

# Lazaret przy Bramie Oliwskiej w Gdańsku (1843–1844)

## The Lazareth at Oliwa Gate in Gdansk (1843–1844)

### STRESZCZENIE

Gdański Lazaret przy Bramie Oliwskiej (*Lazareth am Olivaer Thor*), szpital o średnio-wiecznym rodowodzie, był początkowo wielozadaniowym zakładem przeznaczonym do opieki nad ubogimi, starcami, sierotami, chorymi i kalekami. Na przełomie XVIII/XIX wieku został on przeznaczony do działań wyłącznie medycznych.

W latach 1833–1849 ordynatorem Lazaretu był dr Emil Friedrich Götz (1806–1858). Jako kierujący placówką aspirującą do miana szpitala miejskiego, w latach 1843–44 wydał drukiem wykaz chorób leczonych w szpitalu (*Statistisch-Medizinischer Bericht über des Stadt-Lazareth in Danzig, in den Jahren 1843 und 1844*). Publikacja zawierała szereg tabel statystycznych, ukazujących codzienną problematykę medyczną Lazaretu. Według dr. Götza w latach 1827–1844 leczonych było od 1681 (1827 r.) do 4365 (1839 r.) chorych. Przeważali pacjenci ze schorzeniami infekcyjnymi (1777 w 1843 r., 1625 w 1844 r.), w tym ponad 300 zakażonych świerzbowcem. Hospitalizowano przypadki internistyczne (445 w 1843 r., 449 w 1844 r.), chorych chirurgicznych (447 w 1843 r., 441 w 1844 r.), neurologicznych i psychiatrycznych (265 w 1843 r., 264 w 1844 r.), okulistycznych (34 w 1843 r., 56 w 1844 r.), ginekologicznych (34 w 1843 r., 48 w 1844 r.) oraz onkologicznych (19 w 1843 r., 38 w 1844 r.). Przeważali chorzy w wieku 20–30 lat (1083 w 1843 r., 1053 w 1844 r.), głównie z uwagi na przeznaczenie szpitala do leczenia osób nieposiadających opieki bliskiej rodziny, zwłaszcza młodych mężczyzn emigrujących do dużych miast zarobkowo.

Główną część sprawozdania stanowi obszerna tabela, zawierająca liczbę poszczególnych przypadków chorobowych osobno dla roku 1843 i 1844. Götz wydzielił jako szczególne cztery grupy pacjentów: chorych na świerzb, na kiłę, chorych psychiatrycznych i epileptyków. Jest to podział w ramach systemu dozoru policyjnego, służącego sprawnej eliminacji patologii społecznych, do czego powszechnie przeznaczano szpitale europejskie w XIX wieku. Stanowił on jedną z ważnych dróg modernizacji socjalnej, między innymi do eradykacji chorób postrzeganych jako choroby o szczególnym znaczeniu społecznym.

Forum Medycyny Rodzinnej 2011, tom 5, nr 4, 323–335

słowa kluczowe: szpitale, historia średniowiecza, historia XIX wieku, choroby zakaźne, zaburzenia psychiczne, świerzb

Adam Szarszewski<sup>1</sup>,  
Maciej Zagierski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Klinika Pediatrii, Gastroenterologii,  
Hepatologii i Żywienia Dzieci  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

### Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Adam Szarszewski  
Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
ul. Tuwima 15, 80–210 Gdańsk  
tel. (58) 349–14–41  
e-mail: aszar@gumed.edu.pl

Copyright © 2011 Via Medica  
ISSN 1897–3590

### ABSTRACT

The Lazareth in Gdansk at Oliwa Gate (*Lazareth am Olivaer Thor*), of medieval origin, was initially a multipurpose institution designed for taking care of orphans, the poor, old, ill and disabled. At the turn of the 18<sup>th</sup>/19<sup>th</sup> centuries, it was used solely for medical purposes.

