

Sylwia Straszak-Chandoha

LEKARZE ORAZ SPOSOBY LECZENIA CHOLERY W CZASIE EPIDEMII W WIELKIEJ BRYTANII W LATACH 1831-1832

Przedmiotem moich badań jest epidemia, która dotknęła ludność Wielkiej Brytanii w latach 1831-1832, kiedy to cholera zebrała swoje największe żniwo, pochłaniając tysiące ofiar. Przez długie lata cholera uważana była za jedną z typowych dla krajów egzotycznych chorób gorączkowych, aż nagle, na początku XIX w., z niewiadomych przyczyn – abstrahując od szybkości i intensywności wymiany handlowej – opuściła swe naturalne środowisko i zaczęła się przemieszczać. Tak jak dla okresu nowożytnego „biczem bożym” była dżuma, tak dla wieku XIX największe zagrożenie stanowiła cholera. We wstępie chciałabym w kilku zdaniach przedstawić specyfikę choroby.

Cholera była już znana od dawna w Indiach i krajach azjatyckich. Cholera jest ostrą i szczególnie niebezpieczną chorobą zakaźną, którą charakteryzuje się najczęściej gwałtowną, ryżową biegunką i wymiotami, a w następstwie bardzo znacznym odwodnieniem organizmu. Chorobę wywołuje pałeczka Gram-ujemna (zwana przecinkowcem cholery). Źródłem zakażenia jest chory człowiek albo nosiciel. Cholera szerzy się szczególnie gwałtownie, jeżeli woda do picia i pokarmy zostaną zanieczyszczone wydalaminami zawierającymi zarazki. Czynnikiem sprzyjającymi zakażeniu są: osłabienie odporności ogólnej, nieżyty żołądkowo-jelitowy, zwłaszcza z upośledzeniem wydzielania kwaśnego soku żołądkowego, zmęczenie i przewlekły alkoholizm. Wiek, płeć i rasa nie odgrywają większej roli w podatności na tę chorobę. Przebycie choroby nie zapewnia trwałej odporności. Zdrowi nosiciele stanowią źródło zakażenia w okresie wydalania przecinkowców; okres ten rzadko trwa dłużej niż dwa miesiące.

W wieku XIX była to niszcząca choroba mogąca zabić swoje ofiary w parę godzin po zakażeniu. Obecnie wiadomo jest, że cholerą można się zarazić przez zakażoną wodę. Cholera była bardziej przerażająca w XIX w., ponieważ cała społeczność medyczna była całkowicie zaskoczona poprzez naturę choroby i nie po-

siadała skutecznych środków do jej zwalczania. Celem tego artykułu jest przedstawienie różnych metod, jakimi środowisko medyczne walczyło z chorobą.

Jedyna nadzieja na powstrzymanie cholery leżała w medycynie profesjonalnej. Istniały dwa podstawowe problemy leczenia pacjentów zainfekowanych cholerą oraz powstrzymania choroby przed rozprzestrzenianiem się.

Lekarze

Epidemia cholery w aspekcie ówczesnego życia społecznego wyraźnie pokazała, że przyczyny porażek ludzi w walce z chorobą znajdowały się na granicach podziałów społecznych. Klasy rządzące początkowo starały się minimalizować zagrożenie. Kiedy doszło już do wybuchu epidemii, zawiodły mechanizmy administracyjne, za późno powołana została Centralna Rada Zdrowia (Central Board of Health miała być ciałem, z którego wyrosły lokalne wydziały zdrowia i edukacji lekarskiej). Wybuchowi epidemii towarzyszyła powszechna dezinformacja, czego konsekwencją było dalsze szerzenie się zarazy oraz wybuchające wystąpienia społeczne. Zamieszki wywołały przerażenie i rodziły przemoc. Reakcje takie miały dwa źródła: pierwszym był brak zaufania do lekarzy. Drugiego źródła niepokojów należy się doszukiwać w wadliwych regulacjach prawnych oraz źle działającej administracji. Ówczesna medycyna nie była jednak na tyle rozwinięta, by poradzić sobie z którymkolwiek z tych problemów.

W wieku XVIII medycyna wyodrębniła trzy gałęzie. Lekarzy fizycznych (*physician*), których jedynym zadaniem było przepisywanie leków, byli oni arystokratami w swojej profesji i członkami College'u Królewskiego. Wszyscy byli absolwentami Oxfordu lub Cambridge, przeszli edukację gentelmena, która nie zawierała dużo z wiedzy medycznej. Skoro jednak medycyna XVIII w. i tak mogła niewiele pomóc pacjentowi, to mała wiedza medyczna nie była istotną wadą. Chirurg był jak kupiec na drabinie społeczności medycznej: wykonywał pracę, leczył za pomocą własnych rąk i kiedy musiał przepisać leki, zobowiązany był to zrobić w obecności *physician* [Newman 1957, s. 78-79]. Aptekarze byli podporządkowani ówczesnym lekarzom. Ich status wzrósł po wydaniu w 1815 r. prawa aptecznego, które dawało im monopol na sprzedawanie leków. Większość aptekarzy pracowało jako praktycy: nie tylko przepisywali leki, ale również je wytwarzali i sprzedawali. Także wielu chirurgów i *physician*, którzy nie zajmowali lukratywnych stanowisk, pracowało jako praktycy. Do tego wszystkiego praktykami stało się też wielu absolwentów ze Szkocji, którzy zdominowali północną Anglię [Cole 1964, s. 159]. Wytworzyła się w ten sposób niezdrowa konkurencja; każda grupa walczyła o dominację, co uniemożliwiło kooperację w okresie cholery, a w dodatku podważało zaufanie społeczne [Cole 1964, s. 189].

Radykalni dziennikarze postrzegali lekarzy jako ignorantów, którzy nie potrafili leczyć, ale potrafili brać pieniądze. Członkini London Friendly Society stwierdzi-

ła: „Nie jestem przyjazna lekarzom, są bowiem jak prawnicy, którzy stoją po tej stronie, która więcej zapłaci” [„The Times” 1832c].

Kryzys pomiędzy lekarzami a społeczeństwem jeszcze bardziej pogłębił się na skutek wzrastającego nacisku na lekarzy, by ci zajęli się również zdrowiem klasy średniej, która wzbogaciła się i mogła już płacić za swoje leczenie. Jednocześnie profesja ta zaczęła nabierać naukowego charakteru. Do roku 1820 lekarze mieli już wiedzę na temat tych wszystkich części ciała, których obserwacja nie wymagała pomocy mikroskopu [Morris 1992, s. 163].

Drugiej przyczyny utraty zaufania do lekarzy można upatrywać w ówczesnym zapotrzebowaniu na ciała do sekcji zwłok. To zapotrzebowanie stale rosło od 1780 r. – momentu rozpoczęcia prac przez Johna Huneta. Od roku 1800 anatomia, w tym sekcja zwłok, stała się wyodrębnioną dziedziną medycyny. Jedynym prawnym źródłem pozyskiwania zwłok do sekcji była egzekucja zbrodniarzy. Reszta ciał była dostarczana przez kryminalistów ze świeżo wykopanych grobów, a następnie sprzedawana szkołom medycznym. Powszechnie bano się zbezczeszczenia zwłok po śmierci [Morris 1992, s. 68].

Poszukiwacze zwłok i lekarze stali się celem powszechnego gniewu. Już w 1801 r. w czasie epidemii żółtej febry szalejący tłum zdemolował dom rezurekcyjny w Londynie. W latach 1803, 1813-1814 i 1823 oddziały wojska były wzywane do obrony lekarzy pracujących w szpitalach Glasgow. Natomiast w 1831 r. Zakład Anatomii w Aberdeen po odkryciu na jego terenie szczątków ludzkich został zdemolowany przez tłum. Posunięto się nawet do zaszytletowania studenta medycyny, który pełnił dyżur w punkcie pierwszej pomocy. W międzyczasie cena za zwłoki wzrosła z 4 gwinei w 1812 r. do 10 gwinei w 1828 r. Morderstwa Burke’a i Harry’ego w Edynburgu oraz przyznanie się nauczyciela anatomii w Lancashire do wykorzystywania zwłok ze świeżych grobów sprawiły, że anatomia stała się nielegalna [Cole 1964, s. 71].

