26.07.2023 r.

Prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka

Wrocław, 21.07.2023

Komisja Historii Nauki PAU w Krakowie

Komitet Historii Nauki i Techniki PAN w Warszawie

Recenzja pracy doktorskiej mgr Karoliny Turczy-Kubicy pt.

Walka z epidemiami cholery w XIX-wiecznym Krakowie, Warszawie i Poznaniu – analiza porównawcza, Kraków 2023, ss. 388

Recenzowana praca doktorska wpisuje się w nurt historiografii medycyny określany w mianem Alltagsgeschichte der Medizin. Pracujący w tym standardzie historycy nie koncentrują swojej uwagi na dziejach nauk medycznych ani na dokonaniach poszczególnych lekarzy czy też szkół medycznych, ale przedmiotem swych badań czynią funkcjonowanie medycyny w społeczeństwie. Uznają ją tylko za jedną z możliwych, konkurencyjnych perspektyw, w której postrzeganie problemów zdrowotnych faktycznie się odbywa. Świadomość tego, że lekarze nie są w danej epoce jedynymi podmiotami postrzegającymi problemy zdrowotne populacji, pozwoliła doktorantce na przeprowadzenie badań porównawczych nad niewspółmiernością perspektyw postrzegania epidemii cholery w środowisku lekarskim i innych ugrupowaniach nie związanych zawodowo z medycyną. Doktorantka zarysowała stosunek do epidemii cholery władz państwowych, samorządów miejskich, członków elity społecznej wywodzących się z arystokracji, perspektywę postrzegania epidemii przez kręgi burżuazji i osoby zamożne i wykształcone, nie związane zawodowo z medycyną. Autorka ukazała także perspektywę postrzegania cholery wśród członków warstw ludowych. Wspomniała także, choć moim zdaniem w sposób wymagający uzupełnienia w przypadku skierowania recenzowanej pracy do druku, o stanowisku wobec epidemii cholery członków władz kościelnych i ogólnie kleru. W każdej z tych grup postrzeganie problemów związanych z epidemią cholery i sposobów ich rozwiązywania było odmienne, co niosło ze sobą określone praktyczne konsekwencje.

Autorka opisała poglądy na temat cholery formułowane przez lekarzy związanych ze środowiskiem akademickim, którzy posiadali najlepszy dostęp do aktualnego w danej dekadzie XIX w. stanu wiedzy medycznej. Określali w sposób z nim zgodny przyczyny choroby, uznawane przez nich za rzeczywiste oraz tworzyli standardy postępowania oparte na wiedzy naukowej. Obserwowane przez lekarzy objawy cholery poddawane były aż do 1883 r.

sprzecznym interpretacjom. Część środowiska lekarsko-akademickiego uznawało cholerę za chorobę zakaźną. rozprzestrzenianą przez „jad" znajdujący się w ludzkim organizmie i utrzymujący się także w ludzkich zwłokach. Ten typ klasyfikacji ukierunkowywał zalecenia przeciwepidemiczne w stronę izolacji osób zakażonych. wprowadzania zakazów zgromadzeń publicznych. tworzenia specjalnych szpitali cholerycznych i nieprzyjmowania osób zakażonych do szpitali ogólnych. Z tego sposobu definiowania choroby wynikało także uzasadnienie zasadności wprowadzenia kwarantanny, utrudniające przenoszenie „jadu" z osób zakażonych na zdrowe oraz grzebanie zmarłych na cholerę na specjalnie wydzielonych cmentarzach, do których dostęp był ograniczony aby uniknąć możliwego zakażenia. Inna część środowiska lekarskiego interpretowała cholerę jako chorobę roznoszoną przez unoszące się w powietrzu miazmaty. osiadające na wszystkim, co otacza człowieka w środowisku, jak również na jego ciele. Skażone miazmatami „zatrute powietrze" człowiek wprowadzał do płuc podczas oddychania. co inicjowało chorobę. Ten typ klasyfikacji ukierunkowywał zalecenia przeciwepidemiczne w stronę ogólnej poprawy sytuacji sanitarnej w miastach. dbania o czystość ulic i domów. ograniczania produkcji w wydzielających smrodliwe wyziewy warsztatach itp. Z miazmatycznej teorii choroby można było też wyprowadzić zasadność ogłoszenia kwarantanny. w celu ograniczenia kontaktu osób zdrowych z chorymi. u których choroba wywołana przez „zatrute powietrze" już się ujawniła. Można też jednak było zanegować celowość jej wprowadzenia. Lekarze będący zwolennikami tej teorii etiologii cholery zalecali także jako wartościową metodę profilaktyczną ograniczenie kontaktów międzyludzkich. „Zatrute powietrze" wydychane przez chorych w miejscach zgromadzeń publicznych mogło bowiem przeniknąć do płuc osób zdrowych. inicjując u nich chorobę. Chowanie zmarłych na cholerę na specjalnych cmentarzach było w tej systematyce uznawane za niekonieczne. choć wśród lekarzy byli również zwolennicy tego rozwiązania. Ciała zmarłych wydzielające „zatrute powietrze" mogły bowiem inicjować chorobę wśród wdychających je ludzi zdrowych. Doktorantka wymienia też trzecią grupę lekarzy. którzy postrzegali cholerę jako chorobę inicjowaną przez spożywanie „niewłaściwych" pokarmów i wody. Była to woda zimna i nieprzegotowana. a także wykazująca zmienione cechy (kolor. zapach, smak), a wśród pokarmów surowe owoce i warzywa. pokarmy nieświeże itp. Woda inicjująca cholerę miała mieć w tym ujęciu jakiś kontakt z ludzkimi odchodami i ściekami. Z tego ujęcia wynikały zalecenia profilaktyczne kładące główny nacisk na zapewnienie ludności dostępu do czystej wody pitnej. ograniczenia kontaktu z fekaliami i zapewnienia dostatecznego zaopatrzenia w żywność. Kwarantanna nie była konieczna, ale ograniczenie zgromadzeń publicznych już tak. Z ciał osób chorych nieustalony czynnik zakaźny w niewiadomy sposób mógł przechodzić do

