

Sylvia Straszak-Chandoha

EPIDEMIE CHOLERY A REFORMY SANITARNE W WIELKIEJ BRYTANII W LATACH 40. I 50. XIX WIEKU

1. Wstęp

Artykuł ma na celu przedstawienie problemu, jaki stanął przed rządem Wielkiej Brytanii w XIX wieku, podczas największych epidemii cholery, które w konsekwencji pokazały konieczność przeprowadzenia reform sanitarnych oraz społecznych.

Reakcje na cholere w Wielkiej Brytanii były różne, często gwałtowne. Długoterminowe jej następstwa nie były jednoznaczne. Ludzie tacy jak Sir John Simon i Charles Creighton, patrząc z perspektywy czasu na rok 1832, potrafili wyciągnąć oczywistą lekcję. Cholera pokazała zależność pomiędzy chorobą a brudem, zanieczyszczonymi częściami miasta, wskazała również na potrzebę drenażu oraz dostaw czystej filtrowanej wody. Unaocniła, jak bardzo ważna jest reforma sanitarna. Niestety, żadne z tych propozycji ulepszeń nie zostały wprowadzone po epidemii cholery w latach 1831-1832.

Rok 1832 był jednym z tych w XIX wieku, kiedy rząd i klasy średnie dokonały szokującego odkrycia ubóstwa. Charles Greville¹ został zaalarmowany na tajnej radzie informacją o narastającej pauperyzacji społeczeństwa. Charakterystyczne jest to, że między rządzącymi a rządzonymi nie było kontaktu. Na przykład w Manchester, w Bilston klasa średnia i kler spodziewali się, że na ich terenie jest ok. 500 rodzin cierpiących skrajną biedę, natomiast w rzeczywistości było 1057 takich rodzin.

Zimą 1831/1832, po pierwszej epidemii cholery, zarówno rząd, jak i całe społeczeństwo starali się jak najszybciej zapomnieć o chorobie. „Edinburgh Medical and

¹ Odpowiedzialność za reakcję na zagrożenie spoczywała początkowo na Królewskiej Radzie Przybocznej. Rada utworzyła aktywną i rosnącą w siłę Centralną Izbę Zdrowia, inaczej zwaną Narodową Izbą Zdrowia (Central Board of Health). Miała ona być ciałem, z którego wyrosły lokalne wydziały zdrowia i edukacji lekarskiej. Ponieważ jej organizacja była tak niejasna, a kontrola polityczna słaba, urzędnicy Królewskiej Rady mieli więcej władzy i niezależności niż każdy inny urzędnik. Charles Greville, w którego dziennikach kwestia cholery przeplata się z wieloma problemami politycznymi, był sekretarzem tej rady i został powołany do nadzorowania stacji kwarantanny.

Surgical Journal” zadeklarował, że nie będzie już więcej przytaczać cytatów z książek na ten temat, aby nie nadużywać cierpliwości swoich czytelników. Gazety oraz prasa periodyczna jeszcze szybciej porzuciły temat epidemii cholery. Prace J. Kaya², H. Gaultera³ i R. Bakera⁴, którym wcześniej tak dużo uwagi poświęcili historycy, były w większości ignorowane.

Epidemia cholery nie odegrała znacznej roli w kształtowaniu polityki społecznej następnej dekady. Choć dyskusja na temat biedy miała kluczowe miejsce w reakcjach administracji, to jednak epidemia z 1832 r. nie odegrała żadnej roli w „Poor Law Commission Report 1834”. Została jedynie okazjonalnie wspomniana w „Commissioner’s Local Reports”, aby zilustrować stopień podatków chirurgicznych oraz wypełnić miejsce w raportach, jednak szersze implikacje epidemii zostały zignorowane, a lekcja cholery nie została nawet zawarta czy też poruszona w pisanych ówczesnie pamfletach przy okazji toczących się dyskusji na temat *poor law*. Lekcja taka nie mogła znaleźć miejsca w reformie, której zadaniem było zmniejszenie pomocy dla ubogich. Cholera nie znalazła też miejsca w debatach na temat *factory acts*, nie wspomniano też o niej w innych debatach w „Select Committee on Drunkenness” i „Select Committee on Public Walks” (Specjalny Komitet dla Pijących i Specjalny Komitet do Spraw Publicznych Spacerów). Obydwa zostały opublikowane w 1833 r. i odnosiły się do tematów, jak wówczas rozumowano, związanych z cholera.

Istniały dwa główne powody, dla których doświadczenia związane z epidemią cholery zostały zignorowane po roku 1832. Po pierwsze, kiedy przyszła epidemia, a była ona tak dramatyczna w swych skutkach, jak można się było spodziewać po przerażających raportach i spekulacjach z 1831 r., rząd zareagował pilnymi próbami znalezienia skutecznych i odpowiednich sposobów zatrzymania i leczenia choroby.

