

MARTA WRÓBEL

ORCID: 0000-0002-3705-3558

EPIDEMIA CHOLERY W 1893 ROKU W BIAŁYMSTOKU W ŚWIETLE RAPORTU LEKARZA MIEJSKIEGO MIKOŁAJA GŁOWACKIEGO

DOI: 10.15290/sp.2019.27.05

Abstrakt. Celem artykułu jest omówienie uwarunkowań i przebiegu epidemii cholery w Białymstoku w 1893 r., oraz powziętych przez władze miejskie i sanitarne środków przeciwocholerycznych i opieki medycznej, na podstawie raportu, sporządzonego na potrzeby władz gubernialnych przez białostockiego lekarza miejskiego Mikołaja Głowackiego.

Słowa kluczowe: epidemia, cholera, opieka zdrowotna i sanitarna, Białystok, XIX w.

Abstract. The aim of the article is to discuss the circumstances and the course of the epidemics of cholera in Białystok in 1893, the anti-cholera precautions taken by the town and sanitary authorities, as well as medical care, on the basis of the report prepared for the needs of Governorate authorities by Białystok town physician, Mikołaj Głowacki.

Key words: epidemics, cholera, medical and sanitary care, Białystok, 19th century

Pojawienie się cholery w Białymstoku ma zagadkowy charakter. 1892 – rok wszechobecnego rozprzestrzeniania się cholery azjatyckiej w całym Imperium Rosyjskim, okazał się szczęśliwym dla miasta. Białystok, mimo swego dość dużego znaczenia jako ośrodek handlowy i przemysłowy oraz jako węzeł kolejowy na liniach Odessa – Petersburg i Warszawa – Petersburg, w 1892 r. przetrwał, chociaż cholera była nie tylko w guberniach sąsiadujących z grodzieńską [...], ale nawet w granicach samej guberni, w powiatach brzeskim i słonimskim. W obecnym 1893 r. cholera pojawiła się, kiedy była najmniej oczekiwana, gdy najbliższym jej ogniskiem była gubernia podolska, a w sąsiednich guberniach nic nie było o niej słyhać¹.

Problematyka dziewiętnastowiecznych epidemii cholery na ziemiach północno-wschodniej Polski była poruszana w literaturze historycznej w róż-

¹ Narodowe Archiwum Historyczne Białorusi w Grodnie (dalej: NAHB), f. 9, op. 1, d. 1934, k. 16–16v. Wszystkie tłumaczenia z języka rosyjskiego pochodzą od autorki.

nych aspektach², ciągle brakuje jednak opracowania o charakterze sumarycznym³, które dotyczyłoby obszaru guberni grodzieńskiej Cesarstwa Rosyjskiego⁴, w tym jej zachodnich powiatów – białostockiego, bielskiego i sokólskiego (w latach 1807–1842 stanowiących wyodrębniony obwód białostocki). Podjęcie tego zagadnienia umożliwia ciągle niedostatecznie wykorzystana, a bogata i stosunkowo dostępna baza źródłowa znajdująca się w archiwach polskich i zagranicznych⁵. Niniejszy artykuł, stanowiący przyczynek do tematu epidemii cholery w Białymstoku w 1893 r., służy omówieniu tła jej rozwoju, czyli warunków sanitarnych miasta w ostatniej dekadzie XIX w. oraz charakterystyce przebiegu epidemii na podstawie raportu białostockiego lekarza miejskiego Mikołaja Głowackiego.

Autorem sprawozdania był lekarz miejski (*gorodskij vrač*) Mikołaj Iwanowicz Głowacki (*Glovackij*). Ukończył studia na Cesarskim Uniwersytecie Moskiewskim, po czym od 1888 r. był zatrudniony w Wydziale Lekarskim Zarządu Guberni Grodzieńskiej, gdzie odpowiadał za udzielanie pomocy medycznej ludności wiejskiej (*vrač dlâ komandirovok po sel'skoj medicinskoj časti*). W latach 1891–1897 pełnił obowiązki białostockiego lekarza miej-

² Zob. m.in.: E. Bernacki, *Epidemia cholery w powiecie białostockim w 1831 r.*, „Białostoczczyzna” 1996, z. 3, s. 28–33; J. Szumski, *Epidemia cholery w 1831 r. w dobrach zabłudowskich*, Zabłudów 1996; W. Jemielity, *Cholera w XIX wieku w Łomżyńskim*, „Studia Łomżyńskie”, 9, 1998, s. 7–20; A. Mioduszevska, *Postawy prokreacyjne mieszkańców miast Podlasia w okresie epidemii w latach 1830–1831*, [w:] *Kondycja zdrowotna i demograficzna społeczeństwa polskiego na przestrzeni wieków*, red. K. Mikulski et al., Toruń 2011, s. 149–160; M. Piszczatowska, *Knyszyńskie krzyże typu karawaka*, „Studia Podlaskie”, 19, 2011, s. 169–179; M. Ostaszewski, *Pamięć o epidemii cholery z 1893 roku we wsi Bagnówka pod Białymstokiem*, „Studia Podlaskie”, 23, 2015, s. 119–138; M. Wróbel, *Cholera na Białostoczczyźnie w latach dziewięćdziesiątych XIX w. i krzyże ją upamiętniające*, [w:] *Małe Miasta. Codzienność*, red. M. Zemło, Białystok–Głogów Małopolski–Supraśl 2019, s. 331–354.

³ Por.: M. P. Czaplinski, *Epidemie cholery w rejencji opolskiej w latach 1831–1894*, Rybnik 2012.

⁴ Problematykę epidemii cholery w guberniach wileńskiej, kowieńskiej i suwalskiej w latach 1831–1921 podjął w rozprawie doktorskiej: V. Siudikas, *Choleros epidemijos Lietuvoje 1831–1921 metais*, Kowno 1998. O cholery w 1848 r. na terenie guberni grodzieńskiej, jako części Kraju Północno-Zachodniego zob.: I. Janicka, *Uwarunkowania i przebieg epidemii cholery w guberni mohylewskiej w 1848 roku*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, 40, 2018, s. 215–243.

⁵ Wskazać tu należy m.in. zespoły archiwalne powiatowych komitetów ochrony przed cholera z lat 1831–1833 (z. nr 349, 350, 440) w zasobie Archiwum Państwowego w Białymstoku (dalej: APB); fondy 2 (Гродненское губернское правление Министерства внутренних дел (МВД), г. Гродно, 1802–1917), 9 (Врачебное отделение Гродненского губернского правления МВД, г. Гродно, 1824–1917) i 320 (Канцелярия правителя Белостокской области МВД, г. Белосток, 1809–1842) w zasobie НАНБ; ponadto akta właściwych departamentów i komisji ministerialnych (zob. I. Janicka, *Uwarunkowania...*, s. 218).

skiego⁶, do których należało, m.in. nadzorowanie stanu sanitarnego i środków przeciwepidemicznych w mieście, ale też zajęcia o charakterze sądowo-lekarskim (np. sekcje zwłok i ekspertyzy kryminalistyczne)⁷. Nie znamy jego losów po 1898 r. Być może zmarł albo zrezygnował z kariery urzędniczej i podjął praktykę lekarską poza gubernią grodzieńską, gdyż od tego roku nie występował już w oficjalnych wykazach gubernialnych⁸. Jego zaangażowanie na rzecz poprawy warunków sanitarnych w Białymstoku doceniali współcześni. We wrześniu 1893 r. Franciszek Gliński, białostocki korespondent tygodnika „Kraj”⁹, pisząc o podjętych w mieście środkach przeciw cholerze komentował: „mówiąc nawiasem, głównie obowiązani za to jesteśmy miejskiemu lekarzowi p. G. i organom policyjnym, lecz nie sławetnej komisji sanitarnej, poprzestającej na co sobotnim przelewaniu z pustego w próżne”¹⁰.

Przez pryzmat raportu można postrzegać Głowackiego jako wykształconego lekarza, obeznanego w zalecanych ówczesnie przepisach zapobiegania i leczenia cholery¹¹, ale także niestroniącego od prywatnych spostrzeżeń co do skuteczności podejmowanych działań. W latach dziewięćdziesiątych XIX w. na podstawie badań naukowych i doświadczeń z dotychczasowych epidemii znano etiologię cholery i jej przebieg. W ówczesnej medycynie ugruntowało się już odkrycie Roberta Kocha z 1883 r. Wiedzano, że cholerę powoduje bakteria (przecinkowiec cholery), która wywołuje ostre zakażenie przewodu pokarmowego, przebiegające z charakterystyczną biegunką, wymiotami, bólem i wzdęciem brzucha. Doprowadzały one do skrajnego wycieńczenia organizmu, objawiającego się kurczami mięśni, wyostreniem

⁶ *Адресъ календарь (отдѣль II)*, [w:] *Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1891 годъ*, Grodno 1890, s. 24, 239; *Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1892 годъ*, Grodno 1891, s. 236; *Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1893 годъ*, Grodno 1892, s. 75; *Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1897 годъ*, Grodno 1896, s. 86.

⁷ N. G. Frejberg, *Врачебно-санитарное законодательство въ Россіи*, wyd. 3, Sankt Petersburg 1913, s. 52–55, 58–60.

⁸ Lekarze wykształceni na uniwersytetach na koszt państwa, po uzyskaniu dyplomu byli zobowiązani przez 10 lat pracować jako lekarze powiatowi lub miejscy (*Сводъ учреждений и уставовъ врачей по гражданской части*, [w:] *Сводъ законовъ Россійской имперіи*, t. XIII, cz. 3, Sankt Petersburg 1857, s. 100).

⁹ W. Wróbel, *Od aptekarza do bibliotekarza. Nowa biografia Franciszka Glińskiego (17 XI 1850 – 22 XI 1926)*, „Rocznik Białostocki”, 19, 2014, s. 147–151.

¹⁰ F. Gliński, *Listy z prowincji. Białystok, 18 września*, „Kraj” 1893, nr 39, s. 17.

¹¹ Szeroko na temat prawodawstwa, środków przeciwepidemicznych i innych zagadnień związanych z epidemiami chorób zakaźnych w Rosji, według stanu prawnego na 1913 r., ale z odwołaniami do wcześniejszych przepisów zob.: N. G. Frejberg, *Врачебно-санитарное...*, s. 538–683, w tym odrębny rozdział poświęcony cholerze i dżumie na s. 577–683.

rysów twarzy, zapadnięciem oczu i zmarszczeniem skóry, a w konsekwencji – do śmierci pacjenta. Znana i upowszechniana była też wiedza o sposobie zarażenia, czyli spożyciu bakterii ze skażoną wodą, żywnością lub przeniesieniu do ust po kontakcie z wydzielinami (głównie kałem) chorych. Kierując się zasadą, że lepiej zapobiegać niż leczyć, główne zalecenia lekarskie dotyczyły prowadzenia higienicznego trybu życia, odpowiedniej diety, a po wybuchu epidemii utrzymywania reżimu sanitarnego (dezynfekcja, izolacja chorych i in.)¹².

W opracowanych na szczeblu ministerialnym strategiach przeciwdziałania chorobie można było wydzielić: 1) środki zapobiegające jej pojawieniu się (popularyzacja informacji, gruntowane oczyszczanie wody, rzeźni, kloak, rynsztoków itp., otwieranie cmentarzy tzw. polnych); 2) środki przeciwdziałające, wprowadzane z chwilą wybuchu epidemii (zwiększenie liczebności służb medycznych, pomocy policyjno-lekarskiej, przygotowanie odpowiedniej ilości lekarstw, szpitali, organizacja pochówków cholerycznych i dezynfekcji); 3) środki ochronne stosowane w trakcie epidemii (rozdawanie i przygotowywanie żywności i czystej wody biednym i głodnym); 4) statystykę, czyli organizację szybkiego informowania o pojawieniu się choroby, przebiegu epidemii, liczebności ofiar itd.¹³

Raport zatytułowany *Èpidemiâ aziatskoj holery v"gorodě Bëlostokë v" Grodenskoj gubernii*, datowany na 5 marca 1894 r.¹⁴, był odzwierciedleniem powyższej taktyki w walce z cholera. Został sporządzony w języku rosyjskim na prawie 50 kartach¹⁵. Składał się z kilku wyodrębnionych części, w tym analizy medycznej i statystycznej przebiegu epidemii w Białymstoku (k. 16–40), omówienia opieki lekarskiej i zastosowanych środków zapobiegawczych (k. 40–48) oraz charakterystyki panujących w mieście warunków higienicznych, zwłaszcza w fabrykach i zakładach (k. 49–61). Niektóre z po-

¹² J. Tchórznicki, *Przewodnik dla służby zdrowia (tak zwanych „sanitarzy”) pracującej podczas epidemii cholery*, Warszawa 1893, *passim*. Podobne zalecenia występowały w licznych wydawanych w tym okresie popularnonaukowych książkach i broszurach (np. w Bibliotece Cyfrowej POLONA można wyszukać kilkadziesiąt tego rodzaju „katechizmów cholerycznych” tylko z lat 1880–1900). Zob. też: M. Urbanik, *Sposoby leczenia cholery na ziemiach polskich w XIX wieku*, [w:] *Symposium na temat „Epidemie w Polsce od czasów najdawniejszych po czasy współczesne”. Teksty referatów*, red. A. Śródka, (dalej: *Epidemie w Polsce*), Kraków 2005, s. 323.