Agitacje i petycje, które były wynikiem zaistniałej sytuacji, postawiły rząd wobec poważnego dylematu. Jeżeli bowiem rząd stanąłby po stronie opinii publicznej, to postęp medycyny zostałby zatrzymany. Jeżeli opowiedziałby się po stronie lekarzy, to wzrósłby niepokój społeczny. Wielu członków klasy panującej było gotowych opowiedzieć się za wszelką cenę po stronie opinii publicznej. Jak powiedział Earl z Harewood: „każdy chrześcijanin w tym kraju ma prawo do chrześcijańskiego pogrzebu” [Cole 1964, s. 74]. Współpracował on z takimi osobami, jak Michael Thomas Sadle – biskup ewangelicki, był zwolennikiem reformy, która miała poprawić sytuację robotników pracujących w fabrykach i ich rodzin oraz próbował uregulować kwestię przeprowadzanych sekcji zwłok w szkołach medycznych. Czynił wielkie wysiłki w celu osiągnięcia kompromisu, ale były one spóźnione. Opowiadający się za wprowadzeniem prawa, które uregulowałoby dostawy ciał do szkół, również twierdzili, że działają w interesie społecznym. Twierdzili, że niedo-

świadczony chirurg bez kwalifikacji zazwyczaj zaczynał swoją karierę medyczną od leczenia biednych. Było to więc w interesie biednych, aby chirurg był dobrze przeszkolony i przygotowany do swojej pracy. Radykałowie filozoficzni dawali swoje pełne poparcie dla wprowadzenia prawa regulującego dziedzinę anatomii (*anatomy bill*) [Hansard's... 1829]. Wiedza poparta praktyką oraz nauką miała większe znaczenie niż tradycyjne wartości, ale gniew ludności oparty był na podziale społecznym. Bogaci bowiem ochraniali swoje groby z pomocą uzbrojonych ludzi specjalnie do tego zatrudnianych, za pomocą metalowych krat i specjalnych patroli. Prawo o anatomii zostało zalegalizowane w 1832 r. Pozwalało ono wykorzystywać ciała osób, które zmarły w więzieniach, szpitalach, oraz ciała ludzi bezdomnych, pod warunkiem że zwłoki te nie zostały rozpoznane przez przyjaciół, krewnych lub gdy osoba, która zmarła, za życia zastrzegła sobie, że jej ciało po śmierci nie będzie wykorzystane w celach naukowych. Parlament poszedł na kompromis pomiędzy opinią publiczną a interesem medycznym. Chociaż prawo o anatomii bardzo wyciszyło konflikt pomiędzy społeczeństwem a lekarzami, to jednak wydarzenia ostatnich 30 lat pozostawiły głębokie uprzedzenia społeczne wobec zawodu lekarza [Morris 1992, s. 72].

Na skutek poprzednich doświadczeń i oczekiwań względem środowiska medycznego klasa pracująca szybko została zaalarmowana regulacjami wydanymi przez Privy Council (Radę Królewską), które mówiły o izolacji w szpitalach oraz paleniu zwłok, co miało zapobiegać cholerze. Zwycięstwo Centralnej Rady Zdrowia było równoznaczne z polityką separacji osób chorych od zdrowych.

Regulacja z 13 grudnia 1831 r. mówiła, że „przestrzeń, czystość i świeże powietrze” były najlepszymi środkami prowadzącymi do wyzdrowienia. Pacjent powinien być izolowany w pokoju w swoim własnym domu, jak najmniej osób powinno mieć z nim kontakt i powinien przebywać pod opieką lekarza. Te dyrektywy oznaczały dla biednych przeniesienie ich do szpitala, a dla bogatych – opiekę pielęgniarki w domu [Morris 1992, s. 74].

Strach przed cholerą w szpitalach był głównym problemem we wszystkich częściach kraju. Nikt nie chciał mieszkać blisko szpitala, więc bardzo często były one wznoszone w najmniej zaludnionych częściach miasta; w tych celach przekształcano np. szkoły położone na peryferiach na szpitale. Szpital z Dover przeniesiono do opuszczonego domu Limehouse Reach, który posłużył jako swego rodzaju hospicjum, ponieważ umieszczano tam umierających pacjentów [Creighton 1965, s. 682]. Wydział Zdrowia w Edynburgu stwierdził, że leczenie chorych na cholerę jest jedyną szansą na ich wyzdrowienie, ale niestety nie można zmuszać chorych do hospitalizacji [Christison 1832, s. 268]. Gaultier, lekarz z Manchester, twierdził, że najbiedniejsi bardziej niż cholery bali się pobytu w szpitalu i jeżeli zostali już zainfekowani, to udawali się do szpitala tylko po to, aby odseparować się od najbliższych, ze strachu, by choroba nie przeniosła się na ich rodzinę. Cobbett i Doherty

wiedzieli, że strach biednych przed szpitalem brał się z obawy, że zostaną tam zamordowani przez lekarzy, którzy potem wykorzystają ich ciała do badań naukowych w celu poznania istoty nowej choroby. Niestety w dalszym ciągu wykonywano sekcję na ciałach zmarłych bez względu na uczucia i życzenia ich krewnych.

Szpitaly były niedostatecznie przygotowane na tak dużą liczbę chorych i na tak poważną chorobę, jaką była cholera. Niektóre były tymczasowymi budynkami, często były to tylko namioty. Chociaż administracja i lekarze uważali, że nawet takie szpitale były lepsze niż żadne czy też leczenie w często zatłoczonym domu chorego, gdzie ludzie żyli, mieszkali i chorowali w jednym pokoju. Prawie cały personel medyczny był zdania, że pacjenci, jeżeli trafiali już do szpitala, to zazwyczaj w ostatnim stadium choroby. 19 lipca lokalny wydział zdrowia w Oxfordzie otrzymał list zawierający prośbę ojca, który mając chore dziecko, chciał najpierw zobaczyć, czy szpital jest odpowiednio przygotowany dla jego pociechy. Niestety nie zarejestrowano odpowiedzi na tę prośbę [*Oxford...* 1832]. W Sunderland pewna kobieta stwierdziła, iż mimo rażącej biedy, jednym kocem mogła zapewnić mężowi większy luksus niż cały szpital [Haslewood, Mordey 1832, s. 132]. Niestety niewiele jest takich zapisków, a są one jedynymi dowodami wysiłków ludzkich czynionych w celu ratowania się przed groźącym niebezpieczeństwem. Szereg konfliktów i nieporozumień pomiędzy pacjentami a szpitalami oznaczał nie tylko medyczną, lecz także społeczną porażkę [Haslewood, Mordey 1832, s. 134].

Jeżeli tylko było to możliwe, ciała ofiar cholery były palone i grzebane na terenach przyszpitalnych. W St. Anne's Middlesex pierwsze ciała ofiar otulano w koce otoczone węgłem i palono w kotle z limonką. Budziło to ogólne zniechęcenie i odrazę, ponieważ takie zwłoki stawały się na wpół ciekłymi tworami i wytwarzały straszny ódor [„From St. Anne's...” 1832]. Ubożsi mieszkańcy często trzymali zwłoki w zatłoczonych domach nawet przez kilka dni, zamiast szybko zebrać pieniądze na pogrzeb. Następnie czekali kilka dni na przyjazd krewnych na pogrzeb. Centralna Rada Zdrowia nalegała, aby pogrzeby odbywały się w ciągu 24 godzin od zgonu, lecz nakaz ten był wbrew tradycji pochówku, więc wywołał wiele protestów. W interesie publicznym było zaprzestanie tradycyjnego pochówku, ponieważ wiele osób przychodziło się pożegnać i oddać ostatnie pokłony zmarłemu, wskutek czego ulegało zarażeniu. W taki właśnie sposób w miasteczku Goosedubbs zaraziło się ok. 50 osób. Żaden konflikt pomiędzy społeczeństwem a administracją do tej pory jeszcze nie przybrał tak poważnych kształtów, jak ten związany z pochówkiem i paleniem zwłok.

William Leigh z Bilston zauważył, że członkowie elitarnych klubów nie podąжали już za trumną i zabraniali pochówku zmarłych w rodzinnych grobach [Leigh 1833, s. 39-40].

W wielu przypadkach historie kliniczne cholery pokazywały, że ludzie bali się spalenia żywcem, mordowania przez lekarzy lub najgorszego – pocięcia ciał bliskich na kawałki. Na początku 1832 r. w londyńskiej prasie pisano o przypadku spalenia żywcem w mieście Haddington. Lokalny Wydział Zdrowia tego miasta zaprzeczył, że takie zdarzenie miało miejsce.

Cholere określano jako chorobę spazmatyczną, opisywano ruchy nieskoordynowane głowy, szyi, rąk jako konwulsje podczas wstrząsów przedśmiertnych. Na podstawie tych ruchów, podobnie jak nagłych uderzeń gorąca, była diagnozowana cholera [Morris 1971, s. 205].