In 1833–1849 dr Emil Friedrich Götz (1806–1858) was the Head of The Hospital. As he was the Head of the institution that that aspired to be municipal hospital, in 1843–44 published the list of diseases treated in the hospital (*Statistisch-Medizinischer Bericht über des Stadt-Lazareth in Danzig, in den Jahren 1843 und 1844*). There were a number of statistical tables which presented daily medical problems of The Hospital. According to Götz in 1827–1844 there had been a rise in number of patients: from 1681 (in 1827) up to 4365 patients (in 1839). Patients with infectious diseases prevailed (1777 patients in 1843, 1625 in 1844), with over 300 people infected with scabies. Cases with internal diseases were hospitalized (445 in 1843, 449 in 1844), and so were surgical cases (447 in 1843, 441 in 1844), neurological and psychiatric ones (265 in 1843, 264 in 1844), ophthalmic (34 in 1843, 56 in 1844), gynaecological (34 in 1843, 48 in 1844) and oncologic patients (19 in 1843, 38 in 1844). The patients aged 20–30 prevailed (1083 in 1843, 1053 in 1844), mostly because of a hospital offered treatment to people who lacked family care, especially young men who emigrated to cities for work.

The comprehensive table was the main part of the report. It contained a number of individual medical cases separately for years 1843 and 1844. Götz separated four special groups of patients: ill with scabies, ill with syphilis, people with mental disorders and epileptics. This classification existed in a system of police supervision which was held to efficiently eliminate social pathologies. European hospitals were commonly assigned to eliminate social pathologies in the 19<sup>th</sup> century. They played an important role in the process of social modernization as they were used to to eradicate diseases thought of as significant in the social context.

Forum Medycyny Rodzinnej 2011, vol 5, no 4, 323–335

**key words:** hospitals, medieval history, 19<sup>th</sup> century history, infectious diseases, mental disorders, scabies.

### LAZARET PRZY BRAMIE OLIWSKIEJ W GDAŃSKU I JEGO ORDYNATOR, DR EMIL FRIEDRICH GÖTZ

Nazwa „lazaret” pojawiła się w Europie u schyłku średniowiecza i oznaczała wedle ówczesnej terminologii wielozadaniowy zakład przeznaczony do opieki nad ubogimi, starcami, sierotami, a także nad chorymi i kalekami. Gdański Lazaret przy Bramie Oliwskiej (*Lazareth am Olivaer Thor*), szpital o średniowiecznym rodowodzie, na przełomie XVIII i XIX wieku przechodził taką

samą drogę rozwoju, jak setki tego rodzaju instytucji w całej Europie. Pierwotnie fundacja o charakterze wielozadaniowym, pod koniec XVIII wieku została, zgodnie z panującymi wówczas w europejskim szpitalnictwie tendencjami, przeorientowana na podejmowanie działań wyłącznie medycznych. W XVIII wieku tego rodzaju zakłady powszechnie przechodziły tak zwany proces medykalizacji, to znaczy likwidacji (bądź też znacznego ograniczenia) świadczenia usług socjalnych, na rzecz usług medycznych. Było

to zjawisko ściśle związane z procesem modernizacji społecznej. Modernizacja zaś wynikała z przekonania oświeceniowych intelektualistów i warstw panujących o konieczności przemian społecznych, zmierzających między innymi do poprawy warunków zdrowotnych niższych warstw społecznych. Poprawa zdrowotności miała stanowić klucz do ograniczenia (jeśli nie do wyeliminowania) ubóstwa. To socjalne (jak wówczas mawiano: medyczno-policyjne) wykorzystanie szpitali zaowocowało uznaniem ich za instytucje, których głównym zadaniem było odtąd prowadzenie wyłącznie działań diagnostyczno-terapeutycznych, mających na celu przywracanie społeczeństwu zdrowych tego społeczeństwa członków, gotowych do powrotu do pracy na rzecz siebie i swoich rodzin.

W 1802 roku, na polecenie władz pruskich z gdańskiego Lazaretu usunięto osoby przebywające tam na dożywocie oraz sieroty, zaś szpital w całości przeznaczono dla celów diagnostyczno-terapeutycznych. W efekcie szpital przestał pełnić funkcję przytułku, sierocińca czy domu starców. Miasto od tej pory zatrudniało w nim na stałe lekarza, chirurga i ich asystentów. Pojawiła się nowoczesna hierarchia w ramach struktur szpitalnych, w której najwyżej stał ordynator, czyli jedyny lekarz mający prawo ordynowania leków dla pacjentów szpitala.