¹³ J. T[chórznicki], *W przededniu cholery*, „Kraj” 1892, nr 29, s. 3–5; F. G. Clemow, *The cholera epidemic of 1892 in the Russian Empire*, London 1893, s. 103–111. Por.: J. Legieć, *Działania władz rosyjskich w związku z epidemią cholery w Królestwie Polskim w latach 1892–1894 (na przykładzie guberni kieleckiej)*, [w:] *Epidemie w Polsce*, s. 237–250.

¹⁴ Wszystkie daty w tekście podane według kalendarza juliańskiego.

¹⁵ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 16–62.

danych w raporcie informacji, w zestawieniu z podobnymi sprawozdaniami za 1893 r. z innych miast i powiatów guberni grodzieńskiej, zostały później opublikowane w dziale statystycznym gubernialnej *Pamâtnoj kniżki*, w części poświęconej chorobom zakaźnym¹⁶.

Chociaż omawiane źródło ma charakter urzędowego sprawozdania z przebiegu epidemii, powstałego na potrzeby gubernialnego Wydziału Lekarskiego, otrzymujemy w nim także ciekawą relację o stanie sanitarnym Białegostoku i jego mieszkańców, widzianą z perspektywy współczesnego im, kompetentnego obserwatora. Do zadań Głowackiego, jako lekarza miejskiego, należało bowiem nadzorowanie stanu sanitarnego miasta i wprowadzanych środków przeciwepidemicznych. Wiązało się to z działalnością w miejskiej komisji sanitarnej oraz gromadzeniem informacji z zakresu warunków zabudowy, organizacji przestrzeni użyteczności publicznej (place targowe, ulice), szeroko pojętej gospodarki komunalnej (zaopatrywanie w wodę, utylizacja odpadów, cmentarnictwo itp.), a także sytuacji sanitarnej fabryk i zakładów¹⁷. Zawarte w źródle dane o powyższych zagadnieniach, wynikające z własnych spostrzeżeń Głowackiego oraz raportów służb policyjnych i lekarskich, należy ocenić jako wiarygodne, tym bardziej, że potwierdzają je inne przekazy archiwalne i prasowe z przełomu XIX i XX w.¹⁸ Podobnie na wiarygodność zasługują informacje związane z opieką lekarską i profilaktyką przeciwocholeryczną w mieście.

Więcej wątpliwości powinny natomiast budzić dane statystyczne, dotyczące przebiegu epidemii oraz sposób ich interpretacji przez autora raportu. W literaturze zwraca się uwagę na nierzetelność, niekompletność i niedokładność urzędowych opracowań statystycznych z terenu zaboru rosyjskiego, uzależnionych w dużej mierze od zaangażowania sporządzających je przedstawicieli środowiska medycznego¹⁹. Dane z pierwszych epidemii cholery, dotyczące wieku, płci, wyznania czy stanu społecznego chorych są fragmentaryczne i nie pozwalają na rzetelne wnioskowanie. W dziewiętnastowiecznej dysertacji doktorskiej Grigorija Archangielskiego (1874), omawiającej epidemię cholery z lat 1823–1872 w europejskiej części Rosji, pisano, że podane

¹⁶ *Сведения о состоянии Гродненской губ. за 1893 годъ (отдѣлъ IV)*, [w:] *Памятная книжка Гродненской Губернии на 1895 годъ*, Grodno 1894, s. 32–36.

¹⁷ Por. E. Więckowska, *Opieka lekarsko-zdrowotna i sanitarna w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, „Medycyna Nowożytna”, 14, 2007, z. 1–2, s. 57.

¹⁸ Zob. literatura cytowana przy poszczególnych zagadnieniach.

¹⁹ Z. Jastrzębowski, *Polska statystyka medyczna a badania nad zdrowotnością społeczeństwa polskiego w XIX w.*, „Medycyna Nowożytna”, 3, 1996, z. 1–2, s. 119, 123, 125. Por.: K. Latawiec, *Epidemia cholery w Lublinie w 1892 r.*, [w:] *Epidemie w Polsce*, s. 230–232.

liczby chorych i zmarłych oraz śmiertelność mają charakter szacunkowy i są nawet w 75% niedokładne²⁰.

W 1887 r. Departament Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wydał rozporządzenie o zbieraniu przez policję i lekarzy danych na temat śmiertelności od chorób zakaźnych na podległym terenie, przekazywanych w formie comiesięcznych raportów do właściwego zarządu gubernialnego. Po dwóch latach okazało się, że gromadzone statystyki były niekompletne i zafałszowane, ponieważ ludność, mimo takiego obowiązku, często informowała policję o chorobie z opóźnieniem albo wcale. W związku z tym w 1890 r. na większości obszaru Cesarstwa Rosyjskiego wprowadzono system rejestracji śmiertelności od chorób zakaźnych, oparty na księgach metrykalnych zgonów poszczególnych wyznań i religii²¹. Nie dotyczył on wprawdzie występujących okresowo cholery i dżumy, ale jego wprowadzenie wskazywało na rosnące zainteresowanie władz otrzymywaniem wiarygodnych statystyk.

Głowacki otrzymywał informacje o liczbie chorych z dwóch źródeł: z raportów składanych przez personel medyczny na podstawie kart pacjentów (*po kartočnoj sisteme*) oraz ustnych i pisemnych sprawozdań policyjnych²². Na ich podstawie musiał przysyłać do władz gubernialnych cotygodniowe (od niedzieli do soboty wieczorem) sprawozdania o liczbie zachorowań, a w przypadku zaostżenia epidemii – dodatkowe raporty²³. Był więc zainteresowany otrzymywaniem regularnych informacji, które w jego ocenie były zbierane dokładnie i terminowo²⁴. W kilku miejscach swego sprawozdania wspominał jednak o oporach i zwlekaniu mieszkańców z poinformowaniem policji i służb medycznych o wystąpieniu cholery albo o przypadkach w ogóle nie zgłaszanych. Równocześnie, jak postulował warszawski lekarz Józef Tchórznicki „idzie o to, ażeby osoby, zajmujące się pomocą chorym,

²⁰ I. Janicka, *Uwarunkowania...*, s. 217–218.

²¹ Wydziały lekarskie rozprawdzały w parafiach i okręgach blankiety (*registracionnye kartočki*), w których (do 10. każdego miesiąca) należało odnotować śmiertelność z powodu chorób zakaźnych na przynależnym obszarze za miniony miesiąc. Następnie za pośrednictwem miejscowej policji były one przekazywane właściwym powiatowym lub miejskim lekarzom, którzy na ich podstawie formułowali raporty do władz gubernialnych. Sprawozdania miejskie i powiatowe służyły przygotowywaniu programów przeciwdziałania chorobom zakaźnym i tworzeniu rocznych statystyk na szczeblu gubernialnym i ministerialnym. *Kartočki* dotyczyły 14 „powszednich” chorób zakaźnych (N. G. Frejberg, *Врачебно-санитарное...*, s. 354).

²² NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 46v.

²³ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1942, k. 371–379, 381, 382a; N. G. Frejberg, *Врачебно-санитарное...*, s. 663.

²⁴ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 46v.

wolne były od zajmowania się składaniem terminowych doniesień o stanie i postępach epidemii. Wśród gorączkowej akcji ratunkowej nie mają one stanowczo czasu na układanie tych danych, które zazwyczaj są też wielce niedokładne”²⁵. Nie wiemy, na ile raporty obsługi lekarsko-felczerskiej w Białymstoku obciążały podobne trudności, ale z pewnością kluczowymi kwestiami była współpraca chorych i skrupulatność osób opracowujących statystyki. Na korzyść ich wiarygodności przemawia fakt, że dotyczyły tylko obszaru miasta, a skala epidemii z 1893 r. była mniejsza od wcześniejszych.

W raporcie nie ustrzeżono się także drobnych błędów. Zaistniały w tabelach, gdzie widoczne są luki i omyłki w obliczeniach (uzupełniono je w nawiasach kwadratowych), liczby są niekiedy zaokrąglone do drugiego miejsca po przecinku, niekiedy nie. Przeinaczenia dotyczą też brzmienia niektórych nazwisk (np. *Złotorycki* zamiast *Złotorzecki*), także w pominiętym w niniejszym artykule obszernym zestawieniu wyszczególniającym liczbę chorych w pojedynczych domach, gdzie podawano nazwiska właścicieli nieruchomości. Błędy powstawały zapewne na etapie przygotowywania czystopisu dokumentu lub były efektem niedokładnych zapisów w raportach lekarskich lub policyjnych.

Omawiane sprawozdanie dotyczyło miasta Białystok w jego ówczesnych granicach administracyjnych. Głowacki powoływał się w nim na plan perspektywiczny z 1880 r., zgodnie z którym powierzchnia miasta wynosiła 575 dziesięcin²⁶ (ok. 633 ha), w tym ok. 4 dziesięcin niezabudowanych²⁷. W kolejnym dziesięcioleciu dokonywano jednak korekt granic miejskich (w 1887 i 1890 r.)²⁸, w związku z tym dane przedstawione w raporcie można odnieść do obszaru miasta, znanego z pracy M[ojsieja?] Miłakowskiego z 1897 r. Białystok miał wówczas powierzchnię 800 dziesięcin (880 ha), z wyłączeniem należącego do miasta lasu Zwierzyniec (136 dziesięcin). Przebiegało w nim 56 ulic i 28 przylegających do nich zaułków²⁹. Według danych policyjnych w 1893 r. mieszkało w nim 16 150 chrześcijan, 51 642 żydów i 32 muzułmanów, łącznie 67 824 osoby, spośród nich większość (42 984 osoby) stanowili mężczyźni. W 1893 r. urodziło się 822, a zmarło 489 chrześcijan; odpowiednio urodziło się 1011, a zmarło 645 żydów. Poda-

²⁵ J. T[chórznicki], *W przededniu...*, s. 5.

²⁶ 1 dziesięcina skarbowa – 1,1 ha.

²⁷ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 50v.

²⁸ M. Dolistowska, *W poszukiwaniu tożsamości miasta. Architektura i urbanistyka Białegostoku w latach 1795–1939*, Białystok 2018, s. 133–142.

²⁹ M. G. Miłakowski, *Очеркъ Белостока въ историческомъ, этнографическомъ и бытовомъ отношеніяхъ съ приложениями*, Kijów 1897, s. 65–66.

jąc powyższe dane Głowacki zastrzegł, że nie zostały zebrane na podstawie powszechnego spisu ludności, więc mogą nie być w pełni wiarygodne³⁰.

U schyłku XIX w. stan sanitarny miasta, które w ciągu kilku dekad rozrosło się z prowincjonalnego miasteczka w potężny ośrodek przemysłowo-handlowy, pozostawiał wiele do życzenia³¹. Rzeka Biała dzieliła Białystok na 2 prawie równe części: mniej zaludnioną, zamieszkaną głównie przez chrześcijan oraz gęsto zaludnioną część żydowską. W górnej części rzeki „dawno temu” znajdowała się zaporą, spiętrzająca wodę do młyna, w wyniku której w mieście powstał staw³² o powierzchni 8 750 sążni kwadratowych³³. Główny nurt rzeki był słaby. Latem lustro stawu obniżało się o połowę, a część rzeki poniżej zbiornika wysychała, stając się wąską strugą wypełnioną szkodliwą wodą. Dno i brzegi stawu i rzeki pokrywał czarny muł, którego warstwa miała średnio grubość większą niż pół arszyna³⁴. Oba akweny służyły jako miejsca spustu ulicznych i fabrycznych ścieków. „Do rzeki Białej – pisał Głowacki – jest spuszcanych tak wiele ścieków, że daleko za miastem jest ona kotliną wypełnioną półpłynną masą o brudnym szarym kolorze, z której unosi się ten sam nieprzyjemny zapach, co w mieście”³⁵.