² James Kay, który pisał w prasie medycznej, m.in. w *The Moral and Physical Conditions of the Working Classes*, przyciągając uwagę bogatych. Zwracał uwagę na lekcję, jaką może im dać cholera. Przed epidemią Kay twierdził, że klasy średnie i wyższe miasta Manchester dobrze rozumiały zagrożenie klas niższych i robotników, jako źródła zamieszek i przestępstw politycznych oraz związkowych prowokacji. Obecnie rozumieli i odbierali ich jako zagrożenie cholera. W rezultacie Kay przepowiadał, że zamożniejsze klasy powinny starać się poprawić moralne i materialne warunki klas pracujących, aby zapewnić sobie osobiste bezpieczeństwo. Mimo że opinie Kaya zrobiły wrażenie na wielu historykach, to większość z nich nie zgadzała się tak do końca z jego spostrzeżeniami. Kay podzielał opinię większości społeczeństwa, że było ono podzielone na dwie grupy, mianowicie szanowaną średnią oraz wyższą klasę, które były pełnoprawnie upoważnione do sprawowania władzy, i te niższe klasy, uzależnione od biedy i alkoholu, które w większości były ofiarami cholery. Taka dwunarodowa koncepcja upraszczała i zaciemniała rzeczywistość.

³ Henry Gaulter, lekarz z Manchester, pracujący dla Rady Królewskiej, opisał pierwszych 200 przypadków zachorowań w Manchester w 1831 r. opublikowanych w *The Origins and Progress of the Maligant Cholera in Manchester...*, London, 1833.

⁴ Robert Baker, jeden z pierwszych lekarzy, który w 1832 r. zauważył, że te obszary w miastach, które miały brukowane ulice i posiadały sprawną kanalizację, miały stosunkowo niewielką liczbę przypadków zachorowań na cholera, natomiast inne obszary, gdzie kanalizacja nie istniała w ogóle, miały ponad pięć razy więcej przypadków choroby w stosunku do dobrze skanalizowanych sąsiednich terenów.

Pomimo niepowodzenia wysiłki te były w wyraźnym kontraście wobec ukazujących się specjalnych ulotek zachęcających do szczepienia się obywateli na ospę. Początkowa reakcja społeczeństwa na epidemię powodowana była po części strachem przed nieznanym, a po części obawą, że bogaci zostaną zainfekowani przez zarażonych biednych, jakkolwiek wiara bogatych, że uda im się z tego wyleczyć, była równie silna jak strach. Klasa wyższa i średnia uważała, że cholera to choroba plebsu, gdyż najwięcej ofiar było wśród biedoty. Ówczesna niewiedza i zgubne myślenie powodowały, że cholera rozpowszechniała się tam, gdzie było brudno i gdzie były duże skupiska ludzi korzystających z zanieczyszczonych zbiorników wodnych. Najważniejszą przyczyną podjęcia jakichkolwiek działań było przekonanie, że cholera, jej gwałtowność i nieprzewidywalność, była zdolna do ogromnej społecznej i ekonomicznej dezorganizacji. Pomimo niezadowolających raportów, sprawozdań, które środowisko medyczne przedstawiło na temat cholery i zagrożenia, jakie ze sobą niosła, nie podjęto żadnych konkretnych działań w celu obrony przed zagrożeniem. Nie było jasnej „lekcji”, szczególnie takiej, która usprawiedliwiłaby podniesienie opłat za świadczenia (podatki). Z całą pewnością religijne i moralne oceny cholery były bardziej przekonujące dla wielu i powodowały więcej reakcji. Miejscowe dowody wykazywały dwa rodzaje długoterminowej reakcji na cholereę po roku 1832. Pierwszym był wzór oksfordzki, w którym energia reformatorska była rozproszona w działaniach mających niewielki w praktyce związek z publicznym zdrowiem. Rada Oxfordu zanotowała rozprzestrzenianie się cholery wśród prostytutek z New Hannel i ustanowiła subskrypcję, by zorganizować instytucje dobroczynną dla tych, które chciały odejść z zawodu (*Poprawienie warunków życia prostytutek – ich domy, poniżające warunki ich życia w sensie materialnym, jak i duchowym*⁵). Jakkolwiek Rada postrzegała cholereę wśród prostytutek jako zjawisko powszechne, to jednak zajęła się tym problemem w New Hannel tylko dlatego, że przykuł on ich uwagę z powodów moralnych i w aspekcie życia publicznego.

W Leeds, gdzie cholera pojawiła się bardzo wcześnie, sytuacja była inna. Reformy stworzone tam przez młodego lekarza Roberta Bakera spełzły na niczym z powodu braku publicznego zainteresowania. Przedstawił on swój raport lokalnemu wydziałowi zdrowia. Do raportu nie przywiązano większej wagi ani w prasie, ani w Radzie i bardzo szybko o nim zapomniano. Epidemia cholery w 1832 r. nie wywarła bezpośredniego wpływu na opinię dotyczącą zdrowia publicznego, ale była bardzo ważna z uwagi na wpływy sporej liczby osób, które później miały odegrać kluczową, lecz drugorzędną rolę po 1840 r. w kampanii na rzecz zdrowia publicznego. Ich dokonania i przeprowadzone reformy pozwoliły Wielkiej Brytanii zmierzyć się z kolejną epidemią cholery w 1848 r., która nie zaskoczyła już tak rządu, przede wszystkim zaś wzrosła świadomość społeczeństwa co do charakteru choroby.

⁵ Oxford Board of Health Minute Book, 9 September 1832, s. 97.

W roku 1839 R. Baker powrócił na scenę publiczną. Dzięki swoim statystycznym badaniom, przeprowadzonym podczas pierwszej epidemii cholery w Leeds, doprowadził do uchwalenia w 1842 r. Leeds Improvement Act (prawo o poprawie).

