 r. choroby nie nasiliły się w takim stopniu, aby te zjawiska uznać za epidemie. Mimo to władze oraz doktor Lafontaine przestrzegali ludność przed zagrożeniem epidemicznym, wskazując na źródła zakażeń, czyli pobojowiska, cmentarze i szpitale. Dnia 22 lutego 1807 r. Komisja Rządząca zaleciła Izbie Administracji Publicznej departamentu warszawskiego, aby podjęła działania zapobiegające zarazie, która może wybuchnąć wiosną w pobliżu cmentarza na Powązkach²⁹. Doktor Lafontaine przestrzegał władze przed możliwością wybuchu epidemii z powodu zaniechania grzebania zwłok z pobojowisk³⁰. Problem dużej liczby rannych i grzebania zwłok przewijał się przez całą epokę napoleońską (zresztą nie tylko wówczas). Przykładowo po bitwie pod Austerlitz „pojedynczo już ciał nie grzebano, ale wywiezione na smętarz w dołach po kilkadziesiąt trupów w jednym warstwami układano, wapnem niegaszonym przysypywano i ziemią grubą przykrywano”³¹. W różnych epokach bywało jeszcze gorzej, łącznie z pozostawieniem pobojowisk na pastwę dzikim lub zdziczałym zwierzętom. Doktor Lafontaine przestrzegał również przed kolejnym źródłem rozprzestrzeniania się chorób, czyli przed szpitalami, przepelnionymi chorymi żołnierzami, niedożywionymi i niedostatecznie odzianymi. Według niego ta sytuacja dotyczyła zwłaszcza licznych jeńców rosyjskich.

²⁷ F. Giedroyć, *Służba Zdrowia...*, s. 75.

²⁸ R. Bielecki, *Wielka Armia*, Warszawa 1995, s. 194.

²⁹ AGAD, AKR, nr I.10, s. 8.

³⁰ *Materyały do dziejów Komisji Rządzącej...*, s. 109; AGAD, AKR, nr I.18, s. 15.

³¹ J. Jaszowski, *Pamiętnik dowódcy rakiетników konnych*, Warszawa 1968, s. 34.

Komisja Rządząca przekazała sprawę dyrektorowi policji Aleksandrowi Potockiemu, który miał uzgodnić z doktorem Lafontaine'em metody zapobiegawcze. Zobowiązano również dyrektora Potockiego do wydania zarządzenia o pochówku zwłok w okolicy Pomiechowa i Czarnowa nad Narwią oraz trupów koni za Pragą w kierunku Jabłonnej i Nieporętu³².

Doktor Lafontaine na zlecenie dyrektora policji Potockiego opracował wskazówki profilaktyczne, które w formie odezwy do publiczności ogłosiła 11 kwietnia 1807 r. w prasie Izba Administracji Publicznej departamentu warszawskiego: „Nalać w filiżankę porcelanową blisko łoż zkoncentrowanego kwasu siarczystego, czyli jak powszechnie nazywają olejku wiotriowego (Oleum vitrioli, acidum Vitrioli concentratum). Ta filiżanka stawia się na talerzu glinianym, w piasku dobrze ogrzanym; za ogrzaniem kwasu siarczystego, wsypuje się powoli blisko pół łoża utartej saletry i miesza szklanym lub drewnianym prętem, po jakim czasie wznosi się znaczna para i po izbie rozchodzi. Filiżanki nie należy przybliżać do chorego. Podczas kadzenia drzwi i okna zamknąć i po godzinie dopiero dla odmiany powietrza otworzyć; kadzi się raz lub dwa razy na dzień. Chodzący koło tego winien się strzec, aby kwas siarczysty nie wylał się na ciało lub na szaty, gdyż uszkodzonymi być mogą, utrzymuje się zaś najlepiej w naczyniu szklanym, a lepiej jeszcze w kamiennym, jak butelki do wody salcerskiej, dobrze zatkanym. Ochędostwo, powietrze czyste, pewna ostrożność w przybliżaniu się do chorych, osobliwie chronienie się ich potu, oddechu, śliny i rzeczy wszelkich, które tym nasiąknąć by mogły, umysł swobodny, praca umiarkowana, mierne używanie wina, wódki lub araku są niejako ochraniającymi od zarazy lekarstwami”³³.

