

Danuta Raj

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ORCID 0000-0002-9187-5237

Jakub Węglorz

Instytut Historyczny Uniwersytetu Wrocławskiego
ORCID 0000-0002-1186-5777

Pułapki i meandry. Trudności poznawcze i interpretacyjne towarzyszące badaniom przyczyn i przebiegu chorób w przeszłości

Traps and Intricacies. Cognitive and Interpretative Difficulties in Research on the Causes and Course of Diseases in the Past

Already in the 19th century, researchers of the history of medicine tried to reinterpret the old pathogenesis and diagnostics by framing the descriptions of past epidemics within the framework of their own scientific discourse. However, this practice has sometimes led astray both then and now due to the incompatibility of modern medical language with historical sources, often of a narrative character. In addition, researchers in the field of historical science are often not qualified enough to correctly interpret the descriptions of the symptoms and course of the epidemic. On the other hand, representatives of medical sciences dealing with the past often misinterpret sources, cutting single pieces of information out of context and building a picture that is consistent with the current state of knowledge but inconsistent with the past. Given the persistence of this problem, which has been observable in the historiography of epidemics for many decades, it is worth investigating such cases in order to identify points that are particularly vulnerable to the risk of error.

Keywords: history of medicine, Polish medical historiography, causes of diseases, epidemics

Słowa kluczowe: historia medycyny, polska historiografia medyczna, przyczyny choroby, epidemie

Historia medycyny jest bodaj najstarszą spośród dziedzin historii nauki, pierwsze katedry tego przedmiotu zaczęły pojawiać się na uniwersytetach już w początkach XIX w.¹ Od początku zaistnienia refleksji naukowej nad stanem zdrowia ludzi w przeszłości pojawiły się również próby zrozumienia przyczyn i przebiegu epidemii nękających ludzkość w minionych stuleciach. Rozszerzanie naszej wiedzy o przeszłości na gruncie epidemiologicznym wiązało się jednak z szeregiem problemów, które niejednokrotnie prowadziły do chybionych interpretacji, mylnych szacunków i błędnych ustaleń faktograficznych. Zdezaktualizowanie się niektórych twierdzeń z zakresu historii zdrowotności² jest często efektem przyrostu wiedzy i konsekwencją normalnego w nauce weryfikowania dawniejszych ustaleń przez kolejne pokolenia naukowców. Częstokroć jednak występujące błędy i uproszczenia wynikają z przyjęcia wąskiej perspektywy badawczej, niewłaściwego rozpoznania problemu lub braku współpracy interdyscyplinarnej między badaczami operującymi poza granicami swoich dziedzin. Artykuł niniejszy ma na celu wskazanie trudności i przeszkód występujących przed badaczem dawnych epidemii. Ze względu na specyfikę dociekań nad historią zdrowotności, część z tych problemów wynika nie tyle ze złożoności naukowej zagadnienia, ile z przeszkód organizacyjnych, metodologicznych i warsztatowych, o które potykają się niejednokrotnie podejmujący ten temat badacze. Nie jest celem autorów ganienie konkretnych błędów czy przeoczeń, gdyż sami niejednokrotnie podobne błędy badawcze popełniali. Autorzy chcieliby raczej przedstawić przegląd tych problemów i trudności, na które natknęli się w trakcie swoich badań. Obejmują one kwestie dotyczące m.in.: życzeniowego traktowania i interpretacji źródeł historycznych; trudności z rozumieniem języka i kontekstu źródeł; tworzenia się i funkcjonowania baniek komunikacyjnych, które utrudniają wzajemne zrozumienie naukowców funkcjonujących w różnych obszarach badawczych lub językowych; wąskiego i jednopłaszczyznowego interpretowania faktów historycznych; nadmiernego zaufania do efektów badań pochodzących z XIX w. i pierwszej połowy XX w., które choć wzbudzają wątpliwości, pozostają nieweryfikowane i traktowane jako tzw. wiedza zastana. Tekst ten ma zatem stanowić element rzeczowej dyskusji i próbę wskazania pól badawczych z zakresu historii chorób (w tym epidemicznych), które wymagają szczególnej uwagi lub ponownej weryfikacji.

Jednym z głównych problemów badań nad historią zdrowotności jest częste ograniczanie się naukowców podejmujących tę dyscyplinę do zawężonego i jednopłaszczyznowego interpretowania dostępnych źródeł. Zasób historiografii dotyczącej epidemii, budowany w XIX w. i dużej części XX w., bardzo często był dziełem badaczy historii własnej dyscypliny, czyli przedstawicieli nauk medycznych. Prace z tego okresu nieraz stanowiły ciekawy i wartościowy wkład w poznanie przeszłości, częstokroć jednak były to, zgodnie z określeniem użytym przez Aleksandra Birkenmajera, zaledwie „przyczynki”:

- 1 J. Jeszke, *O potrzebie badań nad historią historiografii medycznej*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1992, s. 39–46.
- 2 Autorzy niniejszego tekstu przyjęli na potrzeby prowadzonych rozważań nad przyczynami i przebiegiem dawnych epidemii termin „historia zdrowotności” rozumiany jako badania nad stanem zdrowia i zapadalnością na choroby przedstawicieli dawnych społeczeństw, prowadzone w duchu wielowymiarowego analizowania tych zagadnień.

są to niejednokrotnie „przyczynki” bardzo cenne, wydobywające na światło dzienne fakty naukowo ważne, niesłusznie zapomniane. Ale bądź co bądź tyczą się one tylko tego, czy owego szczegółu w dziejowym rozwoju nauk. Jakkolwiek są liczne, to przecież nawet w sumie nie wypełniają dotkliwych luk w naszym historycznym poznaniu³.

Z kolei prace historyków usiłujących rozpoznać dawną patogenезę epidemii bywały próbą wtłoczenia uzyskanych informacji źródłowych w ramy posiadanej nieprofesjonalnej wiedzy medycznej. Z kilkoma chlubnymi wyjątkami oznaczało to przeważnie, że prowadzone badania miały charakter wycinkowy i częstokroć mylnie interpretowały fakty. Nie chodzi przy tym o wyznaczanie wąskiego pola badawczego, które zostałyby szczegółowo i wieloaspektowo przeanalizowane, uwzględniając także metody i kompetencje różnych dyscyplin. Takie prace, choć „wąskie” w zakresie doboru tematu, dają nam „szerokie” i pogłębione wejrzenie w analizowane zjawisko i dają możliwie najpełniejsze rozumienie przeszłości. Jako wzmiankowane „przyczynki” rozumieć należy prace, które ujawniają nowe fakty, ale w sposób jednostronny lub bez powiązania ich z już istniejącymi, wprowadzając przez to mylne rozumienie przeszłości. Sytuacja ta zmienia się stopniowo i od kilku dekad powstaje coraz więcej prac, w których sprawnie łączone są różne perspektywy badawcze i które korzystają ze współpracy naukowców z odmiennych dyscyplin. Głosy wskazujące na nieodzowność takiego charakteru badań nad dawnym lecznictwem oraz chorobami epidemicznymi pojawiały się w historiografii polskiej już w latach dziewięćdziesiątych XX w.⁴, nadal jednak jest to potrzeba nie w pełni rozumiana i nie w pełni podzielana⁵.