Takim właśnie ordynatorem gdańskiego Lazaretu był w latach 1833–1849 dr Emil Friedrich Götz (1806–1858). Jako kierujący placówką aspirującą do miana szpitala miejskiego, dr Götz sporządził i wydał drukiem wykaz chorób leczonych w szpitalu w latach 1843 i 1844. Wykaz ów stanowi jedyny tak kompletny spis przypadków chorobowych, jaki powstał przed rokiem 1863 i zachował się do dziś. Jest to publikacja zatytułowana: „Statistisch-Medizinischer Bericht über des Stadt-Lazareth in Danzig, in den Jahren 1843 und 1844”, wydana w Gdańsku w 1845 roku (brak wydawcy).

### **„STATISTISCH-MEDIZINISCHER BERICHT ÜBER DES STADT-LAZARETH IN DANZIG, IN DEN JAHREN 1843 UND 1844“**

Dr Götz na początku sprawozdania zawarł obszerną przedmowę (s. 3–10), w której przedstawił cel swej pracy. Ponieważ uznał, że nowoczesna medycyna opiera się przede wszystkim na badaniach naukowych, prowadzonych zarówno w największych szpitalach klinicznych, jak i szpitalach, w których nie prowadzono nauczania medycyny, chciał zaprezentować dane epidemiologiczne z prowincjonalnego ośrodka gdańskiego. Dr Götz uważał bowiem, że dane uzyskane z zakładów takich jak gdański Lazaret, najlepiej ukazują rzeczywistą chorobowość w danej populacji. Powodem tego miało być między innymi niepoddawanie chorych selekcji, jakiej podlegają pacjenci w szpitalach klinicznych.

Doktor Götz stawiał sobie także ambitniejsze cele: dokumentując statystyczne dane dotyczące chorób gdańskiego Lazaretu, chciał stworzyć podwaliny pod systematyczne prowadzenie analogicznych rejestrów w latach następnych, celem powstania w przyszłości „dzieła o historii chorób tego miasta” — jak sam pisał. Ponadto wykaz miał za zadanie udokumentowanie wobec władz miejskich sposobu sprawowania urzędu przez samego autora.

Właściwą część statystyczną dr Götz poprzedził dwoma tabelami, zawierającymi sumaryczne dane Lazaretu za lata 1828–1842. W pierwszej tabeli (s. 5; por. tab. 1) zaprezentował liczbę osób leczonych w szpitalu w danym roku, liczbę ozdowieńców, liczbę chorych, u których nastąpiła poprawa, liczbę zmarłych w szpitalu oraz liczbę wszystkich zmarłych w mieście. W drugiej tabeli (s. 6) przedstawił liczbę chorych wewnętrznie, chorych zewnętrznie, a także chorych psychicznie, epileptyków, chorych wenerycznie oraz zarażonych świerzbem, hospitalizowanych w danym roku (por. tab. 2). Ponadto dołączył tabelę z wyrywkowymi danymi do-

**Tabela 1**

**Liczba chorych gdańskiego Lazaretu w latach 1827–1844 (E.F. Götz, s.5, 6, 23, 31)**

Rok	Liczba chorych	Rok	Liczba chorych
1827	1681	1836	3113
1828	2137	1837	3700
1829	2831	1838	4055
1830	2807	1839	4365
1831	3602	1840	3703
1832	2965	1841	3751
1833	2845	1842	3235
1834	3004	1843	3102
1835	3096	1844	3023

tyczącymi śmiertelności w wiodących szpitalach dużych miast Europy Zachodniej (s. 8).