Zalecenia doktora Lafontaine'a były typowe, oparte na ówczesnym stanie wiedzy, stosowane w profilaktyce i leczeniu chorób zakaźnych zarówno wcześniej, jak i później. Do sukcesów bakteriologii i wirusologii funkcjonowały dwie główne teorie o zaraźliwości. Teorię zakażenia, pojawiającą się wprawdzie w formie praidei od starożytności, rozwinął włoski lekarz Girolamo Fracastoro w trzymtomowym dziele *De contagionibus et contagionis morbis* (1546). Twierdził on, że zarazę powodują „seminaria”, niewidzialne gołym okiem cząsteczki. Fracastoro rozróżnił trzy rodzaje zakażeń: *per*

³² AGAD, AKR, nr I.5, s. 362.

³³ „Gazeta Korrespondenta Warszawskiego i Zagranicznego” 1807, nr 30, s. 382; „Gazeta Warszawska” 1807, nr 30, s. 465–466.

contagium, czyli bezpośrednio przenoszone z człowieka na człowieka; *per fomitem*, czyli przenoszone pośrednio przez rzeczy (np. odzież i naczynia) oraz przenoszone na odległość (zakażenie odbywa się głównie w czasie oddychania). Zwolenników teorii Fracastoro nazywano kontagionistami. W XVII w. lekarz angielski Thomas Sydenham, wykorzystując z kolei praideę miazmatów (szkodliwych wyziewów), stworzył teorię tzw. konstytucji epidemicznej. Zdaniem Sydenhama miazmaty powodowały, że różne objawowe choroby gorączkowe stawały się złośliwe, przyjmując epidemiczną postać. Teorie te przyczyniły się do rozpoznawania, klasyfikacji i profilaktyki różnych jednostek chorobowych.

Obawy doktora Lafontaine'a znalazły potwierdzenie w czerwcu 1807 r., kiedy w Mławie i jej okolicach wybuchła epidemia. Według Izby Administracji Publicznej departamentu płockiego, która posiłkowała się opinią mławskiej Izby Wykonawczej, panowała na tym terenie dyzenteria (czerwonka) spowodowana niedożywieniem (miejscowa ludność odżywiała się zieleniną z racji braku innych możliwości pokarmowych), dużą liczbą chorych w lazaretach i wielką liczbą świeżych mogił³⁴. Departament płocki znajdował się od kilku miesięcy na bezpośrednim zapleczu działań wojennych. Rekwizycje i rabunki ogołociły ten obszar z żywności, zwłaszcza ze zboża. Polskie władze zwracały się wielokrotnie do dowództwa francuskiego z prośbami, aby żołnierze nie zabierali chociaż ziarna na zasiewy. W dniu 8 czerwca 1807 r. pełnomocnik Komisji Rządzącej na prawym brzegu Wisły Józef Wybicki pisał: „Choroby w Mławie rozszerzyły się bardzo, prawda, ale z nieroztropności komendanta placu, Polaka, który przychodzących chorych i zarażonych z obozu lokował po domach ubogich obywateli. Zagroziłem mu kasacją, a dla przybywających chorych wybrałem na wzgórkach lazaret, Starościński nazwany. Te i inne urządzenia zakończą epidemię”³⁵.

Prognoza Wybickiego odnośnie do zakończenia epidemii nie w pełni się sprawdziła. Dnia 12 czerwca 1807 r. otrzymał on list o alarmującej treści: „Podług uczynionej rewizji przez kreisfyzyka Loebera znajduje się w tutejszym mieście jeszcze z mieszkańców 218 osób chorych, pomiędzy którymi jednak znaczna część do zdrowia przychodzi, a przez przeciąg czasu tej choroby umarło 59. Gatunek choroby najwięcej zgniła gorączka i petocje (czerwona wysypka tyfusowa – przyp. wydawcy), które i okolicznie a osob-

³⁴ AGAD, AKR, nr II.62, s. 87; *Archiwum Wybickiego...*, s. 202.

³⁵ *Ibidem*, s. 209.