Kwestia prawidłowego określenia przedmiotu badań, ustalenia zakresu niezbędnych kompetencji i zdefiniowania celu dociekań uwidacznia się już na etapie stosowanego nazewnictwa dyscypliny. Powszechnie funkcjonujące i nadal używane określenie „historia medycyny” wprowadza mylne domniemanie, że dyscyplina ta winna zajmować się historią pewnej dziedziny nauki jaką jest medycyna uniwersytecka, podobnie jak np. historia geografii, czy historia biologii. Tymczasem pole analiz podejmowanych przez „historię medycyny” obejmuje metody leczenia wykraczające poza granice nauki (np. medycyna ludowa, czy przeduniwersytecka), stan zdrowia i warunki bytowe ludności, a także zagadnienia takie jak m.in. omawiane tu przyczyny epidemii i ich konsekwencje. Naukowa refleksja nad kwestią dawnych epidemii wymaga bowiem wyjątkowo szerokiego podejścia, angażującego zarówno badaczy z zakresu historii zdrowotności jak i medycyny historycznej⁶, i stanowi

- 3 A. Birkenmajer, *Historia nauk matematyczno-przyrodniczych i medycyny*, „Kwartalnik Historyczny” 1937, t. 51, s. 431, cyt. za: J. Jeszke, *W poszukiwaniu paradygmatu polskiej historiografii medycznej*, Poznań 2000, s. 89.
- 4 J. Jeszke, *Historyk i lekarz jako badacz dziejów nauk medycznych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1997, t. 4, z. 1/2, s. 63–83; idem, *Między historią nauki a antropologią wiedzy*, [w:] *Antropologia wiedzy. Perspektywy badawcze dyscypliny*, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2005, s. 121–131; idem, *O potrzebie badań*, s. 39–45; J. Nosko, *Czy zachowania zdrowotne mogą być przedmiotem badań historyka medycyny?*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1993, t. 56, nr 1, s. 67–72; B. Płonka-Syroka, *Od historiografii nauk przyrodniczych do antropologii wiedzy – kształtowanie się nowej dyscypliny badań*, [w:] *Antropologia wiedzy*, s. 13–46; eadem, *Społeczno – kulturowy kontekst historii medycyny – przegląd koncepcji i propozycje badawcze*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1995, t. 2, z. 1, s. 5–21.
- 5 J. Węglorz, *Współpraca interdyscyplinarna i wprowadzenie podstaw metodologicznych oraz warsztatowych jako konieczność w badaniach nad historią medycyny*, „Czaszy Nowożytne” 2017, t. 30, s. 225–248.
- 6 Używa się tu określenia „medycyna historyczna” zgodnie z koncepcją Jaromira Jeszke, który określał ją tak: „dla historyka przydatne bowiem miały być studia z perspektywy chorego (jednostki lub zbiorowości), jego relacje wobec choroby, leku, lekarza, pielęgniarki. Podmiotem badań jest tutaj chory a nie, jak w klasycznej

grunt przenikania się kompetencji medycznych i historycznych. Dlatego stosowanie perspektywy wyłącznie „medycznej” stanowi istotne ograniczenie możliwości poznawczych i skutkuje daleko idącą jednostronnością formułowanych wniosków. Co więcej, analizy prowadzone w duchu „historii medycyny” często wywodzą badacza na manowce, gdyż większość wskazanych powyżej problemów badawczych wymaga zaangażowania także (jeśli nie przede wszystkim) perspektywy, metodologii pracy⁷ i kompetencji z dziedziny historii, antropologii, socjologii czy demografii historycznej⁸. Z drugiej strony ograniczenie dociekań nad przeszłością wyłącznie do sfery świadomych działań człowieka również oddala nas od jej rozumienia. Stąd też już od ponad półwiecza pojawiają się w historiografii nawoływania do zróżnicowanego spojrzenia i wykorzystywania kompetencji wielu dyscyplin. W polskiej historiografii o zastosowanie nazwy „historia medyczno-społeczna”, sugerującej szersze pole zainteresowań, wnioskował już w 1975 r. Paul Leuillot⁹, a w 1985 r. Zbigniew Kuchowicz sugerował rozszerzenie horyzontu badań historycznych o „biologiczny wymiar historii”¹⁰. W założeniu miały to być zatem badania, w których łączone będą dociekania historyczne z analizą czynników przyrodniczych, biologicznych i medycznych:

Jeżeli upominam się o biologiczny – również – wymiar historii, nie znaczy to, byśmy pragnęli ją sprowadzić tylko do niego. [...] Chodzi nam o uwzględnienie – nie wyłącznie, lecz również – determinantów biologicznych, o spojrzenie na przeszłość człowieka także z przyrodniczego punktu widzenia. Mamy wątpliwość, czy przy zawężeniu perspektywy badawczej prawie wyłącznie do nauk społecznych, jesteśmy w stanie wykryć i wyjaśnić wszystkie motywacje działań człowieka w przeszłości¹¹.

Naiwnością byłoby jednak sądzić, że zmiana nazwy dyscypliny pociągnie za sobą zmianę perspektyw badawczych i kompetencji naukowców ją uprawiających. Przedstawiona sytuacja nie jest oczywiście konsekwencją wyboru nazwy, to raczej samo miano uprawianej nauki wynika z charakteru prowadzonych badań i kompetencji podejmujących to pole badaczy. Stosowanie innej nazwy, choć zapewne byłoby uzewnętrznieniem wprowadzanych zmian, nie jest zatem chyba niezbędne. W krajach anglosaskich powszechnie stosowane określenie *history of medicine* odnosi się do dociekań zarówno z zakresu historii nauki, jak i historii społeczno-gospodarczej czy demografii historycznej. Absolutnie niezbędne jest za to rozgraniczenie badań nad „historią medycyny” jako dziejami dyscypliny naukowej oraz nad „historią medyczno-społeczną”, historią zdrowotności czy medycyną

historiografii medycznej, lekarz. [...] Dyscyplinę badającą zachowania wobec zdrowia i choroby w tym ujęciu postrzegano jako medycynę historyczną, a więc kolejną dyscyplinę historyczną na podobieństwo geografii czy demografii historycznej, choć nie przypisywano jej takiej autonomii, jaką cieszy się np. historia gospodarcza”, J. Jeszke, *Znaczenie polskiej historiografii medycznej dla medycyny i historii*, [w:] *Przełomy w historii. XVI Powszechny Zjazd Historyków Polskich, Wrocław 15–18 września 1999 roku*, t. 3, cz. 4, Wrocław 1999, s. 178

7 O potrzebie wypracowania naukowej metodologii badań, także w historii medycyny, zob. J. Topolski, *Problemy przełomu antypozytywistycznego w naukach historycznych*, [w:] *Zagadnienie przełomu antypozytywistycznego w humanistyce*, red. J. Kmita, Warszawa 1978, s. 5.