Główną część sprawozdania stanowi obszerna tabela (zawarta na s. 11–22), zawierająca w pierwszej rubryce nazwę choroby w języku łacińskim (*Nomen morbi*), w drugiej lata 1843 i 1844, w trzeciej liczbę sumaryczną przypadków dla każdego roku, w czwartej liczbę ozdowieńców, w piątej liczbę osób wypisanych z poprawą, w szóstej liczbę osób niewyleczonych, w ósmej liczbę zmarłych, w dziewiątej liczbę osób pozostających w lazarecie w ostatnim dniu sprawozdawczym (31 grudnia 1843 r. i 31 grudnia 1844 r.).

Po szczegółowym wykazie chorób znajduje się omówienie i podsumowanie (s. 23–60), zawierające tabele z danymi sumarycznymi dla lat 1843 i 1844 (liczbę hospitalizacji, liczbę ozdowieńców, liczbę zmarłych oraz liczbę wszystkich zmarłych w Gdańsku w danym roku; s. 23), podział chorych Laza-

retu w zależności od wieku (s. 24), liczbę hospitalizacji w poszczególnych miesiącach (s. 26), podział zmarłych Lazaretu w zależności od wieku (s. 27), liczbę zgonów w poszczególnych miesiącach (s. 28), ogólny podział chorych w zależności od rodzaju schorzenia (chorzy wewnętrznie, chorzy zewnętrznie, chorzy ze świerzbem, chorzy na kiłę, chorzy psychicznie, epileptycy; s. 31), wykaz chorób ortopedycznych (s. 39) oraz wykaz zabiegów operacyjnych (s. 48).

### **CHORZY GDAŃSKIEGO LAZARETU (1843–1844)**

Jak wspomniano, najważniejszą część sprawozdania stanowi szczegółowy wykaz chorób podlegających hospitalizacji w latach 1843 i 1844.

Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci, patrząc z dzisiejszego punktu widzenia, ze schorzeniami infekcyjnymi (por. tab. 3). Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w tej grupie było zakażenie świerzbowcem (325 osób w 1843 r. i 321 w 1844 r.). Określenie drugiej co do częstości hospitalizacji podgrupy jest dość enigmatyczne — byli to pacjenci z „gorączką żołądkową” (*febris gastrica*; 313 osób w 1843 r. i 166 w 1844 r.). Trzecią podgrupę stanowili chorzy z różnymi postaciami kiły (233 osób w 1843 r. i 265 w 1844 r.), zaś czwartą z różnymi postaciami gruźlicy (144 osób w 1843 r. i 126 w 1844 r.). Następnie wyodrębnić można chorych z zapaleniami płuc (87 osób w 1843 r. i 104 w 1844 r.) i gorączką przerywaną (*febris intermittens*; 82 osób w 1843 r. i 47 w 1844 r.). Inne schorzenia infekcyjne zdarzały się znacznie

**Tabela 2**

**Medyczo-policyjny podział chorób podlegających hospitalizacji w lazarecie (E.F. Götz, s. 31, 53, 54)**

Rok	Chorzy wewnętrznie	Chorzy zewnętrznie	Świerzbowaci	Wenerycy	Chorzy psychicznie	Epileptycy
1843	1324	729	308	228	137	39
1844	1088	897	311	264	128	38

rzadziej i należały do nich (w malejącej częstotliwości występowania): ospianka (*variolois*), zapalenie oskrzeli, róża, biegunka, katar piersiowy (*catarrhus pulmonalis*), tyfus, ospa wietrzna, zapalenie opłucnej. Pozostałe przypadki reprezentowane były sporadycznie (< 5 rocznie): ospa prawdziwa, angina (*angina tonsillaris*), półpasiec, różyczka, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie krtani, zapalenie przyusznicy, cholera, zapalenie pajęczynówki, szkarlatyna, odra i świnkowe zapalenie jąder.

