

Srogosz, Tadeusz

Trwałość i zmienność warunków zdrowotnych ludności chłopskiej w Rzeczypospolitej w XVIII w.

Medycyna Nowożytna 4/1 - 2, 85-104

1997

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Tadeusz Srogosz

Łódź

Trwałość i zmienność warunków zdrowotnych ludności chłopskiej w Rzeczypospolitej w XVIII wieku

W XVIII w. w Rzeczypospolitej znaczną większość społeczeństwa stanowili chłopcy (70–80% w zależności od szacunków poszczególnych badaczy). W okresie tym zauważamy istnienie stosunków zdrowotnych, które kształtowały się od wieków, a jednocześnie zmiany w świadomości elit politycznych i intelektualnych, polegające na postrzeganiu znaczenia zdrowia najliczniejszej grupy społecznej.

W XIX w., zwłaszcza w jego drugiej połowie, zarówno ówczesna akademicka medycyna, jak i etnografia, uznawały w większości stan zdrowotny chłopów za zły, a wszelkie formy leczenia ludowego za nieracjonalne i zabobonne. Mimo to na ziemiach polskich publikowano prace zwarte dotyczące tego zagadnienia¹, a także liczne artykuły w czasopismach. W okresie II Rzeczpospo-

¹ M. Udziela, *Medycyna i przesądy lecznicze ludu polskiego. Przyczynek do etnografii polskiej*, Warszawa 1891; M. Zieleniewski, *O przesądach lekarskich ludu naszego*. Rozprawa w celu otrzymania stopnia doktora medycyny, Kraków 1845.

litej ukazała się książka H. Biegeleisena². O tej pracy wydawano wprawdzie różne opinie, ale do dziś nie straciła ona wartości poznawczej. Dopiero od lat czterdziestych XX w. obserwujemy na świecie wzrost zainteresowania etnomedycyną, która jest dyscypliną etnologii badającą przekonania i praktyki związane z zachowaniem zdrowia i leczeniem chorób wśród ludów tzw. prymitywnych i miejscowych społeczności wiejskich³. Natomiast rozwijająca się od przełomu lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych antropologia medyczna, jako subdyscyplina antropologii kulturowej, zajmuje się badaniami nad wiedzą i praktykami leczniczymi ludów pozaeuropejskich, a później także zachodniego kręgu kulturowego⁴. Problemami etnomedycyny, etnofarmacji i antropologii medycznej interesuje się coraz więcej ośrodków badawczych w Polsce, a mimo to wiedza na temat warunków zdrowotnych ludności chłopskiej w minionych epokach jest jeszcze niezadowolająca. W zasadzie po II wojnie światowej powstało zaledwie kilka rozpraw historycznych, jeśli nie liczyć prac typu przyczynkarskiego lub fragmentów większych opracowań, traktujących o zdrowotności i lecznictwie ludu polskiego, autorstwa J. Jeszke, Z. Kuchowicza i S. Szpilczyńskiego⁵. Ponadto warunkami bytowymi chłopów zajmowano się na pograniczu badań z zakresu historii społeczno-gospodarczej. Z reguły zły stan bytowania chłopskiego, w tym również stan zdrowotny, traktowano jako następstwo ustroju folwarczno-pańszczyźnianego, nie widząc różnic w sytuacji poszczególnych kategorii ludności chłopskiej, a jednocześnie traktując ten stan jako wynik świadomej polityki szlachty. Uważam, że powyższe stanowisko, które weszło niestety głęboko do potocznej świadomości, jest zbyt daleko idącą generalizacją historyczną. Należy raczej obserwować przejawy różnych procesów i postaw, a także wprowadzać zróżnicowanie chronologiczne, społeczne i regionalne.

² H. Biegeleisen, *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków 1929.

³ J. Jeszke, *Rozwój badań etnomedycznych na świecie i w Polsce*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki”, 1989, t. 29, nr 4, s. 954.

⁴ D. Penkala-Gawęcka, *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny”, 1994, t. 1, z. 2, s. 5.

⁵ J. Jeszke, *Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX wieku. Czynniki i kierunki przemian*, Wrocław 1996; Z. Kuchowicz, *Leki i gusła dawnej wsi. Stan zdrowotny polskiej wsi pańszczyźnianej w XVII-XVIII w.*, Warszawa 1954; idem, *Warunki zdrowotne wsi i miasteczek województwa łęczyckiego i sieradzkiego w XVIII wieku*, Łódź 1961; idem, *Medycyna domowa w Polsce XVI wieku*, „Rocznik Łódzki”, 1973, t. 18 (nie wymieniam tutaj innych prac tego autora, które zawierają wątki na temat zdrowotności chłopów); S. Szpilczyński, *Z dziejów przesądu i zabobonu w lecznictwie*, Warszawa 1956.

Do rozważań nad warunkami zdrowotnymi ludności chłopskiej można zastosować osiągnięcia szkoły historycznej „Annales”, zwłaszcza zaś F. Braudela. Jednym z nich będzie pojęcie modelu*. Zdaniem F. Braudela model powinien być sformułowany luźno, aby nie zamykać jego elastycznego stosowania⁶. Nie powinien być sztywny, lecz heurystycznie otwarty, aczkolwiek F. Braudel nie wykluczył istnienia modeli precyzyjnych, ścisłych i spójnych. Poglądy historyka francuskiego korelują z modelem warunków zdrowotnych ludności chłopskiej w ramach historii globalnej. Np. traktował on jako pełnoprawne składowe ekosystemu Morza Śródziemnego zjawiska demograficzne, choroby, epidemie. Stanowią one, jak to określa W. Wrzosek, biologiczno-demograficzną kondycję człowieka społecznego⁷. W kontekście pojmowania przez F. Braudela prawie nieruchomej strefy kontaktu człowiek-przyroda należałoby poddać reinterpretacji postulaty biologicznego wymiaru historii Z. Kućchowicza, zmierzające do determinowania historii człowieka przez środowisko przyrodnicze i czynniki biologiczne⁸. Nie chodzi tu bynajmniej o ich bagatelizowanie lub wręcz pomijanie, ale o ustawienie w kategoriach długiego trwania jako fundamentu gospodarki i zjawisk społecznych, a także politycznych, jako fenomenów krótkiego trwania. W ostatniej swojej pracy F. Braudel obszar prawie nieruchomy tworzy ze swoicie rozumianej kultury materialnej, zapoczątkowanej bogatym opisem zjawisk demograficznych i ruchu populacji od XV do XVIII w.⁹

Kategorie trwałości i zmienności możemy wprowadzić również do zagadnienia warunków zdrowotnych ludności chłopskiej w Rzeczypospolitej w XVIII w. Chodzi tutaj o to, aby wyodrębnić elementy struktury, które nieomal pozostawały niezmiennie, oraz elementy, w których zmiany następowały szybciej lub wręcz ulegały ciągłym przeobrażeniom. W tym sensie artykuł stanowi próbę stworzenia modelu w Braudelowskim rozumieniu, a jedno-

* „adekwatna (...) teoria oraz jej zastosowanie w badaniu historycznym – model, czyli obraz historyczny «chwytający» istotne (przy pominięciu z określonego punktu widzenia, drugorzędnych) elementy (składniki i czynniki (relacje między elementami) przeszłej rzeczywistości.” (J. Topolski, *Prawda i model w historiografii*, Łódź 1982, s. 6 – przypis red.).