8 O zadaniach i celach historii medycyny uprawianej z perspektywy nauk medycznych zob. J. Jeszke, *W poszukiwaniu*, s. 7–13; idem, *Znaczenie polskiej historiografii*, s. 176–178.

9 P. Leuillot, *O współczesną historię medyczno-społeczną*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej” 1975, t. 23, nr 2, s. 262

10 Z. Kuchowicz, *O biologiczny wymiar historii. Książka propozycji*, Warszawa 1985.

11 Ibidem, s. 24.

historyczną, rozumianymi jako elementy wiedzy o dawnych społeczeństwach w kontekście historycznym, antropologicznym, społecznym, demograficznym i ekonomicznym. Ten drugi nurt badawczy wymaga bowiem zakresu kompetencji przerastających możliwości samodzielnego badacza. Postulat pozyskania profesjonalnych kwalifikacji w każdej z wymaganych dla prawidłowego rozpoznania zjawiska dyscyplin należy odłożyć jako nie-realistyczny; stąd powtarzające się nawoływania do prowadzenia badań w interdyscyplinarnych zespołach wydają się nie tyle propozycją, co koniecznością. Samokształcenie i zdobycie częściowych kwalifikacji z pokrewnych dyscyplin jest bowiem niezaprzeczalnie dużą wartością i ułatwieniem w badaniu dawnej zdrowotności, ale nie zastąpi kompetencji prawdziwego profesjonalisty. Na „obcym” gruncie każdy z nas pozostaje bowiem amatorem, a zdobycie podstawowej wiedzy nie zastąpi znajomości metodologii oraz doświadczenia w rzemiośle badawczym¹².

Kolejną trudnością, z którą przychodzi borykać się badaczom dawnych epidemii, jest nieprzystawalność fachowego języka, którym operują nauki biologiczne i medyczne, z językiem źródeł historycznych. Podstawą, która choć wydaje się oczywista, nie zawsze jest w praktyce przyjmowana, pozostaje świadome uwzględnienie odmiennej racjonalności i odmiennego postrzegania świata świadków minionych zdarzeń. Zarówno sposób ekspresji emocji, jak i opisywania wydarzeń, a nawet używane słowa, różnią się od dzisiejszych i mogą nieść za sobą odmienne znaczenie. Nie tylko bowiem przyczyny chorób były w ubiegłych stuleciach inaczej rozumiane i inaczej opisywane, ale i fachowe słownictwo zmieniło swoje znaczenie i nie odpowiada określeniom dziś używanym. Jako wymowne przykłady posłużyć mogą określenia pochodzące zarówno z nomenklatury ściśle medycznej, takie jak „katar” czy też pozostający raczej w zakresie zainteresowań aptekarskich „kardamon”. Katar w ujęciu medycyny humoralnej oznaczał dysfunkcję spowodowaną nadmiarem flegmy, dotyczyć mogła ona jednak zarówno górnych dróg oddechowych, jak i żołądka lub nawet łokcia¹³. Z kolei nazwą kardamon aż do XVIII w. określano nie – jak to ma miejsce obecnie – nasiona rośliny *Elettaria cardamomum* (L.) z rodziny imbirowatych, a nasiona zupełnie innej rośliny z tej samej rodziny: aframonu madagaskarskiego (*Aframomum melegueta* K.Schum.), różniącego się znacząco składem i smakiem od znanego nam kardamonu¹⁴. Zatem instynktowne nadawanie historycznym terminom współczesnego znaczenia – charakterystyczne niestety dla wielu prac z zakresu historii zdrowotności, pisanych przez przedstawicieli szeroko rozumianego środowiska medycznego – prowadzi często do błędów interpretacyjnych, powodujących wypaczenie postrzegania ówczesnej nauki. Podobnie dzieć się może przy próbach nazwania dawnych jednostek chorobowych, objawów czy metod leczenia. Nowoczesne słownictwo medyczne jest niekompatybilne z określeniami używanymi w epoce nowożytnej. Zwroty i sformułowania występujące w źródłach nie mogą być automatycznie i bezkrytycznie tłumaczone na współczesny język medyczny, gdyż często pojęcia te, choć zbliżone, niosą jednak odmienny ładunek znaczeniowy¹⁵. Tak jak nie każdy nowożytny „katar” to nieżyt górnych dróg oddechowych, tak

12 J. Jeszke, *Historia i lekarz*, s. 67–68.

13 J. Węglorz, *Zdrowie, choroba i leczenie w społeczeństwie Rzeczypospolitej XVI–XVIII wieku*, Toruń 2015, s. 125–126.

14 D. Raj, K. Pękacka-Falkowska, M. Włodarczyk, J. Węglorz, *The Real Theriac – Panacea, Poisonous Drug or Quackery?*, „Journal of Ethnopharmacology” 2021, nr 281, 114535.

15 Por. J. Węglorz, *Współpraca interdyscyplinarna*, s. 225–248.

samo „litotomista” nie jest tożsamy z chirurgiem urologiem, „upuszczanie krwi” nie musi koniecznie oznaczać nacinania żyły, „wódka” nie musi być roztworem wodno-alkoholowym, „febra” nie zawsze oznacza malarię, a „morowe powietrze” to nie zawsze dżuma¹⁶. Prawdziwe znaczenie wielu nowożytnych określeń potrafi być mylące i często uzależnione jest od kontekstu, w którym występują. Co więcej, części z danych terminów medycznych nie da się i nawet nie powinno się bezpośrednio tłumaczyć, gdyż dane źródłowe do tego nie upoważniają. Nazwy jednostek chorobowych takie jak „fryzle”, „petocie” czy „gorączki węgierskie” pozostają bezpośrednio nieprzetłumaczalne, gdyż nie znamy nadal prawdziwej istoty tych chorób. W tych i wielu innych sytuacjach należy powstrzymać się od dokładnego dopasowania odpowiedniego współczesnego nam określenia, a spróbować raczej wskazać argumenty, mogące sugerować takie lub inne rozumienie omawianego terminu.