W ocenie Głowackiego zabudowa miejska, licząca wówczas ponad 3 tys. budynków, była gęsta i chaotyczna, zwłaszcza w centralnej części Białegostoku, zamieszkałej przez ludność żydowską. Ulice i zaułki były wąskie i krzywe, często pozbawione podwórzcy, na których nierzadko zalegały stosy śmieci i nawozu. Nie licząc małego ogrodu miejskiego i obszernego, lecz

³⁰ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 49v. W 1894 r. opublikowano nieco inne wartości: 14 416 chrześcijan, 49 586 żydów i 32 muzułmanów, łącznie 64 034 mieszkańców. Urodziło się 744 chrześcijan i 988 żydów, zmarło 439 chrześcijan i 694 żydów (*Сведения о состоянии...*, s. 10–14).

³¹ Na temat stanu sanitarnego i gospodarki komunalnej Białegostoku w omawianym okresie syntetycznie m.in.: A. Lechowski, *Białystok w latach 1864–1939*, [w:] *Historia Białegostoku*, red. A. Dobroński, Białystok 2012, s. 283–296; M. Dolistowska, *Architektura i budownictwo publiczne społeczności żydowskiej w Białymstoku*, [w:] *Białystok – Mayn Heym*, red. D. Boćkowski, Białystok 2014, s. 79–82; W. Wróbel, *Wodociągi i kanalizacja Białegostoku od czasów najdawniejszych do 2015 roku*, Białystok 2015, s. 19–22; M. Dolistowska, *W poszukiwaniu...*, s. 132–146.

³² Mowa o wielkim stawie, ukształtowanym przez hetmana Jana Klemensa Branickiego (1689–1771), jako jeden z elementów podnoszących efektywność białostockiego założenia dworskiego przy wjeździe do Białegostoku traktem warszawskim. Osuszono go ze względów sanitarnych dopiero w końcu lat dziewięćdziesiątych XIX w. (A. Oleńska, *Jan Klemens Branicki „Sarmata nowoczesny”. Kreowanie wizerunku poprzez sztukę*, Warszawa 2011, s. 217–220; W. Wróbel, *Świętojańska. Historia jednej ulicy*, Białystok 2018, s. 303–313).

³³ Ponad 4 ha (1 sążeń kwadratowy – 4,6 m²).

³⁴ 1 arszyn – 0,71 m.

³⁵ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 49v–50v.

położonego na obrzeżach miasta ogrodu przy Instytucie Panien Szlacheckich, w Białymstoku brakowało większych otwartych przestrzeni, umożliwiających wymianę zanieczyszczonego powietrza. Mniej zaludnioną część miasta, przylegającą do Zwierzyńca, uznawano za zdrowszą. Ulice, z wyjątkiem nieutwardzanych dróg na miejskich peryferiach, były źle wybrukowane, tylko na głównych ułożono wąskie chodniki oraz zrobiono rynsztoki, do których zlewano ścieki z domów i podwórz. Rynsztoki czyszczono jedynie na ważniejszych ulicach, reszta była zdana na „siły natury”, dlatego w okresach bezdeszczowych wypełniały je różne odpadki, łącznie z ludzkimi ekskrementami³⁶.

W ówczesnym mieście funkcjonowały 3 niewielkie, niedostatecznie wybrukowane targowiska³⁷, sprzątane raz w tygodniu przez aresztantów z miejscowego więzienia. Nieco częściej porządkowano rynek w centrum miasta. Na bazarach nie było też publicznych toalet, dlatego wszystkie śmierdziały moczem i innymi nieczystościami³⁸.

Przedmiot zainteresowania lekarza miejskiego stanowiła również białostocka rzeźnia. Zbudowana na skraju miasta³⁹, w latach dziewięćdziesiątych XIX w. znajdowała się już w zaludnionej okolicy. Była zrujnowana, silnie zanieczyszczona i pozbawiona koniecznej ilości wody. Dzierżawcy rzeźni, częściowo z braku specjalnych pomieszczeń, ale też chcąc uniknąć zwiększonych kosztów za wywóz odpadów, nie pozwalali na oczyszczanie wnętrza ubitych zwierząt na miejscu, przez co odbywało się ono w mieście na podwórzach, w szopach, a nawet w budynkach mieszkalnych. Poza rzeźnią odbywał się też ubój świń i ptactwa oraz suszenie skór. Rzeźnia nie dysponowała odpowiednio zabezpieczonymi pojemnikami do gromadzenia krwi i ścieków. Mimo obowiązku oczyszczania dołów z nieczystościami dwa razy w tygodniu, w praktyce robiono to tylko raz. Odpady transportowano na pola, gdzie często przez długi czas leżały na otwartej przestrzeni. Ubój ptaków dla ludności żydowskiej odbywał się w rzeźni przy ul. Zielonej (ob. Zamenhofa). Zbudowano ją na brzegu rzeki Białej i wszystkie ścieki podziemną

³⁶ *Ibidem*, k. 50v–51v.

³⁷ Były to tzw. Świński Rynek (potem Stary Rynek) na Bojarach, Rybny Rynek przy ul. Piwnej oraz targowisko na Piaskach, późniejszy Sienny Rynek (M. Dolistowska, *W poszukiwaniu...*, s. 140–141).

³⁸ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 51v–52.

³⁹ Funkcjonowała już przed 1863 r. na przedłużeniu ul. Fabrycznej w kierunku północnym, aż do budowy i uruchomienia nowego obiektu w 1914 r. przy szosie do Warszawy na uroczysku Parszyno (W. Wróbel, *Budowa rzeźni miejskiej w Białymstoku w latach 1911–1914 według projektu firmy „Windschild & Langelott” oraz jej funkcjonowanie do 1919 r.*, „Biuletyn Konserwatorski Województwa Podlaskiego”, 18, 2012, s. 98–99).

rurą spuszczano do rzeki. „Czystość tej rzeźni – podsumowywał Głowacki – jest jeszcze gorsza niż rzeźni bydła. Jednak z powodu cholery i energicznej działalności kontrolerów sanitarnych w bieżącym roku [1893 – M.W.] porządek w obu rzeźniach był większy niż zwykle”⁴⁰.

Głowacki nie miał żadnych zastrzeżeń co do stanu miejskich cmentarzy. W 1893 r. wszystkie cztery (katolicki, prawosławny, ewangelicki i żydowski) były nowe⁴¹, zadbane i ulokowane poza obszarem zabudowanym.

Inaczej miała się sprawa z dwiema łaźniami miejskimi, prowadzonymi przez chrześcijan, mieszczącymi się w ciasnych, słabo oświetlonych i wentylowanych budynkach. Zaopatrywano je w wodę niskiej jakości, z położonych w sąsiedztwie stawów. W 1892 r. położono rury i próbowano podłączyć łaźnię do sieci wodociągowej, ale ze względu na koszty (opłata wynosiła 10 kopiejek za 100 wiader wody) szybko z tego zrezygnowano. W konsekwencji Głowacki pisał, że „częstą nagrodą za skorzystanie z kąpeli są przeziębienia i różne wysypki”. Zużyta woda z łaźni, w zależności od lokalizacji, odprowadzana była albo kanałem do rzeki Białej, albo na sąsiednie ogrody i pola. „Jest tylko jeden zakład kąpielowy; zarówno pod względem urządzenia, jak i utrzymania w pełni zadowalającym stanie”⁴². Ponadto w Białymstoku działało 5 mykw żydowskich, przy niektórych z nich łaźnie, pod względem urządzenia i utrzymania oceniane przez Głowackiego jako obrzydliwe (*v'' otoratitel'nom vide*) i żadne środki, a nawet najsurowsze kary nie były w stanie poprawić ich higieny. Brudna woda z mykw raz w tygodniu lub raz na dwa tygodnie była odprowadzana do miejskich rynsztoków, na ulice i podwórza⁴³.

⁴⁰ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 52–53.

⁴¹ W 1885 r. rozpoczęto pochówki na nowym cmentarzu ewangelickim na Wygodzie (B. Tomecka, J. Szczygieł-Rogowska, *Cmentarz ewangelicki w Białymstoku przy ul. Wasilkowskiej*, [Białystok] 2008, s. 21–23), w 1887 r. – na nekropolii rzymskokatolickiej przy szosie do Supraśla (W. Wróbel, *Cmentarze parafii pw. Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny w Białymstoku w XVI–XIX wieku*, [w:] J. Kotyńska-Stetkiewicz et al., *Cmentarz Farny w Białymstoku*, Białystok 2017, s. 74) i prawosławnej przy szosie do Grodna (P. Chomik, *Kaplica pw. św. Marii Magdaleny w Białymstoku*, [w:] M. Karczewska et al., *Cmentarz wielowyznaniowy na wzgórzu św. Marii Magdaleny w Białymstoku. Historia miejsca*, Białystok–Poznań 2012, s. 30), a w 1890 r. – na kirkucie przy ul. Wschodniej (T. Wiśniewski, *Cmentarze żydowskie w Białymstoku*, „Studia Podlaskie”, 2, 1989, s. 386).

⁴² NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 53–53v. W Białymstoku działały wówczas łaźnie Starosielskiego przy ul. Pocztowej (ob. Jurowieckiej) oraz Szumskiego przy ul. Staroszosowej (ob. św. Rocha). Zakład kąpielowy prowadziła przy ul. Pocztowej rodzina Bokge (W. Wróbel, *Przed wojną. Historia białostocka*, [w:] Helena Bohle Szacka. *Lilka. Mosty / Die Brücken*, red. M. Różyc, Białystok 2017, s. 411–416).

⁴³ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 54.

Dużym problemem sanitarnym Białegostoku były latryny, zwłaszcza funkcjonujące w ubogiej i przeludnionej żydowskiej części miasta. Zwykle urządzone jako małe klitki, często bez dachu i drzwi, ustawione nad płytkim wykopem lub urwiskiem, w wielu wypadkach były pozbawione jam do zbierania ścieków i niemożliwe do oczyszczenia. Nieczystości wywożono i rozrzucano na polach wokół miasta⁴⁴, podczas orki zasypywano je ziemią, ale w innych okresach roku leżały w hałdach i rozkładały się „tak, że na dwie mile od miasta podróżnik nie może przejść bez trzymania chusteczki przy nosie”.

W skład taboru asenizacyjnego wchodziło 10 hermetycznych i 25 zwykłych beczek, w większości należących do osób prywatnych. Oczyszczanie odbywało się nocą – hermetyczne beczki napełniano pompami, pozostałe wiadrami i czerpakami.

Te ostatnie, niczym nie przykryte, wydzielają silny smród i często wylewają zawartość na ulice. Oprócz złego wyposażenia i niechlujnej konserwacji (beczki nigdy nie są myte i dezynfekowane), tabor ma zbyt małą liczbę beczek, aby zaspokoić wszystkie potrzeby [...]; tabor powinno się potroić. Z powodu niewystarczającego taboru, cena za wywóz nieczystości jest wysoka (latem cena za beczkę sięga 2 rubli). Ze względu na wysoki koszt i małą liczbę beczek ubodzy mieszkańcy podczas epidemii, kiedy zostali zmuszeni do czyszczenia latryn, w nocy wrzucali ekskrementy do ulicznych rynsztoków lub ukrywali w szopach i domach, przykrywając słomą i innymi przedmiotami⁴⁵.

Dostęp do wody częściowo zapewniał ówczesnym białostoczanom wodociąg⁴⁶, uruchomiony 15 stycznia 1892 r., a częściowo studnie i stawy. Według statystyk w 1893 r. woda wodociągowa została doprowadzona do 231 prywatnych domów, 9 fabryk i zakładów, 2 łaźni, 4 mykw, żydowskiego przytułku, Instytutu Panien Szlacheckich oraz do 2 dworców kolejowych. Zużycie wody w domach prywatnych nie przekraczało 18 tys. wiader. Głównym powodem jej małej popularności, mimo zadowalającej jakości, potwierdzonej badaniami gubernialnego Wydziału Lekarskiego, była wysoka cena. „Osoby i domy prywatne płacą za 100 wiader 50 kopiejek, przewoźnicy wody 40 kopiejek, fabryki i łaźnie 10 kopiejek [...]”. W mieście znajdowało się 8 budek wodociągowych, ponadto woda była sprzedawana w 14 prywatnych domach. Z chwilą uruchomienia wodociągu zakazano sprzedaży wody

⁴⁴ Zob.: M. Wróbel, *Cholera na Białostocczyźnie...*, s. 328.

⁴⁵ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 54–55v.