⁶ Por. W. Wrzosek, *Koncepcja historii globalnej F. Braudela*, w: Z. Drozdowicz, J. Topolski, W. Wrzosek, *Swoistości poznania historycznego*, Poznań 1990, s. 177.

⁷ W. Wrzosek, *Historia – kultura – metafora. Powstanie nieklasycznej historiografii*, Wrocław 1995, s. 102.

⁸ Z. Kućchowicz, *O biologiczny wymiar historii. Książka propozycji*, Warszawa 1985.

⁹ F. Braudel, *Kultura materialna, gospodarka i kapitalizm, XV–XVIII wiek*, t. 1: *Struktury codzienności. Możliwe i niemożliwe*, Warszawa 1992, s. 64–82.

częście ekstrapolację na XIX w. Dlatego w toku dalszej narracji pojawiają się fragmenty już znane, czasem banalne, oraz hipotezy wymagające weryfikacji w dalszych badaniach.

W zakresie warunków zdrowotnych ludności chłopskiej można wyróżnić wiele czynników, co pokrywa się z determinowaniem w systemie globalnym F. Braudela, który odrzucił dominację jednego czynnika. O ruchu całości decydują procesy strukturalne, te zaś mogą pochodzić z różnych sfer rzeczywistości. Nie da się wskazać, które z nich są najistotniejsze, bowiem w grę wchodzi procesy społeczne długiego trwania na styku człowiek-przyroda, procesy ekonomiczne, społeczne, kulturowe. Wprawdzie to F. Braudel zauważył, że sprowadzenie wielorakiego do jednorodnego lub prawie jednorodnego oznaczało wzbogacenie bez precedensu badań historycznych¹⁰, jednakże sprowadzanie do jednorodnego ma sens w analizach historycznych, natomiast przy budowaniu modelu należy odrzucić tego rodzaju procedurę badawczą. Poniżej scharakteryzuję czynniki, które uważam za najważniejsze, nie wchodząc głębiej w specyfikę regionalną i strukturę społeczną. Z racji wkomponowania tych czynników w model ogólny lub obszernego omówienia w literaturze przedmiotu poprzestaną na ich syntetycznym ujęciu.

W aktualnym stanie wiedzy historycznej utrwaliło się już przekonanie, że środowisko przyrodnicze ulegało zmianom w czasie, aczkolwiek Braudelowska wizja dziejów sytuuje ten element jako prawie nieruchomy. Zmiany następowały również w XVIII w., głównie wskutek działalności człowieka, stąd postulaty ówczesnych higienistów, początki patologii przemysłowej itp. W Rzeczypospolitej, podobnie jak w innych krajach europejskich, podnosiły się głosy, które współcześnie odnieśliśmy do dziedziny ekologii. Np. w pracy z zakresu krajowej administracji z 1792 r. zalecano dbałość o czystość wód i powietrza¹¹. Miasta XVIII w. nazywane były wielką „wymieralnią” ludzi, co wiązało się z zagęszczeniem, złymi warunkami higienicznymi i trudnościami w zatrudnieniu. W tym kontekście ludność wiejska miała lepsze warunki środowiskowe, zwłaszcza zaś przestrzeń i czyste powietrze.

Położenie ekonomiczne ludności chłopskiej było bardzo zróżnicowane, co odzwierciedlało się w ówczesnych źródłach, głównie lustracyjnych. Wielkość użytkowanego gruntu decydowała o przynależności do odpowiedniej kategorii i o wysokości świadczeń. Inna była sytuacja ekonomiczna kmiecia (rolnika), gorsza

¹⁰ Idem, *Historia i trwanie*, Warszawa 1971, s. 27.

¹¹ Początkowe prawidła policji ogólnej w kraju, t. I, Warszawa 1792, s. 13. Por. J. Malec, *Polska myśl administracyjna XVIII wieku*, Kraków 1986, s. 101.

półkmięcia (półrolnika), jeszcze gorsza zagrodnika i komornika. Oczywiście jest to tylko schemat, ponieważ zależało to jeszcze od innych czynników, np. wykonywania zajęć dodatkowych. Najbardziej zróżnicowaną pozostawała grupa ludzi luźnych, wśród których spotykamy zamożnych młynarzy i karczmarzy, zaś z drugiej strony żebraków. Nie wszyscy autorzy pamiętają, że pojęcie „ludzie luźni” należy do kategorii formalno-prawnej, a nie społeczno-ekonomicznej. Ogólnie jednak położenie ekonomiczne chłopów przedstawiało się gorzej niż innych grup społecznych. Według W. Kuli, który zbudował jedną z wielu teorii ustroju feudalnego, istniała wówczas stała tendencja do zepchnięcia gospodarstw chłopskich do wielkości działek wyżywieniowych oraz drenażu pieniędzy¹².

Można ogólnie stwierdzić, że warunki mieszkaniowe na wsi były złe. Chłopi w znacznych rejonach Rzeczypospolitej zamieszkiwali – z reguły wspólnie ze zwierzętami gospodarskimi – ciasne i prymitywne pomieszczenia, urągające podstawowym wymaganiom higieny. Chaty składały się zazwyczaj z sieni, izby i komory. Izba służyła jako kuchnia, jadalnia i sypialnia dla całej rodziny. Doskonały opis warunków panujących w litewskiej karczmie wiejskiej, gdzie przecież teoretycznie powinny być większe wymagania sanitarne, pozostawił filozof żydowski S. Majmon: „Jedyna izba służyła jednocześnie za pokój mieszkalny, jadalny, sypialny, uczelnia i szynkownia. Wyobraźcie sobie, że ta izba była mocno opalona i przenikały do niej dym, pędzony wiatrem do wnętrza, i wilgoć (co zimą przy topnieniu śniegów działo się ciągle), a zrozumiecie, że poprostu można tu było się zadusić. Wisiała tutaj brudna bielizna i rozmaite brudne kawałki garderoby na rozciągniętych wzdłuż całej komnaty drągach, aby gnieźdzące się w odzieży robactwo dym wytepił. Wisiały tu, susząc się, kiełbasy, z których tłuszcz kapał nieustannie kroplami ludziom na głowy. Stały tu cebry z kwaśną brukwią i czerwoną rzepą (głównym jadem Litwinów), gdzieś w kącie była woda do codziennego użytku, a tuż obok kubeł pomyj. Miesiono tu mąkę, gotowano i pieczono mięsiwo, dojono krowy itp.”¹³ Stan higieniczny wiejskich chałup, pełniących mniej funkcji niż karczma, był, choćby dlatego, niewątpliwie lepszy, ale raczej w niezbyt wielkim stopniu.

Styl architektoniczny chat chłopskich zależał z reguły od tradycji regionalnej, np. budowa osławionych kurnych chat nie wynikała z ubóstwa, lecz właśnie z lokalnych przyzwyczajęń. Stan

¹² W. Kula, *Teoria ekonomiczna ustroju feudalnego*, Warszawa 1983, s. 206–219.

¹³ S. Majmon, *Autobiografia*, cz. I, wyd. L. Belmont, Warszawa 1913, s. 121.

techniczny zabudowań, zresztą nie tylko chłopskich, ówczesne materiały lustracyjne przedstawiały jako bardzo złe: pogniłe przy-ciesia, zniszczona powała, dziurawy dach, zrujnowany komin.