Były również inne sprawy, na tle których wybuchały konflikty pomiędzy społeczeństwem a rządem: niekończące się wizyty inspektorów w domach, niszczenie i palenie przedmiotów domowego użytku, ubrań i pościeli. Wszystkie te czynności były konieczne, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby [Morris 1971, s. 207]. Gdy jednak niszczone rzeczy ubogich osób, które chorowały tylko na gripę lub na mało niebezpieczne zatrucie pokarmowe, a klasyfikowano je do grupy cholerycznej, zniszczenie całego dobytku było katastrofą. Doherty w jednym ze swoich sprawozdań opisał sytuację rodziny, która straciła w wyniku celowego spalenia dorebek swojego życia, ponieważ rozpoznano w jej domu przypadek cholery, który okazał się zwykłym, niegroźnym przeziębieniem. Rodzina ta chciała uzyskać jakąś rekompensatę za poniesione straty. Niektóre wyrozumiałe lokalne wydziały zdrowia, jak ten w Oxfordzie, widziały potrzebę takiej rekompensaty, dlatego też przeznaczano na ten cel 17,5 funta za rzeczy niesłusznie zniszczone. Ponieważ polityka środków socjalnych w XIX w. była w powijakach, klasa pracująca nie zawsze popierała czy też rozumiała akcje państwowe, które miały na celu ochronę zdrowia obywatela. Programy rządu były interpretowane z perspektywy poprzednich doświadczeń klasy ludzi ubogich [„Poor Man’s...” 1932].

Na początku wieku XIX wzrosła liczba specjalistycznych pism, które szczegółowo opisywały historie przypadków, autopsje, epidemie, techniki chirurgiczne oraz teorie medyczne. To przefiltrowane naukowe podejście doszło również do prasy powszechnej i periodycznych raportów. Społeczeństwo zaczęło oczekiwać od lekarzy tego, że nie będą tylko doradzać, ale że zaczną wykorzystywać naukowe teorie do leczenia chorób i zapobiegania im, jednak lekarze nie mogli za wiele zdziałać, by spełnić te społeczne oczekiwania.

Cholera jeszcze bardziej pogłębiła istniejący już kryzys pomiędzy lekarzami a społeczeństwem. W południowo-wschodniej Anglii pod koniec roku 1831 można odnotować gwałtowną utratę zaufania społeczeństwa do lekarzy. Radykalowie oskarżali lekarzy o egoizm. Odnotowywano absurdalne błędy: chirurg z Glasgow, który pomylił bóle porodowe z objawami cholery, był szczególnym przejawem niekompetencji. W obliczu cholery takie pomyłki były jaskrawym przykładem braku profesjonalizmu, co podkreślili komentatorzy religijni. Błędy i niepowodzenia były dla nich dowodem władzy Boga i były powodem szerokiego poparcia religijnych tez w obliczu cholery.

Badania nad przyczynami i naturą cholery były znacznie utrudnione przez brak towarzystw medycznych. Badania medyczne prowadzili konsultanci w Londynie, w szpitalach prowincjonalnych – miejscowi lekarze, chociaż ci – jak twierdził Dodd z Huoghton-le-Spring – mieli bardzo mało czasu na taką działalność. Nie istniała

żadna grupa specjalizująca się w takich badaniach [„Poor Man’s... 1832, s. 166]. Sytuacja, w której badania i praktyka są ze sobą związane, prowadzi do dużej wymiany informacji na temat symptomów i sposobów leczenia wszystkich chorób oraz wzrostu wiedzy anatomicznej. Wiedza dotyczyła jednak popularnych przebiegów oraz ich związków ze społecznością lokalną, jednakże w odniesieniu do cholery nie istniał żaden powód do przeprowadzenia intensywnych badań. W szpitalach lokalnych lekarze raczej nie mieli okazji czy też odpowiednich środków do wnikliwego badania cholery i zwyczajny lekarz, dbający tylko o ciepłą posadkę, nie widział powiązania pomiędzy publikacjami na temat cholery, etatem w szpitalu, reputacją oraz pieniędzmi płaconymi mu przez pacjentów.

Chirurg lub aptekarz według oficjalnego tytułu nie miał wcale lepszych warunków. Mógł opublikować szybko napisany referat o dotychczasowej wiedzy z kilkoma spekulacjami o przypadkowych pacjentach, których poznał dzięki indyjskim doświadczeniom lub dzięki krótkiej podróży po północno-wschodniej Anglii i Szkocji podczas zimy 1831-1832. Dzięki takim środkom mógł przyciągnąć uwagę jako człowiek, który zna się na cholery, podczas gdy inni opłacani przez klasę średnią chirurdzy obawiali się cholery. Kiedy epidemia wygasła, zainteresowanie cholerą okazywali jedynie ci, dla których naturalna ciekawość oraz interes polityczny co do reformy sanitarnej były powodem do głębszego poznania przyczyn tej epidemii. Prawdopodobieństwo zrobienia kariery na publikacjach na ten temat było małe, więc nie było ustawicznego zainteresowania epidemią [Newman 1957, s. 101-106].

Po dwóch latach ciągłej dyskusji lekarze powiązali źródła organizacji. Naukowcy publicznie przyznali, że nie ma żadnego postępu w tej sprawie. Zadanie leczenia cholery było bardzo wymagające i wyczerpujące. W grudniu 1831 r. doktor Daun musiał zaprzestać leczenia, ponieważ sam miał poważne problemy ze zdrowiem, jego organizm był przemęczony. Kiedy Alison pojechał z Edynburga do Dumfries, aby pomóc przy wybuchu epidemii cholery, jego ciekawość medyczna rosła z każdą chwilą [Morris 1971, s. 164]. Otrzymywał niekończące się ponaglenia wizyt u chorych na prawie wyludnionych ulicach. Pewnego dnia podczas jednej z wizyt minął karawan wiozący ciało jednego z pacjentów. Po kilkunastu dniach pracy potrzeba zaspokajania ciekawości lekarskiej pokonała czy też zastąpiła potrzebę jedzenia. Znalazł też sposób na szybkie regenerowanie sił: aplikował sobie raz na jakiś czas bardzo silne lekarstwo, po którym spał ok. 15 godzin, a gdy się budził, w pełni sił wracał do swojej ukochanej pracy. Niestety zawód lekarza nie był zawodem, który budził szacunek w momencie, gdy w kraju nie szalała zaraza, wielu lokalnych lekarzy uważało, że gdy epidemia miała, oni szli w zapomnienie. J. Barles, chirurg z Airdrie, przyznał Ministerstwu Zdrowia, że żaden lekarz, który chce żyć w zgodzie z opinią publiczną, nie będzie polecał czy też przepisywał takich dawek leków na cholerę, jakie są potrzebne. Pomimo długich godzin pracy i ryzyka, jakie przy tym podejmowali, opinia społeczna postrzegała ich jako egoistów i wskazywała na popełniane przez nich błędy [Morris 1971, s. 167].

Lekarstwa i sposoby leczenia cholery

Całkowity obraz metod leczenia to mieszanka ignorancji, szukania efektywnych sposobów leczenia, jednak każdy wybór lekarstwa czy metody mógł być rozumiany w świetle całości tradycji medycznej, metod naukowych, doświadczeń zarówno prymitywnych, jak i filozoficznych.

Zanim cholera pojawiła się w Anglii, była znana i studiowana w Bengalu; z tego powodu została nazwana „spazmatyczną cholerą indyjską” czy też bardziej popularnie „cholerą azjatycką”. Jej przyczyna i sposób przenoszenia nie były jeszcze znane, kiedy dotarła do Anglii. Anglia stała się głównym celem choroby z powodu szybkiej urbanizacji spowodowanej wysokim i szybkim uprzemysłowieniem [Wohl 1983, s. 118]. Duże zagęszczenie ludności w miastach wraz z przestarzałymi urządzeniami sanitarnymi szczególnie sprzyjały cholercie. Nie było niezwykle, że w slamsach londyńskich nawet czterdzieści rodzin posiadało jedną ubikację. Ci, którzy mieli samodzielną ubikację, uważani byli za szczęściarzy, jako że większość miała w zwyczaju składanie swoich odchodów na gazetę, zwijanie jej i wyrzucanie na ulicę przez tylne okno [Wohl 1983, s. 87]. Takie praktyki pozwalały bakteriom cholery na łatwy dostęp do publicznej wody pitnej. Lekarze w latach trzydziestych wieku XIX mieli nieco inny pogląd na mechanikę choroby. Doktor Aleksander Smith z Londynu stwierdził: „Przypisałem epidemii cholery negatywnemu wpływowi atmosfery działającej na podatne osoby, takie negatywne atmosfery wskazywały, że choroba była pochodzenia powietrznego i że tylko ludzie w pewien sposób wyjątkowi bardziej niż inni byli podatni na infekcję” [Smith 1831c, s. 463].

Korespondent z Newcastle przedstawił swoją opinię w londyńskim „The Times”. Sugerował, że ludzie, którzy byli obecni na pogrzebach ofiar, narażali się sami na możliwość zarażenia się cholerą, jako że ona emanowała z ciała zmarłego na ciała zdrowych. Po pogrzebie upijanie się na stypie czyniło ich łatwymi celami dla cholery, której symptomy objawiały się już następnego dnia. Ta opinia została później podważona przez następny artykuł w „The Times”, w którym jeden z korespondentów stwierdził: „Przypisałbym efekt zakażenia w pogrzebowym czasie wpływowi rozpaczcy za tymi, którzy odeszli” [„The Times” 1831e].