Jak wspomniano, zapalenia płuc stanowiły znaczny odsetek zachorowań i zgonów (w 1843 r. 87 przypadków: 56 wyleczonych, 3 z poprawą, 25 zgonów, 3 w trakcie leczenia w dniu 31 grudnia 1843 r.; w 1844 r. 104 przypadki: 76 wyleczonych, 1 z poprawą, 21 zgonów, 6 w trakcie leczenia w dniu 31 grudnia 1844 r.). Dr Götz uznał liczbę zgonów za wysoką w porównaniu z wynikami osiąganymi w innych szpitalach. Przyczyny tego stanu rzeczy upatrywał w złym stanie ogólnym chorych i obciążających schorzeniach dodatkowych, często znajdowanych podczas sekcji zwłok. Powszechny zwłaszcza był alkoholizm i wynikające zeń wyniszczenie. Götz powoływał się na osiągnięcia anatomopatologiczne szkoły Rokitansky'ego, potwierdzając jednocześnie u takich chorych obecność zmian stłuszczeniowych w wątrobie oraz cech uszkodzenia nerek (zwyrodnienie Brighta) [1, 2]. Zauważył ponadto, że przebieg zapalenia płuc u osób wolnych od nałogu był lżejszy i rzadziej kończył się niepowodzeniem. Co ważne, autor starał się powiązać zmiany stwierdzone przyżyciowo podczas osłuchiwania ze zmianami stwierdzanymi w trakcie badania pośmiertnego.

Zapalenie płuc z towarzyszącym zapaleniem opłucnej występowało rzadko (w 1843 r. 20 przypadków, 10 wyleczonych, 6 zgonów, 4 w trakcie leczenia w dniu 31 grudnia 1843 r.; w 1844 r. 10 przypadków, 3 wyleczonych, 7 zgonów). Obarczone ono było, jak widać, bardzo dużą śmiertelnością. Götz podaje, że

**Tabela 3**

**Liczba chorych gdańskiego Lazaretu w latach 1843–1844 w zależności od rodzaju schorzeń (E. F. Götz, s. 11–22)**

Schorzenia	1843		1844	
	Razem	Zgony	Razem	Zgony
Infekcyjne	1777	118	1625	98
Internistyczne	445	58	449	61
Chirurgiczne	447	26	441	22
Neurologiczne i psychiatryczne	265	46	264	30
Okulistyczne	34	0	56	0
Ginekologiczne	34	7	48	6
Onkologiczne	19	7	38	20
Inne	87		97	
<b>Sumarycznie</b>	<b>3108</b>		<b>3018</b>	

większość przypadków trafiała do szpitala w stadium choroby znacznie zaawansowanym, z dużą ilością treści ropnej w jamie opłucnowej.

Inną grupę chorych stanowili chorzy z przypadkami internistycznymi nieinfekcyjnymi (por. tab. 3). Najliczniej reprezentowane są choroby określone jako reumatyzm (*rheumatismus*; 104 osób w 1843 r. i 98 w 1844 r.) i gorączka reumatyczna (*febris rheumatica*; 38 osób w 1843 r. i 43 w 1844 r.). Na drugim miejscu Götz wymienia wodobrzusze (*hydrops*; 64 osób w 1843 r. i 38 w 1844 r.). Pozostałe przypadki występują sporadycznie (< 10 rocznie), a ich wykaz stanowi mieszaninę zarówno skonkretyzowanych jednostek nozologicznych, jak i objawów klinicznych. Tak więc na przykład obok nieżyty pęcherza moczowego, zapalenia języka (*glossitis*), blednicy (*chlorosis*), zapalenia jądra, zwężenia przełyku, zapalenia żył, zapalenia szpiku, zapalenia mięśnia sercowego (*miocarditis*), zatrucia ołowiem, sodą kaustyczną czy kwasem siarkowym, wymieniona jest długa lista takich objawów, jak: ból serca (*cardialgia*), bezmocz, martwica (*necrosis*), obrzęk stóp, płyn w jamie opłucnej (*hydrothorax*), krwioplucie, kaszel konwulsyjny (*tussis convulsiva*), asfiksja, powiększenie obwodu jamy brzusznej (*physconia*), policholia, zeszywnienie stawów.

Kolejna grupa to pacjenci ze schorzeniami chirurgicznymi (por. tab. 3). Dominują tu przede wszystkim wszelkiego rodzaju urazy: zranienia (129 osób w 1843 r. i 93 w 1844 r.), złamania (98 osób w 1843 r. i 94 w 1844 r.) oraz urazy bliżej niesprecyzowane (*contusio*; 47 osób w 1843 r. i 81 w 1844 r.).