zdrowych. Az do odkrycia rzeczywistej etiologii cholery, co nastąpiło w 1883 r. i powiązania wystąpienia tej choroby z patogenem Vibrio cholerae, europejskie środowisko lekarskie nie było w swych poglądach na istotę tej choroby jednolite. Utrudniało to wprowadzanie przez władze państwowe i miejskie jednolitego systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych. W różnych krajach Europy i w znajdujących się w nich miastach wprowadzano zróżnicowane programy ochronne, powstające pod wpływem odmiennych poglądów lekarzy i różnych lokalnych uwarunkowań, wpisane w ogólny schemat polityki zdrowotnej danego państwa, które stworzyło system medycyny publicznej lub nie. Doktorantka śledzi zmiany we wprowadzanych w trzech polskich miastach od 1831 r. do końca XIX w. zarządzeniach profilaktycznych skierowanych przeciw epidemii cholery. Znajduje w nich odzwierciedlenie zmieniający się standard medycyny akademickiej. Lekarska perspektywa kliniczna nie przekładała się na strukturę zarządzeń przeciwepidemicznych w sposób bezpośredni. Nie sprawując bowiem formalnej władzy, lekarze musieli przekonywać do swoich racji decydentów i dopiero za ich pomocą wprowadzać w życie zalecenia praktyczne, które zgodnie ze swoją wiedzą uznawali za słuszne i skuteczne. To jednak, co lekarzom wydawało się realne i tym wymagało podjęcia odpowiednio ukierunkowanych działań, bywało przez decydentów jako takie podważane. Doktorantka podaje przykłady oporu członków władz miejskich przed wprowadzeniem konkretnych zaleceń lekarskich. Uzasadnieniem takiej postawy były różnice poglądów między lekarzami, a realnie dbałość władz nie tylko o zdrowie obywateli, lecz także o realizację innych celów. Dla władz istotne było zachowanie spokoju społecznego, zapobieżenie wybuchom paniki związanej z ogłoszeniem epidemii i wybuchom masowych protestów związanych z wprowadzaniem zarządzeń przeciwepidemicznych. Istotne też było zachowanie zdolności do prowadzenia wojen i prowadzenia szerokiej wymiany handlowej, bez uznawanych za zbędne ograniczeń. W interesie władz leżało także ograniczanie wydatków budżetowych na cele profilaktyczne lub organizowanie bezpłatnej pomocy lekarskiej dla ubogich. Można wymienić też inne czynniki, które powodowały, że przekazywana przez lekarzy wiedza na temat epidemii nie stawała się automatycznie podstawą konkretnych działań podejmowanych przez decydentów.

Doktorantka wyróżnia także inną perspektywę postrzegania cholery, odmienną od klinicznej. Była ona charakterystyczna dla arystokracji. Swoje problemy zdrowotne arystokraci skutecznie rozwiązywali sami, przy pomocy lekarzy dysponujących wiedzą dostępną w danym czasie. Nie mieli problemów ani z zapewnieniem sobie dostępu do ich usług, ani z ich opłaceniem. W okresie zagrozenia epidemią lub w czasie gdy już wybuchła mogli chronić się

w posiadłościach odległych od obszaru, na którym występowało zagrożenie. Od XVIII w. wielu arystokratów spędzało takze cały sezon letni w bezpiecznych pod względem epidemicznym uzdrowiskach. W związku z tym pojawienie się w XIX w. epidemii cholery nie zostało przez arystokratów potraktowane jako zagrożenie dla nich samych, tym bardziej, że wszyscy lekarze stwierdzali, że większość przypadków tej choroby występuje w ośrodkach zamieszkania biedoty miejskiej. Arystokraci nie byli w związku z tym gotowi do ponoszenia świadczeń finansowych na profilaktykę cholery. Te kraje europejskie (jak Rosja) lub ich prowincje (jak Galicja), w których w XIX w. dominującą pozycję w strukturze władzy zajmowała arystokracja, scharakteryzowaną powyzej perspektywę postrzegania epidemii cholery implantowały do polityki zdrowotnej. Miała ona charakter pasywny i reaktywny. Działania przeciwepidemiczne okazywały się z tego powodu mało skuteczne. Charakterystyczna była też prowadzona w nich polityka informacyjna dotycząca epidemii. Koncentrowała się ona aż do 1883 r. na upowszechnieniu wśród ludności postawy, zgodnie z którą epidemii nie należy się obawiać i nie należy o niej myśleć przewidując jej możliwe wystąpienie, a gdy już wystąpi należy zdać się na wyroki Opatrzności. Minimalizacja starań i nakładów finansowych podejmowanych w celu ograniczania wybuchu epidemii i jej rozpowszechniania w populacji miała wymierne skutki medyczne. Autorka podkreśla brak kontroli nad rozwojem epidemii i wysoki poziom śmiertelności.