Warunki mieszkaniowe, zwłaszcza zaś higiena pomieszczeń, dla osiemnastowiecznych lekarzy stanowiły podstawę do krytyki, a jednocześnie wysuwania postulatów poprawy sytuacji. Pierwszy protomedyk Galicji, J. Krupiński, wskazywał, jak ujemnie na zdrowotność chłopów wpływał fatalny stan higieniczny mieszkań¹⁴. Złe warunki mieszkaniowe obserwowano zwłaszcza na Ukrainie i w Wielkim Księstwie Litewskim, aczkolwiek w pozostałych rejonach Rzeczypospolitej stan techniczny i higieniczny zabudowań też pozostawiał wiele do życzenia. F. K. Heintz, lekarz kwarantann prowincji ukraińskiej, za jeden z czynników sprzyjających rozszerzaniu się epidemii dżumy uznał złe warunki mieszkaniowe¹⁵. Według Heintza bardzo małe chałupy, osadzone głęboko w ziemi, z małymi oknami, powodują, że na zamieszkujących w nich chłopów oddziałują wyziewy rozmaitych „humorów”. Szczególne nasilenie tych negatywnych zjawisk występuje jesienią i zimą, kiedy chłopci z licznymi rodzinami siedzą w szczelnie pozamykanych i brudnych izbach. Latem, gdy ludność wiejska pracuje w polu i zostawia otwarte drzwi, dżuma nie zagraża. W związku z tym Heintz zalecał, aby zmienić zwyczaje budowlane w kierunku umieszczania okien wysoko nad ziemią i podwyższania budynków oraz przymuszać chłopów do codziennego przewietrzania pomieszczeń.

Ważnym czynnikiem kształtującym warunki zdrowotne jest sposób odżywiania, który leży u podłoża etiologii wielu jednostek chorobowych. Najwybitniejszym badaczem odżywiania się społeczeństwa staropolskiego był Z. Kuchowicz, który poświęcił temu zagadnieniu rozprawę habilitacyjną¹⁶. W świetle jego badań podstawową żywność w XVIII w. stanowiły kasze, kapusta, warzywa, nabiał. Mięso traktowano jako pożywienie luksusowe. Czynnikiem pogarszającym stan zdrowotny wsi był niedostatek dobrej wody do picia. Brakowało studzien, a ich instalowanie w okresie panowania Stanisława Augusta Poniatowskiego dotyczyło miast i to nie w celach spożywczych, a przeciwpożarowych. Heintz, też w kontekście analizy sytuacji epidemicznej na Ukrainie, ocenił odżywianie się chłopów jako fatalne, ponieważ stosują grube i

¹⁴ J. Krupiński, *Opisanie chorób powszechniejszych, ich leczenia*, Lwów 1775, s. 14–16.

¹⁵ Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie (dalej jako AGAD), tzw. Metryka Litewska, dz. VII, nr 154, k. 353–364v.

¹⁶ Z. Kuchowicz, *Wpływ odżywiania na stan zdrowotny społeczeństwa polskiego w XVIII wieku*, Łódź 1966.

przyczyniające się do „zepsucia krwi” pokarmy¹⁷. Bardzo rzadko w użyciu bywają warzywa i owoce, oprócz kwaśnej kapusty i buraków, z których wyrabia się u Rusinów barszcz. Zarazę powoduje picie zepsutej wody z krynicy i rzek, które przepływają przez błotniste łąki. Organizm dodatkowo jest osłabiany pijaństwem, a najczęściej spożywanymi trunkami są wódki, miód i wołyńskie wino.

Sytuacja żywnościowa ludności chłopskiej pogarszała się znacznie w okresach klęsk elementarnych. W latach głodowych na wsi odżywiano się żołądziami, kłaczkami, chwastami itp. Zalecano nawet trwający 4–5-miesięczny okres beczynności, swoisty sen zimowy¹⁸.

W osiemnastowiecznej Rzeczypospolitej spożycie alkoholu na głowę w porównaniu ze spożyciem współczesnym nie było wysokie. Według Z. Kuchowicza chłop wypijał wówczas około 1 l spirytusu (w wódkach) i około 100 l piwa rocznie¹⁹. Z kolei M. Szczepaniak obliczył spożycie piwa na 78 l rocznie a gorzałki na 1,5 l przy założeniu, że zawierała ona 40% alkoholu²⁰. Mimo to, zestawiając powyższy fakt ze złym stanem odżywiania, kulturą picia (prędkie i tanie upijanie się, np. mieszanie gorzałki z piwem) oraz istniejącym przymusem propinacyjnym i konsumpcji (zwłaszcza na wschodnich obszarach Rzeczypospolitej), nie należy bagatelizować zdrowotnych konsekwencji pijaństwa. Na szkodliwość alkoholu miał również wpływ niski stan techniki gorzelnicznej i browarnicznej oraz ahigieniczne warunki produkcji. Nie znano wówczas rektyfikacji, tylko fermentację i destylację. Z tego powodu w gorzałce znajdowały się substancje trujące. Oprócz tego, aby alkohol był mocniejszy, miał lepszy kolor i smak, wrzucano w procesie produkcji zioła i środki mineralne: do gorzałki jałowiec i lebidkę, a do piwa niegaszone wapno, pieprz, wilcze łyko, serwaser, czyli kwas saletrzanyn. Do produkcji używano miedzianych kadzi i kotłów, co powodowało ich zanieczyszczenie olejkami fuzłowymi. Dodać do tego należy powszechny brak higieny wytwarzania, mimo licznych napomnień w instruktarzach ekonomicznych.

W ówczesnej publicystyce powszechnie krytykowano fakt nadmiernego spożycia alkoholu wśród chłopów. Część publicystów

¹⁷ AGAD, tzw. Metryka Litewska, dz. VII, nr 154, k. 353v.

¹⁸ Z. Kuchowicz, *Leki i gusta...*, s. 33–34.

¹⁹ Idem, *Spożycie alkoholu i zagadnienie jego wartości w XVIII wieku*, „Studia z Dziejów Gospodarstwa Wiejskiego”, 1967, t. 9, s. 134.

²⁰ M. Szczepaniak, *Spożycie piwa i gorzałki oraz dochody feudalne z propinacji na wsi wielkopolskiej u schyłku XVIII wieku*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych”, 1968, t. 29, s. 95.

upatrywała w tym przyczynę depopulacji, mającą konsekwencje ekonomiczne i polityczne w sensie osłabienia państwa. Pijaństwo chłopów zauważane było również przez cudzoziemców, którzy wiązali to ze złymi warunkami bytu ludności wiejskiej. Np. H. Vautrin pisał: „Jeśli chłopu pańszczyźnianemu uda się przypadkiem zdobyć kilka groszy, kieruje kroki do karczmy, aby utopić je w wódce wraz ze swym smutkiem”²¹.

W świadomości historycznej utrwał się pogląd, że higiena osobista uległa w Rzeczypospolitej pogorszeniu wskutek zaniku łaźni i związanych z tym nawyków. Potwierdzenie tego faktu znajdujemy w pracach lekarzy, idących w ślad za europejskimi trendami higieny. Np. L. Perzyna upatrywał w zaniechaniu kąpieli przyczynę depopulacji kraju. Wskazywał przykład „Moskalów, którzy się najmniej raz każdego tygodnia w zimnej wodzie kąpać muszą”²². Sytuację pogarszał brak mydła, łóżek, pościeli i ubrań. Mydło pojawiło się w Polsce prawdopodobnie już w końcu XIV w., jeszcze jednak w XVIII w. użycie jego było dość słabo rozpowszechnione²³. Na wsi znano tzw. czarne mydło, które stosowano głównie w celach leczniczych, np. nacierano się nim przy świerzbie. Zamiast mydła stosowano najczęściej ług, służący też do prania. O trudnościach rozpowszechniania mydła świadczy przykład przysłowiowego fabrykanta Zabłockiego, który zbankrutował, ponieważ produkował je dla szerokiej rzeszy potencjalnych klientów. Nic dziwnego zatem, że w chatach chłopskich roilo się od robactwa. Zacytujmy jeszcze raz S. Majmona, który wspominał poranek jednego z uczujących gości, ułożonego do snu w chłopskiej chałupie: „Dobudzono się go nazajutrz rano. Obejrzał się i nie wiedział, iż znajduje się w nędznej izbie nierozzebrany w brudnym łóżu, na którym mrowiły się pluskwy”²⁴.