W przypadku niektórych prac poświęconych historii zdrowotności możemy także zauważyć błędy w wykorzystywaniu i interpretowaniu źródeł historycznych. Choć zawodowi historycy zazwyczaj wykazują się w tym aspekcie dużą ostrożnością, to także im zdarza się bezkrytycznie podchodzić do narracji źródła. Rudymetarnym elementem krytyki wewnętrznej źródła jest każdorazowe ustalenie, czy mogło ono znać prawdę, czy mogło podać prawdę i czy chciało podać prawdę. Niektóre przekazy źródłowe mogą intencjonalnie wprowadzać czytelnika w błąd, aby wyrzucić na nim pożądane wrażenie. W przypadku źródeł kronikarskich oraz opisów redagowanych przez osoby duchowne częstokroć dochodziło do wyolbrzymiania skali i konsekwencji epidemii, co miało wywoływać efekt przerażenia u czytelnika i skłaniać go do refleksji religijnej¹⁷. Z kolei relacje kronikarskie, dotyczące elit państwowych, bywają nacechowane osobistymi emocjami i czasem kreują obraz stanu zdrowia człowieka, który ma odpowiadać jego cechom charakteru (w opinii autora źródła), niekoniecznie zaś jest dokładnym odzwierciedleniem rzeczywistości. W ten sposób Janko z Czarnkowa swojego politycznego przeciwnika, biskupa Mikołaja z Kórnika, uwiecznił jako człowieka pokaranego przez Boga za grzechy owrzodzeniem ust i torsu, co nie znajduje potwierdzenia w innych źródłach¹⁸. Z kolei Jerzy Ossoliński zanotował w pamiętniku o chorobie swojego konkurenta na dworze, Stanisława Kazanowskiego, że była „bardzo plugawa i smrodliwa”, nie podając przy tym jakichkolwiek innych informacji odnośnie stanu zdrowia rekonwalescenta¹⁹. W obu przypadkach choć podstawowe fakty (choroba) mogą być wiarygodne, to już zajadłość opisu i niemoralny podtekst objawów każą podejrzewać autorów źródeł o intencjonalne kreowanie negatywnego obrazu swoich przeciwników. Nie należy zatem traktować tego rodzaju opisów jako całkowicie wiarygodnych przy analizach dawnej zdrowotności. Także źródła prywatne, adresowane do konkretnych odbiorców (listy, pamiętniki, wspomnienia), mogą celowo koloryzować lub przekłamywać rzeczywistość w celu wywołania zamierzonego efektu

16 Zob. D. Raj, J. Węglorz, *Wódka wódce nierówna. Problematyka leczniczych ekstraktów ziołowych w epoce nowożytnej*, „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 2017, t. 43, nr 4, s. 69–84; J. Węglorz, *Zdrowie, choroba i leczenie*, s. 125–134.

17 T. Srogosz, *Staropolskie postrzeganie kłesk elementarnych*, [w:] *Staropolski ogląd świata. Materiały z konferencji Wrocław 23–24 października 2004 r.*, red. B. Rok, F. Wolański, Wrocław 2004, s. 152–153.

18 J. Brzozowska, *Wzmianki i opisy medyczne w kronice Janka z Czarnkowa*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t.5, z.1, s. 91–101.

19 J. Ossoliński, *Pamiętnik (1595–1621)*, oprac. J. Kolasa i J. Maciszewski, red. W. Czapliński, Wrocław 2004, s. 98.

u czytelnika²⁰. W takiej sytuacji pozyskane informacje należy traktować z należytą rezerwą, starając się przy tym wyłowić ze źródła elementy przekazu niezamierzonego, który jest mniej podatny na celowe zafalszowanie²¹. Opisywanie minionej rzeczywistości przez pryzmat emocji źródła i pod kątem całkowicie subiektywnym nie jest oczywiście błędem *per se*, taka opowieść o przeszłości mieści się bowiem w dopuszczalnych (choć dyskutowanych) granicach metodologicznych nauki. Choć nurt narratystyczny nie zdobył nigdy w polskiej historiografii wiodącej popularności²², jest on istotny w badaniach nad dawną zdrowotnością. Podejście takie, choć ogromnie interesujące w zakresie percepcji zdrowia i rozumienia choroby, nie zbliża nas jednak do dostrzeżenia demograficznych skutków epidemii²³. Pisanie historii z perspektywy autora źródła dopuszcza rozbieżności między „rzeczywistą” skalą i znaczeniem społeczno-demograficzno-gospodarczym opisywanych epidemii, a osobistym odczuwaniem minionych zdarzeń przez jej uczestników.

Źródła historyczne, oprócz intencjonalnego podawania nieprawdziwych informacji, mogą także zawierać fragmenty nacechowane niezamierzoną nieprawdomównością lub nieścisłością wypowiedzi. Nawet gdy ustalimy, że źródło nie miało przesłanek, by nie podawać prawdy, w rachubę wchodzi jeszcze niedostateczna wiedza autora źródła o zaistniałym wydarzeniu lub opisywanie go z własnej, niekoniecznie obiektywnej, perspektywy. Niestety bardzo często kwestia ta pozostaje nie do zweryfikowania, pojawiające się jednak niekiedy rozbieżności w relacjach źródłowych każą zachować ostrożność w formułowaniu jednoznacznych tez opartych tylko na jednym źródle. Dla przykładu przywołać chcielibyśmy chorobę króla Władysława IV, która nękała go na przełomie stycznia i lutego 1646 r. Całą sytuację opisał Albrycht Stanisław Radziwiłł w ten sposób:

[król – D.R., J.W.] saniami wyjechał do Nieporentu, ale dalej postąpić boleści podagry nie dopuścili, które były tak ciężkie, że krzykiem i wołaniem sen nocny drugim przerywał i spać nie dawał²⁴.

Z kolei osobisty lekarz króla o tym samym wydarzeniu zanotował „w Nieporetach na pierwszym noclegu z nagłej *catharrali maligna febricula* [katarową złośliwą gorączką] rozniemógł się i tam oblec musiał²⁵. Zbieżność dat i miejsca nie pozostawiają wątpliwości, że chodzi o tą samą sytuację, istota choroby króla została jednak opisana zupełnie odmiennie. Przyczyny zaistniałych rozbieżności mogą być złożone²⁶, kluczowy jest jednak sam fakt występowania sporych różnic w opisach istoty i przebiegu choroby króla.

Przy opisach dawnej zdrowotności oraz metod leczenia zdarza się także badaczom podchodzić do źródeł wybiórczo i życzeniowo interpretować znalezione w nich fakty. Do-

20 J. Węglorz, *Zdrowie, choroba i leczenie*, s. 23–26.

21 D. Bąkowski-Kois, *Zarządcy dóbr Elżbiety Sieniawskiej. Studium z historii mentalności 1704–1726*, Kraków 2005, s. 150–151.

22 E. Domańska, J. Topolski, *O narratystycznym i postmodernistycznym zwrocie w pojmowaniu historii*, „Przeгляд Humanistyczny” 1995, t. 39, nr 1, s. 1–12; J. Pomorski, *Hayden White a polska metodologia historii i teoria historiografii*, [w:] *Hayden White w Polsce: fakty, krytyka, recepcja*, red. E. Domańska, E. Skibiński, P. Strzyżek, Kraków 2019, s. 67–102.

23 T. Srogosz, *Trwałość i zmienność warunków zdrowotnych ludności chłopskiej w Rzeczypospolitej w XVIII wieku*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1997, t. 4, z. 1/2, s. 96–99.