Jeden z członków społeczności lekarskiej, doktor William Condell, przedstawił swoje spekulacje na temat choroby, wyjaśniając, że funkcje i systemy organizmów dla społeczności naukowej były ciągle tajemnicą. Pisał: „Kiedy funkcja wątroby działa w sposób zdrowy, krew jest pozbawiona swoich zabójczych właściwości i staje się odwęglona. Uważam zatem, że w cholercie proces dekarbonizacji nie przebiega w wątrobie i krew powraca w niewłaściwym stanie i przepływa potem przez płuca, które muszą wykonywać podwójną pracę swoją własną i wątroby. Natura jednakże odrzuca czarną krew lub też krew niedoskonale odwęgloną (i to nadaje właśnie skórze niebieskawy wygląd) i że krew ta krąży w całym organizmie” [Condell 1832, s. 3e].

Lekarstwa i leczenie Condella były bardziej „interesujące”: jeśli jego leczenie nie zabiło pacjenta natychmiast, to na pewno zabiło go następnego dnia. Stosował on upuszczanie bardzo dużej ilości krwi przy ogólnie odwodnionym organizmie lub przyduszanie. Później Condell twierdził, że gdy czarna krew dostała się do płuc, to była również poddana działaniu atmosfery, która ją ponownie infekowała. Ta atmosfera została później opisana jako zepsute powietrze przenoszące cholere. Później pojęcie to nazwane zostało teorią miazmatyczną [Wohl 1983, s. 88]. Zepsute powietrze było istotnie, ponieważ – jak zdano sobie sprawę – obszary zamieszkiwane przez większość ofiar cholery były „zalone” smrodem ze ścieków. Zatrute ścieki przenoszące chorobę bardzo często znajdowały swoje ujście w zbiornikach wody pitnej. Condell uważał, że jeśli wyeliminowało się smród przez czyszczenie systemu ścieków, to zapobiegnie to szerzeniu się cholery. Z faktu tego powoli zaczęto zdawać sobie sprawę zwłaszcza od czasu gorącej debaty na temat zaraźliwości cholery. Znaczenie zaraźliwości, zakaźności w środowisku medycznym oznaczało, że była ona rozprzestrzeniana w kontakcie osobistym.

Jako że cholera kroczyła przez Azję i Europę zanim dotarła do Anglii, była gorączkowo studiowana w Petersburgu, gdzie próbowano odkryć jej naturę. Periodyk medyczny „Medico-Chirurgical Review” pisał: „czy zakaźna choroba może być uznana za epidemię czy też za obie razem, będzie ostrożne, by podczas nadchodzącej zimy zebrać wszystkie nasze informacje i połączyć – jeśli to możliwe – wszelkie nasze źródła wiedzy, sztukę higieny, terapii, by przygotować się na lato 1832 roku” [„Medico-Chirurgical...” 1831b, s. 447].

Doktor Thomas Walker, który studiował medycynę w Moskwie i spotkał się już wcześniej z cholerą, przed tym, gdy dotarła ona do Wielkiej Brytanii, nigdy nie posunął się do tak dalekich stwierdzeń, że nie jest możliwe, by cholera była zakaźna, jednakże zauważył, że „napady przygnębienia”, trudne warunki życia, złe powietrze i pijaństwo bardzo sprzyjały rozprzestrzenianiu się choroby. Jeden lekarz sprzeciwiał się teorii o możliwości zakażenia się cholerą i w ostrych słowach wyraził swoją opinię o tych, którzy potwierdzili, że cholera jest chorobą zakaźną. Mówił: „Grupa ludzi zdecydowana nie rozważać pewnego rodzaju dowodu i uważać chorobę za wysoko zakaźną była również zdecydowana uważać wszelkie przeciwnie opinie jako głupie i niegodziwe. Jest doprawdy zdumiewające, z jakim uporem te biedne i puste umysły trzymały się kurczowo pośpiesznie przyjętych opinii” [„Medico-Chirurgical...” 1831a, s. 58].

Jedynym czynnikiem, co do którego wszyscy członkowie społeczności lekarskiej byli zgodni, była konieczność ustanowienia lokalnych wydziałów zdrowia, by zarówno pomóc w wykrywaniu nowych przypadków cholery, jak również jej przeciwdziałać. Ustanowienie tych wydziałów spotkało się z opozycją w niektórych miastach, w których cholera nie była uważana za zagrożenie, zwłaszcza, że taki wydział oznaczał dodatkowe koszty dla wspólnoty miejskiej, a także pogwałcenie zasad jej wolnego działania.

W wyniku ustaw parlamentu w połączeniu ze społecznością medyczną ograniczona autonomia została zagwarantowana większym i mniejszym miastom oraz regionom zagrożonym cholera do tworzenia własnych regulacji i lokalnych wydziałów zdrowia. Te lokalne wydziały miały z kolei meldować o pojawieniu się cholery w ich regionie, a także o postępie w prewencji, a następnie meldować to Ministerstwu Zdrowia. Propozycja utworzenia takich wydziałów miała też swoich zwolenników. Jeden z korespondentów „The Times” pisał: „Komitety najbardziej aktywnych mieszkańców powinny być utworzone w czasie zebrań, by kierować i nadzorować oczyszczanie ulic i zaułków w swoich parafiach, zbieranie i zmiatanie nieczystości, publiczne stragany i targi powinny być stale likwidowane, równocześnie biedni powinni być stale zatrudniani w okresie, gdy jest mały popyt na ich usługi” [„The Times” 1831a]. Korespondent ten w swoich artykułach ustawicznie naciskał, aby szybkie i stanowcze działania zostały podjęte w momencie, kiedy pojawiały się pierwsze objawy cholery.

Doktor Aleksander Smith nawoływał wydziały zdrowia, aby zajęły się najbiedniejszymi i aby podczas epidemii zapewniały biednym „pełnowartościową dietę z odpowiednią ilością dobrego piwa” [Smith 1831b, s. 464].

Nie wiadomo było wówczas, jak faktycznie miejscowe wydziały kontrolowały i opanowywały chorobę, jednakże miasta, które nie miały ustanowionych lokalnych wydziałów zdrowia, a były dotknięte chorobą, nie miały też planu działania. Charles Grewill, który później został znanym pisarzem, opisał przypadek z Rotherhithe: „Wysłaliśmy natychmiast do tego dystryktu inspekcję, aby skontrolować i zorganizować lokalny wydział. Zostało zwołane spotkanie, na którym złożono obietnice, że wszystkie konieczne rzeczy zostaną zrobione i ustalone, ale gdy już się wszyscy spotkali to wszyscy obecni bardzo się upili i nic nie zostało postanowione” [Durey 1979, s. 80]. Na przykładzie tego zebrania Grewill stwierdził, że działalność każdego z lokalnych wydziałów jest w każdym mieście inna. Głównym powodem, dla którego niektóre miasta nie ustanowiły własnych wydziałów zdrowia, było to, że cholera nigdy nie dotarła do tych miejsc albo – co ważniejsze – regiony te posiadały naturalne możliwości obronne zapobiegające rozprzestrzenianiu się choroby. Niestety, te naturalne środki zapobiegawcze nie zostały nigdzie opisane, dlatego też nie wiemy o nich nic więcej.

Trudno jest również określić, czy położenie geograficzne danych miast miało jakiegokolwiek znaczenie podczas ataku cholery. Wielu epidemiologów doszukiwało się dróg zakażenia przez wodę, więc miasta leżące nad większymi zbiornikami wodnymi powinny były być częściej opanowywane przez szalejącą epidemię. Niestety, nie było na to reguły, a widać było, że sam doktor Smith był zaskoczony wynikami badań dotyczącymi zakresu terytorialnego występowania cholery. Pisał: „Cholera atakuje w tak najrozmaitszych sytuacjach, że nie ma żadnych punktów wspólnych, raz pojawia się wiele mil od morza, a raz nad samymi brzegami, czasami na nisko położonych terenach bagnistych, a czasem na suchych obszarach,

czasami zdarza się, że wąskie pasma terenów, na których leży jedna wioska, która jest zainfekowana, a w innych wioskach po obu stronach po cholery nie ma śladu” [Smith 1831b, s. 465].

W roku 1832 Robert Baker zauważył, że te obszary w miastach, które miały brukowane ulice i posiadały sprawną kanalizację, miały stosunkowo niewielką liczbę przypadków zachorowań na cholere, natomiast inne obszary, gdzie kanalizacja nie istniała w ogóle, miały ponad pięć razy więcej przypadków choroby w stosunku do dobrze skanalizowanych sąsiednich terenów.