Mała liczba wykwalifikowanych medyków, a wielkie zapotrzebowanie na ich umiejętności w miastach i dworach, ogromnie ograniczały pomoc medyczną wśród chłopów. W Warszawie w 1754 r., według statystyki starszego gminnego J. Dawidsona, było 3 doktorów, 1 aptekarz, 10 cyrulików²⁵. W 1792 r. w stolicy odnotowano 211 ludzi związanych ze służbą zdrowia, a w tym: 42 doktorów i chirurgów, 19 aptekarzy, 24 felczerów, 37 aku-

²¹ H. Vautrin, *Obserwator w Polsce*, w: *Polska stanisławowska w oczach cudzoziemców*, t. I, oprac. W. Zawadzki, Warszawa 1963, s. 823.

²² L. Perzyna, *Lekarz dla włościan*, Warszawa 1793, s. 214.

²³ B. Baranowski, *Kultura ludowa XVII i XVIII w. na ziemiach Polski Środkowej*, Łódź 1971, s. 212.

²⁴ S. Majmon, *op.cit.*, cz. I, s. 68.

²⁵ S. Dziewulski, *Warszawa*, t. I, Warszawa-Lublin-Łódź-Kraków (1913), s. 149.

szerek, 46 cyrulików, 7 konowałów i 36 innych²⁶. Bardziej rygorystyczne władze pruskie obliczyły, że w Warszawie praktykowało 169 medyków, a w tym: 27 doktorów medycyny, 20 aptekarzy, 22 akuszerki, 100 chirurgów i cyrulików²⁷. W Galicji po I. rozbiornie działało 6 lub 7 doktorów dyplomowanych, 6 podających się za doktorów (bez dyplomów), 19 chirurgów chrześcijan (tylko 4 posiadało należyte wykształcenie), 34 cyrulików (tylko 1 dyplomowany). Akuszerki nie było ani jednej, natomiast istniało co najmniej 16 aptek²⁸. Według dalekich od ścisłości, szacunkowych obliczeń Z. Kuchowicza, jeden lekarz lub cyrulik w województwach łęczyckim i sieradzkim przypadał na około 4000 mieszkańców. Jeśli przyjąć, że osiedle miało wtedy przeciętnie około 100 mieszkańców, to jeden medyk przypadał na około 40 miasteczek i wsi²⁹. Wielu medyków było obcego pochodzenia lub narodowości żydowskiej, co wobec panujących zakazów udzielania pomocy zdrowotnej ludności chrześcijańskiej przez wyznawców religii mojżeszowej i odwrotnie, nie jest bez znaczenia.

Większość społeczeństwa leczyła się we własnym zakresie lub u znachorów. Dotyczyło to wszystkich grup społecznych, szczególnie zaś chłopów. H. Kołłątaj, który analizował między innymi stan nauczania medycyny, pisał: „W czasie anarchii wszystko to uchodziło, któż się albowiem u nas zapytał, jakim prawem i za czym potwierdzeniem sprawuje u nas ktokolwiek profesją lekarza? Polska co do tego była ucieczką i schronieniem wszystkich szarlatanów, empiryków, awanturników. Każdy, kto chciał, lub znalazł protekcją, mógł być doktorem, osiadał sobie po miastach i miasteczkach, leczył, zakładał aptekę, preparował medykamenta bez najmniejszej komużkolwiek odpowiedzi. Węgrzyni roznosili lekarstwa ze Złotej Bani, a barwierze wiedli handel z aptekami halskimi. Żydzi w małych miasteczkach sprawowali profesje doktorów i chirurgów; ustała nawet różnica między barwierzami i chirurgami, wszystko to szło pod imieniem cyrulików, wszystko miało wolność leczenia. Prawdziwych doktorów, dobrych i szczęśliwych praktyków było u nas bardzo mało; bogacili się oni niezmiernie bez najmniejszej zażdrości przeciw szarlatanom, którym przeszkadzać nie potrzebowali, bo sami zaledwie swym obowiązkom wystarczać mogli”³⁰. Z. Ku-

²⁶ S. Szymkiewicz, *Warszawa na przełomie XVIII i XIX w. w świetle pomiarów i spisów*, Warszawa 1959, s. 188.

²⁷ Jw.

²⁸ W. Szumowski, *Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupńskiego pierwszego protomejdyka 1772-1783*, Lwów 1907, s. 70.

²⁹ Z. Kuchowicz, *Warunki zdrowotne...*, s. 84.

³⁰ H. Kołłątaj, *Stan oświecenia w Polsce w ostatnich latach panowania Augusta III (1750-1764)*, oprac. J. Hulewicz, Wrocław 1953, s. 72-73.

chowicz postawił tezę, że medycyna domowa, oparta na wielowiekowym doświadczeniu, w ostatecznym podsumowaniu osiągnęła większe efekty niż medycyna oficjalna i jej, nieraz ryzykowne, teorie terapeutyczne³¹. O tym, że leczenie ludowe nie składało się z samych guseł i zabobonów może świadczyć dwudziestowieczne zainteresowanie WHO medycyną tradycyjną (z powodu niemożności pokrycia wydatków na służbę zdrowia z budżetów państw) oraz rozwój badań etnomedycznych i etnofarmaceutycznych.

Oddziaływanie czynników bionegatywnych na ludność chłopską było zdeterminowane złymi warunkami bytu, ale też innymi czynnikami, np. zróżnicowaniem regionalnym i społecznym oraz nawykami i tradycyjnym pojmowaniem własnego zdrowia. Do Rzeczypospolitej przyszedł z opóźnieniem proces wzrostu liczby ludności, jaki miał miejsce w Europie od 1740 r. na skutek poprawy warunków bytowych. W tym sensie czynniki bionegatywne wykazywały trwałość, a na panującą w Rzeczypospolitej depopulację i złą kondycję biologiczną chłopów wskazywano jako na przyczynę słabości i wreszcie upadku państwa.

Współcześnie epidemiolodzy mierzą stan zdrowia populacji za pomocą standardowych wskaźników, np. umieralności ogólnej, umieralności niemowląt, długości życia ludzkiego itp. Odbywa się to przy użyciu rozbudowanej statystyki, zaangażowaniu różnych instytucji, zwłaszcza zaś nowoczesnego państwa. Natomiast dla XVIII w. trudno ocenić stan zdrowia ludności, gdyż był to okres prestatystyczny. Jak wynika z rozważań Z. Jastrzębowskiego, przed badaczem zdrowotności społeczeństwa polskiego w XIX w. również piętrzą się bariery związane z niekompletnością materiałów statystycznych, wtórnością (jedynie statystyka zgonów), nazewnictwem chorób i nierzetelnym prowadzeniem dokumentacji przez władze zaborcze (głównie rosyjskie)³². Mimo to historyk zainteresowany problematyką zdrowotności społeczeństwa polskiego w XIX w. dysponuje obfitszym materiałem statystycznym w porównaniu z tym, czym dysponuje jego kolega badający wcześniejsze okresy naszych dziejów. Dla XVIII w. możemy co najwyżej wskazywać na nasilenie, złagodzenie lub ustąpienie zjawisk chorobowych. W związku z tym scharakteryzują niektóre, wybrane grupy schorzeń, które trapiły ludność chłopską w tym czasie, opierając się wprawdzie głównie na dotychczasowej lite-

³¹ Z. Kuchowicz, *Medycyna domowa...*, s. 51–82.