Odmienna od medycznej perspektywy poznawczej perspektywa postrzegania choroby występowała również wśród członków warstw ludowych, miejskich i wiejskich. Nie dysponując ze względu na biedę możliwością korzystania z opieki lekarskiej, członkowie warstw ludowych wypracowali swoje własne sposoby rozwiązywania problemów zdrowotnych. Były one oparte na konceptualizacjach nie pozostających związku ze standardem XIX-wiecznej medycyny uniwersyteckiej. Miały rodowód „ludowy" lub też nawiązywały do koncepcji występujących w popularnych wydawnictwach medycznych z XVII lub XVIII w. (kalendarzy, poradników), wykorzystywanych czasami przez praktykujących wśród ludu terapeutów. Ludowe konceptualizacje choroby stawały się podstawą praktyk, które członkowie warstw ludowych uznawali za wiarygodne i skuteczne. Gdy w sytuacji zagrożenia epidemicznego lub już po wybuchu epidemii byli konfrontowani z niezrozumiałymi dla nich, a dodatkowo wprowadzanymi przymusowo przez władze miejskie zarządzeniami sanitarno-przeciwepidemicznymi, nie tylko nie mieli do nich zaufania jako do działań mających na celu ochronę ich zdrowia i życia, ale traktowali je jako zagrożenie dla siebie i swoich bliskich. Postrzegali te działania jako zamach na własne zdrowie i życie, ograniczenie wolności, a nawet

świadome dążenie do zadania śmierci (np. przez uśmiercanie osób zakażonych w szpitalach, czy podczas transportu do nich). Perspektywa ta ograniczała w znaczny sposób efektywność działań przeciwepidemicznych podejmowanych przez władze i wyznaczone przez nie instytucje. Autorka przedstawia przykłady reakcji na wydawane zarządzenia przeciwepidemiczne, takie jak sabotowanie tych zarządzeń, a także tumulty, połączone z podpalaniem szpitali, zabijaniem lekarzy i agresją wobec urzędników państwowych (policja lekarska) i wojska, wprowadzających te zarządzenia w życie.

W doktoracie główną perspektywą postrzegania cholery jest perspektywa charakterystyczna dla władz miejskich. Musiały one odnaleźć właściwy balans między zmieniającymi się i często sprzecznymi z sobą zaleceniami lekarzy, obowiązującym w państwie ustawodawstwem, interesem dowództwa lokalnych garnizonów, stanowiskiem władz kościelnych i przewidywanymi reakcjami mieszkańców. W swych działaniach władze miejskie mogły przeważnie liczyć na wsparcie członków mieszczańskich elit, dla których pojawiające się w miastach epidemie stanowiły zagrożenie, zarówno dla ich zdrowia i życia, jak i dla prowadzonych interesów. Z tego powodu byli oni gotowi wspierać wydatki związane z modernizacją sanitarną przestrzeni miejskiej (wodociągi, kanalizacja, modernizacja siatki ulic i modelu zabudowy, budowa szpitali itp.). Im bardziej uprzemysłowione było państwo, a także im większa część jego ludności żyła w miastach, które łączyła sieć kolejowa (co sprzyjało rozprzestrzenianiu zakażeń), tym częściej podejmowano w miastach inicjatywy modernizacyjne.

Recenzowana praca doktorska przedstawia przykłady planowania i realizacji działań skierowanych przeciw epidemii cholery. Decyzje władz miejskich Krakowa, Warszawy i Poznania, związane z próbami opanowania tej choroby, wynikały nie tylko z przesłanek medycznych, ale w dużym stopniu były inspirowane przez czynniki pozamedyczne. Wybrane do analizy porównawczej miasta znajdowały się w trzech zaborach, podlegały trzem odmiennym porządkom prawnym państw zaborczych, były prowadzone w odmiennych warunkach finansowych (tj. przy znacznym zróżnicowaniu nakładów budżetowych każdego z państw ponoszonych na cele zdrowotne ich mieszkańców i na cele tworzenia miejskich urządzeń sanitarnych, szpitali, ujęć wody pitnej, kanalizacji itp.). Analizowane przez autorkę miasta mają zarazem wiele cech uprawniających do przeprowadzenia badań porównawczych. Każde z nich było miejscem lokalizacji garnizonu armii zaborczej, co wywierało określone konsekwencje dla ich rozwoju przestrzennego, a zarazem rodziło określone uwarunkowania z zakresu ochrony przeciwepidemicznej wojska (np. obecność lekarzy wojskowych, dążenie do