Korespondent „The Times” opisał dokładnie, jak fatalnie skanalizowany był system dużej części Londynu: „Główny kanał od Coventry-Street do Pantonestreet jest ponad dwie stopy powyżej poziomu posadzki w piwnicy, w rezultacie domy po obu stronach ulicy są poniżej kanalizacji” [„The Times” 1831b, s. 3a]. To stwierdzenie pozwala czytelnikowi wyobrazić sobie domy, w których piwnice były permanentnie zalewane ściekami. Do obowiązków miasta należało usunięcie tych problemów. Niestety osoba mieszkająca w takich warunkach w przypadku zakażenia się cholera, mogła jedynie pójść do miejscowego lekarza w celu „wyleczenia”.

Literatura na temat leczenia proponowała niewiarygodną wprost różnorodność lekarstw. Niektóre były dość racjonalne, oparte na tradycji, inne na starych i nowych systemach naukowych, a tymczasem doświadczenie przyniosło nowe empirycznie przetestowane lekarstwa.

W pierwszych miesiącach epidemii tradycyjny sposób upuszczania krwi pacjentowi był podstawą leczenia i znalazł zastosowanie w większości przypadków. Sposób ten był szczególnie popularny wśród lekarzy z indyjskim doświadczeniem. Upuszczanie krwi bazowało na teorii o patologii humoralnej wywodzącej się jeszcze ze średniowiecza. Według tego systemu wszystkie choroby były wynikiem braku równowagi w ciele człowieka. Leczenie polegało na usunięciu szkodliwych „fluidów”. Dla wszystkich opisanych tutaj sposobów leczenia charakterystyczne jest, że mogły się one wywodzić z różnych dostępnych teorii naukowych: i tak chirurg George Hamilton Bell, późniejszy chirurg-rezydent (wyżej niż chirurg) z Tanjore, bazował w swoich obserwacjach na zrozumieniu patologii choroby. Zaobserwował, że cyrkulacja w chorym organizmie była zaburzona, sądził, że efektem mechanicznego upuszczenia krwi będzie naprawa tej cyrkulacji poprzez uwolnienie osłabionego systemu zakażonej krwi. Wielokrotnie ta praktyka nie przynosiła żadnych pozytywnych skutków, ponieważ wielu pacjentom odwodnionym z powodu choroby nie udawało się upuścić krwi, ponieważ ich żyły były niewidoczne.

Jeden lekarz, niejaki doktor Keenedy, napisał do „The Times”: „Praktyka naciągania żyły była bezpodstawnie oskarżana. We wczesnym stadium procesu tej szczególnej choroby krew wycofuje się z powierzchownych żył do głębiej umieszczonych części ciała, jeszcze zanim nastąpi taki okres, w którym utrata krwi mogłaby być szkodliwa [...] nawet kropla tego płynu nie może być osiągnięta po otwarciu zarówno żył, jak i arterii. W 99 przypadkach na stu pacjentów, którzy

zmarli pomimo puszczenia krwi, żadna krew nie popłynęła z naciętych żył, a jeśli się pojawiła to parę kropli lub malutkim strumieniem nie przekraczającym dwóch uncji” [Kennedy 1831, s. 2f]. Kennedy twierdził też, że pacjenci, którym upuszczono krew i którym łatwo się to udało zrobić, byli następnie poddawani leczeniu „właściwymi środkami wspomagającymi” i zazwyczaj wracali do zdrowia. Z tego twierdzenia wynika, że pacjenci nie byli chorzy na cholere, ponieważ choroba bardzo odważnia nosiciela. „Środki wspomagające”, o których wspominał Kennedy, prawie wszystkie zawierały pewną ilość opium i alkoholu.

Doktor Smith silnie wspierał praktykę upuszczania krwi: z jego sprawozdań wynika, że osiągnął on większy sukces niż Kennedy. Jednakże Smith pozostawiał lekarzowi decyzję, czy pacjent nadaje się do upuszczenia krwi. Przedstawił sprawozdanie z leczenia pacjenta, który miał spazmy, krew powinna była być upuszczona do momentu całkowitego uspokojenia i pozbycia się spazmów, twierdził, że w niektórych przypadkach usunięcie krwi „natura i silne środki pobudzające, które zagrażają mózgowi, miały pobudzić reakcje całego organizmu”, zalecał „najwyższą ostrożność przy przywracaniu do życia całego systemu”. Jego zdaniem należało uważać, by „nie upuścić choremu za dużo krwi, a najlepsze byłoby upuszczanie krwi z głowy” [Smith 1831a, s. 476]. Smith nie podał jednak, jak określić, kiedy mózg jest zagrożony.

Jeszcze bardziej fascynujące od leczenia upuszczaniem krwi były mikstury, które obydwa lekarze przepisywali dotkniętym cholerą pacjentom. Leki te budzą śmiech współczesnych medyków. Pierwszym zarażonym cholerą człowiekiem w Anglii był Robert Jordan. Jego lekarz stwierdził, że ma on „skurcze w rękach i nogach, oczy zapadnięte, język ma zimniejszy niż normalnie, z białym nalotem, ale wilgotny” [„The Times” 1831c, s. 2f]. W tym przypadku lekarz zastosował: brandy oraz nalewkę z opium razem z kolomelem. Ku zaskoczeniu doktora leczenie nie dało żadnych pozytywnych skutków. Alkohol oczywiście musiał spowodować dalsze odwodnienie, a opium w najlepszym przypadku mogło zmniejszyć ból pacjenta. Opisane środki lecznicze nie były jedynymi, jakie stosowano w tamtym czasie. Pewien człowiek pod pseudonimem „Constant Reader” (stały czytelnik), napisał do „The Times”, aby poinformować czytelników, że muzyka jest antidotum na cholere. Zaobserwował, iż muzycy (z nielicznymi wyjątkami), uniknęli tej przerażającej zarazy, natomiast ci, którzy grali lub słuchali, nieważne jak dobrze wykonanej, uniknęli cholery w ogóle [„The Times” 1832a, s. 2e]. Ta propozycja terapii muzyką była wydrukowana w „The Times” jako dowcip dla czytelników. Jednakże inne opowiadki, które brzmią jeszcze bardziej niepoważnie, były drukowane z całą powagą: jedna opowiadała o woźnicy o pseudonimie „Snowball” (kula śnieżna), który przy pierwszych symptomach cholery został szybko zanurzony w kotle, który jego żona przygotowała, aby sparzyć świnie. Po tym wstępnym leczeniu został szybko przywrócony do zdrowia poprzez dużą ilość brandy.

Jedną z najbardziej efektywnych metod, jeśli chodzi o ratowanie życia ludzkiego, była metoda opracowana przez Thomasa Latta z Leith, doradzana jeszcze w

XX w. Metoda ta polegała na zastosowaniu zastrzyku dożylnego z solanki z małą ilością białka, co powstrzymywało drastyczne odwodnienie organizmu. Była ona umotywowana dokładnymi badaniami naukowymi. Publikowały ją pisma medyczne, ale w tamtych czasach nie uzyskiwała akceptacji. Powodów tego należy szukać w ograniczonej ilości źródeł i technik, w ograniczonym zrozumieniu naukowym i w społecznej strukturze autorytetu i prestiżu środowiska medycznego.

W grudniu 1831 r. doktor O. Shaugnessy opublikował w „Lancet” i w „The Times” początkowe rezultaty badań, które przeprowadził w Newcastle na krwi ofiar cholery. Jego analizy – możliwe dzięki powolnemu postępowi i zainteresowaniu chemią analityczną – pokazały, że krew chorych na cholere przeważnie pozbawiona jest wody, soli i niewielkiej ilości białka. Jego raport pod tytułem *The Chemical Pathology of Malignant Cholera* otrzymała Narodowa Rada Zdrowia w grudniu i pod jej patronatem był dalej publikowany w pismach medycznych. Badania te były pilnie śledzone przez Latta. Lekarz ten przeczytał raport zamieszczony w „Lancet” i postanowił odzyskać utraconą w organizmie wodę i sole. Próbował podać miksturę oralnie i analnie, jednak obydwa sposoby zawiodły, więc postanowił zrobić zastrzyk dożylny: „Umierającemu na cholere pacjentowi zaaplikowano 40 lbs. (około 20 kg) wody z solą, w ciągu 24 godzin odzyskał zdrowie” [„The Times” 1831d, s. If24]. Zaraportował, że przeżyły trzy osoby na pięć osób. „Lancet” powitał nową metodę jako „metodę wracającą życie” [Wakely 1832, s. 275]. Większość środowiska medycznego (i sam Thomas Latta) nie była tego taka pewna. Latta pisał: „Niedługo po zastrzyku wymioty i biegunka zwykle powracały, pacjent wnet wracał do poprzedniego stanu chorobowego” [Wakely 1832, s. 275]. Latta czuł również, że jeżeli nawet znalazł remedium na cholere, to pacjent był zazwyczaj tak osłabiony, że jego organizm wręcz chłonał infekcję, a być może nawet następowało jakieś uszkodzenie narządów wewnętrznych.