Wielu lekarzy dzięki epidemii cholery w 1831/1832 r. zdobyło rozgłos i szacunek. Charles Girdlestone, pastor z Black Country, biorący czynny udział w religijnej i zdrowotnej akcji przeciwko cholercy w 1832 r., ponownie pojawił się na scenie szereg lat później jako jeden z lokalnych informatorów, którego spostrzeżenia i wyniki przyczyniły się do powstania *Raportu o Warunkach Sanitarnych Ludności Pracującej w Wielkiej Brytanii* autorstwa E. Chadwicka⁶. Jednym z tych lokalnych korespondentów był również R. Baker. W 1832 r. doktor Duncan z Liverpoolu otrzymał specjalne podziękowania od Rady Zdrowia za wybitne zasługi w walce z cholercą, czego konsekwencją było mianowanie go w 1947 r. pierwszym oficerem medycznym⁷. Następnym lekarzem, który zaistniał podczas trwania epidemii cholery w 1832 r., był James Kay, który powrócił do życia publicznego w 1840 r., aby poprawić jakość nauczania w szkołach i wśród nauczycieli klasy pracującej⁸.

Doświadczenia cholery z 1832 r. dały początek karierze niewielkich grup ludzi. Poprzez bolesne doświadczenia z przeszłości, 10 lub 15 lat później, kiedy wzrosła ich reputacja, byli oni w stanie wpłynąć na przebieg reform socjalnych i publicznych. Biorąc za przykład kariery Bakera, Duncana, Girdlestona i Kaya, można uogólnić, że cholera z 1832 r. stworzyła podwaliny kadry medycznej, która w 1840 r. wypłynęła ponownie z dużym autorytetem.

2. Powroty epidemii cholery w późniejszych latach

Kiedy cholera powróciła w latach 1848 i 1849, miała ona wiele cech charakterystycznych dla epidemii z 1832 r. Epidemia wystąpiła w większości w tych samych miejscach i zastała takie samo nieprzygotowanie jak za pierwszym razem w 1832 r. Lekarstwa oraz wszystkie środki prewencyjne zawiodły, a współczynnik śmiertelności był nawet wyższy. Widoczna była jednak zmiana w społecznym stosunku do choroby, w podejściu do zdrowia, wzrosła dbałość o higienę propagowana przez rząd, religię i naukę. „Widać postęp w publicznej świadomości od 1832 roku, nastąpiła duża zmiana w podejściu publicznym, wzmocnione oficjalne alarmy ostrzegały przed zbliżającym się niebezpieczeństwem, panował większy spokój i racjonalne podejście do realnego zagrożenia”⁹.

Po epidemii nie wystąpił natychmiastowy brak zainteresowania cholercą, tak jak to było w 1832 r. Nadal publikowano w gazetach raporty rządowe o epidemii, gazety

⁶ E. Chadwick, *Report of Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, 1842.

⁷ „Monthly Journal of Medical Science” 1848, t. 9, s. 349.

⁸ J.R. Morris, *Cholera in 1832*, London 1976, s. 190.

⁹ „Monthly Journal of Medicinal Science” 1848, t. 9, s. 350.

medyczne nie okazywały znudzenia tematem. Publikowano też opinie książkowe, aż do 1850 r. dyskutowano o nowych teoriach pochodzenia choroby, zamieszczano listy o sposobach leczenia. Było wiele przyczyn takiej zmiany. W 1847 r. tysiące przymerających głodem Irlandczyków przerzuciło się na hodowlę ziemniaków i wraz z nimi przyniosło tyfus do większych miast Wielkiej Brytanii. Ci, którzy widzieli „gorączkę głodową” w zatłoczonych centrach Glasgow, Manchester i Leeds, nie postrzegali już cholery jako odosobnionego przypadku horroru¹⁰. Publiczne raporty na temat zdrowia, często nie po myśli rządu, kształtowały opinię publiczną, często krytykując ówczesne władze.

Chociaż w latach 1848-1849 nie było wiele więcej do zaoferowania, jeśli chodzi o sposoby leczenia, gdyż przez te 16 lat medycyna nie zrobiła widocznych postępów, to jednak pewność i konsekwencja w działaniu środowiska naukowego była większa niż w 1832 r. Wielu lekarzy miało już do czynienia z cholera, więc dyskusje na temat identyfikacji tej choroby zdarzały się rzadko, nie bagatelizowano problemu. Istniały specjalne raporty na temat śmiertelności osób, które chorowały na cholera. Generalna Rada Zdrowia zatrudniła specjalnie na swoje potrzeby dwóch inspektorów medycznych – doktorów Sutherlanda i Graingera, którzy sprawdzali lokalne raporty z większą precyzją i byli dużo lepiej zorganizowani niż inspektorzy z 1832 r.

W całej Europie przekazywano sobie informacje na temat nowej epidemii cholery, wymieniano się doświadczeniami oraz sposobami walki z zagrożeniem, uczono się wzajemnie na swoich błędach. Większość szpitali na prowincjach w Wielkiej Brytanii posiadała specjalne szkoły przyszpitalne, a w 1830 r. zaczęły powstawać specjalne towarzystwa medyczne w miastach, które stały się bazą, gdzie prowadzono badania. W Londynie środowisko naukowe zrobiło znaczny postęp, co spotkało się z większym zainteresowaniem ze strony rządu w kwestiach administracyjnych oraz finansowych.