24 A.S. Radziwiłł, *Pamiętnik o dziejach w Polsce*, t. 2, 1637–1646, tłum. i oprac. A. Przyboś, R. Żelewski, Warszawa 1980, s. 469.

25 M. Vorbek-Lettow, *Skarbnica pamięci*, oprac. E. Galos, F. Mincer, Wrocław, Warszawa 2006, s. 152.

26 Zob. J. Węglorz, *Zdrowie, choroba i leczenie*, s. 132–134.

pasowywanie faktów źródłowych do współczesnego nam oglądu świata i próby doprowadzenia za wszelką cenę do „racjonalnego” (w rozumieniu dzisiejszej nauki medycznej) wyjaśnienia zjawisk opisanych w przeszłości także traktować należy w kategorii błędu zaciemniającego nasze rozumienie historii. Za przykłady wybiórczego podchodzenia do tego, co przekazują nam źródła oraz ignorowania kontekstu epoki, niech posłużą nam dociekania nad śmiercią Barbary Radziwiłłówny oraz chorobą i leczeniem Jana III Sobieskiego²⁷. Wśród badaczy tej pierwszej sprawy pojawiają się próby budowania nowoczesnej diagnozy medycznej dopasowanej do opisów choroby, na którą cierpiała królowa. Wśród domniemyanych przyczyn jej zgonu pojawia się m.in. kiła oraz rak szyjki macicy. Choroby te w oczywisty sposób mogły doprowadzić do śmierci, ale opisy źródłowe cierpienie Radziwiłłówny mogą potencjalnie być objawami wielu różnych schorzeń. Hipotetycznie można by założyć, że był to inny typ nowotworu zlokalizowany w miednicy mniejszej²⁸, jak choćby na przykład kosmówczak, który mógł być następstwem wystąpienia zażniadu podczas prób starania się królewskiej pary o dziecko. Przedstawione wyjaśnienie jest równie uprawnione lub raczej równie nieuprawnione, co teoria raka szyjki macicy. W tym wypadku dane źródłowe po prostu nie dają nam wystarczająco jednoznacznych wskazówek, aby móc zbudować trudną do podważenia hipotezę na temat przyczyn śmierci królowej. Bez lepszego rozpoznania tego problemu budowanie kolejnych twierdzeń, równie wątpliwych co poprzednie, wydaje się być pozbawione wartości poznawczej. Z kolei w przypadku stanu zdrowia Jana III Sobieskiego niektórzy badacze, bazując na opisach źródłowych, usiłują udowodnić zasłużony upadek stanu zdrowia króla (oraz całej warstwy magnackiej), inni zaś wskazują na niezawinione przyczyny złego zdrowia i śmierci króla (m.in. wiek, trudy wojenne i odniesione rany). Podział ten stanowi niejako echo dyskusji zapoczątkowanej już ponad 50 lat temu między Zbigniewem Kuchowiczem a Emmanuelem Rostworowskim, odnoszącej się do trybu życia i stanu zdrowia magnaterii polskiej²⁹. Duża część skrajnych ocen w toczącym się sporze jest jednak wynikiem błędów interpretacyjnych. Dla przykładu przytoczyć można pogląd o niezdrowym obżarstwie króla (i ogólnie magnaterii), wynikający m.in. z dosłownego traktowania informacji o składzie królewskich obiadów, interpretowanym jako ilości pożywienia przyjmowanego przez monarchę³⁰. Monarcha, jak i możnowładcy, często stołowali się przy licznych pełnych półmiskach z wieloma po-

- 27 Nie chcąc krytykować personalnie naukowców, a jedynie wskazać na potencjalne pole do nadinterpretacji, autorzy powstrzymali się tutaj od cytowania konkretnych publikacji. Czytelnik zainteresowany zagadnieniem bez trudu znajdzie prace na temat powstałe w ostatnich dwóch dekadach, a nawet starsze, z połowy XX w. czy końca XIX w.
- 28 Wymienione w źródłach upławy nie musiały być powiązane z przyczyną śmierci królowej, była to dolegliwość często opisywana w poradnikach medycznych, a co za tym idzie, najprawdopodobniej także nierzadko występująca wśród kobiet; J. Węglorz, *Staropolskie poradniki medyczne o zdrowiu i chorobach kobiet*, [w:] *Per mulierem... Kobieta w dawnej Polsce – w średniowieczu i w dobie staropolskiej*, red. K. Justyniarska-Chojak, S. Konarska-Zimnicka, Warszawa 2012, s. 421–432.
- 29 Z. Kuchowicz, *Jeszcze o zdrowiu i niezdrociu magnatów XVII–XVIII w.*, „Kwartalnik Historyczny” 1970, t. 77, nr 2, s. 394–403; idem, *Společné konsekwence postępującej degeneracji możnowładztwa polskiego w XVII–XVIII wieku*, „Kwartalnik Historyczny” 1969, t. 76, z. 1, s. 21–43; idem, *Znaczenie skutków patologii nękających możnowładztwo polskie w XVII–XVIII wieku*, „Kwartalnik Historyczny” 1971, t. 78, z. 1, s. 260–261; E. Rostworowski, *Zdrowie i niezdrocie polskich magnatów XVI–XVIII wieku*, „Kwartalnik Historyczny” 1969, r. 76, nr 4, s. 865–887; idem, *Egzemplifikacja i statystyka a postępująca degeneracja magnaterii*, „Kwartalnik Historyczny” 1971, t. 75, nr 1, s. 258–260.
- 30 *Księga szafarska dworu Jana III Sobieskiego 1695–1696*, oprac. J. Dumanowski, M. Próba, Ł. Truściński, Warszawa 2013.

trawami, a dokładne opisy bogatych posiłków bywały szeroko rozpowszechniane³¹. Nie oznaczało to jednak, że wszystkie wymienione potrawy były w całości spożywane przez uczującego, bogactwo stołu było bowiem świadectwem prestiżu, a nie zachłanności króla. Ponadto na europejskich dworach królewskich i arystokratycznych pozostałościami ze stołu żywiła się część dworzan, a resztki rozdawano niższej służbie lub ubogim³². Z drugiej zaś strony sporu za przykład może posłużyć negowanie wystąpienia kiły u Sobieskiego m.in. z powodu braku wzmianki na ten temat w lekarskich opisach sekcji zwłok króla³³. W zachowanych relacjach źródłowych, dotyczących choroby i śmierci króla, praktycznie nigdzie nie spotkamy takiego stwierdzenia³⁴. W odniesieniu do zwykłego człowieka lekarz nie zawahałby się nazwać względnie łatwej do rozpoznania choroby, ale w sytuacji króla posądzenie o kiłę byłoby czymś absolutnie nieakceptowanym. Obyczaj nie dozwalał na tego rodzaju wypowiedź w odniesieniu do monarchy; nawet gdyby sytuacja byłaby dla wszystkich jasna, pozostawałaby w sferze tabu. Swobodnie jednak można było opisywać wówczas szereg objawów sugerujących chorobę oraz fakt, że król leczył się związkami rtęci, które stosowano wówczas głównie w terapii kiły. Materiał źródłowy pozwala w tym wypadku na budowanie różnych hipotez, ale zignorowanie kontekstu epoki, odmiennej obyczajowości i niepisanych reguł dworu będzie prowadziło badacza na manowce.