„London Medical Magazine” odnotował, że pacjenci, którymi zajmował się Latta, byli jedynymi przypadkami, kiedy metoda solanki przyniosła tymczasowe ozdrowienie. Istniało kilka przyczyn, dla których metoda ta, tak ważna w XX w., została zignorowana w 1832 r. Metoda solanki nie pasowała do dominujących, tradycyjnych sposobów leczenia. Co więcej, jej wynalazca był człowiekiem z małym autorytetem i prestiżem w świecie medycznym, na który próbował wpłynąć. Sytuacja społeczna, w której znalazł się Thomas Latta, była niestabilna. Jego metoda była dedukcją z dziedziny patologii chemicznej. Kiedy dokonał swego odkrycia, natychmiast spotkał się z opozycją stosującą inne sposoby leczenia. Jego przeciwnicy byli bardziej wpływowi, doświadczeni, mieli duży posłuch i prestiż, byli liderami w swojej profesji w Edynburgu. Dla lokalnego lekarza z Leith wyzwanie rzucone opinii czołowych lekarzy i chirurgów w obliczu zagrożenia życia pacjentów było trudnym zadaniem, natomiast wygranie tej bitwy na łamach pism, które oni kontrolowali, było niemożliwe. Niestety przez takie wrogie nastawienie i ignorowanie ludzi zdolnych, a niemających władzy, ucierpieli tylko niewinni ludzie.

W związku z nieznaną etiologią i patogenezą cholery jej leczenie było bardzo różnicowane. Liczba sposobów postępowania sięgała stu kilkudziesięciu środków i metod leczniczych. Z „Bengal Chronicle” przedrukowano do „The Times” przepis dla czytelników na napój leczniczy złożony z następujących składników: „jedna uncja wody cynamonowej, pół uncji ipekakuany, 35 kropli nalewki z opium, 0,2 gramy spirytusu lawendowego, 2 × 0,2 grama spirytusowej nalewki z rabarbaru” [„The Times” 1832b, s. Sb]. Napój ten gwarantował bardzo szybkie rezultaty, ale niestety nie podano, jakie. Następne sposoby leczenia zostały opisane w „Medico-Chirurgical Review” i były dość szokujące. Oprócz używania gorącej wody i alkoholu, podano inne zalecenia, według których: „wstrzyknięcie od 50 do 100 kropel środka uspakajającego »Batley’s sedative« albo zwykłej nalewki z opium lub małej ilości kleiku z owsianki do odbyticy, może okazać się bardzo pożyteczne” [„Medico-Chirurgical...” 1831a, s. 448].

Doktor Smith zalecał używanie rozcieńczonego tlenu azotu, ażeby zneutralizować śmierdzące powietrze w płucach. Inni zalecali chlor do dezynfekcji wody, ale okazało się to nieskuteczne w kontrolowaniu cholery. Do bardziej popularnych sposobów należały: upuszczanie krwi, pijawki, kalomel, opium, ipecacuana, bismut, kamfora, olej tempentynowy, olej cajeputowy, moschus, związki amonu, cynku, bromu, fosforu, chinina, kwasy (solny, azotowy, siarkowy), etery, herbaty z bzu, rumianku i mięty, kąpiele zimne, ciepłe i parowe z dodatkiem substancji aromatycznych, drażniących, a nawet żrących, polewania zimną wodą i okłady, nacierania ciała suche i wilgotne, flanelą, ręką lub szczotkami, wodą czystą lub z dodatkami aromatycznymi, suche gorące okłady – bańki, butelki, worki z gorącym piaskiem, kaszą, popiołem, ziołami, rozgrzane cegły, talerze, kamienie, kompresy, plastry i ciała gorczyczne (synapizmy) na tułów i kończyny, wdychanie tlenu, leczenie homeopatyczne, elektryczność (galwanizm), nawet przyżeganie rozpalonym żelazem i moxa (zmoczony w alkoholu płatek lniany kładziony na tułowiu i następnie na kilka minut zapalany) [Włodarczyk 1998, s. 77]. Podczas epidemii w Poznaniu pozwolono po raz pierwszy publicznie palić tytoń w przekonaniu, że dym tytoniowy może oczyścić powietrze i uchronić przed cholerą [Stasch 1933]¹.

Zalecano również środki mające chronić przed zachorowaniem, szczególnie alkohol, produkowano nawet wódkę cholorową, polecano waczenie octu, chloru, noszenie pasów na podbrzuszu oraz plastrów żołądkowych. Według radcy medycznego doktora J.C.F. Ollenrotha kurację należało rozpoczynać podawaniem środka wymiotnego z czystej ipekakuany w proszku od 20 do 30 gramów. Na początku choroby było to bardzo skuteczne. Można było to leczenie stosować także w drugiej fazie choroby, jeśli zawiodło leczenie dietą. Po zastosowaniu ipekakuany następowała istotna poprawa wyglądu skóry i ustępowały kurcze mięśni, biegunka, wymioty, ucisk w piersiach i apatia. Chory zapadał w spokojny sen. Przeciwwskazań do stosowania środka wy-

¹ Zob. też: Bibl. Gł. UMK w Toruniu 315702.

miotnego nie było. Należało go stosować okresowo po rozpuszczeniu w letniej wodzie do chwili ustąpienia pragnienia. Następnie podawano tylko walerianę, miętę lub melisę ze spirytusem. Jak się później okazało, stosowanie calomelu oraz krwioupustów nie dawało dobrych efektów. Także stosowanie opium, zwłaszcza w rozwiniętej chorobie, było szkodliwe; powodowało zaostrzenie choroby lub wystąpienie paralizu i zgon. W rozpoczynającej się biegunce szczególnie zalecano „kulczybę wroniego oka”, a ograniczone działanie posiadały sole bizmutu. Przyjmując te środki, chory musiał przebywać w łóżku. Na okolicę brzucha i serca zalecano przykładać borowinę połączoną z musztardowym plastrem. Okładano tułów i kończyny chorego termosami lub ciepłymi butelkami. W skórę kończyn wcierano spirytus kamforowy flanelą lub szczotką. Saunę uważano za nieprzydatną. Lichtensteadt w roku 1827 w Gruzji i Persji z wielkim pożytkiem zastosował gorące kąpiele wodne i parowe oraz zimne okłady na głowę. Podzielone były zdania wśród lekarzy co do podawania zimnych napojów. Niektórzy uważali, że powodują one zgon.

Duża podatność na zachorowanie dotyczyła wszystkich, bez względu na stan majątkowy i klasę, z jakiej pochodzili. W tych czasach, o których mówimy, lekarze nie znali jeszcze takich metod leczenia i medykamentów, które mogłyby wyleczyć osobę chorą na cholere suchą, której postać była zazwyczaj śmiertelna. Pieniądze w walce z tak groźną chorobą nie odgrywały żadnej roli. Ludzie zmęczeni, niedożywieni, nadużywający alkoholu, mieszkający w ciasnych zatłoczonych pomieszczeniach, w złych warunkach sanitarnych, stawali się ofiarami epidemii w pierwszej kolejności. Chorym należało udzielić pomocy tak szybko, jak było to możliwe. Chory mógł pozostać w domu i wybrać lekarza, jeśli był w stanie ponieść koszty leczenia. Odosobnienia można było dokonać tylko za zgodą komisji zdrowia. W razie umieszczenia chorego w szpitalu mieszkanie i wszystkie rzeczy chorego podlegały dezynfekcji na koszt lokalnego wydziału zdrowia. Komisja zdrowia była odpowiedzialna za zaopatrywanie osób odosobnionych w żywność. Zmarłych powinno się było chować na specjalnie wydzielonych do tego cmentarzach, w dołach na co najmniej 6 stóp głębokich [Morris 1992, s. 92].

Zasady dezynfekcji zalecały mycie wszystkich zakażonych przedmiotów pewnymi roztworami, przewietrzanie rzeczy przeznaczonych do czyszczenia. Do mycia należało używać słabego lub mocnego roztworu chloranu wapna, silnego ługu z popiołu i wody mydlanej (z rozpuszczonym mydłem białym lub szarym). Nakładanie wykonywano za pomocą gazu chlorycznego uzyskiwanego według następującego przepisu: 9 części utartej na proszek soli kuchennej, 8 części magnezu brunatnego, 16-18 części kwasu siarczanego. Proszek z magnezu brunatnego należało rozetrzeć w głębokim naczyniu szklanym lub porcelanowym z solą kuchenną, potem powoli, dolewając kwasu siarczanego, mieszać pręcikiem glinianym (od fajki) lub szklanym. Nakładanie wykonywano również za pomocą pary z kwasu saletrzanego. W naczyniu szklanym, porcelanowym lub fajansowym do jednej części saletry należało dolać ostrożnie trochę więcej niż połowę kwasu siarczanego (olej

witriolowy), mieszając przecikiem szklanym lub glinianym. Powstającą białą parą można było oddychać. Wietrzenie polegało na wystawieniu przedmiotów na wolny przewiew powietrza [Włodarczyk 1998, s. 77].