zapewnienia żołnierzom dostępu do czystej wody pitnej i odpowiedniego poziomu aprowizacji). Każde z tych miast stało się w XIX w. ważnym ośrodkiem przemysłu i handlu, a także duzym węzłem kolejowym. Implikowało to wzmozony przepływ towarów i osób, tworząc w ten sposób przesłanki dla przenoszenia epidemii na wzór sytuacji od wieków występującej w miastach portowych. Podobna była również struktura społeczna mieszkańców trzech porównywanych przez doktorantkę miast. W każdym z nich większość ludności stanowili ludzie ubodzy, mieszkający w trudnych warunkach sanitarno-higienicznych, osiągający niskie dochody, borykający się z niedożywieniem. Struktura ta determinowała model konsumpcji dominujący wśród ludności miejskiej, oparty na spożywaniu wszystkiego, co było dostępne, bez przykładania wagi do jakości i świeżości produktów, a także zróżnicowania diety. Normą było też korzystanie przez ubogą ludność ze źródeł wody znajdujących się w pobliżu miejsca zamieszkania, bez względu na ich czystość. Ze względu na strukturalne ubóstwo większość mieszkańców Warszawy, Krakowa i Poznania, podobnie jak otaczających je terenów wiejskich, nie była w stanie we własnym zakresie zrealizować lekarskich zaleceń przeciwepidemicznych. Jedyną możliwością opanowania zagrożenia epidemią cholery w badanych przez doktorantkę miastach były w związku z tym odgórnie planowane, finansowane i realizowane działania instytucjonalne.

Doktorantka porównując działania przeciwepidemiczne podejmowane w XIX w. przez władze miejskie wpisała je w kontekst rozwiązań polityczno-ustrojowych danego państwa zaborczego. Po przenalizowaniu efektywności tych działań wykazała, że najwyższą efektywność działań przeciwepidemicznych uzyskano w Poznaniu. Było to wypadkową starań władz miejskich i czynników oddziałujących na sytuację zdrowotną w skali państwa, tj. istnienia w Prusach/zjednoczonych Niemczech rozwiązań systemowych (system medycyny publicznej) oraz przeznaczania rosnących środków budzetowych na modernizację miast i poprawę ich sytuacji sanitarnej (wodociągi, kanalizacja). Dwa pozostałe miasta, Kraków i Warszawa, nie uzyskały tak pozytywnych efektów, ponieważ ich „otoczenie zewnętrzne" było inne. Ich mniejsza efektywność nie wynikała z braku akceptacji członków władz miejskich dla zaleceń formułowanych przez lekarzy, ale z braku możliwości ich pełnej realizacji z powodu niedostatecznego wsparcia przez państwo.

Przyjętą w doktoracie koncepcję badań porównawczych uznać należy za uzasadnioną także dlatego, że władze trzech porównywanych miast stały przed tym samym zagrożeniem biologicznym, które próbowały opanować. Można było podjąć próbę opisu i analizy, jak radziły sobie z tym wyzwaniem. W każdym z miast odnotowywano w przypadku kolejnych epidemii

zbliżone wskaźniki śmiertelności, sięgające przeciętnie ok. 40%. Świadczy to o tym, że różnice w śmiertelności w poszczególnych miastach w trakcie kolejnych epidemii nie wynikały na ogół z kontaktu z patogenami o zróżnicowanym poziomie zjadliwości, lecz były skutkiem mniejszej lub większej skali działań przeciwepidemicznych, sposobu ich planowania i realizacji, wysokości przeznaczonych na ten cel funduszy i liczby lekarzy, którzy w tych działaniach mogli uczestniczyć. W Poznaniu liczba lekarzy wielokrotnie przekraczała liczbę kadr lekarskich w Warszawie i Krakowie. Zdecydowało to o większej skuteczności podjętych działań, które były koordynowane przez specjalistów.

Doktorantka zauważyła także inne przyczyny społeczne warunkujące w porównywanych miastach różnice w poziomie śmiertelności. Chorzy którzy przeżyli epidemię cholery byli do tego zdolni dlatego, że przed zachorowaniem byli lepiej odżywieni, a w trakcie choroby byli lepiej pielęgnowani (tj. karmieni i nawadniani). Temu (a nie tylko skażonej fekaliami wody) należy przypisać wyższe wskaźniki śmiertelności obserwowane wśród członków warstw plebejskich, źle odżywionych i o słabej ogólnej kondycji fizycznej, nie mogących pozwolić sobie na zapewnienie osobom chorym bardziej pożywnej diety i właściwej pielęgnacji. Wysoki poziom śmiertelności odnotowywano głównie wśród ubogich chorych pozostających w domach lub osób przewożonych do prowizorycznych placówek cholerycznych, w których pozbawieni bywali praktycznie opieki lekarskiej. Lepsze wyniki uzyskiwano w szpitalach, gdzie zapewniano chorym nawodnienie i dostateczne odżywianie. Niższe wskaźniki śmiertelności odnotowywane były także wśród żołnierzy stacjonujących miejskich garnizonach, przed wybuchem epidemii – młodych, dobrze odżywionych, a trakcie choroby pielęgnowanych w szpitalach wojskowych. Wyższa niż ok. 40% śmiertelność w przypadku niektórych epidemii wynikała, zdaniem autorki, nie tylko z zaatakowania jednego z porównywanych miast przez bardziej zjadliwy typ patogenu, a także z wyżej wymienionych czynników socjalnych. Ujęcie to uznaję za trafne.