liwie na trakcie w położonych wsiach panują. Wieś Uniszki Zawadzkie, Kuklin, Kulaszy (wsie starostwa mławskiego – przyp. wydawcy), najmocniej są tą kłeską tknięte, i w pierwszej, gdzie 24 gospodarzy mieszka, umarło już 31 osób, w Kuklinie i Kulaszach składających 36 dymów choruje teraz 63 osoby. Jednak choroba nie zabiera tyle ludzi jak w pierwszej, gdy do tej pory tylko 19 osób umarło. Po innych wsiach okolicznie, jak to w Łomi (Łomnia – przyp. wydawcy), Woli Łomskiej, Karbońcu, Wiszniewie (Wiśniowiec – przyp. wydawcy), Otoczni, Studzieńcu, Nowej Wsi, Modle (Modła – przyp. wydawcy), Półkraciwci (Podkrajewo – przyp. wydawcy) i Wojnówce, lubo ludzie też chorują, to jednak nie tak znacznie i mało co umiera, a używanie tyzanny (tyzanna lub tyzana – napar z leczniczych ziół – przyp. O.G. i T.S.) z octów (z ostów – przyp. wydawcy) najwięcej onych ratuje. Z lazaretu tutejszego chorzy już tak dalece zostali wywiezieni, że na dniu przedwczorajszym tylko 137 chorych zostało, lecz przez wczorajszy i dzisiejszy 189 chorych z Neidenbergu [Nidzica – przyp. O.G. i T.S.] przybyło...³⁶. Z listu wynika, że rozmiary epidemii malały. Natomiast nadawca przestrzegał, że umieszczanie dalszych chorych żołnierzy w lazarecie mławskich mogło prowadzić do zagrożenia zdrowia ludności cywilnej.

Sytuacja epidemiczna w Mławie i okolicy zaalarmowała władze lokalne i centralne. Sprawą interesowali się zwłaszcza dyrektor spraw wewnętrznych Stanisław Breza i dyrektor policji Aleksander Potocki. Pełnomocnik Komisji Rządzącej na prawym brzegu Wisły Józef Wybicki zaangażował do akcji ratunkowej nie tylko kreisfyzyka (lekarza powiatowego) Fryderyka Loebera, lecz także prosił warszawskiego lekarza, doktora Hiacynta Dziarkowskiego, przebywającego wówczas na inspekcji lazaretu w Tokarach i Dobrzykowie, aby podjął działania lecznicze i profilaktyczne. Dnia 28 czerwca 1807 r. dyrektor Breza polecił mławskiej Izbie Wykonawczej, aby wysłała chirurga do dóbr narodowych Łomnia w celu zapobiegania szerzącej się tam epidemii wśród ludzi i epizootii wśród zwierząt³⁷. Sytuacja widocznie została opanowana, ponieważ przez pewien czas w źródłach nie odnotowujemy wzmianek na ten temat.

Następna fala zwiększonej zapadalności na choroby zakaźne w departamencie plockim nastąpiła w miesiącach sierpień–wrze-

³⁶ *Ibidem*, s. 209–210.

³⁷ AGAD, AKR, nr I.188, s. 129.

sień 1807 r., czyli już po zakończeniu działań wojennych. Mimo to pozostały negatywne okoliczności, które składały się na zagrożenie epidemiczne. Dawała wtedy jeszcze o sobie znać sytuacja z przednówka, kiedy ludność przymierała głodem, zwłaszcza w okolicach Ostrołęki, Pułtuska i Mławy³⁸. Nie zaniechano też rekwizycji wojskowych, a najgorzej zachowywali się żołnierze VI korpusu francuskiego marszałka André Massény, księcia Rivoli. Po pokoju w Tylży rozprzężenie w armiach francuskiej i polskiej się nasiliło. Dyrektor wojny, książę Józef Poniatowski i inni wyżsi oficerowie osobiście patrolowali ulice Warszawy, aby zapobiegać rozpasaniu żołdactwa. Dopiero energiczne działania marszałka Louisa Nicolaśa Davouta, mianowanego naczelnym dowódcą wszystkich wojsk stacjonujących na wschód od Odry, przyniosły częściowe ograniczenie nadużyć żołnierskich.

Niekorzystnie na sytuację epidemiczną w departamencie płockim oddziaływało przepędzenie przez Francuzów w okolice Warszawy 1000 sztuk wołów z Prus. Wkrótce padły one wskutek zarazy, uratowano zaledwie 200 sztuk³⁹. Przymierający głodem chłopcy spożywali mięso z padłego bydła, co stało się przyczyną głównie dyzenterii. Rozumiejąc powagę sytuacji, Komisja Rządząca upoważniła 17 sierpnia 1807 r. dyrektorów Brezę i Potockiego do wydania polecenia Izbie Administracji Publicznej departamentu płockiego, aby utrzymała tymczasowo do czasu ustanowienia Kolegium Medycznego dotychczasowych kreisfizyków (lekarzy powiatowych) i chirurgów, opłacając ich według etatu rządu pruskiego⁴⁰. Uznano, że tylko takie rozwiązanie może zapobiec katastrofie. Mimo to zaraza bydła i epidemia dyzenterii wśród ludzi się rozszerzała, aczkolwiek w tempie umiarkowanym. Według opinii Stanisława Jabłonowskiego i Franciszka Twardowskiego, komisarzy wyznaczonych do rozgraniczenia Księstwa Warszawskiego i Królestwa Pruskiego, na przełomie sierpnia i września 1807 r. epidemia osiągnęła znaczne rozmiary w okolicach Bydgoszczy, Torunia i Elbląga⁴¹. Chłopi umierali tam masowo, co krok komisarze widzieli kondukt pogrzebowy. Dlatego przenieśli oni swoją siedzibę z Bydgoszczy do Chełmna.