Było kilka spornych kwestii na temat cholery. W 1832 odkryto, że prawie wszystkie przypadki zachorowań na cholera poprzedzone były intensywną biegunką¹¹. Odkryto również, że cholera, dezynteria, biegunka 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 wyżej wymienionych chorób, dlatego też bardzo często utożsamiano je z jedną z nich. Tysiące przypadków cholery przenoszono nieświadomie poprzez 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 XIX-wiecznych epidemii, 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

¹⁰ „The People’s Journal” 1848, t. 4, s. 344.

¹¹ „Edinburgh Review” 1852, t. 96, s. 403-435.

szerzenia się zakażenia zawodziły. Bardzo łatwo dochodziło bowiem do roznoszenia już rozpoznanej choroby przez osoby nieprzestrzegające reżimu sanitarnego. Nie przestrzegali go lekarze, pielęgniarze i 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 cholera, jak i przed innymi chorobami zakaźnymi, były niewystarczające. Podatność na zachorowanie dotyczyła wszystkich, którzy zetknęli się bezpośrednio z cholera. Ludzie zmęczeni, niedożywieni, nadużywający alkoholu, mieszkający w ciasnych, zatłoczonych pomieszczeniach, w złych warunkach sanitarnych stawali się ofiarami epidemii w pierwszej kolejności.

Próbowano zastosować nowe sposoby leczenia, takie jak chloroform, stosowany jako środek przeciwbólowy podczas porodów, łożka z antystatycznymi nóżkami, by osłabić zły wpływ elektryczny na chorego. Doktor Georg Johnos wymyślił nowy sposób leczenia cholery z wykorzystaniem oleju („castor oil”)¹². Ważną rolę odegrała również teoria miazmatu. Zwolennikiem miazmatu był wysoko ceniony przez Ministerstwo Zdrowia doktor Edwin Chadwick. Przypomnijmy, że miazmat miał być bliżej nieokreślonym, niezaraźliwym czynnikiem szkodliwym, którego siedliskiem miała być ziemia lub atmosfera. Teoria miazmatyczna dominowała w Wielkiej Brytanii szczególnie wśród klas wyższych i średnich. Do 1848 r. teoria ta została zaakceptowana nawet w autokratycznej Rosji i burżuazyjnej Anglii. Ostatni wielki epigon teorii miazmatów Max Pettenkofer (1818-1901), jeden z najbardziej zasłużonych higienistów drugiej połowy XIX wieku, był odkrywcą kreatyniny i próby na kwasy żółciowe w moczu. Od 1852 r. profesor higieny, a od 1878 r. kierował własnym instytutem w Monachium. W dniu 12 listopada 1892 r. publicznie połknął 1 mililitr świeżej bulionowej hodowli przecinkowca cholery i mimo podeszłego wieku nie zachorował¹³. Niektórzy lekarze starali się te poglądy pogodzić i przyjmowali, że cholera ma charakter miazmatu, ale szerzy się przez kontakt, tak jak uważali zwolennicy teorii zakaźnej. Ponieważ wszyscy ludzie znajdujący się nawet w identycznych warunkach chorowali, starano się to wytłumaczyć wrodzonym lub nabytym usposobieniem (złe odżywianie, zaziębienie, nadmierny wysiłek fizyczny, złe warunki mieszkaniowe, nieodpowiednia odzież, przeżycia psychiczne, zwłaszcza stres i silne wzruszenia). Przeważały jednak opinie o zaraźliwości cholery, obowiązywało więc postępowanie z tego wynikające: izolacja, kwarantanna, kordony, tamowanie, dezynfekcja, oddzielne szpitale i cmentarze.

Natomiast odpowiedź ze strony religii była powściągliwa. Nie ustalono w kościele oficjalnego dnia poświęconego ofiarom cholery, chociaż wiele kościołów wyznaniowych taki dzień ustaliło. Dla rzeszy wiernych taki dzień modlitwy był zna-

¹² „Monthly Journal of Medical Science” 1849, t. 8, s. 393.

¹³ W. Szumowski, *Historia medycyny*, Sanmedia, Warszawa 1994, s. 97.

kiem bożym dla moralności rządu. Wiara w obliczu tak wielkiego zagrożenia, jakim była dla ludzi cholera, była jedynym ratunkiem. Nowe zachorowania były dla nich skutkiem grzechów, które popełnili. Nie mieli świadomości, że przyczyn należało upatrywać nie w sferze duchowej, lecz czysto fizycznej, gdyż przestrzeganie higieny i podstawowych zasad sanitarnych mogło ustrzec społeczeństwo przed szerzącym się niebezpieczeństwem. Epidemia cholery, jak myśleli ówczesni, pokazała bardzo ścisłą zależność między grzechem a chorobą, była jeszcze jednym powodem do żarliwej modlitwy. Grzechy indywidualne odchodziły w cień grzechów całego narodu. Biskup Londynu Bloemfield reprezentował zmianę w religijnych nastrojach. Według niego bieda materialna stanowiła największą barierę między kościołem a klasą pracującą, zwracał uwagę na warunki sanitarne, w jakich przyszło żyć owej klasie. W listopadzie 1849 r. wygłaszał kazania w St. Paul, gdzie mówił, że Bóg jest strażnikiem porządku społecznego, epidemia zaś była antidotum na truciznę, jaką była zdrada, nieojalność i anarchia¹⁴.