Postępowanie przy czyszczeniu dotyczyło osób, które przebyły cholerę, przebywały z chorującymi, pomagały im lub przy pochówkach albo znalazły się na statkach, na których podczas podróży wybuchła cholera. Osoby, które przebyły cholerę, należało wykapać lub obmyć wodą mydlaną, a odzież oczyścić. Osoby towarzyszące chorym również należało wykapać lub obmyć. Ci, którzy przebywali w mieszkaniu zakażonym, przed jego opuszczeniem powinni byli obmyć ręce i twarz wodą mydlaną oraz przez kilka minut okadać odzież parą z kwasu saletrzanego lub przy należytej ostrożności gazem chlorycznym, do czego wystarcza łut kwasu siarczanego i kwintal chloranu wapnia [Włodarczyk 1998, s. 79].

Osoby zatrudnione do noszenia chorych na cholerę i do grzebania zmarłych powinny zawsze po zakończeniu tej czynności obmyć się lekkim roztworem chloranu wapnia, a odzież wykadzić. Jeżeli to możliwe, powinny się wykapać w mydlanej wodzie. Osoby, które znajdowały się na statkach, na których byli chorzy na cholerę, powinny postępować tak samo.

Zwłoki zmarłych na cholerę należało zawinać, z wyjątkiem twarzy, w duże prześcieradło zmoczone w mocnym roztworze chloranu wapnia.

Czyszczenie mieszkań, dopóki przebywali w nich chorzy, polegało na częstym ich wietrzeniu, a po opuszczeniu mieszkania przez chorych należało je zupełnie oczyścić. Wszystkie rzeczy, które były używane przez chorego lub z których chory korzystał, należało spalić.

Wypróżnienia chorych na cholerę należało natychmiast wynosić i głęboko zakopywać lub palić, a naczynia do tego służące płukać mocnym roztworem chloranu wapnia. Wykadzanie nie było konieczne w domach, w których nikt nie zachorował na cholerę [„Cholera Gazette” 1832].

Po opuszczeniu mieszkań przez chorych należało takie pomieszczenia wraz z meblami i innymi rzeczami mocno wykadzać gazem chlorycznym przy zamkniętych drzwiach i oknach. Rzeczy z kruszców powinny być wyniesione, ponieważ nawet pozłacane od gazu chlorycznego śniedzieją. Na jedno pomieszczenie o powierzchni 3000 stóp należało wziąć do mieszaniny 16 łutów magnezu brunatnego, 18 części soli kuchennej i 36 części kwasu siarczanego. Po wykadzeniu mieszkania należało je wietrzyć przez kilka godzin zanim ktoś w nim ponownie zamieszkał. Należało również umyć ługiem drzwi, okna, podłogi i wszystkie rzeczy z drewna, z wyjątkiem polerowanych, lakierowanych lub bejcowanych.

Pomieszczenia na statkach, w których znajdowali się chorzy, musiały być oczyszczone tak, jak mieszkania, ale kilkakrotnie w ciągu kolejnych trzech dni.

Czyszczenie pościeli z pierza polegało na wykadzaniu gazem chlorycznym w zamkniętym pomieszczeniu przez kilka godzin. Po rozpruciu pościeli pierze należało oddzielnie wyczyścić i wywietrzyć. Materace czyszczono podobnie jak po-

ściel, jednak siano czy słomę z sienników należało spalić. Wełniane kołdry mocno okadzano gazem chlorycznym w zamkniętych pomieszczeniach, potem prano i wietrzono. Powłoki, poszwy i prześcieradła należało moczyć w słabym roztworze chloranu wapna przez trzy godziny, a następnie wyprać i wypłukać.

Z odzieżą płócienną i bielizną postępowano jak z poszwami. Rzeczy nienadające się do prania: wełniane, bawełniane oraz futra należało wykadzić w zamkniętym pomieszczeniu gazem chlorycznym lub parą z kwasu saletrzanego, a potem przewietrzyć i jeśli ich to nie zniszczyło, wykadzić lekko chlorkiem. Trzewiki, buty i odzież ze skóry należało obmyć lekkim roztworem chloranu, a następnie wywietrzyć [„Cholera Gazette” 1832].

Wszystkie inne rzeczy, z którymi chorzy na cholere mieli styczność: firanki do łóżek i okien, dywany, chodniki i zasłony itp. w zależności, z czego były wykonane, należało wykadzić i wyprać.

Wszelkie naczynia, urynały, stolce trzeba było płukać mocnym roztworem chloranu wapna, a potem wyszorować wodą i piaskiem lub ługiem z popiołu. Pieńki z kruszcu obmywano w mydlinach. Książki i inne papiery wykadzano chlorkiem. Instrumenty chirurgiczne należało myć w mydlinach i osuszyć. Wszystkie rzeczy bez wartości, z którymi chory nie miał nawet bezpośredniej styczności, należało spalić lub głęboko zakopać.

Szczególnie dokładnie polecano wykonywać wykadzanie chlorkiem takich towarów, jak: pierze, pióra do pisania, włosy i sierść zwierzęcą, len, konopie, wełnę, bawełnę, skóry i skórki, futra wszelkiego rodzaju. To właśnie z tego względu bardzo często właściciele statków i wielcy kupcy łamali kwarantannę i wręcz uciekali przed tymi wszystkimi nakazami niszczenia śladów cholery, gdyż substancje chemiczne bardzo często uszkadzały delikatne towary sprowadzane z dalekich krajów. Jeśli towary były zapakowane, należało opakowanie otworzyć, aby umożliwić dostęp gazu chlorycznego i powietrza. Inne towary znajdujące się w skrzyniach i nieuszkodzonych opakowaniach wystarczyło umyć.

Kosze do noszenia chorych i wozy do przewożenia zmarłych trzeba było mocno wykadzić gazem chlorycznym i umyć roztworem chloranu.

Wykadzania w zamkniętych pomieszczeniach należało wykonywać tak, aby nie narażać zatrudnionych przy tym osób na szkodliwe działanie gazu. W chwili powstania gazu wszyscy powinni pomieszczenie opuścić i z tego miejsca się oddalić. Powrócić można było dopiero po pełnym wykadzeniu i wywietrzeniu pomieszczeń.

Niestety te wszystkie czynności nie powstrzymały cholery, ale na pewno w jakiś minimalny sposób uchroniły część społeczeństwa przed zakażeniem.

Epidemie cholery wybuchały gwałtownie. Rozszerzały się i atakowały wszystkich mieszkańców. Bogatych i biednych. Młodych i starych. Cywilów i wojskowych. Różne nacje i wyznania. Swoje żniwo cholera zbierała w wiejskich chatach, proletariackich izbach, mieszczańskich kamienicach i pałacach. Nie można było

przewidzieć, gdzie i kiedy wystąpią następne zachorowania. Choroba często już w ciągu kilku godzin powodowała zgony.

Pomimo podjętych środków zaradczych, bardzo restrykcyjnych, uciążliwych dla ludności, choroba przechodziła przez sanitarne kordony i rozlewała się po kraju. Przekraczała granice, zagrażając sąsiednim krajom.

Strach przed cholera był powodem różnych reakcji mieszkańców zarażonych okolic. Od rezygnacji, nadmiernej pobożności i szukania pomocy u Boga, po niepokój, wzburzenie, agresję czy alkoholizm.

Cholera pokazała zależność pomiędzy chorobą a brudem, zanieczyszczonymi częściami miasta, pokazała również potrzebę drenażu oraz dostaw czystej filtrowanej wody i jak bardzo ważna jest reforma sanitarna.

Obserwacja objawów wywołanych przez cholera, ich opis i kwalifikacja były przejawem „rozumu”, który stał się główną cechą charakterystyczną człowieka XVII w., a na przełomie wieku XIX i XX przeobraził się w racjonalne działanie. Nie są to jednak jedyne właściwe ludziom przymioty. Od najdawniejszych czasów *sapiens*, a nawet *presapiens* odczuwali potrzebę wyjaśnień. Poszukiwanie przyczynowości związane było z niepokonanym pragnieniem poznania, zrozumienia i znalezienia przyczyny rzeczy. Ta permanentna i wspólna wszystkim ludziom oraz epokom potrzeba jest całkowicie niezależna od racjonalizmu, który może być różny w poszczególnych szerokościach geograficznych, a jego kryteria i charakter mogą się zmieniać wraz z pokoleniami. Dlatego niegdyś ludzie usiłowali tłumaczyć nękające ich epidemie w sposób, który dzisiaj wydaje się nam abstrakcyjny, podczas gdy nam samym zdarza się zachowywać całkiem irracjonalnie.