³⁸ W. Zajewski, *op. cit.*, s. 193.

³⁹ B. Szyndler, *op. cit.*, s. 296.

⁴⁰ *Materyały do dziejów Komisji Rządzącej...*, s. 339; AGAD, AKR, nr I.16, s. 9–10, 15–16, 254; nr I.8, s. 13.

⁴¹ AGAD, AKR, nr II.70, k. 14, 16–17.

Wobec niskiej skuteczności dotychczasowych działań przeciwepidemicznych i przeciwepizootycznych władze podjęły dalsze kroki. Komisja Rządząca na sesji 28 sierpnia 1807 r. podjęła następującą rezolucję: „Przełożenie i szrodki użyte od JWW. Dyrektorów Spraw Wewnętrznych i Policji w celu zahamowania szerzącej się w kraju pomórki bydła największą klęskę rolnictwu przynoszącej, uznawszy sprawiedliwemi y przyzwoitemi, gdy te bez użycia dzielnej pomocy wojskowej będą czczemi, zaleciła Komisyja W.X. Dyrektorowi Wojny, ażeby zniósł się z JW. Marszałkiem Davout, w celu wyciągnięcia Kordonu zasłaniającego powiaty wolne od zarazy, od okolic zarażonych, y udzielenia pomocy wojskowej wszędy, gdzie tylko JW. Dyrektor Spraw Wewnętrznych do exekucyi swych urzędzeń uzna tego potrzebę”⁴².

Marszałek Davout przychylił się do tej propozycji, ale do utworzenia kordonu prawdopodobnie nie doszło, co spowodowane mogło być barierami organizacyjnymi lub stopniowym ustąpieniem zagrożeń dla ludzi i zwierząt. Kordon wojskowy wymagał wielu zabiegów, czyli współdziałania administracji cywilnej ze sztabami wojskowymi, budowy domów na kwarantannę i posterunków ze szlabanami, zorganizowania służb medycznych i weterynaryjnych *etc.* Podejmowano inne decyzje, nie tak kompleksowe, ale istotne. Przykładowo na wniosek administracji skarbowej zwolniono jadących do chorych lekarzy i akuszerki od opłaty mostowego na Narwi, Wiśle pod Zakroczymiem i Bugu pod Serockiem⁴³.

Mimo stopniowego zaniku zagrożenia epidemicznego jeszcze 2 października 1807 r. Izba Administracji Publicznej departamentu płockiego prosiła o uwolnienie tego terenu od kwaterunku armii francuskiej z powodu zarazy. Niezbyt rozsądnie proponowano, aby kwaterować żołnierzy w miastach, nie we wsiach „z powodu pęduszego po miastach ratunku dla przytomnych tamże doktorów i felczerów miejscowych”⁴⁴. Śmiertelność na zapleczu działań wojennych była znaczna. W późniejszym departamencie bydgoskim obliczono, że w 1806 r. urodziło się 15 997 osób, zmarło 16 784 (zmarło 787 więcej); w 1807 r. urodziło się 16 929, zmarło 26 080 (zmarło 9151 więcej); natomiast dla lat pokojowych: w 1808 r. urodziło się 16 900, zmarło 15 193 (urodziło się 1707 więcej); w 1809 r. urodziło

⁴² *Materyały do dziejów Komisji Rządzącej...*, s. 368–369.

⁴³ AGAD, AKR, nr I.6, s. 173, 200; Anr II.35, s. 36.

⁴⁴ AGAD, AKR, nr II.75, s. 17.

się 16 275, zmarło 12 719 (urodziło się 3556 więcej); a w 1810 r. urodziło się 19 987, zmarło 13 784 (urodziło się 6203 więcej)⁴⁵.