Nie tylko dane źródłowe są przyczyną potencjalnych trudności i błędów badawczych, także niewłaściwie wykorzystywana fachowa literatura stanowi czasem przeszkodę w rzetelnym opisanu minionej rzeczywistości. Częstym błędem popełnianym przez przedstawicieli nauk humanistycznych, sięgających po interpretacje faktów źródłowych w duchu nowoczesnej nauki medycznej, jest poleganie wyłącznie na podstawowych danych literaturowych. Przy spotkaniu z opisem objawów chorobowych zdarza się historykom sięgać po jakąkolwiek drukowaną diagnostykę różnicową i wybierać z niej (nieco przypadkowo) dolegliwość, która najbardziej pasuje do informacji zawartych w źródle. Bywa, że tego typu ocena może być całkiem trafna, często jednak postawienie diagnozy wymaga więcej niż tylko dopasowania podstawowych objawów. Innym błędem, który zdarza się wszystkim badaczom wykraczającym poza swoją dyscyplinę, jest korzystanie z przestarzałej lub niefachowej literatury jako głównego źródła wiedzy. Gdy nie ma się kwalifikacji naukowych na obcym sobie polu badawczym, czasem trudno jest zweryfikować, czy dana publikacja jest wiarygodna i czy prezentowane w niej ustalenia pozostają nadal aktualne. Skrajną sytuacją, wynikającą z nieumiejętnego posługiwania się literaturą przedmiotu, jest bezkrytyczne korzystanie z publikacji sprzed kilkudziesięciu, a czasem i stu kilkudziesięciu lat, przyjmując prezentowany w nich stan wiedzy jako obowiązujący. O ile w przypadku przedstawicieli nauk humanistycznych zdarza się to raczej rzadko (nikt chyba nie poważy się twierdzić, że wiedza medyczna sprzed 150 lat jest nadal aktualna), to przedstawiciele nauk medycznych sięgający po literaturę humanistyczną niestety błęd ten popełniają niepokojąco często.

31 K. Maliszewski, *Barokowe „theatrum mundi”*. Uwagi o staropolskim obrazie świata na podstawie polskich gazet rękopiśmiennych, [w:] *Staropolski ogląd świata*, s. 163.

32 J. Duindam, *Vienna and Versailles. The Courts of Europe's Dynastic Rivals, 1550–1780*, Cambridge 2007, s. 171–172; A. Tigner, *The Ecology of Eating in Jonson's "To Penshurst"*, [w:] *Ecological Approaches to Early Modern English Texts. A Field Guide to Reading and Teaching*, red J. Munroe, E.J. Geisweid i L. Bruckner, London, New York 2016, s. 117–119; L. Moulin, *Eating and Drinking in Europe – A Cultural History*, Antwerp 2002, s. 111–113.

33 K. Sarnecki, *Pamiętniki z czasów Jana Sobieskiego*, oprac. J. Woliński, Wrocław 2004, s. 537.

34 Wzmianki sugerujące kiłę znajdują się jedynie w bardzo osobistych listach Sobieskiego do żony; J. Sobieski, *Listy do Marysieńki*, oprac. L. Kukulski, Warszawa 1970, *passim*.

Oprócz niewłaściwego wykorzystania literatury bywa, że leciwe publikacje stają się przeszkodą rozwoju nauki w zupełnie inny sposób. Opublikowane przez badaczy o ugruntowanej opinii i powszechnie zaakceptowane ustalenia sprzed wielu lat bywają bezkrytycznie powtarzane i przejmowane jako „wiedza zastana”. Niestety zdarza się, że z biegiem lat także tego rodzaju tezy wymagają powtórnej weryfikacji, a czasem korekty. Uleganie autorytetowi znanych publikacji i powielanie ogólnie przyjętych tez jest w zasadzie nie do uniknięcia, nie sposób bowiem każdorazowo kwestionować wszystkich ustaleń i ponownie weryfikować wieloletni dorobek dotychczasowej nauki. Także i tutaj należy jednak zachować ostrożność i w miarę możliwości porównywać wyniki najnowszych badań z podstawami przyjmowanych tez pod kątem ewentualnych rozbieżności. Za przykład długiego powielania ogólnie przyjętych twierdzeń, które po weryfikacji okazują się nie zawsze poprawnie odpowiadać na pytania dotyczące dawnej zdrowotności, posłużyć może kwestia rozprzestrzeniania się dżumy w Europie i jej wektorów zakażenia. Od ponad stulecia dominowała teza, że bakterię *Yersinia pestis* roznosiły pchły żerujące na szczurach. Aktualny stan wiedzy wskazuje, że twierdzenie to nie do końca musi odpowiadać rzeczywistości biologicznej. Przede wszystkim człowiek nie jest dla pchły zwierzęcej domyślnym żywicielem, bywa przez pchłę kąsany, ale do bytowania i rozwoju szuka ona zwierząt z odpowiednią sierścią³⁵. Stąd też transfer bakterii ze szczura na człowieka, choć możliwy, niekoniecznie musi być główną drogą zakażenia. W opracowaniach dotyczących dawnych epidemii możliwość rozprzestrzeniania dżumy inaczej niż za pośrednictwem pchły lub drogą kropelkową traktowano zazwyczaj zdawkowo³⁶. Tymczasem źródła podkreślają ryzyko związane z bezpośrednim kontaktem i używaniem rzeczy chorego³⁷. Nowsze badania wskazują na duże ryzyko transferu bakterii za pośrednictwem wydzielin chorego³⁸, zwracają także uwagę na bardzo długą przeżywalność pałeczek dżumy, która wynosi do 24 dni w glebie, a w innych środowiskach nawet ponad 200 dni³⁹ (publikacje wskazują na ogólną długą przeżywalność bakterii z rodzaju *Yersinia*, dochodzącą nawet do 10 miesięcy⁴⁰). Być może więc głównym wektorem rozprzestrzeniania dżumy nie były pchły, a bezpośredni kontakt z bakterią na użytkowanych przedmiotach, czy w pozostałościach wydzielin chorych? Sformułowane pytanie nie stanowi tezy naukowej, ma jedynie na celu wskazać na konieczność rzetelnego zweryfikowania niektórych powtarzanych od dawna twierdzeń.