³² Z. Jastrzębowski, *Polska statystyka medyczna a badania nad zdrowotnością społeczeństwa polskiego w XIX wieku*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny”, 1996, t. 3, z. 1–2, s. 115–125.

raturze przedmiotu, ale krytycznie podchodząc do zawartej tam statystyki zachorowalności (zapadalności) i zgonów spowodowanych daną jednostką chorobową.

Obecnie wskaźniki zdrowia niemowląt i dzieci stanowią jeden z najważniejszych, miarodajnych analiz stanu zdrowia danej populacji. W XVIII w. właśnie wśród dzieci, zwłaszcza zaś niemowląt, panowała największa śmiertelność. Duże żniwo zbierała ospa, następnie odra i biegunki. Pytaniem podstawowym, które należy sobie zadać przy ocenie stanu zdrowia dzieci w tym okresie jest: czy możemy w ogóle przeprowadzić miarodajną procedurę epidemiologiczną w tym zakresie, albo chociażby zweryfikować pogląd o gorszym stanie zdrowia i większej śmiertelności dzieci chłopskich na tle innych grup społecznych. Na pierwsze pytanie należy udzielić odpowiedzi negatywnej. Przykładem na to są badania najwybitniejszego historyka zdrowotności staropolskiej, Z. Kuchowicza. W jednej ze swoich prac Z. Kuchowicz uznał, że trudy pracy i warunki bytowe łatwiej znosili dorośli, natomiast w młodszym wieku istniała zwiększona okrutna życiowa selekcja, zaś w drugiej, że środowisko sprzyjało kondycji biologicznej dzieci wiejskich³³. Z tymi stwierdzeniami można się zgodzić, ale ze świadomością, że są to hipotezy, których nie sprawdzi się bez żmudnych badań demograficznych, opartych głównie na podstawie ksiąg metrykalnych. L. Koter obliczył, że w parafii Końskowola jedynie 45,14% mieszkańców miało w latach 1797–1811 szansę przeżycia ponad 15 lat³⁴. Trzeba mieć jednak świadomość ograniczeń wynikających z korzystania z ksiąg metrykalnych.

Potwierdzenie złego stanu zdrowia dzieci, zwłaszcza wiejskich, znajdujemy w osiemnastowiecznej prasie, która szczególną uwagę poświęciła temu zagadnieniu, widząc tam duże zaniedbania i niewiedzę³⁵. Czy ówczesna publicystyka biła na alarm z powodu rzeczywistej gorszej sytuacji zdrowotnej dzieci chłopskich, czy z powodu szerzenia się idei populacjonistycznych, które szczególnie popierały wzmocnienie potencjału ilościowego i jakościowego najliczniejszej grupy społecznej? W tym przypadku mamy znów

³³ Z. Kuchowicz, *Leki i gęsta...*, s. 97; idem, *Dziecko chłopskie polskiego Oświecenia w aspekcie zdrowotnym*, „*Annales Academiae Medicae Lodzensis*”, t. 22, Supl. 22: *Pamiętnik XII Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny*, Łódź, 14–16 września 1979 r., Łódź 1981, s. 534–545.

³⁴ L. Koter, *Urodzenia i przyczyny zgonów w latach 1797–1811 według ksiąg parafii rzymskokatolickiej w Końskowoli*, „*Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*”, 1991, t. 54, z. 3–4, s. 153.

³⁵ M. Sosińska-Trawińska, *Zalecenia lecznicze w chorobach dzieci zawarte w wybranych czasopiśmiech nielekarskich XVIII w. w Polsce*, „*Archiwum Historii Medycyny*”, 1983, t. 46, nr 3, s. 285–294.

do czynienia z determinacją wieloznaczną, procesami strukturalnymi, pochodzącymi z różnych sfer rzeczywistości.

Choroby epidemiczne są uważane w świadomości historycznej (ale też w literaturze przedmiotu) za główną przyczynę zgonów społeczeństwa staropolskiego. Czasem wskazuje się na dżumę jako największą klęskę społeczną, ale niesłusznie. Najbardziej groźną chorobą w tej grupie była ospa. Jej przebieg opisał J. U. Niemcewicz: „... zachorowałem na ospę; nie znano jeszcze wtenczas szczepionej, mniej jeszcze krowiej. Ospa ta była silną i niebezpieczną, trzymano mię w ciepłej niezmiernie komnacie, pamiętam, że był w gorączce i gadał od rzeczy: przestraszeni dobrzy rodzice, prócz pomocy p. Müllera, lekarza (...) udali się do Szafarza życia i śmierci, do Boga, ofiarując mnie do cudownej Matki Boskiej w Wistyczach, szlując *votum* i że jeśli ozdrowię, rok i sześć niedziel chodzić będę w habicie dominikańskim. Ozdrowiałem za łaską Bożą i wraz mnie obleczono w habit, szkaplerz, z kapturem, dano czarną myckę, i choć zrazu dziobaty, dość ze mnie był rześki dominikanek. Czerwone po ospie plamy udawały niby winnisty trąd definitorski”³⁶.

W pierwszych dziesięcioleciach XVIII w. ospa trapiła równomiernie wszystkie grupy społeczne. Dopiero wraz z upowszechnieniem wariolizacji sytuacja zaczęła się zmieniać. Mianowicie, nie bacząc na skutki uboczne, szczepienie ospy ludzkiej wprowadzano w wyższych kręgach społecznych, co wiązało się z ich zamożnością i wyższym poziomem wykształcenia (świadomością). W XVIII w. nie wprowadzono szczepień obowiązkowych, obejmujących całą ludność, dlatego profilaktyka ospy ominęła chłopów. Miarą zagrożenia ospą na wsi może być statystyka przyczyn zgonów w parafii Pławno w powiecie radomszczańskim, gdzie pod koniec omawianego okresu, to jest w latach 1795–1799, choroba ta sytuowała się na pierwszym miejscu, powodując 34 zgony na ogólną liczbę 108³⁷.

Zagadnienie epidemiologii dżumy było wyolbrzymiane w dotychczasowej literaturze przedmiotu³⁸. Często nie rozróżnia się epidemii o zasięgu ogólnokrajowym od epidemii o zasięgu lokalnym. W XVIII w. tylko raz czarna śmierć przybrała zasięg ogólnokrajowy, to jest w latach 1701–1715 (ze szczególnym natężeniem w latach 1708–1711), co związane było z toczącą się wojną północ-

³⁶ J. U. Niemcewicz, *Pamiętniki czasów moich*, t. I, Warszawa 1957, s. 40.

³⁷ E. Vielrose, *Przyczynki do demografii wsi polskiej w XVIII wieku*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych”, 1952, t. 14, s. 133.