W tym samym czasie ogniska epidemiczne i epizootyczne powstawały również w innych rejonach kraju. W dniach 6–29 września 1807 r. administracja skarbowa rozliczała delegację doktora medycyny i chirurgii Fryderyka Hoffmana, który przedstawił rachunki na 30 talarów⁴⁶. Doktor Hoffman został wysłany przez dyrektora policji Potockiego do powiatu sochaczewskiego w celu rozpoznania zarazy bydła i ewentualnego użycia wszelkich środków do jej zwalczania. Wysokość wydanej sumy (same diety wyniosły 10 talarów) wskazuje jednak na niewielkie rozmiary epizootii. Dnia 11 września 1807 r. doktor Fryderyk Hildebrand, fizyk (lekarz) powiatu piotrkowskiego, alarmował władze w Warszawie o zagrożeniu epidemicznym w Piotrkowie⁴⁷. Choroba, którą doktor Hildebrand określił jako „zaraźliwą malignę”, miała swoje pierwotne ognisko wśród żołnierzy stacjonujących w klasztorze dominikanów. Rychło przypadki zachorowań odnotowano wśród ludności cywilnej miasta. W związku z tą sytuacją doktor Hildebrand proponował rozśrodkowanie lazaretu do klasztoru bernardynów i prywatnej posesji.

Ogniska chorób zakaźnych występowały prawdopodobnie częściej, co nie zawsze znalazło potwierdzenie w materiałach źródłowych, nawet odnoszących się do lokalnych społeczności. Przykładem może być sprawa Rozalii Albinowiczowej, która wyasygnowała kwotę 37 talarów i 25 fenigów na uwolnienie „od powietrza” mieszkańców Ostrzeszowa⁴⁸. Problem został rozstrzygnięty na wysokim szczeblu, aż przez Komisję Rządzącą, która na wniosek dyrektora Brezy wydała 20 maja 1807 r. zalecenie Izbie Administracji Publicznej departamentu kaliskiego, aby kwota została zwrócona Albinowiczowej ze składek mieszczan ostrzeszowskich. Na zagrożenie epidemiczne wskazywano także przy okazji opisu warunków życia i pracy robotników przy fortyfikacjach w Modlinie. Pracowali oni podczas upałów, 15 godzin dziennie, bez gratyfikacji pieniężnej, jedynie za kawałek chleba. Ogniskiem epidemii mógł

⁴⁵ *Statystyka departamentu bydgoskiego ułożona w m-cu kwietniu 1812 roku*, wyd. M. Kallas, J. Wojciak, Poznań 1972, s. 21.

⁴⁶ *Materyały do dziejów Komisji Rządzącej...*, s. 462; AGAD, AKR, nr I.6, s. 198; nr I. 8, s. 82–83; nr II.43, s. 3–5.

⁴⁷ AGAD, AKR, nr I.17, s. 37–38; nr I. 22, s. 51.

⁴⁸ AGAD, AKR, nr I.13, s. 33–34; nr I. 188, s. 5.

okazać się tamtejszy szpital, gdzie przebywali liczni chorzy „pokaleczeni przez rozmaite zdarzenia przy robotach fortyfikacyjnych”⁴⁹.

Jako miasto stołeczne, szczególnie w Warszawie władze wydawały wiele zarządzeń zmierzających do poprawy stanu sanitarno-zdrowotnego. Jednocześnie rezydent napoleoński w Warszawie Stefan Vincent stwierdził, że w polskiej stolicy brakuje dobrej policji⁵⁰. Dnia 14 kwietnia 1807 r. Magistrat Policji Miasta Warszawy wydał obwieszczenie, w którym opisany został zły wygląd ulic, zawalonych błotem i gnojem oraz niedostateczną liczbę koni w magazynie karowym (czyli remizie wozów wywożących nieczystości), co stwarza zagrożenie epidemiczne⁵¹. W związku z tym nakazano właścicielom domów, aby w ciągu 10 dni usunęli z posesji i ulic gnoj, błoto i śmieci. Po tym terminie groziły kary, a dopilnowanie wykonania obwieszczenia powierzono intendentom cyrkulowym, policjantom i dozorcóm.