⁴⁶ Więcej na ten temat: W. Wróbel, *Wodociągi i kanalizacja...*, *passim*; *idem*, „На тэтую нашу ахілесаву пятую мы нікакім чынам наступіць не ўмеём...”. Пра невядомыя клопаты бакол будаўніцтва водопровода ў Беластоку ў 1879–1890 гг., „Arche” 2017, z. 2, s. 244–262.

studziennej, pozwalając tylko na prywatny jej użytek. Studnie w mieście z powodu wąskich podwórzy często sytuowano blisko budynków mieszkalnych, rynien, latryn i szamb, poza tym były zbyt płytkie i słabo utrzymane⁴⁷.

Osobny rozdział raportu Głowacki poświęcił sytuacji sanitarnej fabryk i zakładów białostockich oraz kilku tysięcy ich pracowników. Większość robotników pracowała w ciemnych, ciasnych i źle wentylowanych pomieszczeniach, w oparach powietrza zanieczyszczonego kurzem, olejem maszynowym, związkami mydła, amoniaku czy klejów. W oddziałach tkackich fabryk na osobę przypadało nie więcej niż 1–2,5 sążnia sześciennego powietrza. Stosunkowo najlepsze warunki pracy (i płacy) panowały w fabrykach jedwabiu i aksamitu, najgorzej sytuacja sanitarna prezentowała się w fabrykach tytoniowych:

Jest w nich taka masa pyłu tytoniowego, że nieprzywykli ludzie nie są w stanie pozostać w fabryce dłużej niż kilka minut. Nie ma w nich urządzeń wentylacyjnych. W fabrykach tytoniowych pracuje więcej kobiet i dzieci [...]. Widok robotników fabryk tytoniowych jest żalospny. Niektóre fabryki używają silników parowych na naftę, która używana jest tylko wśród najbiedniejszej ludności. Z powodu niepełnego spalania, na terenie fabryki powstaje żrący odór krezotolu, wywołujący bóle głowy i drapanie w gardle.

Zabudowania fabryczne były rzadko porządkowane, co przyczyniało się do powstawania na posesjach całych gór rozmaitych, psujących się odpadów, wpływających nie tylko na zdrowie robotników, ale i sąsiadującej z zakładami ludności. Chłopi zabierali stałe odpady przemysłowe do nawożenia pól, ale tylko w konkretnych okresach roku. Jeszcze rzadziej oczyszczano fabryczne latryny, przy czym mocz zbierano do osobnych zbiorników i w miarę kumulacji w niektórych zakładach przekazywano go do oddziału apretury, gdzie używano go zamiast preparatów amoniakalnych. W ostatecznym rozrachunku większość robotników nie zarabiała wiele, a z uwagi na wysokie koszty wynajmowanych mieszkań i inne potrzeby, żyła biednie, w znużeniu i wyczerpaniu, które sprzyjały podatności na choroby (nie tylko zakaźne). Wśród pracowników fabryk i zakładów dominowały katary i inne zaburzenia dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, gruźlica, dur brzuszny i kiła⁴⁸.

⁴⁷ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 55v–57.

⁴⁸ *Ibidem*, k. 57v–60v. Por.: I. Chorosz, *Podróż po przemysłowej strefie osiedlenia (Szkice podróżnicze technika)*. *Polski przemysł włókienniczy. Żydowskie wytwórnie i żydowscy robotnicy*, oprac. A. Markowski, tłum. J. Szumski, Warszawa 2019, s. 42, 92–94.

Z perspektywy opisanego stanu sanitarnego Białegostoku w latach dziewięćdziesiątych XIX w. pojawienie się cholery było raczej kwestią czasu, niż zagadkowym zbiegiem okoliczności⁴⁹. Wybuchu epidemii spodziewano się zresztą już w 1892 r. i podjęto szereg przygotowań⁵⁰, które kontynuowano w następnym roku. Na posiedzeniu Zarządu Miasta z 30 czerwca 1892 r. podzielono je na 8 kwartałów i wyznaczono około 50 osób odpowiedzialnych za kontrolę czystości ulic, podwórzy, domów prywatnych, hoteli, restauracji i domów gościnnych, monitorujących sprzedaż artykułów spożywczych, przygotowywanie posiłków na targowiskach i w sklepach oraz kontrolujących warunki higieniczne w fabrykach i zakładach⁵¹. Działalność kontrolerów regulowała specjalna instrukcja, opracowana i zatwierdzona 30 sierpnia 1892 r. przez białostocką komisję sanitarną⁵².

W 1892 r. Zarząd Miejski zakupił na swój koszt 2 kolejne hermetyczne beczki asenizacyjne o pojemności 80 wiader⁵³, a także na wniosek komisji sanitarnej wynajął murowany, dwupiętrowy budynek przytułku żydowskiego przy ul. Kupieckiej (ob. Malmeda), aby można tam było zorganizować barak choleryczny, przygotowany na 20 pacjentów. Utworzono konwój dezynfekcyjny, który polewał ulice i rynsztoki mlekiem wapiennym, zwłaszcza w biedniejszych dzielnicach i na placach targowych. W tym samym roku miasto urządziło na potrzeby fumigacji 2 niewielkie komory parowe, jedną zainstalowaną w szpitalu okręgowym, a drugą dla żołnierzy w lazarecie Je-katerynosławskiego Pułku Dragonów⁵⁴.

Na posiedzeniu Rady Miasta w dniu 12 maja 1893 r. wybrano nowy skład komisji sanitarnej, do której oprócz przedstawicieli Zarządu Miasta, policji i lekarza miejskiego, weszli także poważani obywatele miasta, rekrutujący się głównie spośród właścicieli nieruchomości, kupców i fabrykantów, urzędników i przedstawicieli środowiska medycznego⁵⁵.

⁴⁹ Podobnie, jako zaskakujące, oceniono pojawienie się epidemii cholery w 1892 r. w Lublinie (K. Latawiec, *Epidemia cholery...*, s. 220).

⁵⁰ M. Wróbel, *Cholera na Białostocczyźnie...*, s. 327–330.

⁵¹ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 44.

⁵² NAHB, f. 9, op. 1, d. 1942, k. 55–57.

⁵³ 1 wiadro – 12,3 litra.

⁵⁴ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 44–44v. Ocenic to można jako osiągnięcie, jeśli porównać z Wilnem, stolicą guberni, którego radni nad urządzeniem komory dezynfekcyjnej w mieście debatowali jeszcze we wrześniu 1893 r. (A. R. Z., *Korespondencja z prowincji. Wilno, 19 września*, „Kraj” 1893, nr 39, s. 16).

⁵⁵ Byli to według poszczególnych okręgów sanitarnych: 1) notariusz Konstantyn Letczenko, właściciel nieruchomości Paweł Szumski, kupiec Abram Blumenfeld; 2) aptekarz Władysław Mościcki, adwokat Stanisław Wiśniewski, właściciel nieruchomości Józef Budryk;

Pierwszy przypadek cholery w Białymstoku odnotowano 10 lipca 1893 r. Zmarłym w drugim dniu choroby był kilkuletni żydowski chłopiec z biednej rodziny, syn tynkarza, Paltiel Lew⁵⁶. Służbom medycznym nie udało się ustalić źródła infekcji. Z najbardziej wiarygodnych relacji, zebranych wśród mieszkańców, zanotowano, że w końcu czerwca lub na początku lipca w domu gminy żydowskiej przy ul. 1. Sołdackiej (ob. część Legionowej), służącym jako tymczasowe schronienie dla emigrantów i ubogich robotników żydowskich, zatrzymała się rodzina z Kamieńca Podolskiego⁵⁷, w której dzieci cierpiały na biegunkę. Przed wyjazdem sprzedali na bazarze kilka starych rzeczy, które mogły być zarzewiem epidemii. Inna relacja głosiła, że infekcja rozprzestrzeniła się za pośrednictwem kupców szmat, ale Głowacki uważał ją za mniej prawdopodobną, gdyż w 1892 r. handel szmatami w Białymstoku nie był mniejszy niż w roku cholerycznym⁵⁸. Natomiast około 7 lipca objawy chorobowe pojawiły się w domu Porowskiego przy ul. Starobojarskiej. Mieszkająca w nim rodzina Złоторzeckich, ojciec robotnik, matka praczka oraz dwójka małych dzieci, poczawszy od kobiety zapadli na cholere. Chorobę zgłoszono służbom policyjnym dopiero 14 lipca, dlatego nie uznano jej za pierwszy przypadek cholery. W momencie zgłoszenia wszyscy byli w ciężkim stanie, a jedno z dzieci zmarło, podobnie jak pozostali człon-

3) lekarz Jegor Walter, dentysta Abram Josem, właściciel nieruchomości Jan Kitszel; 4) naczelnik kantoru pocztowo-telegraficznego Afanazy Lyzow, kupiec Icko Barasz, właściciel nieruchomości Piotr Starosielski; 5) zarządzający oddziałem Banku Państwowego Iwan Tupica, sekretarz zjazdu Sądów Pokoju Iwan Reszetniew – przewodniczący komisji, właściciel nieruchomości Franciszek Malinowski; 6) właściciele nieruchomości Wiktor Kitszel i Feliks Rybakowicz, kupiec Sender Miedownik; 7) właściciel nieruchomości Tomasz Malinowski, fabrykant Paweł Frisz, kupiec Szepszel Grodzki; 8) syn kupiecki Abram Wołkowyski, prowizor Ogiński i właściciel nieruchomości Engelbert Hampel (NAHB, f. 9, op. 1, d. 1942, k. 179–179v).

⁵⁶ W akcie zgonu chłopca zanotowano, że miał 6 lat (według raportu 11), jako przyczynę śmierci podano nie cholere, ale ostrą biegunkę (APB, Akta Stanu Cywilnego Okręgu Bożniczego w Białymstoku, sygn. 152, s. 38).

⁵⁷ Cholera nie wygasła na Podolu nawet podczas zimy na przełomie 1892/1893 r. (P.R., *Listy z prowincji. Kamieniec Podolski. 2 stycznia*, „Kraj” 1893, nr 2, s. 11).

⁵⁸ Handel starymi szmatami, które przetwarzano w fabrykach włókienniczych, był źródłem dochodu wielu osób w Białymstoku, ale jednocześnie kontakt z brudnymi lub niedokładnie zdezynfekowanymi rzeczami niósł ryzyko zarażenia się różnymi chorobami. Z tego powodu handel szmatami był objęty nadzorem sanitarnym i uregulowany prawnie. Przepisy z 1888 r. (niekoniecznie stosowane, skoro mimo zakazu wiele punktów skupu i obróbki szmat mieściło się w centrum miasta) zostały zaostrzone w 1893 i 1894 r. Podczas epidemii chorób zakaźnych handel szmatami był zakazany (N. G. Frejberg, *Врачебно-санитарное...*, s. 510–514, 542).

kowie rodziny w następnych dniach⁵⁹. Epidemia wygasła po 4 miesiącach, na początku listopada 1893 r.⁶⁰

Głowacki wydzielił w przebiegu epidemii trzy okresy: początek i rozwój trwający około miesiąca (do 18 sierpnia), podobnej długości okres osłabienia choroby (do 23 września) oraz wygasanie epidemii, trwające około półtora miesiąca (do 2 listopada). W pierwszym okresie zachorowało 490 osób, a zmarło 131, co dawało śmiertelność na poziomie 26,7%; w drugim okresie zachorowały 193 osoby (zmarło 61, śmiertelność 31,6%); w trzecim odpowiednio 58 osób – 28 osób – 48,2%. Przez cały okres epidemii służby medyczne odnotowały 741 przypadków choroby i 220 zgonów, przy średniej śmiertelności 29,7%⁶¹.

Analizując statystyki, Głowacki zwracał uwagę na wzrost odsetka śmiertelności w okresie wygasania epidemii, co było sprzeczne ze znanymi prawidłami przebiegu epidemii cholery, w których odsetek śmiertelności pod koniec był zawsze niższy niż na początku⁶². Objaśniał tę sprzeczność faktem, że w lipcu i sierpniu w tym samym czasie, kiedy wybuchła cholera, dochodziło do wielu zaburzeń żołądkowo-jelitowych, niekiedy o gwałtownym przebiegu. Z powodu niemożności skorzystania za każdym razem z badania bakteriologicznego, były one rejestrowane przez lekarzy jako przypadki cholery. Ciężkie niedyspozycje przewodu pokarmowego, z objawami przypominającymi cholerę (zwane „wątpliwymi przypadkami cholery”), stanowiły około 10% ogólnej liczby zarejestrowanych zachorowań epidemicznych. Drugiej przyczyny Głowacki upatrywał w aspektach społecznych tłumacząc, że pod koniec epidemii było więcej zachorowań wśród ludności chrześcijańskiej, która, w przeciwieństwie do ludności żydowskiej, mimo nieodpłatnej pomocy lekarskiej korzystała z niej tylko w ciężkich, często już letalnych przypadkach⁶³.