Było kilka spornych kwestii na temat cholery. W roku 1832 odkryto, że prawie wszystkie przypadki zachorowań na cholera poprzedzone były intensywną biegunką [„Edinburgh Review” 1852, s. 403-435]. Odkryto również, że cholera, dezenteria, biegunka, wszystkie miały te same podstawowe objawy i były swoimi modyfikacjami. Było naturalne, że w pewnych warunkach jedna forma choroby przekształcała się w drugą. Ówczesne środowisko medyczne nie odróżniało objawów wymienionych chorób, dlatego też bardzo często utożsamiano je z jedną z nich. Tysiące przypadków cholery przenoszono przez wizyty w domu chorego. Współcześnie już wiemy, że rozprzestrzenianie się cholery jest ściśle związane z przenoszeniem zakażenia przez chorych ludzi, skażoną wodę i produkty spożywcze. W czasach nawracających wielkich epidemii XIX-wiecznych, pomimo rygorystycznych zarządzeń, nie udawało się ograniczyć zachorowań, głównie z tego powodu, że nie znano tak do końca przyczyn choroby. Próby izolacji chorych, oczyszczania i odkażania pomieszczeń bez znajomości przyczyny i drogi szerzenia się zakażenia zawodziły. Bardzo łatwo dochodziło bowiem do roznoszenia choroby przez osoby nieprzestrzegające reżimu sanitarnego. Nie przestrzegali go lekarze, pielęgniarki i nie robili tego rodziny chorych. Nie wiedzieli bowiem, że przyczyną choroby są niewidzialne nieuzbrojonym okiem liczne i bardzo szybko

mnożące się w przewodzie pokarmowym człowieka bakterie. Duża ich zjadliwość i podatność na zakażenie ludzi dopełniały miary niepowodzeń przy zatrzymaniu rozprzestrzeniania się epidemii. Próby uciekania przed cholerą i przed innymi chorobami zakaźnymi były niewystarczające. Duża podatność na zachorowanie dotyczyła wszystkich, którzy zetknęli się bezpośrednio z cholerą. Głównie ludzie zmęczeni, niedożywieni, nadużywający alkoholu, mieszkający w ciasnych, zatłoczonych pomieszczeniach, w złych warunkach sanitarnych stawali się ofiarami epidemii.

Wybuch epidemii cholery w Europie w okresie 1831-1832 nastąpił w momencie, gdy nikt już nie sądził, że coś takiego może się zdarzyć. Był to okres błyskawicznie rozwijającej się industrializacji kontrolowanej przez administrację państwową zmuszoną, w wyniku złożoności nowych stosunków społecznych, ingerować w najprzeróżniejsze dziedziny życia. W tych warunkach powstał ruch, który nazwano higieną publiczną. Bakterie nie były jeszcze znane, nie wszyscy doradcy rządowi mieli to samo zdanie na temat zaraźliwości chorób, a jednak w całej Europie podjęto środki, które wydają się dziś logiczne i spójne.

W Anglii skanalizowano rzekę Tamizę, będącą źródłem wody pitnej dla Londynu, do której przedtem doprowadzana była woda z rynsztoków, jak też ścieżki przemysłowe i wybudowano dawno projektowane filtry do oczyszczania wody. Wprowadzono przepisy nakładające obowiązek przestrzegania zasad higieny i poprawy warunków pracy w brudnych i niebezpiecznych dotąd fabrykach. W nowo budowanych domach mieszkania musiały być wyposażone w ubikacje ze spuszczaną wodą. Cuchnące i pełne błota ulice zostały wybrukowane, a następnie pokryte nawierzchnią tłuczkową.

Trudno wymienić wszystkie środki podejmowane przez urbanistów, którzy – nawet nie zdając sobie z tego sprawy – przyczynili się do polepszenia warunków zdrowotnych w mieście. Wraz z poprawą jakości życia, higieny, wyżywienia i odzieży od połowy XIX w. zaczęła wzrastać na Zachodzie szansa na przeżycie. Działania władz w dziedzinie zdrowia publicznego i indywidualnego zataczają od tego czasu coraz szersze kręgi: zrozumiano w końcu konieczność wprowadzenia przepisów sanitarnych dla dobra ogółu, i ani lekarze, ani zwykli obywatele nie mieli już wątpliwości co do użyteczności tych środków, jednakże przez długi czas kwarantanny odczuwane były one jako zamach na wolność osobistą oraz na swobodny obrót towarami i dobrami.

Niecałe sto lat wystarczyło, żeby przejść od prymitywnego systemu izolacji „chorych gorączkowych” do autentycznej prewencji w postaci szczepień. Medycyna zapobiegawcza zrodziła się z walki przeciw epidemiom. Obecnie wychodzi ona poza ramy chorób zakaźnych, ponieważ środki profilaktyczne stosuje się również w chorobach zwyrodnieniowych, ze złośliwym rozrostem włącznie.

W celu ochrony ludzi przed klęską epidemii większość rządów opracowała zasady polityki zdrowotnej. Powstały nowoczesne instytucje sanitarne, które sprawują kontrolę nad warunkami codziennego życia obywateli: higieną, standardem

mieszkaniowym oraz jakością wyżywienia. Jak to już często bywało w historii ludzkości, człowiek – w słusznej obawie przed plagami – zmuszony jest czasami stosować środki, które przekraczają jego intencje: szukając większego bezpieczeństwa, ponosi on ryzyko ograniczenia własnej wolności.

Literatura

- „Cholera Gazette”, 28 January 1832.
 Christison R., *Account of the Arrangements Made by the Edinburgh Board of Health Preparatory to the Arrival of Cholera in that City*, vol. 37, 1832.
 Cole H., *Things for the Surgeon*, London 1964.
 Condell W., „The Times”, 7 March 1832.
 Creighton Ch., *History of Epidemics in Britain*, London 1965.
 Durey M., *The Return of the Plague: British Society and the Cholera 1831-32*, Humanities Press, Dublin 1979.
 „Edinburgh Review” 1852, t. 96.
 „From St. Anne’s Middlesex”, 13 February 1832, 1/103.
Hansard’s Parliamentary Debates, vol. 18-20, 29 January 1828-1830, March 1829.
 Haslewood W., Mordey W., *The History and Medical Treatment of Cholera as it Appeared in Sunderland in 1831*, London 1832.
 Kennedy, „The Times”, 24 October 1831.
 Leigh W., *An Authentic Narrative of the Melancholy Occurrences at Bilston*, Wolverhampton 1833.
 „Medico-Chirurgical Review”, 1 April 1831a.
 „Medico-Chirurgical Review”, 1 October 1831b.
 Morris Ch., *When Was the Great Plaque?*, „Historical Journal” 1971, t. 14.
 Morris R.J., *Cholera 1832*, London 1992.
 Newman C., *The Evolution of Medical Education in the 19th Century*, London 1957.
Oxford Board of Health Minute Book, 11 July 1832.
 „Poor Man’s Advocate”, 25 April 1832.
 Smith A., „Medico-Chirurgical Review”, 1 April 1831a.
 Smith A., „Medico-Chirurgical Review”, 1 October 1831b.
 Smith A., *Periscope Section VII*, „Medico-Chirurgical Review”, 1 October 1831c.
 Stasch R., *Epidemia cholery azjatyckiej w Poznaniu w 1831 roku*, Poznań 1933.
 „The Times”, 14 December 1831d.
 „The Times”, 15 December 1831e.
 „The Times”, 2 December 1831c.
 „The Times”, 24 October 1831a.
 „The Times”, 27 January 1832b.
 „The Times”, 4 September 1832c.
 „The Times”, 5 January 1832a.
 Wakely, „The Lancet”, London 1832.
 Włodarczyk D., *Od powietrza, głodu, ognia i wojny*, Inowrocław 1998.
 Wohl, *Endangered Lives: Public Health in Victorian Britain*, London 1983.

DOCTOR'S AND CHOLERA'S WAYS OF TREATMENT DURING THE EPIDEMY IN GREAT BRITAIN 1831-1832

Summary

The article presents the medical environment of the 19th century in England, particularly the methods of the treatment of cholera which were known and employed in those times. The main problem with cholera's treatment was the lack of knowledge about the origins of this plague. Without knowledge of causes and ways of proliferation of the disease the attempt at isolating the sick, cleaning and disinfection of premises had to failed. The ways of treatments as well as availability of medicines were not accessible to medical profession of the 19th century England.

Sylwia Straszak-Chandoha – mgr, asystent w Katedrze Historii Gospodarczej Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.