Prawdopodobnie w związku z sytuacją epidemiczną w departamencie płockim 6 lipca 1807 r. problemem stanu sanitarnego Warszawy zajęła się Komisja Rządząca. Wydała ona następującą rezolucję: „Zalecono JW. Dyrektorowi Policji, ażeby gdy od ochędóstwa w mieście y zdrowie mieszkańców zależy, przedsięwziął niezwłocznie przyzwoite y skuteczne szrodki do oczyszczenia w mieście Warszawie ulic y kanałów zarażających powietrze szkodliwemi wyziewami kałów, y ponowił rozkazy possessorom chędożenia co tydzień ulic przed swemi domami, które to rozrządzenie do wszystkich miast w kraju ma być rozciągnięte”⁵². Dyrektor policji Potocki wywiązał się z nałożonego zadania, aczkolwiek w stolicy wozy karowe używano w pierwszej kolejności do oczyszczania lazaretów, zaniedbując przez to inne posesje oraz ulice i place. Dyrektor Potocki wydał ponadto obwieszczenie o zakazie sprzedaży niedojrzałych owoców⁵³.

Dnia 22 lipca 1807 r. dyrektor sprawiedliwości i prezydujący w Dyrektoriacie Generalnym Feliks Łubieński referował zagadnienie epidemii wśród ludności żydowskiej w Warszawie, gdzie dzien-

⁴⁹ AGAD, AKR, nr II.36, s. 6–9.

⁵⁰ *Instrukcye i depesze rezydentów francuskich w Warszawie 1807–1813*, t. I, wyd. M. Handelsman, Kraków 1914, s. 16.

⁵¹ „Gazeta Korrespondenta Warszawskiego i Zagranicznego” 1807, nr 30, s. 383.

⁵² *Materyały do dziejów Komisji Rządzącej...*, s. 285; AGAD, AKR, nr I.6, s. 250; nr I. 15, s. 367; nr II.63, k. 1; nr II.64, k. 23.

⁵³ AGAD, AKR, nr I.26, s. 22.

nie umierało po kilkanaście osób⁵⁴. Dyrektor policji Potocki odpowiedział, że jest o tym poinformowany raportem kreismedyka Filipa Franciszka Künzla. Dalej oznajmił, że podjęto odpowiednie działania w celu powstrzymania dalszych zachorowań, za najważniejsze z nich uważając przesiedlenie części sublokatorów żydowskich do innych dzielnic Warszawy. Nadmierne do tej pory zagęszczenie lokali i ich zły stan sanitarny były zagrożeniem dla zdrowia. Prezes Łubieński zalecił jednak ostrożność w tym postępowaniu, aby przez przesiedlenie Żydów nie rozszerzyć rozmiarów zachorowań. Jest to problem, czy było to rzeczywiste zagrożenie epidemiczne, czy czasem dyskusja na posiedzeniu Dyrektoriatu Generalnego nie wpisywała się w panującą wówczas, w tym również w czasach Księstwa Warszawskiego, politykę ograniczania w prawach ludności żydowskiej⁵⁵. Świetny pretekst do tego kierunku polityki stanowiło zagrożenie epidemiczne.

Na przełomie XVIII i XIX w. najgroźniejszą chorobą pozostawała ospa. Kobiety, które na twarzy nie miały charakterystycznych śladów po ospie, uważano za ładne („gładka niewiasta”). Miarą zagrożenia ospą może być statystyka przyczyn zgonów w parafii Pławno w powiecie radomszczańskim, gdzie w latach 1795–1799 choroba ta sytuowała się na pierwszym miejscu, powodując 34 zgony na ogólną liczbę 108⁵⁶. Wiosną 1807 r. Izba Administracji Publicznej departamentu warszawskiego poinformowała za pośrednictwem prasy, że odbierane przez nią raporty wskazują niezbitcie na zwiększanie się śmiertelności dzieci na ospę⁵⁷.

Do tego czasu nie wprowadzono obowiązkowych szczepień. Jedyną metodą wprowadzania szczepień w tym czasie były akcje uświadamiające przez różne instytucje. Przykładowo 15 marca 1807 r. korespondent „Gazety Warszawskiej” relacjonował z Kutna: „Czytaliśmy niedawno jaką gorliwością Xiąże Lukieski [księżną Lukki była siostra Napoleona Eliza Maria Anna z domu Bonapar-

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ Szerzej: Z. Filipiak, *Ograniczanie praw politycznych i cywilnych ludności żydowskiej w Księstwie Warszawskim*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2010, t. VI, s. 5–30; *idem*, *Projekt urządzenia ogólnego ludności żydowskiej w Księstwie Warszawskim z 1808 r.*, „Czasopismo Prawno-Historyczne” 2016, t. LXVIII, z. 2, s. 147–166.

⁵⁶ E. Vielrose, *Przyczynek do demografii wsi polskiej w XVIII wieku*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 1952, t. XIV, s. 133.