³⁸ Por. T. Srogosz, *Dżuma ujarzmiona? Walka z czarną śmiercią za Stanisława Augusta*, Wrocław 1997, s. 6–8.

ną. S. Hoszowski oszacował, że w latach 1705–1715 zmarło na dżumę 25% ludności Rzeczypospolitej, natomiast I. Gieysztorowa podała, że ubytek ludności w tym okresie wynosił 12%³⁹. Obliczenia I. Gieysztorowej są raczej bliższe rzeczywistości, a to z powodu charakteru epidemii (choroba krążyła po kraju, niektóre miejscowości nękając wielokrotnie, inne zaś omijając) oraz nie zawsze możliwego oddzielenia zgonów na dżumę od innych przyczyn. Po wojnie północnej wszystkie epidemie czarnej śmierci miały zasięg lokalny, obejmując tylko kresy południowo-wschodnie. Największa tego rodzaju epidemia z lat 1770–1771 objęła Podole, Wołyń i Ukrainę, nie przekraczając rzeki Bug. L. Gąsiorowski, a w ślad za nim inni autorzy, podał, że ogółem wskutek zarazy zmarło wówczas 200 000 osób⁴⁰, co znów jest liczbą przesadzoną. W. Serczyk obliczył, również szacunkowo, że straty ludnościowe w niektórych kluczach Podola, najbardziej dotkniętego zarazą, wynosiły 60%, a nawet 80%⁴¹. Jedynie obliczenia W. Serczyka można uznać za szacunkowe, to jest opierające się – mimo braku bezpośrednich danych – na gruntownym rozpoznaniu sytuacji w majątkach magnackich, np. na ubytku liczby gospodarstw i warsztatów. Inne obliczenia nie są nawet szacunkowe, gdyż nie zawierają żadnych danych pośrednich. W czasie drugiej co do rozmiarów epidemii dżumy w drugiej połowie XVIII w., czyli w latach 1780–1781, zmarło na tę chorobę zaledwie kilkaset osób, ale w tym przypadku posiadamy częściowe obliczenia, sporządzone głównie przez pełnomocnika Rady Nieustającej, Antoniego Dzieduszyckiego⁴². Widzimy, że należy znacznie zweryfikować nasze sądy o morowym powietrzu w XVIII w. i nie dać się powodować sytuacją epidemiczną we wcześniejszych okresach, czy źródłami narracyjnymi, najczęściej kościelnymi, które przypominały o ludzkim przemijaniu.

Inne choroby zakaźne również miały ograniczony zasięg, np. zimnica, która nękała ludność w okolicach podmokłych. Okresowo występowała „łożnica”, co oznaczało prawdopodobnie dur brzuszny i dur plamisty, a może grypę. Niewątpliwie choroby zakaźne – może z wyjątkiem tzw. dziecięcych, czyli odry, szkar-

³⁹ I. Gieysztorowa, *Badania nad historią zaludnienia Polski*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej”, 1963, R. 13, nr 3–4, tabl. 6, por. też s. 539, przyp. 92; S. Hoszowski, *Dynamika rozwoju zaludnienia Polski w epoce feudalnej (X–XVIII w.)*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych”, 1951, t. 13, s. 147.

⁴⁰ L. Gąsiorowski, *Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce od czasów najdawniejszych aż do najnowszych*, t. III, Poznań 1854, s. 91.

⁴¹ W. A. Serczyk, *Gospodarstwo magnackie w województwie podolskim w drugiej połowie XVIII wieku*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1965, s. 42; idem, *Hajdamacy*, Kraków 1978, s. 372.

⁴² T. Srogosz, op.cit., s. 86–87.

latyny, koklusz – nie były stałym elementem warunków zdrowotnych ludności chłopskiej, ale okresowym i regionalnym. Niektóre z chorób zakaźnych (np. dżuma) ustąpiły z kontynentu europejskiego, ale z kolei pojawiły się nowe zagrożenia lub nasilały się dotychczasowe. Mimo to obserwujemy trwałość występowania chorób zakaźnych w długim przedziale czasowym.

Ludność chłopska, z powodu zbyt lekkiego odzienia i niedoboru składników odżywczych, często ulegała odmrożeniom i stanom infekcyjnym skóry. Najpoważniejszym problemem w grupie dolegliwości skórnych były choroby weneryczne, roznoszone głównie przez wojsko i prostytutki. Wspomniany już L. Perzyna napisał: „Rekruci, ze wsiów do regimentów i pułków po miastach stojących oddawani, zachwyciwszy wprzód sami tej zarazy w miastach, idąc za urlopami na wsie oneż roznoszą z sobą i nią włościanki zarażają”⁴³. Według F. Giedroycia w 1791 r. wśród 100 rekrutów sprowadzonych ze wsi do Warszawy 80 było chorych wenerycznie⁴⁴.

Ciekawe informacje, łącznie z podaniem następstw chorób wenerycznych, zawiera pismo Komisji Porządkowej Cywilno-Wojskowej powiatów sandomierskiego i wiślickiego do Komisji Policji Obojga Narodów z 1791 r.⁴⁵ W piśmie stwierdzono, że powiat wiślicki z liczbą 84 639 ludności nie ma lekarza, prócz kiepskich cyrulików. Jednocześnie wskazano na zły stan zdrowotny chłopów, którzy z powodu braku pieniędzy wpadają w ręce nieumiejętnych medyków żydowskich. Szczególnie szerzą się choroby weneryczne, głównie wskutek stacjonowania oddziałów wojskowych. Chłopi w związku z tym są bezpłodni, albo rodzą się słabe dzieci, będące później ciężarem dla rodzin. Dlatego konieczny jest nadzór rządowy, który powinien dbać przynajmniej o wydawane na świat potomstwo. Ustanowić zatem należy lekarzy i felczerów powiatowych, którzy mieli leczyć przede wszystkim ubogich chłopów, zwłaszcza chorych wenerycznie. Obserwujemy tutaj całą strukturę różnych czynników, sytuacji epidemiologicznej i następstw, co potwierdza Braudelowską wizję dziejów. Jednocześnie w piśmie Komisji wskazano na stacjonowanie wojska jako czynnika zapadalności na choroby weneryczne. We wsiach oddalonych od garnizonów, na uboczu dróg, choroby weneryczne stanowiły mniejsze zagrożenie.

⁴³ L. Perzyna, op.cit., s. 319–320.

⁴⁴ F. Giedroyc, *Rys historyczny szpitala św. Łazarza w Warszawie*, Warszawa 1897, s. 172.

⁴⁵ AGAD, Archiwum Królestwa Polskiego, nr 149, k. 36v–37; tzw. Metryka Litewska, dz. VII, nr 164, k. 137; tzw. Metryka Litewska, dz. VII, nr 171, k. 422v–423; Warszawa Ekonomiczne, nr 1212, k. 135v–136; „Gazeta Narodowa i Obca”, 1791, nr 84, s. 337.