Poważną trudnością, dotyczącą zresztą nie tylko badań nad historią zdrowotności, jest występowanie w środowiskach naukowych swoistych „baniek komunikacyjnych”. Podstawowym utrudnieniem w masowym rozpowszechnieniu informacji o nowych odkryciach

35 J.L. Gundlach, A.B. Sadzikowski, *Parazytologia i pasożytozy zwierząt*, Warszawa 2004, s. 316.

36 M. Kępa, *Pandemia „czarnej śmierci” w średniowiecznej Europie*, [w:] *Od prehistorii do współczesności. Różne spojrzenie na medycynę i zdrowie człowieka*, red. H. Głąb, M. Dąbrowska, M. Kępa, Ł. Kryst, J. Marchewka, Kraków 2008, s. 31–32; J. Kracik, *Pokonać czarną śmierć. Staropolskie postawy wobec zarazy*, Kraków 1991, s. 13–16.

37 Motyw ten pojawia się w wielu relacjach źródłowych, dla przykładu: J. Rafałowiczówna, *A z Warszawy nowiny te... Listy do Elżbiety Sieniawskiej z lat 1710–1720*, oprac. B. Popiołek, Kraków 2000, s. 21.

38 *Operational Guidelines on Plague Surveillance, Diagnosis, Prevention and Control* (broшура Światowej Organizacji Zdrowia), New Delhi 2009, s. 13–15.

39 S.D. Torosian, P.M. Regan, M.A. Taylor, A. Margolin, *Detection of Yersinia Pestis over Time in Seeded Bottled Water Samples by Cultivation on Heart Infusion Agar*, „Canadian Journal of Microbiology” 2009, t. 55, nr 9, s. 1125–1129.

40 M. Splino, V. Merka, F. Kyntera, *Überlebensvermögen von Yersinia enterocolitica in verschiedenen Medien*, „Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete” 1981, t. 27, nr 11, s. 828–832.

jest opisywanie ich w językach narodowych, bez upowszechnienia choćby tytułu i streszczenia w międzynarodowych bazach publikacji. Problem ten jest ogólnie znany, a autorzy tekstu nie mają recepty na jego rozwiązanie, pozostaje więc zachować świadomość występujących ograniczeń i starać się (w miarę możliwości) je przekraczać. Niestety problem ograniczonej dostępności osiągnięć naukowych nie wynika jedynie z kwestii językowych, lecz także z braku wzajemnej komunikacji między różnymi dyscyplinami nauki. Zarówno przedstawiciele nauk o zdrowiu, jak i humaniści, zajmując się historią zdrowotności, poruszają się przeważnie w granicach własnej dziedziny. Zdarza się zatem, że różne perspektywy badawcze i ustalenia naukowe, dotyczące tych samych problemów, nie spotykają się wcale. Badacze nieraz borykają się z ogromnymi trudnościami wynikającymi z przekraczania zakresu własnej dyscypliny, nie wiedząc, że występujący przed nimi problem został już dawno rozwiązany. Niestety opisane powyżej trudności wymagają zmian systemowych, gdyż wynikają z ogólnej sytuacji niewystarczającego umiędzynarodowienia nauki i nie dadzą się rozwiązać lub obejść w łatwy sposób.

Przedstawiony tekst nie dąży do polemiki z badaczami, którzy inaczej interpretują niektóre fakty i ustalenia z zakresu dawnej zdrowotności, gdyż autorzy nie uzurpują sobie prawa do oceny ich słuszności lub niesłuszności. Dążeniem podjętym w niniejszej pracy jest otwarcie wspólnej dyskusji przedstawicieli nauk humanistycznych oraz nauk medycznych, która dałaby możliwość wychwycenia słabych punktów funkcjonujących interpretacji oraz potencjalnych błędów w dotychczasowym rozumowaniu. Podjęliśmy próbę przedstawienia kilku obszarów powtarzających się w narracji o dawnej zdrowotności, które wzbudzają wątpliwości i powinny zostać poddane dwustronnej weryfikacji. Obszarów takich zapewne wskazać można więcej. Podjęcie dalszych starań w tym kierunku byłoby zgodne z duchem przedstawianego tekstu. Nie chodzi bowiem jedynie o wskazanie konkretnych błędów, czego zresztą w tej pracy autorzy skrupulatnie unikali, ale przede wszystkim o wyczulenie naukowców zajmujących się dawną zdrowotnością na potencjalne pułapki, które z różnych przyczyn mogły dotąd pozostać niezauważone.

Bibliografia

- Bąkowski-Kois D., *Zarządcy dóbr Elżbiety Sieniawskiej. Studium z historii mentalności 1704–1726*, Kraków 2005.
- Brzozowska J., *Wzmianki i opisy medyczne w kronice Janka z Czarnkowa*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t. 5, z. 1, s. 91–101.
- Domańska E., Topolski J., *O narratywistycznym i postmodernistycznym zwrocie w pojmowaniu historii*, „Przegląd Humanistyczny” 1995, t. 39, nr 1, s. 1–12.
- Duindam J., *Vienna and Versailles. The Courts of Europe's Dynastic Rivals, 1550–1780*, Cambridge 2007.
- Gundlach J.L., Sadzikowski A.B., *Parazytologia i pasożytozy zwierząt*, Warszawa 2004.
- Jeszke J., *Historyk i lekarz jako badacz dziejów nauk medycznych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1997, t. 4, z. 1/2, s. 63–83.
- Jeszke J., *Między historią nauki a antropologią wiedzy*, [w:] *Antropologia wiedzy. Perspektywy badawcze dyscypliny*, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2005, s. 121–131.