⁵⁷ „Gazeta Korrespondenta Warszawskiego i Zagranicznego” 1807, nr 30, s. 382.

te Baciocchi – przyp. O.G. i T.S.] stara się o wytepienie w państwie swoim ospowej zarazy, naznaczając nadgrody lekarzom, którzy pewną liczbę osób między ludem ospą ochraniającą zaszczepią. Godną jest pochwały ta troskliwość w panującym, który władzy i bogactw swoich używa dla oszczędzania klęsk ludności. Lecz niemniej wdzięczni być powinniśmy prywatnym, którzy przy małych sposobach poświęcają się dobru bliźnich swoich. Widziemy tu piękny tego przykład w spółziomku naszym Xiędzu Sienickim. Kapłan ten dziesięć lat życia strawiwszy na trudnych obowiązkach nauczyciela w zgromadzeniu Xięży Pijarów, dla osłabionego zdrowia przymuszony ich zaniechać, przyjął szczupłe bardzo probostwo w powiecie orłowskim, gdzie cały oddał się na usługi ubogiego ludu. Szczególniej przyłożył się do rozszerzenia ospy ochraniającej i własną ręką zaszczepił przeszło 600 osobom, walcząc z przesądami pospólstwa, które częstokroć dobrodziejów swoich ma za nieprzyjaciół. Spodziewać się należy, iż rząd tego gatunku zasługę cenić i nagrodzić będzie umiał, gdy o niej uwiadomiony zostanie⁵⁸.

W 1807 r. największe zagrożenia zdrowotne dla żołnierzy i ludności cywilnej wynikały z prowadzonej wojny. Dlatego zwiększoną zapadalność i śmiertelność zauważamy na bezpośrednim zapleczu armii francuskiej i polskiej walczących na Pomorzu. Natomiast nie były to zagrożenia na skalę spotykaną wcześniej, kiedy trzeba było się borykać z epidemiami dżumy⁵⁹, jak również później, w warunkach epidemii cholery. Zagrożenia zdrowotne mobilizowały władze i środowisko lekarskie do działania. Wydane wówczas zarządzenia i podjęte wysiłki organizacyjne kierowane były zarówno na doraźne zwalczanie i zapobieganie chorobom, jak i tworzenie zrębów przyszłych stosunków sanitarno-zdrowotnych.

⁵⁸ „Gazeta Warszawska” 1807, dodatek do nru 27, s. 430.

⁵⁹ Franciszek Giedroyc umiejscowił jeszcze epidemię dżumy w 1797 r. w miastach Szarogród i Lanckorona oraz na Wołyniu (*Mór w Polsce w wiekach ubiegłych. Zarys historyczny*, Warszawa 1899, s. 67). Rada Ministrów Księstwa Warszawskiego wielokrotnie debatowała nad ochroną przed zarazą, która grasowała na Krymie i w okolicy Chersonia. Zagadnienia te wymagają jednak badań archiwalnych (np. w Archiwum Państwowym w Chersoniu znajdują się bogate źródła do tego tematu).

Bibliografia

ŹRÓDŁA ARCHIWALNE

Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie [AGAD]

Archiwum Komisji Rządzącej [AKR]

nr I.5, I.6, I.8, I.10, I.13, I.15, I.17, I.22, I.26, I.188, II.36, II.41, II.43, II.55, II.62, II.63, II.64, II.75, II.92.

ŹRÓDŁA DRUKOWANE

Archiwum Wybickiego, t. II (1802–1822), wyd. A.M. Skałkowski, Gdańsk 1950.

Białkowski A., *Pamiętniki starego żołnierza*, Gdynia 2003.

Instrukcye i depesze rezydentów francuskich w Warszawie 1807–1813, t. I, wyd. M. Handelsman, Kraków 1914.

Jaszowski J., *Pamiętnik dowódcy rakiетników konnych*, Warszawa 1968.

Materyały do dziejów Komisji Rządzącej z r. 1807, t. I (*Dziennik czynności Komisji Rządzącej*), wyd. M. Rostworowski, Kraków 1918.

Perzyna L., *Lekarz dla włościan*, Warszawa 1793.

Statystyka departamentu bydgoskiego ułożona w m-cu kwietniu 1812 roku, wyd. M. Kallas, J. Wojciak, Poznań 1972.

PRASA

„Gazeta Korrespondenta Warszawskiego i Zagranicznego” 1807, nr 30.