Zmiana w nastrojach religijnych wystąpiła wcześniej, zanim nauka stworzyła przekonywające raporty i informacje na temat cholery.

3. The Public Health Acts 1848

Cholera unaoczniała relacje międzyklasowe. Przypomnijmy, że pojedyncze przypadki zachorowań na cholere pojawiały się już na początku XIX wieku. Niewyobrażalna dla współczesnego człowieka jest świadomość, jakiej doświadczali ówczesnie żyjący, że śmiertelna choroba rozprzestrzenia się w zastraszającym tempie pomiędzy ubogimi i gęsto zaludnionymi domostwami i każdego dnia zbiera ogromne żniwo. Uczucia potencjalnych ofiar epidemii były opisywane najczęściej w radykalnej prasie. Tacy dziennikarze, jak: J. Cobbett (jego pisma to *Political Register*, *Carpenters Political Magazine*), J. Doherty (*Poor Man's Advocate*) oraz H. Hetherington (*Poor Man's Guardian*) odwoływali się do uczuć swoich czytelników poprzez podejmowanie zagadnień związanych z szerzącą się epidemią¹⁵.

Nowa sytuacja w miastach, w których już w latach 40. XIX wieku mieszkała tak duża część społeczeństwa Anglii, zaczęła wreszcie zwracać uwagę na problem i domagać się uzdrowienia. Dawny system życia w otwartych okolicach wiejskich, które owiewało wspaniałe powietrze, mniej potrzebował – a przynajmniej tak sądzono – kierowania sprawami mieszkaniowymi i zdrowotnymi. Chociaż wiejskie chaty były bardzo marne, to jednak śmiertelność na wsi utrzymywała się na niższym poziomie niż w miastach. Rządy sklepikarzy, budowniczych i właścicieli szynków, obieranych przez podatników na podstawie ustawy o zarządach miejskich z roku 1835, nie poczyniły w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego właściwie żadnego postępu w stosunku do bezwładu torysowskich oligarchii usuniętych ku tak powszechnej

¹⁴ G. Biber, *Bishop Bloemfield and his Times*, London 1857, s. 77-88.

¹⁵ P. Hollis, *The Pauper Press*, Oxford 1970, s. 59.

radości. Jeszcze w latach 40. nie sprawowano żadnego nadzoru nad właścicielami ruder mieszkalnych i ich budowniczymi, którzy zgodnie z panującą zasadą *laissez faire* zajmowali się dla własnego interesu uszczęśliwianiem bliźnich. Ci pionierzy „postępu” oszczędzali miejsca, wtlaczając całe rodziny do jednej izby lub wtrącając je do suterren, oszczędzali też pieniądze, używając tanich i nieodpowiednich materiałów budowlanych i nie budując kanalizacji lub – co gorzej – budując kanały przeciekające do sieci wodnej. Epidemie cholery w latach 1831-1832, a następnie w 1848 r. możemy uważać wręcz za pomyślną okoliczność, gdyż spowodowały wstrząs i tak wystraszyły społeczeństwo, że zabrało się ono do spóźnionej samoobrony sanitarnej¹⁶.

Kiedy cholera pojawiła się w Wielkiej Brytanii wiosną 1848 r., wydano dwa bardzo ważne akty: Public Health Act i Nuisance Removal and Contagious Diseases Act. Pierwszy dawał prawo do inicjowania i tworzenia projektów lokalnych reform sanitarnych. Drugi natomiast dawał Radzie Generalnej prawo do wydawania rozkazów i instrukcji, ale tylko za przyzwoleniem Privy Council. Jeżeli akty z 1848 r. mają mieć odniesienie do jakiegokolwiek choroby, to na pewno był to tyfus, ponieważ był on najczęściej wspominany na debatach parlamentarnych. Pojawienie się cholery nie uchroniło Parlamentu od użycia wszelkich możliwych środków, aby opóźnić ustawę i pozbawić Radę Generalną jej praw w imię ochrony sił lokalnych przed ingerencją władz centralnych. Strach przed cholera miał marginalny wpływ na zredukowanie opóźnień co do uchwalenia ustawy pod koniec wiosny 1848 r. Biskup Londynu naciskał na posłów, aby ustawa weszła w życie jak najszybciej, ponieważ uważał, że kilkumiesięczne opóźnienie w obliczu cholery jest nieodpowiedzialne ze strony rządu i może być katastrofalne w skutkach, jak się później okazało. Jednakże strach przed epidemią cholery nie przyspieszył działań rządu w kierunku wypełniania luk w prawie zdrowotnym. Brak jedności i decentralizacja władzy, brak autorytetu rządu oraz powolność jego działań – wszystko to wpływało niekorzystnie na przebieg uchwalenia ustawy, która miałaby chronić całe społeczeństwo przed takim zagrożeniem, jakim była epidemia cholery. Prawdziwym prawem odnoszącym się do cholery był Nuisance Removal and Disease Prevention Act (Akt o zapobieganiu, zniesieniu uciążliwej choroby), uchwalony w 1848 r.¹⁷

W 1849 r. bariera administracyjna wobec cholery spotkała się z Krajową Radą Zdrowia. Rada, która powstała na skutek Aktu z 1848 r., składała się z ministra Viscounta Morpetha, niepłatnego członka Lorda Ashleya oraz z płatnego (opłacanego) członka Edwina Chadwicka. Dwaj ostatni, razem z medycznymi inspektorami Graingerem i Sutherlandem, wykonali większość prac podczas epidemii¹⁸. Mimo że byli bardzo aktywni, posiadając dość mało władzy, ich działania okazały się mało

¹⁶ G.M. Trevelyan, *Historia społeczna Anglii*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1961, s. 504.