- Jeszke J., *O potrzebie badań nad historią historiografii medycznej*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1992, s. 39–46.
- Jeszke J., *W poszukiwaniu paradygmatu polskiej historiografii medycznej*, Poznań 2000.
- Jeszke J., *Znaczenie polskiej historiografii medycznej dla medycyny i historii*, [w:] *Przełomy w historii. XVI Powszechny Zjazd Historyków Polskich, Wrocław 15–18 września 1999 roku*, t. 3, cz. 4, Wrocław 1999, s. 173–180.
- Kępa M., *Pandemia „czarnej śmierci” w średniowiecznej Europie*, [w:] *Od prehistorii do współczesności. Różne spojrzenie na medycynę i zdrowie człowieka*, red. H. Głąb, M. Dąbrowska, M. Kępa, Ł. Kryst, J. Marchewka, Kraków 2008, s. 26–33.
- Kracik J., *Pokonać czarną śmierć. Staropolskie postawy wobec zarazy*, Kraków 1991.
- Księga szafarska dworu Jana III Sobieskiego 1695–1696*, oprac. J. Dumanowski, M. Próba, Ł. Truściński, Warszawa 2013.
- Kuchowicz Z., *Jeszcze o zdrowiu i niezdroziu magnatów XVII–XVIII w.*, „Kwartalnik Historyczny” 1970, t. 77, nr 2, s. 394–403.
- Kuchowicz Z., *O biologiczny wymiar historii. Książka propozycji*, Warszawa 1985.
- Kuchowicz Z., *Społeczne konsekwencje postępującej degeneracji możnowładztwa polskiego w XVII–XVIII wieku*, „Kwartalnik Historyczny” 1969, t. 76, z. 1, s. 21–43.
- Kuchowicz Z., *Znaczenie skutków patologii nękających możnowładztwo polskie w XVII–XVIII wieku*, „Kwartalnik Historyczny” 1971, t. 78, z. 1, s. 260–261.
- Leuillot P., *O współczesną historię medyczno-społeczną*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej” 1975, t. 23, nr 2, s. 255–267.
- Maliszewski K., *Barokowe „theatrum mundi”. Uwagi o staropolskim obrazie świata na podstawie polskich gazet rękopiśmiennych*, [w:] *Staropolski ogląd świata. Materiały z konferencji Wrocław 23–24 października 2004 r.*, red. B. Rok, F. Wolański, Wrocław 2004, s. 159–168.
- Moulin L., *Eating and Drinking in Europe – A Cultural History*, Antwerp 2002.
- Nosko J., *Czy zachowania zdrowotne mogą być przedmiotem badań historyka medycyny?*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1993, t. 56, nr 1, s. 67–72.
- Operational Guidelines on Plague Surveillance, Diagnosis, Prevention and Control* (brożura Światowej Organizacji Zdrowia), New Delhi 2009.
- Ossoliński J., *Pamiętnik (1595–1621)*, oprac. J. Kolasa, J. Maciszewski, red. W. Czapliński, Wrocław 2004.
- Płonka-Syroka B., *Od historiografii nauk przyrodniczych do antropologii wiedzy – kształtowanie się nowej dyscypliny badań*, [w:] *Antropologia wiedzy. Perspektywy badawcze dyscypliny*, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2005, s. 13–46.
- Płonka-Syroka B., *Społeczno-kulturowy kontekst historii medycyny – przegląd koncepcji i propozycje badawcze*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1995, t. 2, z. 1, s. 5–21.
- Pomorski J., *Hayden White a polska metodologia historii i teoria historiografii*, [w:] *Hayden White w Polsce: fakty, krytyka, recepcja*, red. E. Domańska, E. Skibiński, P. Stróżyk, Kraków 2019, s. 67–102.
- Radziwiłł A.S., *Pamiętnik o dziejach w Polsce*, t. 2, 1637–1646, tłum. i oprac. A. Przyboś, R. Żelewski, Warszawa 1980.
- Rafałowiczówna J., *A z Warszawy nowiny te.... Listy do Elżbiety Sieniawskiej z lat 1710–1720*, oprac. B. Popiołek, Kraków 2000

- Raj D., Pękacka-Falkowska K., Włodarczyk M., Węglorz J., *The Real Theriac – Panacea, Poisonous Drug or Quackery?*, „Journal of Ethnopharmacology” 2021, nr 281, 114535, DOI 10.1016/j.jep.2021.114535.
- Raj D., Węglorz J., *Wódka wódce nierówna. Problematyka leczniczych ekstraktów ziołowych w epoce nowożytnej*, „Klio. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym” 2017, t. 43 nr 4, s. 69–84, DOI 10.12775/KLIO.2017.045.
- Rostworowski E., *Egzemplifikacja i statystyka a postępująca degeneracja magnaterii*, „Kwartalnik Historyczny” 1971, t. 75, nr 1, s. 258–260.
- Rostworowski E., *Zdrowie i niezdrowie polskich magnatów XVI–XVIII wieku*, „Kwartalnik Historyczny” 1969, t. 76, nr 4, s. 865–887.
- Sarnecki K., *Pamiętniki z czasów Jana Sobieskiego*, oprac. J. Woliński, Wrocław 2004.
- Sobieski J., *Listy do Marysieńki*, oprac. L. Kukulski, Warszawa 1970.
- Splino M., Merka V., Kyntera F., *Überlebensvermögen von Yersinia enterocolitica in verschiedenen Medien*, „Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete” 1981, t. 27, nr 11, s. 828–832.
- Srogosz T., *Staropolskie postrzeganie kłesk elementarnych*, [w:] *Staropolski ogląd świata. Materiały z konferencji Wrocław 23–24 października 2004 r.*, red. B. Rok, F. Wolański, Wrocław 2004, s. 151–158.
- Srogosz T., *Trwałość i zmienność warunków zdrowotnych ludności chłopskiej w Rzeczypospolitej w XVIII wieku*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1997, t. 4, z. 1/2, s. 85–104.
- Tigner A., *The Ecology of Eating in Jonson’s “To Penshurst”*, [w:] *Ecological Approaches to Early Modern English Texts. A Field Guide to Reading and Teaching*, red. J. Munroe, E.J. Geisweidt i L. Bruckner, Londyn, Nowy Jork 2016, s. 109–120, DOI 10.4324/9781315578668-13.
- Topolski J., *Problemy przełomu antypozytywistycznego w naukach historycznych*, [w:] *Zagadnienie przełomu antypozytywistycznego w humanistyce*, red. J. Kmita, Warszawa 1978, s. 9–21.
- Torosian S.D., Regan P.M., Taylor M.A., Margolin A., *Detection of Yersinia Pestis over Time in Seeded Bottled Water Samples by Cultivation on Heart Infusion Agar*, „Canadian Journal of Microbiology” 2009, t. 55, nr 9, s. 1125–1129, DOI 10.1139/W09-066.
- Vorbek-Lettow M., *Skarbnica pamięci*, oprac. E. Galos, F. Mincer, Wrocław, Warszawa 2006.
- Węglorz J., *Staropolskie poradniki medyczne o zdrowiu i chorobach kobiet* [w:] *Per mulierem... Kobieta w dawnej Polsce – w średniowieczu i w dobie staropolskiej*, red. K. Justyniarska-Chojak, S. Konarska-Zimnicka, Warszawa 2012, s. 421–432.
- Węglorz J., *Współpraca interdyscyplinarna i wprowadzenie podstaw metodologicznych oraz warsztatowych jako konieczność w badaniach nad historią medycyny*, „Czasy Nowożytne” 2017, t. 30, s. 225–248.
- Węglorz J., *Zdrowie, choroba i leczenie w społeczeństwie Rzeczypospolitej XVI–XVIII wieku*, Toruń 2015.

Finansowanie

Tekst prezentuje częściowe rezultaty badań finansowanych z grantu Narodowego Centrum Nauki 2017/26/E/HS3/00452.

dr **Danuta Raj**, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji i Leku Roślinnego na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Jej zainteresowania badawcze obejmują analizę chromatograficzną związków pochodzenia naturalnego, szczególnie metodami chromatografii cienkowarstwowej oraz HPLC.

dr **Jakub Węglorz**, adiunkt w Zakładzie Historii Polski i Powszechnej XVI–XVIII wieku w Instytucie Historycznym Uniwersytetu Wrocławskiego. Jego zainteresowania badawcze skupiają się wokół zagadnień lecznictwa i leków w czasach staropolskich, a także historii mentalności epoki nowożytnej.
e-mail: jakub.weglorz@uwr.edu.pl

Data zgłoszenia artykułu: 7 lipca 2022

Data przyjęcia do druku: 23 listopada 2022