Odnieść się pragnę także do innego ważnego elementu występującego w recenzowanej pracy. Doktorantka postawiła przed sobą zadanie przeprowadzenia analizy porównawczej przyczyn, przebiegu i walki z epidemiami cholery podejmowanej przez władze i mieszkańców Krakowa, Warszawy i Poznania, a także oceny ich skuteczności. Przeprowadziła tę analizę z uwzględnieniem standardu współczesnej wiedzy medycznej dotyczącej cholery. Jest to ujęcie w klasycznych badaniach historycznych nieoczywiste, ale jest stosowane w licznych opracowaniach z zakresu historii medycyny. Zastosowanie go w recenzowanej pracy doktorskiej znajduje uzasadnienie. W historii medycyny wielokrotnie można było bowiem

spotkać sytuacje, w których wprowadzane w dobrej wierze przez władze różnego szczebla zarządzenia przeciwepidemiczne, realizujące zalecenia ówczesnych lekarzy, nie okazywały się skuteczne. Być tak nie mogło, ponieważ odnosiły się do nieistniejących w rzeczywistości zagrożeń, które usiłowano opanować. Nie podejmowano natomiast starań w kierunku ograniczenia zagrożeń, o których dziś wiemy, ze są realne. Rozpoznanie owych zagrożeń jest możliwe wyłącznie przy użyciu przez historyka wiedzy, którą dysponuje współczesna medycyna kliniczna. Działania władz zmierzające do ograniczenia kontaktu ludności z fekaliami i zwłokami podejmowane były jeszcze przed bakterii wywołującej cholerę. Okazały się skuteczne i dziś możemy wyjaśnić, dlaczego tak się stało.

Zasadność odwołania się przez doktorantkę do współczesnego standardu wiedzy medycznej występuje także w przypadku opisywanych przez nią metod terapii cholery. Prowadzenie przez lekarzy przypadków cholery okazywało się w XIX w. efektywne wtedy, gdy zalecana przez nich metoda prowadziła do skutków, które współczesna medycyna kliniczna uznaje za istotne dla wyrównania parametrów funkcjonowania organizmu (w XIX w. nie było jeszcze skutecznych leków na tę chorobę). Było to obfite nawodnienie chorego, uzupełniające utratę płynów związane z biegunką, podanie choremu w pokarmach i płynach zwiększonej ilości soli i pewnej ilości cukru, oraz wprowadzenie do odzywiania pacjenta pożywnej diety ryżowej i zbożowej w postaci zup. Postępowanie to umożliwiało chorym przetrwanie choroby, o ile ogólna wydolność ich organizmu na to pozwalała (przed zachorowaniem nie byli zbyt wychudzeni lub osłabieni). Metoda ta znajdowała odbicie w omawianych przez doktorantkę publikacjach, w tym tych zalecanych przez władze omawianych miast. Współistniała ona jednak z wieloma innymi, które w badanym okresie lekarze także przedstawiali jako skuteczne. Ich stosowanie nie tylko nie było efektywne, ale wiązało się dla chorych z niebezpieczeństwem lub bezpośrednio prowadziło do ich zgonu. Doktorantka wymienia dziesiątki formułowanych przez lekarzy metod leczenia, wśród których członkowie władz miejskich musieli wybrać te, które zamierzali popularyzować wśród mieszkańców jako skuteczne. Ze względu na zróżnicowanie poglądów lekarzy, aż do 1883 r. trudno jest winić członków władz miejskich za popularyzowanie irracjonalnych metod i nieefektywnych działań. Po 1883 r., gdy realna przyczyna cholery została już jednak odkryta, taka ocena podejmowanych przez władze działań jest już jednak możliwa. Można poddać analizie porównawczej skalę i zakres podejmowanych tych działań, a takze przeprowadzić ocenę ich skutków. Doktorantka tak właśnie czyni i prowadzi ją to do właściwych wniosków.

Rozróżniając wśród publikacji dotyczących leczenia i profilaktyki cholery różne ich typy, autorka wyróżnia wśród nich te zalecane przez władze analizowanych miast oraz upowszechniane przez samych autorów, propagujących poglądy niezgodne z ówczesnym standardem klinicznym. Zestawienie miejsc i dat tych publikacji umożliwia wyciągnięcie interesujących wniosków, co autorka czyni. Najwięcej prac, których standard był niezgodny z XIX-wiecznym zachodnioeuropejskim standardem klinicznym, ukazywało się w Rosji, tj. kraju, który nie stworzył do końca swojego istnienia publicznego systemu opieki medycznej i nie wprowadził ograniczeń w prowadzeniu praktyki leczniczej dla osób nie posiadających formalnego wykształcenia medycznego. Najmniej tego rodzaju prac publikowanych było natomiast w Prusach, a później w zjednoczonym państwie niemieckim, w którym już w 2 połowie XVIII w. stworzono ideę systemu medycyny publicznej, a w XIX w. został on stworzony, a następnie jego zasięg był rozszerzany. Po odkryciu w 1883 r. bakteryjnej etiologii cholery mozliwe było szybkie wdrożenie tej wiedzy do już istniejącego systemu, co zadecydowało o wysokiej skuteczności działań przeciwepidemicznych. Na drugim biegunie plasuje się Rosja, w którem system medycyny publicznej nie istniał i, jak już wspomniano, ukazywało się w niej wiele utrzymanych w standardzie alternatywnym wobec klinicznego publikacji. Pomimo dysponowania przez lekarzy po 1883 r. realną wiedzą na temat etiologii cholery, wiedza ta w mniejszym niż w Niemczech stopniu przekładała się na praktykę. W związku z tym epidemie cholery występowały nadal, zdarzając się nadal także w Warszawie. W monarchii habsburskiej podstawy systemu medycyny publicznej zaczęto tworzyć już w 2 połowie XVIII w., a w XIX w. był on rozwijany. Standard działań i publikacji na temat epidemii, w tym cholery, wyznaczały poglądy lekarzy wiedeńskiego fakultetu medycznego. Austriacki system medycyny publicznej był jednak do 1883 r. wdrazany w Galicji bardzo powoli i w ograniczonym zakresie. Po 1883 r. sytuacja ta się zmieniła. Wdrożenie w austriackiej medycynie klinicznej standardu bakteriologii stało się impulsem do rozwoju systemu medycyny publicznej na całym terenie monarchii, a także wspierania popularyzujących do publikacji. Opóźnienie w tworzeniu tego systemu w Galicji spowodowało jednak, że okazał się on tu mało skuteczny. Zarówno w Krakowie, jak w całej Galicji epidemie cholery nadal występowały także po 1883 r., niosąc poważne straty.