¹⁷ „People’s Journal” 1848, t. 6, s. 213.

¹⁸ R. Lambert, *Sir John Simon and English Social Administration*, London 1963, s. 71.

efektywne. The Public Health Act (akt/ustawa o zdrowiu publicznym) nie miał dla nich większego znaczenia, zamierzone cele ustawy były długoterminowe i kreowały lokalne rady zdrowia, które miały w planach drenaż, poprowadzenie rurociągów i zaopatrzenie w wodę nawet niewielkie miejscowości.

Krajowa Rada Zdrowia powstała 22 września, kilka dni przed pierwszymi przypadkami zachorowań na cholera. Tworzyła instrukcje i regulacje, wysyłała inspektorów medycznych w miejsca, gdzie cholera się pojawiła. W Sheffield przeprowadzono bardzo szybką akcję sprzątania miasta, zaopatrzone je w podstawowe środki sanitarne oraz zapewniono szybką pomoc medyczną, dzięki czemu stopień śmiertelności nie był tak wysoki i w porę zatrzymano rozprzestrzeniającą się chorobę – zmarło tylko 46 osób.

Cholera rozprzestrzeniła się w Londynie, rodzina królewska, arcybiskupi, premier wyjechali z miasta. Struktura lokalnych rządów pod wieloma względami była gorsza niż w 1832 r., lokalne komitety powstające na potrzebę chwili bardzo dobrze sobie radziły, ale miały krótkotrwałe rezultaty, gdyż bez odpowiedniego kierownictwa ze strony Krajowej Rady Zdrowia bardzo szybko przestawały istnieć. Pomimo sprzątania domów, palenia wszystkich zakażonych rzeczy, odwiedzania przez lekarzy chorych w domu, które – jak sądził rząd – uratowały wiele istnień ludzkich, Krajowa Rada Zdrowia była mniej efektywna niż Rada Generalna¹⁹.

Ustawy sanitarnej z 1848 r., która zasadniczo raczej zezwalała na działanie, niż nakładała przymus, władze miejskie jeszcze przez dwadzieścia lat nie wykonywały należycie. Dopiero utworzenie w latach 70. Urzędu Administracji Miejskowej w celu wprowadzenia w życie tej ustawy, a następnie działalność J. Chamberlaina, reformatora społecznego i burmistrza Birmingham, były zapowiedzią nowej epoki.

4. The Partial Solution

Wiosna 1849 r. przyniosła zmierzch teorii miazmatycznej. Do końca roku zaufanie do niej osłabło przez jej niepowodzenia i przez pracę naukowe Johna Snowa i grupy lekarzy z Bristolu. Prace Budda, Swayne'a i Brittaina w Bristolu stały się możliwe dzięki rozwojowi nauki, prowincjonalnych towarzystw medycznych i wynalezieniu mikroskopu. W Bristolu prężnie działało środowisko medyczne w szpitalu głównym, szkoła medyczna i Towarzystwo Medyczno-Chirurgiczne, które posiadało swoje subtowarzystwa. Dzięki tym badaniom Swayne i Brittain odkryli ciała kuliste, które bardzo szybko rosły i zmieniały kształty. Próbkę (gatunki) zostały wysłane do Quekett do Royal College of Surgeons (Królewski College dla Chirurgów), gdzie po badaniach przyznano, że mają one naturę fungoidalną. William Budd, dobrze znany fizyk, postanowił pogłębić te badania, znalazł te same ciała w wodzie zainfekowanej cholera i stwierdził, że przyczyną cholery są żyjące organizmy specjalnych

¹⁹ *Report of the General Board of Health on the Epidemic Cholera of 1848 and 1849*, Appendix A, s. 47-59, Appendix B, 1850, t. 21, s. 130-145.

gatunków, które połknięte rozmnażają się, a potem rosną i zatrują cały organizm, powodując jego śmierć. Baly i Gull, członkowie Komitetu Cholery Królewskiego College'u Fizyki, zbadali te sprawę i odkryli, że ciała wcześniej opisane nie zawsze występowały w zainfekowanej wodzie, odkryli je natomiast w jedzeniu. Nagły wzrost, a potem upadek teorii o fungusie jako przyczynie cholery pokazuje, jak dobrze zorganizowane były towarzystwa medyczne²⁰. Teoria ta została bardzo szybko opublikowana w londyńskich czasopiśmie medycznych.