⁵⁹ Antoni Złotorzecki zmarł 15/17 lipca, a jego żona Franciszka 21 lipca / 1 sierpnia 1893 r. (Archiwum Archidiecezjalne w Białymstoku [dalej: AAB], Kuria Metropolitalna Białostocka – Archiwum Metryczne, b. sygn., *Wypisy z ksiąg metrykalnych pogrzebów parafii dekanatu Białystok za 1893 r. [parafia Białystok]*, k. 279v, 280v.

⁶⁰ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 16v–18v.

⁶¹ *Ibidem*, k. 18v–19v.

⁶² J. Starkman, *Cholera. Jej istota, przyczyny, objawy, szerzenie się, sposoby zapobiegania i leczenie*, Warszawa 1892, s. 15.

⁶³ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 20–22. Podobne spostrzeżenia w pracy K. Wnęka (*Epidemia cholery w Krakowie w 1866 roku. Analiza demograficzna i przestrzenna*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, 37, 2015, nr 3, s. 98).

Następnie w raporcie analizowano rozkład zachorowań i zgonów cholerycznych według wyznania i płci⁶⁴ oraz wieku i płci (tab. 1). Na wstępie należy zwrócić uwagę na niewielkie i niedomknięte przedziały wiekowe, zawarte w tab. 1, które wynikały z ówczesnej niedoskonałej praktyki statystycznej na terenie cesarstwa. Według identycznych zakresów (do 5 lat, 5–10, 10–15 itd.) sporządzano np. coroczne sprawozdania o zaludnieniu parafii (przekazywane na użytek cywilnych statystyk gubernialnych), zawierające m.in. tabele ilustrujące liczbę zgonów w danym roku według wieku i płci⁶⁵. Wydaje się, że zestawione w ten sposób dane należałoby odczytywać, że są przedziałami do pewnego wieku, czyli osoba w wieku lat 4 znalazłaby się w przedziale „do 5 lat”, a dziecko pięcioletnie w przedziale „5–10 lat”. Potwierdza to sam Głowacki, pisząc o najwyższej liczbie zachorowań u dzieci w wieku poniżej 15 lat (czyli w przedziałach „do 5 lat”, „5–10 lat”, 10–15 lat”).

Biorąc pod uwagę podaną wcześniej ogólną liczbę mieszkańców Białegostoku, na 1000 osób przypadało średnio 10,9 przypadku cholery⁶⁶. Z informacji zawartych w tabeli Głowacki wnioskował, że największy odsetek zgonów przypadał na osoby w wieku powyżej 40 lat, później wśród dzieci poniżej 15 lat, na trzecim miejscu były osoby w wieku produkcyjnym, a w każdym z przedziałów wiekowych śmiertelność kobiet była wyższa od męskiej⁶⁷. Przewagę liczby zgonów kobiet Głowacki tłumaczył ich ówczesną rolą społeczną: spędzaniem większej ilości czasu w domu, angażowaniem się w opiekę nad chorymi, praniem odzieży i bielizny, a tym samym częstszą stycznością z infekcją⁶⁸.

⁶⁴ Rozkładały się następująco: na 1000 chrześcijan zachorowało 8,4; zmarło 4,0; na 1000 żydów zachorowało 7,9; zmarło 3,0; na 1000 mężczyzn zachorowało 7,9; zmarło 2,2; na 1000 kobiet zachorowało 16,2; zmarło 5,5.

⁶⁵ Uwzględniano w nich dodatkowo dzieci zmarłe poniżej 1 roku życia i rozdzielano na „pięcioletki” osoby pomiędzy 75 a 100 rokiem życia (AAB, Akta Dziekana Białostockiego, b. sygn., *Statystyki dotyczące zaludnienia parafii dekanatu białostockiego za 1894 r.*, k. 2–3, 13, 17–18, 53). W tabeli dotyczącej śmiertelności na cholere według wieku i płci w powiecie białostockim zastosowano podział: do 1 roku, do 5 lat, do 10 lat itd. (NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 64v–65).

⁶⁶ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 22.

⁶⁷ Przyjęte w tabeli kohorty wiekowe są zbyt małe, jeżeli na podstawie danych z tabeli obliczymy je dla większych grup, największy odsetek śmiertelności uzyskamy w grupie osób powyżej 60 roku życia, a następnie wśród dzieci do 10. roku życia, co pokrywałoby się z wynikami analiz innych badaczy (I. Janicka, *Epidemia...*, s. 224).

⁶⁸ Intuicyjne spostrzeżenia tego rodzaju pojawiały się w ówczesnych publikacjach (J. Starkman, *Cholera...*, s. 10), jednak wyniki badań dowodziły, że cholera atakowała w równym stopniu obie płcie (I. Janicka, *Epidemia...*, s. 224), a wskazana przez Głowackiego dysproporcja wynikała z niedoskonałości metod statystycznych.

Brak danych statystycznych o stanie populacji według wieku uniemożliwia wyciągnięcie jakichkolwiek wniosków na temat względnej zapadalności według grup wiekowych, ale nie byłoby wielkim błędem stwierdzić – wnioskuje Głowacki – że najwyższy odsetek zachorowań przypada wśród dzieci w wieku poniżej 15 lat. Zjawiska tego nie można wyjaśnić w żaden inny sposób, poza występowaniem w tym samym czasie co cholera, epidemii zwykłej letniej biegunki dziecięcej⁶⁹.

Tabela 1. Zachorowania, zgony i odsetek śmiertelności według wieku i płci podczas epidemii cholery w Białymstoku w 1893 r.

Wiek	Mężczyźni			Kobiety		
	zachorowało	zmarło	% śmiertelności	zachorowało	zmarło	% śmiertelności
Do 5 lat	69	25	36,2	66	29	40,9 [43,9]
5–10 lat	63	19	30,1	46	16	34,9 [34,8]
10–15 lat	30	5	[16,6]	41	9	21,9
15–20 lat	32	3	9,3	72	9	12,5
20–25 lat	23	8	34,9 [34,8]	31	5	16,1
25–30 lat	34	9	26,4	40	12	30,0
30–35 lat	18	5	27,7	21	6	28,5
35–40 lat	14	2	15,0 [14,3]	32	9	28,1
40–45 lat	10	3	30,0	9	3	33,3
45–50 lat	16	6	37,5	12	6	50,0
50–55 lat	9	5	55,5	7	5	71,4
55–60 lat	8	0	[0]	13	5	38,4
60–65 lat	5	3	60,0	6	3	50,0
65–70 lat	4	3	75,0	6	4	66,6
70–75 lat	1	0	[0]	Jedna chora przywieziona do baraku martwa		
				[1]	[1]	100,0
75–100 lat	2	1	50,0	1	1	100,0

Oprac. M. Głowacki (źródło: NAHB Grodno, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 22–22v).

Zaskakująco, zdaniem autora raportu, rozkładała się liczba chorych i zmarłych według wyznania⁷⁰, gdyż śmiertelność ludności chrześcijańskiej była znacznie wyższa niż żydowskiej, mimo, że w podobnych warunkach społecznych stan sanitarny był lepszy u chrześcijan. Głowacki wyjaśniał jednak, że:

⁶⁹ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 22v–23, 25–25v.

⁷⁰ Chrześcijan zachorowało 137, zmarło 65, śmiertelność 47,4%; żydów zachorowało 604, zmarło 155, śmiertelność 25,6%.

Żyd, ignoruje siebie zdrowym, a chrześcijanin wręcz przeciwnie [...]. Dla chorych ludność żydowska robi wszystko, natomiast chrześcijanie siedzą, oczekują tego, co Bóg daje i idą do lekarza tylko wtedy, gdy najwyraźniej zbliżają się do śmierci, aby, jak mówią, w przypadku zgonu nie mieć problemu z otrzymaniem zezwolenia na pochówek (*pohoronnago bileta*)⁷¹.

Niezależnie od bezpłatnej dystrybucji leków i porad medycznych, chrześcijanie szukali pomocy tylko w groźnych przypadkach, tym samym łagodniejsze zachorowania (podobnie u ludności żydowskiej) w ogóle nie były odnotowywane w statystykach. Zazwyczaj o ognisku cholerycznym wśród chrześcijan dowiadywano się po paru dniach, kiedy w domu leżało kilku chorych z zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi, a inne osoby wyzdrowiały już bez żadnego leczenia. Ten stan rzeczy przyczyniał się do powstawania trwałych ognisk epidemii, opóźniał dezynfekcję i zwiększał liczbę ofiar śmiertelnych⁷².

Pierwsze przypadki cholery stwierdzono u mieszkańców Białegostoku. Wśród leczonych pacjentów odnotowano 15 osób pochodzących spoza miasta (ze wsi Pieczurki i Białostoczek oraz z Bielska Podlaskiego, Brańska, Zabłudowa, Gródka, Dąbrowy, Sejn, Suraża i stacji Łapy). Wszyscy zarazili się dopiero po przyjeździe do Białegostoku, skąd choroba rozprzestrzeniła się po powiecie i guberni. „Robotnicy, drobni rzemieślnicy i handlarze, pracownicy fabryk, robotnicy dzienni, słudzy z biednych żydowskich domów, żebracy żyjący z jałmużny, ich żony i dzieci, jedzący czarny chleb z wodą, mieszkający w wilgotnych, ciemnych pokojach z jednym (a często mniej) arsyznem sześciennym powietrza na osobę – to była warstwa ludności miasta, wśród której pojawiła się i panowała cholera”. Z lepiej sytuowanych mieszkańców Białegostoku zachorowało tylko 6 osób⁷³.

Choroba wystąpiła w 353 lokalach mieszkalnych (na łącznie 2718). Około 80 pacjentów w ogóle nie podało swego adresu, część ukrywała go ze strachu przed dezynfekcją, inni byli bezdomni. Liczby chorych w poszczególnych domach Głowacki uważał za mało wiarygodne dane, notując, że najwięcej pacjentów zarejestrowano z domu Grinsztejna przy ul. Szkolnej (11 osób) i Chińskiego przy ul. 2. Sołdackiej (10 osób), a w 216 domach zarejestrowano przynajmniej po 1 chorym⁷⁴. W tab. 2 przedstawiono sporządzoną przez

⁷¹ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 23v.

⁷² *Ibidem*, k. 23–24v.

⁷³ *Ibidem*, k. 26v–27. Por. *Сведения о состоянии...*, s. 32–33. Warto odnotować, że w powiecie białostockim epidemia dotknęła wsie Olmonty, Osowicze, Białostoczek, Dobrzyniewo Duże, Zubole i miasteczko Trzcienne (M. Wróbel, *Cholera na Białostocczyźnie...*, s. 332).

⁷⁴ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 27–34v.

Główną charakterystykę socjotopograficzną i sanitarną poszczególnych ulic Białegostoku w czasie epidemii. Analiza zawartych w niej danych potwierdza, że największy odsetek domów, w których odnotowano przypadki cholery, występował w centralnej, gęsto zabudowanej i zaludnionej części miasta, zamieszkałej przez ubogą społeczność żydowską (obie ul. Sołdackie z zaułkami, ul. Szkolna, Głucha, Sucha, Orłowska i Nadrzeczna). Pod względem liczby zachorowań do wyżej wymienionych dochodziły ulice o długim przebiegu, charakteryzujące się dużą liczbą domów (ul. Zagorodna, Kładbiszczńska, Mikołajewska oraz Słonimska z przyległymi zaułkami). Ostatnia wyróżniała się spośród pozostałych tym, że zamieszkiwała ją głównie uboga ludność chrześcijańska, a na sąsiedniej ul. Starobojarskiej odnotowano jedno z pierwszych ognisk cholery w 1893 r. (rodzina Złotorzeckich).

Tabela 2. Rozprzestrzenienie cholery na poszczególnych ulicach Białegostoku w 1893 r.