Zasygnalizowane powyżej problemy zostały omówione przez doktorantkę z odniesieniem do obszernej podstawy źródłowej i właściwie dobranego piśmiennictwa. Ponieważ konstrukcja recenzowanej pracy doktorskiej nie budzi moich zastrzeżeń, nie będę się do niej odnosić. Pragnę jedynie podkreślić właściwy dobór elementów, które doktorantka

obrała jako podstawę analizy porównawczej. Elementy te uznać należy za istotne, pozwalające na dokonanie oceny podejmowanych przez władze miejskie działań pod względem ich zakresu i efektywności. Recenzowana praca napisana jest dobrym stylem, autorka w pełni panuje nad jej treścią. Doktorantka opanowała umiejętności formalne związane pisaniem prac naukowych. Praca zawiera właściwie podane przypisy, tabele i dostosowane do tekstu ilustracje. Odnotowałam jednak usterki interpunkcyjne, stylistyczne (s. 17, 18, 46) i błędy literowe, które w przypadku skierowania pracy do druku należałoby poprawić.

Obecnie pragnę przejść do uwag odnoszących się do wybranych elementów recenzowanej pracy doktorskiej. Zacznę od uwag ogólnych.

Zbyt skrótowo autorka potraktowała przedstawienie medycznej perspektywy postrzegania cholery, charakterystycznej dla XIX w. We wstępnej części doktoratu przedstawia tę chorobę z punktu widzenia współczesnej medycyny klinicznej, co jak wyżej wskazałam uwazam za uzasadnione. Doktorantka powinna jednak szerzej omówić historyczne aspekty walki z epidemiami prowadzonej w Europie. Należało omówić tworzenie się miejskich systemów ochrony przeciwepidemicznej, jak również fakt, że to z nich wywodziła się idea państwowych systemów medycyny publicznej wypracowana w XVIII w. Doktorantka mogła skorzystać z dostępnego w języku polskim piśmiennictwa na ten temat, m.in. z mojej monografii pt. *Medycyna w historii i kulturze*, (1 wyd. 2013, 2 wyd. poszerzone 2016), w której poświęciłam historii zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie wiele miejsca. Odnosząc metody obrony przed epidemią cholery, zastosowane w XIX w. przez władze Krakowa, Warszawy i Poznania, do zachodnioeuropejskiego standardu wypracowanego wcześniej doktorantka mogłaby wpisać analizowane problemy w szerszy kontekst.

Skorzystanie z dodatkowego piśmiennictwa umożliwiłoby także wyjaśnienie zmian stanowiska lekarzy, a za nimi także członków władz miejskich, do problemu etiologii cholery i uznawania jej za chorobę zakaźną (lub nie). Autorka mogła skorzystać m.in. z moich publikacji, monografii pt. *Niemiecka medycyna niematerialistyczna 1797-1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w XIX stuleciu* (1997) i jej poszerzonego drugiego wydania pt. *Niemiecka medycyna romantyczna* (2007), a także z zawartego w nich obszernego piśmiennictwa dotyczącego historii medycyny niemieckiego obszaru językowego w XIX w. Odrzucenie w latach 30. XIX w. przez władze pruskie koncepcji zakaźnego charakteru cholery i związanych z nią metod profilaktyki (m.in. kwarantanny) było związane z akceptacją i popularyzowaniem przez nie niematerialistycznego standardu medycyny klinicznej, zwanego