W 1850 r. zaczęła się kampania parlamentarna, która miała na celu poprawę zaopatrywania miast w wodę. W Bristolu użyto mikroskopu do badań nad korzeniami cholery. John Snow, który publikował swoje obserwacje od 1853 r., pokazywał, że jego obserwacje prowadzone są na patologii i klinicznych przypadkach choroby. Według niego cholera zaczyna się w przelyku i jest transportowana w głąb ciała. Szukał trucizny, która, jak wierzył, była wydalana przez chorych i następnie w jakiś niejasny sposób polykana przez następne ofiary. Zwracał uwagę na zatrute dostawy wody, które były według niego źródłem zakażenia. Wierzył, że jego teoria jest słuszna, a potwierdzeniem tego miało być miasto Albion Terrace, gdzie tamtejsza ludność, a szczególnie klasa średnia, wczesną wiosną zaraziła się cholera przez rurę doprowadzającą wodę²¹. Jego publikacja na ten temat spotkała się z dużym zainteresowaniem.

Kierując się zdrowym rozsądkiem, doktor Snow zakazał korzystania z zanieczyszczonej wody dostarczanej przez jedno z przedsiębiorstw wodociągowych. Dzięki temu uchronił wielu mieszkańców Londynu przed zarażeniem się cholera. Podczas ostatniej wielkiej epidemii w Londynie w 1854 r. doktor naniósł przypadki zgonów na mapę zaopatrzenia w wodę pobieraną z Tamizy przez konkurujące między sobą przedsiębiorstwa wodociągowe. Jedno z nich – Vauxhall Water Company – pobierało wodę poniżej ujścia ścieków. Snow wykazał, że wśród osób zaopatrywanych właśnie przez to przedsiębiorstwo zgony występowały znacznie częściej niż wśród osób korzystających z sieci drugiej firmy – Lambeth Company – rozprzeczającej wodę pobieraną powyżej ujścia ścieków wpadających do Tamizy. Wśród mieszkańców Londynu pobierających wodę z wodociągów firmy Vauxhall Water Company na 10 tys. mieszkańców umierały 153 osoby, w ciągu 14 tygodni zmarły 4093 osoby. Natomiast z domów, które pobierały wodę z firmy Lambeth Company na 10 tys. zmarło tylko 26 osób, a w ciągu 14 tygodni zmarło 461 mieszkańców²². W tamtych czasach nie łączono jeszcze zachorowań na cholera z zanieczyszczeniem wody do picia odchodami ludzkimi, a bakteryjna przyczyna cholery została wykryta dopiero 40 lat później. W takich okolicznościach doktor podjął decyzję, która zapewniła mu trwałe miejsce w historii medycyny: na podstawie wyników analizy danych nakazał zdjąć uchwyt z pompy ulicznej, do której wodociąg doprowadzał

²⁰ W. Budd, *Malignant Cholera: its Mode of Propagation*, London 1849, s. 81-118.

²¹ J. Snow, *On the Mode of Communication of Cholera*, „Times”, 9 August 1849.

²² J. Snow, *Communication of Cholera*, 2nd edition, London 1849, s. 88.

wodę zanieczyszczoną ściekami. Odważna decyzja pierwszego lekarza, który skutecznie wykorzystał analizę epidemiologiczną do ratowania zdrowia i życia ludzi, stała się często przywoływanym przykładem zdroworozsądkowych rozwiązań problemów zdrowia publicznego. Decyzja doktora Snowa zapisała się również w historii ochrony zdrowia konsumenta, ponieważ spowodowała wyeliminowanie z rynku niebezpiecznego produktu jednej z konkurujących ze sobą firm. (Zapisał się także na kartach historii, gdyż jako pierwszy znieczulił kobiety podczas porodu, znieczulił nawet królową Wiktorię).

Pomimo wielkiej roli doktora Snowa nie udało się ani jemu, ani w tych latach nikomu innemu zidentyfikować istoty trucizny w wodzie. Trzeba było czekać na odkrycie Roberta Kocha w Aleksandrii w 1883 r., że cholera wywołuje bakteria w kształcie pałeczki, zwana przecinkowcem cholery (*Vibrio cholerae*). Snow, przedstawiając swoją teorię, połowicznie jakby rozwiązał problem cholery, ponieważ woda nie była jedynym sposobem przenoszenia się tej choroby. John Simon, urzędnik medyczny miasta Londyn, początkowo odrzucił teorię Snowa, ale już w 1856 r. opublikował swoją opinię, która w 90% pokrywała się z jego tezami. Jednak prawdziwy triumf Snowa przypadł na rok 1866, po jego śmierci. William Farr pracujący w biurze kierownika Generalnego Urzędu Statystycznego, przekonał się do teorii Snowa: „kiedy epidemia uderzyła nagle we wschodni Londyn w lipcu 1866 r., bardzo starannie sprawdzałem dostawy wody [...], byliśmy przygotowani, ponieważ mieliśmy duże zapasy czystej wody”²³. William Farr zlokalizował źródło epidemii. Otwarte stawy wody z pobliskiej rzeki Lea używane były jako „rezerwowe pogotowie wodne” pomimo zaprzeczeń urzędnika wodociągów, że nie ma sensu sprawdzanie wszystkich ujęć wodnych.

To był ostatni wielki „eksperyment”, z którego biuro Urzędu Statystycznego zebrało dane, które potwierdziły teorię Snowa. Cholera została pokonana w nieczystej grze, przy wtrącaniu się naukowców i politycznym oporze.