Oprócz wyżej opisanych chorób, spotykało się na wsi żółtaczkę, występującą szczególnie często wśród ludzi luźnych, kolke (rozumiano przez to różne choroby i bóle jamy brzusznej), raka, biegunki, suchoty itd. Dla przykładu z tej grupy zanalizuję jedynie epidemiologię gruźlicy określanej (jako nie jedyna!) tą ostatnią nazwą. Wzmiankę o niebezpieczeństwie związanym z tą chorobą podał J. Łopacki w 1744 r., pisząc: „Niekiedy występuje nagminnie kaszel. U ludzi o słabym organizmie przaradzają się one w nieuleczalne zanikanie krwi (homophtysię), puchlinę i suchoty”⁴⁶. M. Bergonzoni zaliczył gruźlicę do najbardziej niebezpiecznych chorób wśród mieszczan lubelskich⁴⁷. W podobnym tonie wypowiadał się L. Lafontaine, na którym W. Szumowski oparł swoją hipotezę, że zapadalność na różne postacie gruźlicy była wtedy jeszcze wyższa, bowiem jej niektóre objawy zaliczano do innych schorzeń⁴⁸. We wspomnianej już parafii Pławno w latach 1795–1799 suchoty plasowały się na drugim miejscu w przyczynach zgonów, ponieważ na ogólną liczbę 108 zgonów ich liczba wynosiła aż 16⁴⁹. Mimo tych danych ocena Z. Kuchowicza, że należy ją uznać za najniebezpieczniejszą chorobę drugiej połowy XVIII w. ze względu na zasięg i wyniszczające działanie⁵⁰ jest zbyt daleko idąca.

Podsumowując pobieżny przegląd niektórych jednostek chorobowych nasuwa się postulat rewizji dotychczasowych szacunkowych danych statystycznych oraz postrzegania chłopów jako niejednorodnej grupy społecznej. Zróżnicowanie majątkowe determinowało zapadalność na niektóre jednostki chorobowe w poszczególnych kategoriach ludności chłopskiej (np. choroby z niedoboru), a z kolei miejsce zamieszkania powodowało zagrożenie (lub jego brak) innymi schorzeniami (np. dżumą i zimnicą). Większość schorzeń i dolegliwości dotyczyła wszystkich grup społecznych Rzeczypospolitej. Nie ulega jednak wątpliwości, że stan biologiczny chłopów był gorszy niż pozostałych grup (np. niższy wzrost), co stanowiło argument w zdarzającym się tworzeniu swoistych teorii o podboju autochtonów przez Sarmatów lub przybyciu na teren Litwy rodów rzymskich.

⁴⁶ S. Konopka, *Medycyna w Polsce w powiecie XVIII wieku w świetle listu Jacka Augustyna Łopackiego*, „Archiwum Historii Medycyny”, 1957, t. 20, s. 161–162.

⁴⁷ M. A. Bergonzoni, *Lublin podług ustaw medyki uważany w jednej dysertacji...*, Lublin 1782, §XVI.

⁴⁸ W. Szumowski, *Na co najwięcej chorowali nasi pradziadkowie przed 150 laty?*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1929, t. 9, s. 177.

⁴⁹ E. Vielrose, op.cit., s. 133.

W XVIII w., szczególnie zaś w drugiej połowie tego stulecia, obserwujemy w Rzeczypospolitej zintensyfikowanie działań na rzecz poprawy stanu zdrowotnego, w tym również ludności chłopskiej, co wynikało z dążeń modernizacyjnych lub – jak określają to zjawisko inni historycy – wyjścia z cywilizacji zacofanej, ewentualnie po prostu reformowania wszystkich dziedzin państwa i społeczeństwa. Podbudową ideologiczną tych działań, aczkolwiek problem ten wymaga dalszych badań, stał się populacjonizm, który uzależniał siłę państwa od liczego i wartościowego potencjału ludnościowego⁵¹. W zakresie poprawy zdrowotności chłopów można wyodrębnić kilka podmiotów, które pracowały nad tym zagadnieniem.

Ustrój feudalny zakładał opiekę pana nad poddanyymi, dlatego w instruktarzach ekonomicznych znajdujemy zalecenia opiekuńczo-zdrowotne przed XVIII w. W okresie panowania Stanisława Augusta Poniatowskiego wzorcem dla innych, oświeconych magnatów stały się reformy Pawła Ksawerego Brzostowskiego, który zatrudnił felczera do bezpłatnego leczenia ludności zamieszkującej jego dobra, oraz ks. Anny Jabłonowskiej, która założyła tzw. Instytut babienia, szkoły wiejskie położne w Siemiatyczach⁵². Podobną tendencję obserwujemy w majątkach kościelnych. Np. w dobrach kapituły gnieźnieńskiej w myśl teoretycznych założeń ludność winna znajdować się pod opieką lekarską, gdyż istniała tam kanonia medyczna. W praktyce jednak aż do lat dziewięćdziesiątych XVIII w. nie przestrzegano tej zasady⁵³.

Osiemnastowieczna filantropia rozwijała się głównie w stolicy, w ramach wolnomularstwa. W 1780 r. powstała adopcyjna, kobieca Wielka Łoża Dobroczynności, prowadząca również działalność poza Warszawą⁵⁴. Działały też łoże wolnomularskie o zasię-

⁵⁰ Z. Kuchowicz, *Z badań nad stanem biologicznym społeczeństwa polskiego od schyłku XVI do końca XVIII wieku*, Łódź 1972, s. 30–31.

⁵¹ J. Głowacki, *Zwiększenie zaludnienia i poprawa zdrowotności w „Listach patriotycznych” Józefa Wybickiego na tle dążeń XVIII-wiecznej Europy*, „Acta Universitatis Lodzianis”, Folia Historica, 1990, nr 37, s. 81–106.

⁵² J. Bergerówna, *Księżna Pani na Kocku i Siemiatyczach (Działalność gospodarcza i społeczna Anny z Sapiehów Jabłonowskiej)*, Lwów 1936, s. 251–252; E. Rostworowski, *Reforma pawłowska Pawła Ksawerego Brzostowskiego (1767–1795)*, „Przegląd Historyczny”, 1953, t. 44, z. 1–2, s. 136; B. Srogosz, T. Srogosz, *Osnovanie akuszerskoj szkoły w Siemiatyczach (XVIII v.)*, w: *Istoričeskie aspekty i sovremennye problemy siestrinskogo dviženja na Grodzieńszczyne. Matierialy nauczno-praktičeskoj konfiterencij*, Grodno 1996, s. 72–74; Z. Podgórska-Kławe, *Szpitala warszawskie 1388–1948*, Warszawa 1975, s. 135.

⁵³ Z. Kuchowicz, *Warunki zdrowotne...*, s. 87.

⁵⁴ L. Hass, *Sekta farmazonii warszawskiej. Pierwsze stulecie wolnomularstwa w Warszawie*, Warszawa 1980, s. 201–202; J. Nieczuja-Urbański, *Łoże masońskie na ziemiach dawnej Rzeczypospolitej Polskiej w XVIII w.*, w: *Księga pamiątkowa ku uczczeniu dwudziestopięcioletniej działalności naukowej Prof. Marcelego Handelsmana*, Warszawa 1929, s. 468–470.

gu lokalnym, w których niepoślednią rolę odgrywali lekarze. Np. F. K. Heintz, lekarz kwarantann na Ukrainie, założył w Żytomierzu lożę wolnomularską „Doskonałe milczenie”⁵⁵. Loże te okazywały się efemerydami, które nie wyszły poza ogólnikowe postulaty. Rektor Szkoły Głównej Koronnej, F. Oraczewski, napisał w projekcie założenia Związku Filantropów: „Oddychamy złym powietrzem, kanały smrodliwe wśród mieszkań ludzkich cierpiemy, wiemy o niewygodach (...), tracimy zdrowie, wyradzają się pokolenia z owych zdolnych i czerstwych Polaków, płodzą się niedołęgi nieposobne do pracy, kalectwa i defekta wewnętrzne bez pomocy wznagają się”⁵⁶. Działania wolnomularstwa ograniczały się do składek na pomoc biednym lub ofiarom wydarzeń losowych, natomiast nieliczne, potwierdzone źródłowo przykłady działalności leczniczej dotyczą tylko miast.