też w piśmiennictwie niemieckim standardem romantycznym. Nie jest on opisany w polskich podręcznikach historii medycyny, ani w podręcznikach i monografiach napisanych przez autorów anglosaskich, z których doktorantka korzysta. Ponieważ standard ten występował w latach 1797-1848 wyłącznie w niektórych krajach niemieckich, jest opisany głównie w piśmiennictwie niemieckim, które w podanych wyżej monografiach szeroko przedstawiam. Nie było w nim miejsca dla materialnych czynników zakaźnych wywołujących choroby (miazmatów, contagiów, jadów chorobowych), a za przyczynę chorób uznawano niematerialne bodźce oddziałujące na układ nerwowy ludzi, ich psychikę i duszę. Lekarze pracujący w tym standardzie opierali klasyfikacje chorób na innych przesłankach, niż somatyczne. W latach 1797-1848, gdy standard medycyny niematerialistycznej był popularyzowany na uniwersytetach przez władze Prus (m.in. poprzez obsadzanie uniwersyteckich katedr medycznych zwolennikami tego standardu), wielu lekarzy wyrazało na jego temat opinie krytycznie, uznając go za irracjonalny. Lekarze ci podtrzymywali hipotezy o możliwości wywoływania chorób przez materialne czynniki, takie jak contagia, miazmaty czy jady, powszechnie znane i akceptowane w europejskim środowisku klinicznym w XVIII w. i później. Stanowisko takie dominowało np. w Austrii. W trakcie epidemii cholery z lat 1831-1832 lekarze odrzucający standard medycyny romantycznej wprowadzali, wbrew stanowisku władz państwowych, w swoich miastach kwarantannę. Byli to często absolwenci Uniwersytetu Wiedeńskiego lub pozostający pod wpływem poglądów absolwentów tej uczelni. Czynili tak na podstawie przekonania o zakaźnym charakterze cholery, pomimo tego, że właściwy czynnik przenoszący zakażenie między ludźmi nie został jeszcze przez nich rozpoznany. Uwzględniając w pracy informacje na temat niemieckiego standardu romantycznego mozna było lepiej wyjaśnić, dlaczego w zaborze rosyjskim aż do lat 60. XIX w. ukazywały się publikacje podważające zakaźny charakter cholery, a zarazem podkreślające w jej etiologii rolę czynników psychicznych i niematerialnych. Treść tych publikacji na temat cholery doktorantka uznaje za „dziwną". Była ona tak samo oceniana takze przez ówczesnych europejskich klinicystów, uznających niemiecki romantyczny standard kliniczny za irracjonalny. Dla niemieckich lekarzy wykształconych w tym standardzie przed 1848 r. i dla lekarzy rosyjskich, którzy studiowali lub uzupełniali swoje wykształcenie na niemieckich uniwersytetach w latach 1830-1848, treść ta bynajmniej nie była „dziwna". Była bowiem zbiezna z poglądami głoszonymi na niemieckich uniwersytetach z katedr. Zmiana standardu niemieckiej medycyny uniwersyteckiej i usunięcie z niej poglądów określanych w historiografii mianem „romantyzm medyczny" miała miejsce w 1849 r. Została odgórnie wprowadzona przez władze państwowe, które pod wpływem członków niemieckich towarzystw lekarskich i wielu członków środowisk

akademickich, nie akceptujących „romantyzmu medycznego", doprowadziły do wymiany kadr kierowniczych propagujących ten standard. Podjęto wówczas próbę unifikacji programów nauczania z europejskim standardem klinicznym.

Moja trzecia uwaga ogólna odnosi się do przyjmowanej przez doktorantkę periodyzacji walki z cholerą, którą można określić jako dychotomiczną. Pisząc o sposobie ujmowania cholery przez XIX-wiecznych lekarzy autorka wprowadza tylko jedną cezurę: 1883 r., tj. odkrycie przez Roberta Kocha bakterii cholery i oficjalne zaakceptowanie tego odkrycia przez władze Niemiec, co utorowało drogę do stworzenia efektywnego programu walki z cholerą opartego na realistycznych przesłankach biologicznych. Przed 1883 r. wszystkie hipotezy dotyczące etiologii cholery i podejmowane na ich podstawie działania ocenia jako nieoparte na naukowych, realistycznych podstawach. Opisując historię walki z cholerą w XIX w. należałoby wyróżnić w niej etap pośredni, przypadający na lata 1849-1883. Jest to okres, gdy w niemieckiej medycynie akademickiej odrzucono koncepcję niematerialnych przyczyn chorób i zajęto się poszukiwaniem materialnych czynników inicjujących epidemie. Poszukując ich, prowadzono działania profilaktyczne oparte na dobrze uzasadnionych obserwacjach, że w etiologii wielu chorób epidemicznych, w tym cholery, podstawową rolę odgrywa nieznany jeszcze materialny czynnik obecny w środowisku życia człowieka i zaburzający jego funkcjonowanie. Ograniczeniu zagrożenia ze strony tego czynnika miało służyć prewencyjne oczyszczenie środowiska zycia człowieka i stałe utrzymywanie go w czystości. Lata 1849-1883 trzeba uznać za okres poprzedzający przyjęcie w medycynie klinicznej Europy standardu bakteriologii. Obserwacje przeprowadzane w tym czasie podczas miały bowiem decydujące znaczenie dla sformułowania koncepcji patogenów chorobotwórczych, potwierdzenia ich oddziaływania i sformułowania na tej podstawie programów profilaktycznych utrzymanych już w standardzie bakteriologii.

Ostatnia uwaga ogólna odnosi się do oceny przez doktorantkę nieskutecznego ograniczania przez władze miejskie w okresie zagrożenia epidemią cholery, a także w trakcie jej trwania, zgromadzeń religijnych (msze, odpusty, pielgrzymki). Autorka odnotowuje w wielu miejscach pracy próby podejmowania takich działań przez władze miejskie, co działo się równolegle do wprowadzania zakazu odbywania jarmarków, ograniczeń w swobodzie handlu, i ogólnie zakazu zgromadzeń publicznych o charakterze świeckim. Doktorantka ocenia możliwość wykonywania przez ludność badanych miast praktyk religijnych w trakcie epidemii zawsze pozytywnie, podkreślając ich rolę w łagodzeniu lęków i napięć. Należałoby jednak uwzględnić również medyczny aspekt tych zgromadzeń. Od epidemii w 1873 r. władze

miejskie wzmacniały nacisk na ograniczenie zgromadzeń religijnych w trakcie epidemii. kierując się właśnie względami medycznymi. które po 1883 r. znalazły odbicie w standardzie bakteriologii.