Społeczeństwo brytyjskie w końcu okazało się sprytniejsze od tak groźnej choroby, jaką była cholera, dzięki technologii ścieków, rur wodnych i studni artezyjskich oraz sieci informacji współpracującej z Urzędem Statystycznym jako centrum oraz administracją równie nieskoordynowaną, jak to było w 1832 r., ale nieco mniej bezradną. Cholera była ślepo wpuszczona do Wielkiej Brytanii w 1832 r., jednak ludzie, którzy zatrzymali jej rozprzestrzenianie się w 1866 r. byli nieco mniej ślepi, a ich zrozumienie sprawy nie było dalekie od pełnego.

Z analizy zachorowań naniesionych na ówczesne mapy wynika, że rozprzestrzeniania się cholery w poszczególnych powiatach nie można powiązać ze szlakami komunikacyjnymi czy wodnymi. Zarażeni przypadkowo mieszkańcy roznosili chorobę również przypadkowo i nieświadomie do różnych miejscowości²⁴. Cholera występowała rzadziej na wsiach, a częściej w miastach, ze względu na większe zaludnienie miasta i łatwość zainfekowania się w większych skupiskach ludności. Epidemie

²³ *Report on the Cholera epidemic of 1866...*; *Medical Times and Gazette*, 8 September 1866.

²⁴ D. Włodarczyk, *Od powietrza, głodu, ognia i wojny*, Inowrocław 1998, s. 104.

cholery wybuchały w różnych okresach. Związane to było z przywleczeniem zarazy, a nie z klęskami żywiołowymi czy nieurodzajem. Dotyczyło również wcześniejszych w historii masowych zachorowań. Epidemie dżumy występowały w XVII i XVIII wieku w Anglii bogatej i zasobnej, politycznie stabilnej, nawet w okresach intensywnie rozwijającej się działalności towarzystw naukowych i lekarskich. Izaak Newton (1642-1727) dokonał wielkich i przełomowych odkryć w dziedzinie matematyki, fizyki i astronomii na wsi, gdzie schronił się przed szalejącą w Cambridge zarazą. Tomasz Syndehman (1624-1689), wybitny lekarz praktyk zwany angielskim Hipokratesem, również schronił się na prowincji przed dżumą. Mimo że nie dokonał żadnego wielkiego odkrycia, zyskał za swoją działalność wyjątkowe uznanie i pomnik w Londynie z napisem *Medicus in omne oevum* (lekarz po wszystkie czasy). Odkrycia naukowe i postęp medycyny w końcu XIX i na początku XX wieku skutecznie wygasły epidemie cholery w Europie. Lęk przed tą ciężką chorobą utrzymywał się jeszcze długo. Był przyczyną podejmowania inicjatyw budowy domów i baraków „cholerycznych” i sygnalizowania zachorowań nawet w odległych krajach.

Wybuch epidemii cholery w Europie w latach 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 przedsięwzięto środki, które wydają się dziś logiczne i odpowiednie.

W Anglii skanalizowano będącą źródłem wody pitnej dla Londynu rzekę Tamizę, do której przedtem doprowadzana była woda z rynsztoków, jak też ścieżki przemysłowe. Wybudowano także 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 przytoczyć 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 wieku 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. Dopiero w latach 70. śmiertelność zdecydowanie się zmniejszyła w rezultacie reformy budownictwa i warunków sanitarnych, a zdrowotność w miastach angielskich osiągnęła należyty poziom.

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 właznie.

Dla 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 żywienia. 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.

Od 1832 r. co kilka lat cholera pojawiała się w Europie: w latach 1848-1849 ponownie w Paryżu i Anglii, w latach 1853-1854 w Marsylii, Nicei i Królestwie Piemontu. Następnie w latach 1865-1866, 1873 i po raz ostatni w 1884 r. w Tulonie i Marsylii, a potem w Neapolu, gdzie w krótkim czasie zmarło na nią 7000 ludzi.

Do likwidacji niebezpieczeństwa przyczyniły się, z jednej strony, określenie zasad zwalczania epidemii na skalę międzynarodową dzięki powołanej w 1851 r. pierwszej międzynarodowej konferencji sanitarnej (do wybuchu I wojny światowej zbierała się jeszcze 12 razy), z drugiej zaś odkrycie przez Roberta Kocha, podczas epidemii w Aleksandrii w 1883 r., przecinkowca cholery, jak również powiązanie w roku 1854 przez londyńczyka Johna Snowa występowania ognisk tej choroby z ujęciami wody (dzięki czemu skutecznie walczone z epidemią w Nowym Jorku w 1866 r.)²⁵.

Według danych szacunkowych, pod wszystkimi szerokościami geograficznymi w XIX wieku ofiarą cholery padło trzydzieści do czterdziestu milionów ludzi²⁶.

EPIDEMICS OF CHOLERA AND SANITARY REFORMS IN GREAT BRITAIN IN THE 1940s AND 1950s OF THE 19th CENTURY

Summary

Most governments prepared some rules of health policy to protect people against the epidemic. There have emerged modern sanitation institutions which have been responsible for controlling everyday conditions of people's life: hygiene, standard of living and quality of food.

Sylvia Straszak-Chandoha – mgr, asystent w Katedrze Historii Gospodarczej Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

²⁵ J. Snow, *Snow on Cholera*, London 1936, s. 29.

²⁶ J. Ruffie, J.Ch. Sourmia, *Historia epidemii*, Warszawa 1996, s. 129.