Nazwy ulic, zaułków i placów	Liczba wszystkich domów	Liczba domów, w których byli chorzy na cholere	Liczba chorych	Odsetek domów cholerycznych w stosunku do wszystkich domów	Charakterystyka
1	2	3	4	5	6
1. Słonimska z bezimiennymi zaułkami	132	21	31	15,7 [15,9]	Zamieszkała przez chrześcijan: pracowników fabrycznych, rzemieślników i drobnych właścicieli ziemskich. Zachorowania były przez pierwsze trzy miesiące, ale głównie w sierpniu. Nie ma wybrukowanej ulicy, podwórza brudne, domy przeważnie drewniane, małe i zatłoczone.
2. Policyjny Zaułek	5	0	0	0	Ulica mało zamieszкана.
3. Starobojarska	42	4	7	9,5	Mało zasiedlona, ludność chrześcijańska, biedna. Zachorowania były na początku epidemii.
4. Aleksandrowska	116	2	2	1,7	Najlepsza ulica w mieście, domy są lepsze, dużo ogrodów, ludność mieszana i bogatsza. Zachorowania na początku epidemii.
5. Prudska [Stawowa]	60	3	3	5,0	Zachorowania były na początku epidemii wśród pracowników fabryk sukna. Na ulicy 3 fabryki. Ulica nie jest gęsto zaludniona; przylega do rzeki Białej, do której spuszczone są ścieki z fabryk.
6. Czarny Dwór	9	0	0	0	Wiele ogrodów, domy niskie, ale rzadko pobudowane; woda studzienna.

1	2	3	4	5	6
7. Mieszcząńska	19	0	0	0	Ulica z jednej strony przylega do ul. Aleksandrowskiej, a z drugiej do stawu, gdzie spuszczone są fabryczne i inne nieczystości. Ludność głównie chrześcijańska. Domy złe.
8. Zaulek Gimnazjalny	5	1	1	20,0	Ludność głównie chrześcijańska, ulica niezamieszkała gęsto. Przylega do rzeki Białej.
9. Instytutka	20	5	10	25,0	Także przylega do rzeki Białej. Ludność to głównie żydowska klasa średnia, ale domy i podwórka w złym stanie. Zachorowania wystąpiły w lipcu, sierpniu i październiku.
10. Nadrzeczna	24	10	16	41,6	Zachorowania występowały głównie na początku epidemii: w lipcu 9, w sierpniu 5 i we wrześniu 2. Ludność jest przeważnie żydowska – biedna. Ulica biegnie wzdłuż rzeki Białej. Są przy niej 3 fabryki. Domy i podwórza złe pod względem sanitarnym.
11. Niemiecka	20	0	0	0	Mieszka bogata ludność, domy są murowane, dobre, zaludnienie nie jest gęste.
12. Zaulek Kościelny	11	0	0	0	Mało zamieszkała, mieszkają chrześcijanie średniej klasy.
13. Plac Bazarny	66	2	2	3,0	Handlowa część miasta, ludność jest przeważnie bogatsza – żydowska. Podwórza są złe, kamienne domy są stosunkowo zadowolające. Zachorowania były w sierpniu.
14. Zielona	65	8	9	12,3	Domy są złe, zaludnienie gęste, żydowskie. Sklepy (ławki) mięsne. Choroby wystąpiły w lipcu i sierpniu, we wrześniu był tylko 1 przypadek.
15. Mikołajewska	166	26	31	15,6	Populacja to głównie Żydzi. Część ulicy jest handlowa; druga część jest słabo wybrukowana, ze słabymi kamiennymi i drewnianymi domami. W części, która biegnie do centrum miasta, mieszkają kupcy żydowscy średniej klasy, a reszta populacji jest biedna. Zachorowania były w lipcu i sierpniu.
16. Żydowska	42	0	0	0	Wszystkie 3 ulice mają podobny charakter, są ciasne, gęsto zabudowane, biedne domy częściowo drewniane, częściowo kamienne. Przeważnie zaludnione przez średniozamożnych żydów, zajmujących się handlem. Na ulicy Brańskiej przypadek choroby miał miejsce w lipcu.
17. Brańska	23	1	1	4,3	
18. Sofijska	21	0	0	0	
19. Poczтовая	68	11	13	16,1	Ulica biegnie wzdłuż rzeki Białej. Jest zamieszkała głównie przez chrześcijan. Istnieją na niej 2 fabryki, łaźnia i zakład kąpielowy; jedna fabryka produkuje prawdziwą wełnę. Na początku ulica jest gęsto zabudowana. Podwórza są złe. Nowe domy są dobre, ale stare, drewniane, zepsute.
20. Policyjna	6	0	0	0	Ulice nie są wybrukowane, zamieszkałe przez chrześcijan, robotników i rzemieślników. Domy drewniane są ubogie, woda studzienna. Studnie są w złym stanie sanitarnym.
21. Strukowska	32	1	1	3,1	

1	2	3	4	5	6
22. Fabryczna	52	6	11	11,4 [11,5]	Powyższe informacje o ulicach Strukowskiej i Policyjnej w równym stopniu dotyczą ulicy Fabrycznej z jej zaułkami – Bojnym i Fabrycznym, tylko na tych ulicach mieszka więcej żydów niż na poprzednich. Zachorowania były: w lipcu 3, reszta w sierpniu.
23. Zaułek Bojny	10	0	0	0	
24. Zaułek Fabryczny	7	0	0	0	
25. 1. Soldacka [1. Żołnierska]	49	20	40	40,8	Wszystkie wskazane ulice noszą podobny charakter. Jest to jedna ze starych części miasta, wszystkie ulice są wąskie, gęsto zabudowane głównie drewnianymi domami. Nie ma większych domów i nie ma ich gdzie budować. W wielu domach nie ma podwórzy, mało jest też latryn i są budowane w bardzo prymitywny sposób tuż obok pomieszczeń mieszkalnych, są źle utrzymane. Gleba jest zanieczyszczona. Populacja to głównie żydzi – najbiedniejsza klasa. Mieszkańcy tego rejonu stanowią największy kontyngent pacjentów ze wszystkimi rodzajami chorób. Cholera w tej części miasta pojawiła się tydzień po odkryciu pierwszych zachorowań i istniała do końca epidemii. W sierpniu mieszkańcy stanowili 2/3 wszystkich pacjentów. Na tych ulicach było wiele źródeł infekcji.
26. 2. Soldacka [2. Żołnierska]	39	20	59	51,2	
27. 1. Zaułek Soldacki [Żołnierski]	11	1	1	9,0	
28. 2. Zaułek Soldacki [Żołnierski]	37	5	7	13,5	
29. 3. Zaułek Soldacki [Żołnierski]	26	6	12	23,0	
30. Zaułek Stolarski	8	2	8	25,0	
31. 4. Zaułek Soldacki [Żołnierski]	20	12	27	60,0	
32. Zwierzyniecka	29	6	6	20,6	Zwierzyniecka, Piwna, Konny Zaułek, Łozowa i Oficerska stanowią obrzeża miasta, przylegające do lasu. Ta część miasta jest nowsza, mniej zabudowana, drewniane domy są małe. Ludność tutaj jest głównie chrześcijańska, ale nie jest bogata. Ulice nie są utwardzone, używa się wody studziennej, studnie nie są głębokie i woda w większości z nich nie jest dobra. Choroby były pojedynczymi przypadkami na przełomie sierpnia i września. Na ul. Zwierzynieckiej było więcej chorób niż na innych, występowały w tej części ulicy, która przylega do ulic Soldackich.
33. Piwna	10	1	1	10,0	
34. Konny Zaułek	11	2	3	18,1	
35. Łozowa	12	1	1	8,3	
36. Oficerska	17	1	1	5,8	
37. Mostowa	37	3	5	8,1	
38. Orłowska	30	13	24	43,3	
39. Szkolna	22	12	30	54,1 [54,5]	
40. Głuchy Zaułek	14	4	6	28,5	
41. Rynkowa	35	6	7	17,1	
42. Głucha	32	15	26	46,9	

1	2	3	4	5	6
43. Szpitalna	24	2	3	8,3	Ulice Szpitalna, Suraska, Kałuska, Wileńska, Kowieńska, Grodzieńska i Sofijska pod względem sanitarnym nie różnią się od tylko co wspomnianej części miasta, tyle że, z wyjątkiem Suraskiej, są położone nieco wyżej i z tego powodu mają pewną przewagę pod względem zanieczyszczenia gleby. Ścieki z tych ulic spływają łatwo i po stoku wpadają na Suraską, skąd płyną dalej Rynkową, Orłowską i in. Spośród wymienionych ulic najbardziej ucierpiały od cholery Suraska i Kałuska; przypadki choroby występowały na nich głównie na początku epidemii, tj. w lipcu. We wrześniu, na ulicy Suraskiej, były tylko 2 przypadki choroby, a w październiku ani jednego; na Kałuskiej epidemia ustała w sierpniu. Na pozostałych ulicach były pojedyncze przypadki zachorowań.
44. Suraska	56	14	23	25,0	
45. Kałuska	48	6	7	12,5	
46. Wileńska	18	0	0	0	
47. Mińska	23	2	2	8,7	
48. Kowieńska	36	3	4	8,3	
49. Grodzieńska	17	2	2	11,7	
50. Sofijska	5	0	0	0	
51. Kładbiszczńska [Cmentarna]	137	21	27	15,3	
52. Zagorodna [Podmiejska]	200	34	56	17,0	
53. Stolecka	21	1	1	4,7	Ulice Kładbiszczńska i Zagorodna nie są brukowane, podobnie leżące przy nich bezimienne zaułki. Zamieszkane przez biedną ludność, pierwsza – żydowską, a druga mieszaną chrześcijańską i żydowską. Domy są bardzo ubogie, podwórza wąskie lub nie ma ich wcale, gleba zanieczyszczona; mieszkańcy z powodu ubóstwa odstręczający. Cholera na ulicy Kładbiszczńskiej istniała przez prawie wszystkie 4 miesiące, a na Zagorodnej rozpoczęła się w ostatnich dniach lipca; najwięcej zachorowań było we wrześniu i sierpniu. Ulica Stolecka jest zamieszkała przez chrześcijan, niezbyt gęsto.
54. Starszosowa	31	0	0	0	Populacja to głównie chrześcijanie. Warunki sanitarne obu ulic są stosunkowo zadowalające.
55. Nowoszosowa	26	1	1	3,8	
56. Lipowa	60	1	3	1,6	Lipowa jest zamieszkała przez bogatych kupców żydowskich. Warunki sanitarne są dopuszczalne. Na Lipowym Zaułku są gorsze warunki, zamieszkują go średniozamożni kupcy żydowscy. Przypadki cholery były w miejskim szpitalu, po tym, jak zaczęły do niego trafiać przypadki zachorowań z miasta.
57. Lipowy Zaułek	20	1	1	5,0	
58. Polowa	43	3	3	6,9	Polowa i Nowy Świat należą do najnowszych ulic, niewiele zaludnionych, nowo budowane domy są całkiem zadowalające. Zaludniona przez inteligencję żydowską. Na Nowym Świecie wiele zakładów sukiennych, ale nie emitują one szkodliwych substancji.
59. Nowy Świat	79	5	6	6,3	
60. Białostoczański Zaułek	17	0	0	0	Białostoczańska, Kobryński Zaułek, Różańska i obie Kupieckie zasiedlone wyłącznie przez żydów. Domy i podwórza złe. Ludność – mali handlarze, codzienne warunki sanitarne niewystarczające. Przypadki cholery, przez dziwny zbieg okoliczności, były w lipcu do sierpnia tylko na 1. Kupieckiej ulicy, pozostałe ulice zostały oszczędzone.
61. Kobryński Zaułek	13	0	0	0	
62. Różańska	19	0	0	0	

1	2	3	4	5	6
63. Tykocka	24	2	4	8,3	Ulica handlowa, zamieszкана głównie przez średniozamożnych kupców. Dużo złych domów. Epidemia nie była szeroko rozpowszechniona.
64. 1. Kupiecka	77	13	18	16,9	[zob. wyżej]
65. 2. Kupiecka	28	0	0	0	[zob. wyżej]
66. Błotnista	70	16	27	22,8	Błotnista, Sucha, Piaskowa i Bażantarnia z Zaułkami Błotnistym i Piaskowym zamieszkanе głównie przez biednych żydów; warunki sanitarne tej okolicy niezadowolające. Zachorowania przeważały w sierpniu i wrześniu. Było kilka głównych ośrodków infekcji.
67. Sucha	59	22	31	37,3	
68. Pieszczana [Piaskowa]	49	8	9	16,3	
69. Zaulek Pieszczany [Piaskowy]	13	0	0	0	
70. Zaulek Błotnisty	34	9	15	26,4	
71. Bażantarnia	11	0	0	0	

Oprac. M. Głowacki (źródło: NAHB Grodno, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 34v–40).