Do recenzowanej pracy mam także podane niżej uwagi szczegółowe.

Na s. 14 autorka stwierdza. że cholera była chorobą wcześniej nieznaną wśród Europejczyków. Natomiast później (s. 23-24). na podstawie innych pozycji piśmiennictwa. podaje. że jej opisy występowały juz u starożytnych autorów greckich (Hipokrates. Galen) i w Starym Testamencie. Należało dostrzec tę sprzeczność występującą w piśmiennictwie i skomentować ją w jednym miejscu pracy doktorskiej.

Na s. 19 autorka stwierdza. że ciała osób zmarłych na cholerę nawet długo po ich śmierci były „wstrząsane dreszczami". Przytacza tę opinię za autorem publikacji z 1892 r. Należałoby skomentować to przekonanie z końca XIX w. w odniesieniu do współczesnego standardu klinicznego. Prawdopodobnie opis dotyczy bowiem osób. u których właściwy zgon jeszcze nie nastąpił. a ich stan kliniczny stał się podstawą przedwczesnego rozpoznania śmierci. Po zgonie w zwłokach pojawia się stężenie pośmiertne. Ciała osób faktycznie zmarłych nie są więc „wstrząsane dreszczami".

Na s. 32 pojawia się stwierdzenie. że cholera „nie oszczędzała żadnej z ras ludzkich". poparte przypisem do publikacji L. Blumenstocka. W czasach wydania pracy Blumenstocka nauka posługiwała się tym pojęciem. obecnie nie jest juz ono stosowane. Autorka powinna wyrazić stwierdzenie o powszechnym występowaniu cholery na świecie w inny sposób.

Na s.39 autorka stwierdza. że „dzięki sile woli mieszkańców udało się uratować Bramę Floriańską i część przylegających do niej murów". Jest to opinia mało konkretna. należy ją doprecyzować chociaz w przypisie. nie poprzestając na podaniu kilku pozycji piśmiennictwa.

Na s. 57 autorka pisze o statucie ograniczonym. Chodzi tu na pewno o status organiczny.

Na s. 59 autorka podaje. że w Warszawie na 141 ulic aż 80 nie miało bruku. Warto było podać rok. z którego pochodzą te dane.

Na s. 84 autorka pisze o strukturze wyznaniowej. która ewaluowała. Na pewno chodziło tu raczej o ewolucję tej struktury.

Na s. 95 autorka stwierdza: „Widzimy więc, że Kraków, Warszawa i Poznań w XIX w. zmagały się z takimi samymi problemami jak większość ówczesnych miast i szukały tego samego rodzaju rozwiązań". W tym miejscu należało podać przypis, zawierający informacje o historii i funkcjonowaniu systemów medycyny publicznej w Austrii i Prusach oraz braku takiego systemu w Rosji. Działania władz miejskich zostałyby wówczas wpisane w szerszy kontekst historyczny, w dużej mierze determinujący ich potencjalną skuteczność lub jej brak.

Na s. 283, 284 i 308 autorka stosuje pojęcie zarazki chorobotwórcze omawiając publikacje z lat 30 i 40. XIX w. Pojęcie to nie mogło występować w cytowanych przez nią publikacjach w takim sensie, w jakim je dziś rozumiemy. Należy zastosować pojęcie oryginalne, wprowadzane przez autorów (jady chorobowe, miazmaty, contagia ?), lub wyjaśnić w przypisie, jak rozumieli oni wyraz „zarazki" jeżeli go rzeczywiście stosowali Przed wypracowaniem standardu bakteriologii zarazki nie były definiowane jako żywe patogeny chorobotwórcze, z których każdy wywołuje charakterystyczną dla niego chorobę.

Na s. 315 autorka wymienia w tekście czasopismo „Pamiętnik Lekarski Warszawski", a w przypisie odwołuje się do „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego". To były inne czasopisma. Usterkę należy skorygować.

Przedstawione powyżej uwagi nie umniejszają wysokiej wartości recenzowanej pracy doktorskiej. W przypadku skierowania doktoratu do druku skorygowanie zauważonych usterek nie jest trudne, podobnie jak uzupełnienie tekstu o odpowiednie fragmenty odpowiadające uwagom ogólnym.

KONKLUZJA

Na podstawie przeprowadzonej przeze mnie analizy treści pracy Pani Karoliny Turczy-Kubicy stwierdzam, że praca spełnia wymogi merytoryczne i formalne stawiane pracom doktorskim. Doktorantka opanowała metodykę pisania prac, wykazuje umiejętności analizy źródeł z zastosowaniem odpowiednio dobranej metodologii. Praca napisana jest dobrym stylem, nie zawiera dłużyzn ani zbędnych fragmentów. Wnioski postawione przez doktorantkę uznaję za właściwe, oparte na odpowiednio udokumentowanych przesłankach. Przedstawione przeze mnie uwagi krytyczne nie podważają wysokiej oceny wartości merytorycznej pracy. Ich wprowadzenie uznaję za zasadne w przypadku skierowania pracy doktorskiej do druku. Zwracam się w związku z powyższą oceną do Rady Dyscypliny Historia Uniwersytetu

Jagiellońskiego o dopuszczenie mgr Karoliny Turczy-Kubickiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka

B Płonka-Syroka