Postulaty i działania środowiska lekarskiego zdążyły w kilku kierunkach. Najbardziej widocznym tego przejawem, zarówno ówczesnie, jak i w literaturze przedmiotu, było wydawanie artykułów prasowych, broszur i poważniejszych prac, mających na celu upowszechnianie właściwych zachowań zdrowotnych wśród niższych stanów, zwłaszcza zaś chłopów. Oprócz tego lekarze usiłowali zorganizować własny samorząd, czyli kolegia medyczne, umieszczając w ich programach punkty dotyczące bezpłatnego leczenia ubogich, a ponadto postulowali wprowadzenie etatów lekarzy urzędowych. Niezależnie od intencji autorów różnych projektów (np. interesów osobistych lub grupowych przy tworzeniu stałych i regularnie opłacanych posad) wprowadzenie ich w życie mogło przyczynić się do poprawy zdrowotności chłopów. Niestety do upadku Rzeczypospolitej postulatów tych nie zrealizowano.

Działalność państwa w dziedzinie sanitarno-zdrowotnej wynikała z kompetencji tworzonej wówczas kolegalnej administracji⁵⁷. W zakresie opieki zdrowotnej przyjęto zasadę podobną do polityki w innych dziedzinach: najpierw należało rozwiązać problemy w stolicy i miastach głównych, później wydziałowych, a w dalszej kolejności w skali miasteczek i wsi. Dopiero w latach dziewięćdziesiątych XVIII w. administracja Rzeczypospolitej rozpoczęła (jeśli nie liczyć sporadycznych wcześniejszych przypadków, np. w akcjach przeciwepidemicznych) działania zdrowotne na wsi. W tym czasie funkcjonowały komisje porządkowe cywil-

⁵⁵ A. J. Rolle uznał dra Heintza za aptekarza (*Wybór pism*, t. II, Kraków 1966, s. 198).

⁵⁶ *Projekt Związku Filantropów uwieczniający w krakowskim województwie pamięć bytności Stanisława Augusta króla przez Felixa Oraczewskiego podany*, „Pamiętnik Historyczno-Polityczny”, 1787, R. 6, cz. 10, s. 927-928.

no-wojskowe, które miały troszczyć się o stan szpitali i zatrudnianie przedstawicieli służby zdrowia na swoim terenie. Prace komisji porządkowych przebiegały różnie, co uzależnione było od warunków lokalnych, składu personalnego itp. Zresztą po upadku Konstytucji 3 Maja, z powodu niestabilnej sytuacji politycznej, prace te zostały zaniechane.

W latach 1791–1792 Komisja Policji Obojga Narodów przestrzegała wprowadzić powyżej przedstawionej praktyki administracyjnej, ale wydała kilka uniwersałów dotyczących wszystkich bez wyjątku miast i wsi Rzeczypospolitej, np. nakazujących spis szpitali i innych fundacji dobroczynnych oraz przenoszenie cmentarzy i rzeźni poza zabudowania. Brakowało natomiast, będącej dopiero w fazie projektowej, decyzji o zasadach zatrudniania lekarzy urzędowych. W latach dziewięćdziesiątych XVIII w. stał się widoczny pewien wzrost liczbowy medyków, którzy kształcili się w Szkole Głównej Koronnej na podstawie uniwersałów Rady Nieustającej. Byli oni wprawdzie stypendystami miast, ale niektórzy z nich troszczyli się również o stan zdrowotny wsi. Np. stypendysta Sandomierza, Narbutowicz, starał się o zatwierdzenie na stanowisku chirurga powiatowego, uzasadniając swój wniosek dotychczasową pracą na terenie powiatu⁵⁸.

Inicjatywy prywatne i społeczne oraz działania administracji publicznej dotyczyły niewielkiej części ludności chłopskiej. Zjawiska te zaliczyć można do fenomenów krótkiego trwania, mających bardzo ograniczone oddziaływanie w sensie terytorialnym, chronologicznym i merytorycznym na obszar prawie nieruchomy – warunki zdrowotne, czyli biologiczno-demograficzną kondycję człowieka społecznego.

Warunki zdrowotne ludności chłopskiej nie ulegały większym przeobrażeniom również po upadku niepodległości Rzeczypospolitej, mimo bardziej radykalnych rozwiązań administracji zaborczej (zwłaszcza pruskiej) lub Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego. Wynikało to z wielu czynników, z których wymienię najważniejsze, obejmujące obszar wszystkich zaborów: powolne tempo przemian cywilizacyjnych wsi, utrwalone zachowania zdrowotne, negatywne skutki reform uwłaszczeniowych w opiece społecznej i zdrowotnej (chłopi uzyskali wprawdzie na własność ziemię, ale powodowało to pauperyzację znacznej części tej grupy

⁵⁷ Por. T. Srogosz, *Problemy sanitarno-zdrowotne w działalności administracji Rzeczypospolitej w okresie stanisławowskim*, Łódź 1993.

⁵⁸ AGAD, *Archiwum Królestwa Polskiego*, nr 209, s. 1171–1172; tzw. *Metryka Litewska*, dz. VII, nr 174, k. 480v–481; tzw. *Metryka Litewska*, dz. IX, nr 152, k. 13v–14.

społecznej i zwolnienie dziedziców z obowiązków wobec poddanych). Zagadnienia te wymagają dalszych badań związanych nie tylko z fenomenami krótkiego trwania, ale również z obszarem prawie nieruchomym, czyli zjawiskami demograficznymi, warunkami bytu i zachowaniami zdrowotnymi ludności chłopskiej.

Durability and Variability of the Peasant Population Health Conditions in the Republic of Poland in the 18th Century

Summary

The article attempts to create a model of the peasant population health conditions in the Republic of Poland in the 18th century according to the theoretical premises by F. Braudel. Factors influencing the nature of health conditions and diseases of this social group and thus constituting a biological and demographic state of a social man showed durability, forming an almost invariable area. Although this area was influenced by short duration phenomena of territorial, chronological and factual character, that is private and civil initiatives and public administration actions, the influence was very limited affecting only a small portion of the peasant population. Due to the slow rate of civilization transformations, established health habits and negative results of enfranchisement reforms, health conditions in rural areas did not change significantly after the loss of independence either.

Tadeusz Srogosz

Beständigkeit und Veränderlichkeit von Gesundheitsbedingungen den Landleuten in die Republik Polen im XVIII Jahrhunderts

Zusammenfassung

Der Artikel macht ein Versuch das Model von Gesundheitsbedingungen den Landleuten in die Republik Polen im XVIII Jahrhunderts nach theoretischen Annahmen von F. Braudel zu entstehen. Die Gesundheitsbedingungen bildenden Faktoren für diese Sozialgruppe und Krankheiten, also biologisch – demographische Zustand den Sozialmensch zeigten Beständigkeit, bildend ein fast unbewegliches Raum, Auf dieser Raum hatten die Kurzdauer Phänomene sehr begrenzten Einfluß im territoriale. chronologische und sachliche Sinne, also die Privat,- und Sozialinitiativen und Tätigkeiten von Verwaltung, die sehr kleine Teil von Landleuten betraf. Gesundheitsbedingungen im Dorf zeigten keine große Änderungen auch nach Verloren der Unabhängigkeit wegen langsame Tempo von Zivilisationsänderungen, fixierte Gesundheitsverhalten und negativen Folgen von Eigentumsverleihung Reformen.