Leczenie chorych odbywało się w domach albo szpitalach: okręgowym (przy ul. Lipowej) i żydowskim (przy ul. Aleksandrowskiej, ob. Warszawskiej⁷⁵), a od 15 lipca wyłącznie w baraku cholerycznym, urządzonym, jak wspomniano wyżej, w budynku przy ul. Kupieckiej. W sumie z leczenia szpitalnego skorzystało 413 osób (143 zmarły), z domowego 328 osób (77 zmarło)⁷⁶. W domach pozostawali chorzy z łagodnymi postaciami choroby, cięższe przypadki przewożono do placówek medycznych, mimo ryzyka, jakie transport niósł dla pacjenta. Podejmowano je jednak z powodu braku stałego i przeszkolonego personelu, który mógłby opiekować się ciężko chorymi w mieszkaniach, ze względu na ciasnotę domostw, niemożność odizolowania chorych od zdrowych i przeprowadzenia dezynfekcji. W praktyce okazało się, że lokalizacja baraku w centrum miasta umożliwiła szybkie (nie przekraczające 15 minut) dowożenie chorych i tylko raz pacjentka, będąca w stanie agonalnym, zmarła po drodze. Miasto wynajęło na potrzeby transportu chorych 5 pojazdów (karetek) od osób prywatnych. Po przewiezieniu każdego pacjenta prześcieradła lub inne podłożone pod niego przedmioty poddawano dezynfekcji w komorze parowej, która została przenie-

⁷⁵ E. Bernacki, *Rozwój szpitalnictwa (cywilnego) miasta Białegostoku w latach 1769–1975*, [w:] *idem, Ludzie i placówki służby zdrowia w regionie białostockim: rys historyczny, biografie*, Białystok 1998, s. 81–83.

⁷⁶ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 25–25v. Oznaczało to, że śmiertelność pacjentów przebywających w szpitalu była wyższa (36,4%) niż leczonych w domu (23,5%).

siona ze szpitala okręgowego do baraku⁷⁷. Oprócz stałego personelu, którego liczba dochodziła do 22 osób, chorymi w baraku mogli się opiekować krewni, a podczas nocnych dyżurów wolontariusze (2–4 osób dziennie). Barak codziennie wizytowało grono szanowanych obywateli żydowskich, którzy swoim autorytetem skutecznie tłumili w zarodku szkodliwe pogłoski⁷⁸. Spośród wszystkich przypadków cholery, ponad połowa osób (398) przebywała w baraku, spędzając tam średnio 5 dni, przy czym ozdrowieńcy średnio 6,7 dnia, a zmarli – 2,6 dnia⁷⁹.

Wraz z otwarciem baraku, na dziedzińcu przy synagodze na ul. Szkolnej, w miejscu pojawienia się i rozprzestrzenienia cholery (Paltiel Lew był uczniem pobliskiej Talmud-Tory), uruchomiono przychodnię dla ubogich chorych, gdzie stale dyżurowali lekarze i felczerzy oraz bezpłatnie rozdawano leki i środki dezynfekcyjne. Przy ambulatorium działało żydowskie stowarzyszenie ochotników do opieki nad chorymi pozostającymi w domach, składające się głównie z młodych mężczyzn, z różnych warstw społeczności żydowskiej. Oprócz opieki nad chorymi i wstępnej dezynfekcji, do ich obowiązków należało rozpoznawanie nowych przypadków choroby i pomoc w transporcie chorych do baraku. Wolontariusze byli przeszkoleni przez lekarzy ambulatoryjnych. Podczas apogeum epidemii w lipcu i sierpniu, dziennie z pomocy przychodni korzystało nawet 20–40 pacjentów. Nie wszyscy mieli cholere, przychodzono także z innymi dolegliwościami. Na miejscu wytwarzano i rozdawano proste leki, bardziej skomplikowane wydawano z apteki, po okazaniu recepty z przychodni. W Białymstoku powstała też druga przychodnia, ufundowana z datków osób prywatnych (żydów), umiejscowiona na ul. Kupieckiej, ale jej działalność miała mniejszą skalę, ponieważ porady świadczyli tam tylko felczerzy, nie lekarze⁸⁰.

Na początku epidemii personel medyczny miasta składał się z 5 lekarzy państwowych, 19 wolno praktykujących; 2 felczerów szpitalnych, 11 wolno praktykujących; 14 akuszerki i 8 cyrulików. W czasie jej trwania przyjęto 14 dodatkowych lekarzy: do zarządzania barakiem, konwojem dezynfekcyjnym, do wizyt domowych i nocnych, a także całodobowych dyżurów w przychodni. Do pomocy lekarzom zatrudniono 10 nowych felczerów, pracujących

⁷⁷ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 25–26v, 46v–47.

⁷⁸ W skrajnych przypadkach wybuchy paniki podczas epidemii groziły zamieszkami ulicznymi, zabijaniem lekarzy i felczerów czy paleniem szpitali. Zob.: *Epidemja. Zaburzenia w Astrachaniu. Zaburzenia w Saratowie*, „Kraj” 1892, nr 28, s. 11).

⁷⁹ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 41–43v.

⁸⁰ *Ibidem*, k. 41v–42v.

w baraku i ambulatorium, przy konwoju dezynfekcyjnym oraz towarzyszących w dyżurach nocnych⁸¹.

Ówczesna znajomość etiologii cholery i położenie nacisku na zapobieganie chorobie przez podnoszenie poziomu sanitarnego miasta i higieny życia jego mieszkańców⁸², miały swoje odzwierciedlenie w działalności komisji sanitarnej i Zarządu Miejskiego. Aby ograniczyć rozprzestrzenianie epidemii, kontynuowano prace przy oczyszczaniu Białegostoku, w tym zwłaszcza obszaru zwanego dziedzińcem Szkolnym i ulic Sołdackich z zaułkami (ob. w części miasta między ul. Suraską a Legionową). Kontrolerzy sanitarni sprawdzili prawie wszystkie studnie w mieście, po czym ponad 170 zostało zasypanych, podobnie jak liczne jamy ze stojącą szkodliwą wodą. Na wniosek władz miejskich przedsiębiorstwo wodociągowe zorganizowało tymczasowe doprowadzenie wody do prywatnych domów, łącznie ponad półtoręj wiorsty sieci wodociągowej ponad warunki kontraktu⁸³. Dodatkowo wydano mieszkańcom około 1300 wiader wody bezpłatnie; w fabrykach, zakładach i placówkach oświatowych zabroniono używania wody nieprzetworzonej, w zamian rozdawano bezpłatną herbatę lub przegotowaną wodę z miętą. W okresie od 15 lipca do 1 października w mieście działały dwie bezpłatne herbaciarnie, jedna na ul. Szkolnej, a druga na Placu Bazarnym (ob. Rynku Kościuszki), wydające dziennie średnio ponad 640 porcji herbaty. Dnia 24 lipca 1893 r. uruchomiono także dwie tanie jadłodajnie: dla chrześcijan na Placu Bazarnym (była czynna dalej w 1894 r.) i dla żydów w budynku Talmud-Tory przy ul. Szkolnej. W okresie epidemii wydawały średnio blisko 190 obiadów dziennie, chociaż chętniej korzystała z nich ludność chrześcijańska, być może dlatego, że za obiad bez chleba w chrześcijańskiej stołówce płacono 3 kopiejki, a w żydowskiej – kopiejkę więcej. Głowacki postulował zniesienie tej różnicy⁸⁴.

Zorganizowany na koszt miasta konwój dezynfekcyjny liczył 11 osób, w tym nadzorującego lekarza i felczera. Dysponował 4 beczkami o pojemności 60 wiader z zaprzęgiem konnym, a także niezbędnymi wiadrami, miotłami i innymi akcesoriami. Dezynfekcję w domach prywatnych przeprowadzano z pomocą mydła karbolowego i mleka wapiennego (w 57 domach wykonano ją jednorazowo, w innych kilkakrotnie), natomiast pościel i inne używane przez chorych przedmioty dezynfekowano w komorze parowej w baraku.

⁸¹ *Ibidem*, k. 40v–41.

⁸² F. G. Clemow, *The cholera epidemic...*, s. 65–66.

⁸³ Por.: W. Wróbel, *Wodociągi i kanalizacja...*, s. 25–28, 39.

⁸⁴ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 45–46v, 61v.

Pod koniec epidemii, kiedy możliwe już było odizolowanie zdrowych mieszkańców, stosowano dezynfekcję chlorem; w baraku oprócz pary, używano sublimatu (chlorku rtęci), kwasu karbolowego i wygotowywania. Głowacki generalnie uważał dezynfekcję w Białymstoku za mało skuteczną z kilku powodów. Ludzie robili wszystko, żeby jej uniknąć, ukrywając zanieczyszczone rzeczy albo podając fikcyjne adresy i nazwiska w baraku i ambulatoriach. Dużą trudność powodowało przeprowadzanie dezynfekcji w domach, w których pozostawali chorzy (wymagała powtarzania), nie było możliwości odizolowania na kilka dni zdrowych mieszkańców. Jakość środków dezynfekujących (np. kwasu karbolowego) była niska i nie zawsze spełniała normy wskazane przepisami, tymczasem ogólne wydatki na dezynfekcję stanowiły jedną z najwyższych pozycji w budżecie przeznaczonym na zwalczanie epidemii (ponad 2 300 rubli)⁸⁵.

W okresie epidemii pochówki ofiar cholerycznych, ale i innych ubogich zmarłych odbywały się na koszt miasta. Zmarli na cholere byli chowani na publicznych cmentarzach w wydzielonych miejscach. Zwłoki chrześcijan owijano w prześcieradła nasączone sublimatem, a groby zasypywano palonym wapnem. Na cmentarzu żydowskim, na potrzeby rytualnego obmycia zmarłych, zbudowano specjalne pomieszczenie z osobnym spustem wody, gdzie ciała dezynfekowano roztworem chlorku rtęci. Zwłoki żydów transportowano na cmentarz w specjalnych skrzyniach, które dezynfekowano sublimatem po każdym przewiezieniu⁸⁶.

Walka z epidemią w Białymstoku w 1893 r. pochłonęła łącznie 18 tys. rubli, w tym największe wydatki Zarząd Miejski poniósł na wynagrodzenie personelu medycznego, wspomniany konwój dezynfekcyjny, wyżywienie chorych, urządzenie baraku i zaopatrzenie w lekarstwa. Miasto zyskało powyższą kwotę w formie bezzwrotnej pożyczki z pozostałości podatku skrzynkowego (tzw. *korobki*), natomiast z własnych środków sfinansowało utrzymanie tanich jadalni (ponad 1,5 tys. rubli)⁸⁷. W podsumowaniu raportu

⁸⁵ *Ibidem*, k. 47–48.

⁸⁶ *Ibidem*, k. 45v–46. Sprawa transportu ciał zmarłych Żydów nie zawsze była rozwiązana skutecznie. W 1892 r. w Wilnie wzbudzała zaniepokojenie „fatalna skrzynia żydowska, zatłuszczona [!] tysiącami ciał, które codziennie w niej przewożą [...] W czasie epidemii cholerycznej dość spotkać się z takim okropnym wehikułem i połknąć nieco powietrza od niego zalatującego, a najzdrowszy organizm zatrutym zostanie” (A.R.Z., *O przygotowaniach sanitarnych w Wilnie*, „Kraj” 1892, nr 29, s. 15). Por. I. Janicka, *Kwestia pochówku zmarłych na cholere w północno-zachodnich guberniach Cesarstwa Rosyjskiego w XIX wieku*, [w:] *Dżuma, ospa, cholera. W trzechsetną rocznicę wielkiej epidemii w Gdańsku i na ziemiach Rzeczypospolitej w latach 1708–1711*, red. E. Kizik, Gdańsk 2012, s. 216–219.

⁸⁷ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 47v–48.

Głowacki zwracał jednak uwagę, że podjęte przygotowania przeciwepidemiczne okazały się niedostateczne. Zauważał, że poprawa stanu sanitarnego miasta będzie możliwa dopiero po wprowadzeniu powszechnej kanalizacji. Sugerował zwiększenie taboru asenizacyjnego, a także zakup przez władze miejskie wydzielonego i odpowiednio usytuowanego miejsca na zwożenie nieczystości. Aby woda z wodociągu była dostępniejsza dla mieszkańców, postulował obniżenie jej cen, a także przyspieszenie prac związanych z budową sieci i zwiększenie liczby miejsc, gdzie można by ją kupić (domów prywatnych i budek wodociągowych). Uznawał za potrzebne funkcjonowanie w kolejnych latach, niezależnie od epidemii, tanich jadalni i herbariarni. W oczekiwaniu na ewentualny wybuch zachorowań wiosną, Głowacki wskazywał na potrzebę edukowania społeczeństwa i zapoznawania, zwłaszcza najuboższej ludności, z objawami chorób zakaźnych i sposobami ich zapobiegania⁸⁸.