„Gazeta Warszawska” 1807, dodatek do nru 27, nr 30.

OPRACOWANIA

Arnold J.R., Ralp R.R., *Kryzys w śniegu. Kampania zimowa 1806–1807. Wielka Armia przeciwko Armii Carskiej*, przekł. M. Rukat, red. M. Promis, Oświęcim 2014.

Baranowski M., *Chleb z pajęczyną czy „species vulnerariae”? – leczenie ran w wojskach Księstwa Warszawskiego w świetle „Przepisów lekarstw”*, „Teki Komisji Historycznej Oddział Lublin PAN” 2010, t. VII, s. 67–77.

Bielecki R., *Wielka Armia*, Warszawa 1995.

Bincer W., *Wojny i choroby zakaźne (Z rozważań epidemiologicznych)*, Cieszyn 1946.

Filipiak Z., *Ograniczanie praw politycznych i cywilnych ludności żydowskiej w Księstwie Warszawskim*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2010, t. VI, s. 5–30.

Filipiak Z., *Projekt urządzenia ogólnego ludności żydowskiej w Księstwie Warszawskim z 1808 r.*, „Czasopismo Prawno-Historyczne” 2016, t. LXVIII, z. 2, s. 147–166.

Fleck L., *O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1927, t. VI, s. 55–64.

- Giedroyc F., *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych. Zarys historyczny*, Warszawa 1899.
- Giedroyc F., *Rys historyczny szpitala św. Łazarza w Warszawie*, Warszawa 1897.
- Giedroyc F., *Służba Zdrowia w dawnym Wojsku Polskim*, Warszawa 1927.
- Grzelak E., *Chirurgia polowa w Księstwie Warszawskim i Królestwie Polskim*, „Studia i Materiały do Historii Wojskowości” 1970, t. XVI, cz. 1, s. 125–231.
- Jastrzębowski Z., *Polska statystyka medyczna a badania nad zdrowotnością społeczeństwa polskiego w XIX wieku*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1996, t. III, z. 1–2, s. 117–123.
- Krzyś J., *Służba zdrowia wojsk polskich w latach 1806–1807*, Łódź 1978 (rozprawa doktorska w Bibliotece Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi).
- Rogacki T., *I wojna polska 1806–1807*, t. I (*Od manewru pułtuskiego do kampanii zimowej w Prusach Wschodnich*), Zabrze 2015.
- Rogacki T., *Pruska Itawa 1807*, Warszawa 2004.
- Srogosz T., *Między biologiczną egzystencją człowieka w dziejach a historią nauki*, Częstochowa 2003.
- Srogosz T., *Pomoc weteranom, rannym i chorym na ziemiach polskich w latach 1806–1807*, Częstochowa 2001.
- Sulek L.A., *Dezercja w wojsk Księstwa Warszawskiego (lata 1807–1813)*, „Kwartalnik Historyczny” 1988, nr 3, s. 173–198.
- Summerville Ch., *Polska kampania Napoleona*, przekł. M. Łakomy, Warszawa 2008.
- Szymański J., *Nauki pomocnicze historii*, Warszawa 2001.
- Szyndler B., *Stanisław Nałęcz Małachowski 1736–1809*, Warszawa 1979.
- Urłanis B.C., *Wojny a zaludnienie Europy*, Warszawa 1962.
- Vielrose E., *Przyczynek do demografii wsi polskiej w XVIII wieku*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 1952, t. XIV, s. 122–136.
- Zajewski W., *Józef Wybicki*, Warszawa 1977.
-

NOTKA O AUTORACH:

Doc. dr Olga Gajdaj – historyk, pracownik Katedry Historii Czarnomorskiego Uniwersytetu Narodowego im. Petra Mohyły w Mikołajowie.

Zainteresowania naukowe: historia medycyny, historia życia codziennego, biografistyka, historia życia i pracy ziemian, historia Ukrainy i Polski w XVIII i na początku XX w.



osvita13@ukr.net

Prof. dr hab. Tadeusz Srogosz – historyk, pracownik Instytutu Historii Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie.

Zainteresowania badawcze: opieka społeczna i zdrowotna oraz dzieje epidemii chorób zakaźnych na ziemiach polskich w XVIII i na początku XIX w., życie codzienne żołnierzy w XVII – na początku XIX w., dzieje prawobrzeżnej Ukrainy w XVIII w., historia historiografii, metodologia historii, zwłaszcza historii medycyny.



tadeusz@tsrogosz.pl

PNH