Epidemia cholery z 1893 r. nie miała skali wcześniejszych, na obszarze guberni grodzieńskiej szczególnie dotkliwych w latach 1831, 1847–1848, 1852–1853, 1855–1856 oraz na przełomie lat 60. i 70. XIX w.⁸⁹ Podczas epidemii z 1848 r. na terytorium Cesarstwa Rosyjskiego odnotowano powyżej 1,5 mln przypadków, w tym około 700 tys. śmiertelnych. W guberni grodzieńskiej zachorowało wówczas prawie 16 tys. ludzi⁹⁰. Głowacki, nie dysponując innymi danymi z minionych lat, przytaczał w raporcie relacje starszych lekarzy, pamiętających w Białymstoku epidemię, podczas której dziennie umierało 40–50 osób; w 1893 r. dzienna liczba zgonów nie przekraczała 8 osób⁹¹. W 1894 r. cholera znów ominęła miasto nad Białą, chociaż na terenie guberni grodzieńskiej zarejestrowano zachorowania w Brześciu, Kobryniu i sąsiednich powiatach. W Białymstoku ponownie oddała ona pole innym chorobom zakaźnym (różnym odmianom tyfusu, czerwonce, szkarlatynie, dyfterytowi, kokluszowi, grypie, zapaleniu płuc i gruźlicy)⁹², które „spośród nas zabierają liczne ofiary i dlatego tylko przestały być strasznymi, żeśmy do nich przywykli”⁹³.

⁸⁸ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 61v–62.

⁸⁹ E. G. Eliaszewicz, M. A. Popow, *Краткая история медицины Беларуси*, Mińsk 2011, s. 24.

⁹⁰ M. Wróbel, *Cholera na Białostocczyźnie...*, s. 325–326.

⁹¹ NAHB, f. 9, op. 1, d. 1934, k. 61v.

⁹² *Сведения о состоянии Гродненской губ. за 1894 годъ (отделъ IV)*, [w:] *Памятная книжка Гродненской Губернии на 1896 годъ*, Grodno 1895, s. 35–36.

⁹³ O. Bujwid, *O zarazku cholery. Treściwe sposoby rozpoznawania, dezynfekcyi i zapobiegania cholery*, wyd. II, Warszawa 1892, s. 4.

Bibliografia

Źródła rękopiśmienne

Archiwum Archidiecezjalne w Białymstoku:

Kuria Metropolitalna Białostocka – Archiwum Metryczne, b. sygn., *Wypisy z ksiąg metrykalnych pogrzebów parafii dekanatu Białystok za 1893 r. [parafia Białystok]*

Akta Dziekana Białostockiego, b. sygn., *Statystyki dotyczące zaludnienia parafii dekanatu białostockiego za 1894 r.*

Archiwum Państwowe w Białymstoku:

Akta Stanu Cywilnego Okręgu Bożniczego w Białymstoku, sygn. 152

Narodowe Archiwum Historyczne Białorusi w Grodnie:

f. 9

Źródła drukowane

Bujwid O., *O zarazku cholery. Treściwe sposoby rozpoznawania, dezynfekcyi i zapobiegania cholery*, wyd. 2, Warszawa 1892.

Clemow F. G., *The cholera epidemic of 1892 in the Russian Empire*, Londyn 1893.

Frejberg N. G., *Врачебно-санитарное законодательство въ Россіи*, wyd. 3, Sankt Petersburg 1913.

Miśakowski M. G., *Очеркъ Белостока въ историческомъ, этнографическомъ и бытовомъ отношеніяхъ съ приложениями*, Kijów 1897.

Starkman J., *Cholera. Jej istota, przyczyny, objawy, szerzenie się, sposoby zapobiegania i leczenia*, Warszawa 1892.

Tchórznicki J., *Przewodnik dla służby zdrowia (tak zwanych „sanitarzy”) pracującej podczas epidemii cholery*, Warszawa 1893.

Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1891 годъ, Grodno 1890.

Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1892 годъ, Grodno 1891.

Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1893 годъ, Grodno 1892.

Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1895 годъ, Grodno 1894.

Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1896 годъ, Grodno 1895.

Памятная книжка Гродненской Губерніи на 1897 годъ, Grodno 1896.

Сводъ законовъ Россійской имперіи, t. XIII, cz. 3, Sankt Petersburg 1857.

Prasa

„Kraj: tygodnik polityczno-społeczny”, 1892, 1893

Opracowania

Bernacki E., *Epidemia cholery w powiecie białostockim w 1831 r.*, „Białostoczczyzna”, 1996, nr 3.

- Bernacki E., *Rozwój szpitalnictwa (cywilnego) miasta Białegostoku w latach 1769–1975*, [w:] E. Bernacki, *Ludzie i placówki służby zdrowia w regionie białostockim: rys historyczny, biografie*, Białystok 1998.
- Chomik P., *Kaplica pw. św. Marii Magdaleny w Białymstoku*, [w:] M. Karczewska et al., *Cmentarz wielowyznaniowy na wzgórzu św. Marii Magdaleny w Białymstoku. Historia miejsca*, Białystok–Poznań 2012.
- Chorosz I., *Podróż po przemysłowej strefie osiedlenia (Szkice podróżnicze technika). Polski przemysł włókienniczy. Żydowskie wytwórnie i żydowscy robotnicy*, oprac. A. Markowski, tłum. J. Szumski, Warszawa 2019.
- Czapliński M. P., *Epidemie cholery w rejencji opolskiej w latach 1831–1894*, Rybnik 2012.
- Dolistowska M., *Architektura i budownictwo publiczne społeczności żydowskiej w Białymstoku*, [w:] *Białystok – Mayn Heym*, red. D. Boćkowski, Białystok 2014.
- Dolistowska M., *W poszukiwaniu tożsamości miasta. Architektura i urbanistyka Białegostoku w latach 1795–1939*, Białystok 2018.
- Eliaszewicz E. G., Popow M. A., *Краткая история медицины Беларуси*, Mińsk 2011.
- Janicka I., *Kwestia pochówku zmarłych na cholere w północno-zachodnich guberniach Cesarstwa Rosyjskiego w XIX wieku*, [w:] *Dżuma, ospa, cholera. W trzechsetną rocznicę wielkiej epidemii w Gdańsku i na ziemiach Rzeczypospolitej w latach 1708–1711*, red. E. Kizik, Gdańsk 2012.
- Janicka I., *Uwarunkowania i przebieg epidemii cholery w guberni mohylewskiej w 1848 roku*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, 40, 2018.
- Jastrzębowski Z., *Polska statystyka medyczna a badania nad zdrowotnością społeczeństwa polskiego w XIX w.*, „Medycyna Nowożytna”, 3, z. 1–2, 1996.
- Jemielity W., *Cholera w XIX wieku w Łomżyńskim*, „Studia Łomżyńskie”, 9, 1998.
- Latawiec K., *Epidemia cholery w Lublinie w 1892 r.*, [w:] *Symposium na temat „Epidemie w Polsce od czasów najdawniejszych po czasy współczesne”. Teksty referatów*, red. A. Śródka, Kraków 2005.
- Lechowski A., *Białystok w latach 1864–1939*, [w:] *Historia Białegostoku*, red. A. Dobroński, Białystok 2012.
- Legieć J., *Działania władz rosyjskich w związku z epidemią cholery w Królestwie Polskim w latach 1892–1894 (na przykładzie guberni kieleckiej)*, [w:] *Symposium na temat „Epidemie w Polsce od czasów najdawniejszych po czasy współczesne”. Teksty referatów*, red. A. Śródka, Kraków 2005.
- Mioduszevska A., *Postawy prokreacyjne mieszkańców miast Podlasia w okresie epidemii w latach 1830–1831*, [w:] *Kondycja zdrowotna i demograficzna społeczeństwa polskiego na przestrzeni wieków*, red. K. Mikulski et al., Toruń 2011.
- Oleńska A., *Jan Klemens Branicki „Sarmata nowoczesny”. Kreowanie wizerunku poprzez sztukę*, Warszawa 2011.
- Ostaszewski M., *Pamięć o epidemii cholery z 1893 roku we wsi Bagnówka pod Białymstokiem*, „Studia Podlaskie”, 23, 2015.
- Piszczatowska M., *Knyszyńskie krzyże typu karawaka*, „Studia Podlaskie”, 19, 2011.
- Siudikas V., *Choleros epidemijos Lietuvoje 1831–1921 metais*, Kowno 1998.

- Szumski J., *Epidemia cholery w 1831 r. w dobrach zabłudowskich*, Zabłudów 1996.
- Tomecka B., Szczygieł-Rogowska J., *Cmentarz ewangelicki w Białymstoku przy ul. Wasilkowskiej*, [Białystok] 2008.
- Urbanik M., *Sposoby leczenia cholery na ziemiach polskich w XIX wieku*, [w:] *Symposium na temat „Epidemie w Polsce od czasów najdawniejszych po czasy współczesne”. Teksty referatów*, red. A. Śródka, Kraków 2005.
- Więckowska E., *Opieka lekarsko-zdrowotna i sanitarna w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, „*Medycyna Nowożytna*”, 14, 2007, z. 1–2.
- Wiśniewski T., *Cmentarze żydowskie w Białymstoku*, „*Studia Podlaskie*”, 2, 1989.
- Wnęk K., *Epidemia cholery w Krakowie w 1866 roku. Analiza demograficzna i przestrzenna*, „*Przeszłość Demograficzna Polski*”, 37, 2015, nr 3.
- Wróbel M., *Cholera na Białostocczyźnie w latach dziewięćdziesiątych XIX w. i krzyże ją upamiętniające*, [w:] *Małe Miasta. Codzienność*, red. M. Zemło, Białystok–Głogów Małopolski–Supraśl 2019.
- Wróbel W., „*На тэтую нашу ахілесаву пяту мы нікакім чынам наступіць не ўмеем...*” *Пра невядомыя клопаты бакол будаўніцтва водопровода ў Беластоку ў 1879–1890 гг.*, „*Arche*”, 2017, z. 2.
- Wróbel W., *Budowa rzeźni miejskiej w Białymstoku w latach 1911–1914 według projektu firmy „Windschild & Langelott” oraz jej funkcjonowanie do 1919 r.*, „*Biuletyn Konserwatorski Województwa Podlaskiego*”, 18, 2012.
- Wróbel W., *Cmentarze parafii pw. Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny w Białymstoku w XVI–XIX wieku*, [w:] J. Kotyńska-Stetkiewicz et al., *Cmentarz Farny w Białymstoku*, Białystok 2017.
- Wróbel W., *Od aptekarza do bibliotekarza. Nowa biografia Franciszka Glińskiego (17 XI 1850 – 22 XI 1926)*, „*Rocznik Białostocki*”, 19, 2014.
- Wróbel W., *Przed wojną. Historia białostocka*, [w:] Helena Bohle Szacka. *Lilka. Mosty / Die Brücken*, red. M. Różyc, Białystok 2017.
- Wróbel W., *Świętojańska. Historia jednej ulicy*, Białystok 2018.
- Wróbel W., *Wodociągi i kanalizacja Białegostoku od czasów najdawniejszych do 2015 roku*, Białystok 2015.

The epidemics of cholera of 1893 in Białystok in the light of the report of the town physician, Mikołaj Głowacki

Summary

The article discusses the circumstances and the course of the epidemics of cholera in Białystok in 1893, on the basis of a report prepared in 1894 for the needs of the Medical Department of the Management of the Grodno Governorate, by Białystok town physician, Mikołaj Głowacki. The report consisted of several parts, including the medical and statistical analyses of the course of the epidemics, discussing on medical care and preventive

measures applied, as well as the characteristics of the sanitary conditions in the town (among other things, the state and the cleanness of buildings, streets, squares, water supplies, waste disposal, cementaries, as well as the sanitary situation in factories and manufactures). The epidemics of cholera broke out in July and lasted until November 1893. According to statistics, in Białystok of 67 thousand residents, 741 developed the disease, and 220 died. The most cases (604) were noted among the poor Jewish population. The main focus of infections was the densely developed and populated part of the Jewish quarter, in the streets: Sołdacka, Szkolna, Głucha and Sucha.

Marta Wróbel – mgr historii, archiwistka w Archiwum i Muzeum Archidiecezjalnym w Białymstoku. Autorka i współautorka kilkudziesięciu publikacji naukowych i popularnonaukowych dotyczących historii regionalnej i archiwistyki kościelnej
e-mail: marta-sok@wp.pl