Dość licznie reprezentowana była grupa chorób psychiatrycznych i neurologicznych (por. tab. 3). Najczęściej pacjentów określano jako chorych psychicznie (*alienatio mentis*; 106 osób w 1843 r. i 107 w 1844 r.). Drugie co do częstości rozpoznanie to padaczka (65 osób w 1843 r. i 56 w 1844 r.). Wykaz w dalszej kolejności obejmuje przeważnie rozpoznania objawowe (niedowład kończyn, bóle głowy, rwa kulszowa, drgawki dziecięce, neuralgia nerwu twarzowego, kręcz szyi, ból kręgosłupa), rzadziej skonkretyzowane jednostki nozologiczne (stłuczenie mózgu, krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego, płasawica).

Dr Götz wyodrębnił też chorych okulistycznych (por. tab. 3). Wymienił przy tym następujące schorzenia: zapalenie oka reumatyczne (18 przypadków w 1843 r., 25 w 1844 r.), nieżytowe złośliwe zapalenie spojówek (10 przypadków w 1843 r., 12 w 1844 r.), ślepotę (3 przypadki w 1843 r., 9 w 1844 r.), zaćma (po 2 przypadki w 1843 r. i w 1844 r.), zapalenie tęczówki (1 przypadek w 1843 r., 2 w 1844 r.), zapalenie oka pourazowe (3 przypadki w 1844 r.), jęczmień (3 przypadki w 1844 r.).

Wśród schorzeń ginekologicznych (por. tab. 3) dr Götz wyróżnił: zapalenie mięśniówki macicy (9 kobiet w 1843 r., 10 w 1844 r.), rak macicy (7 kobiet w 1843 r., 3 w 1844 r.), polip macicy (4 kobiety w 1843 r., 14 w 1844 r.), krwawienie maciczne (3 kobiety w 1843 r., 4 w 1844 r.), ciąża (3 kobiety w 1843 r.), rak lity macicy (3 kobiety w 1843 r., 3 w 1844 r.), zarośnięcie pochwy (1 kobieta w 1843 r.), rak pochwy (1 kobieta w 1843 r.), gorączka połogowa (1 kobieta w 1843 r., 3 kobiety w 1844 r.), tyłopochylenie macicy (1 kobieta w 1843 r.),

upławy białe (1 kobieta w 1843 r., 4 kobiety w 1844 r.), polip macicy (1 kobieta w 1844 r.), wypadanie macicy (2 kobiety w 1844 r.), półóg (1 kobieta w 1844 r.), brak miesiączki (3 kobiety w 1844 r.).

Odrębną grupę stanowili pacjenci z chorobami onkologicznymi (por. tab. 3). Dr Götz wspomina o następujących nowotworach i stanach patologicznych: rak żołądka (6 chorych w 1843 r., 8 w 1844 r.), guz rdzeniasty (5 chorych w 1843 r., 5 w 1844 r.), rak lity macicy (3 chore w 1843 r., 3 w 1844 r.), rak wargi (2 chorych w 1843 r., 1 w 1844 r.), rak odbytnicy (2 chorych w 1843 r.), rak pochwy (1 chora w 1843 r.), guz pęcherza (7 chorych w 1844 r.), rak lity sutka (2 chorych w 1844 r.), wyniszczenie nowotworowe (6 chorych w 1844 r.), rak twarzy (3 chorych w 1844 r.), rak prącia (1 chory w 1844 r.).

Ostatnia grupa to sporadycznie występujące, rozmaite schorzenia (por. tab. 3), takie jak: łupież (*pityriasis*), zapalenie błony bębenkowej (*tympanitis*), nieżyt ucha (*catarrhus auris*), pęcherzyca (*pemphigus*), łuszczyca (*psoriasis*), brudziec (*rupia*), stopa koślawa czy też stopa szpotawa.

Spośród wszystkich chorych Götz wydzielił jako szczególnie cztery grupy pacjentów: chorych na świerzb, chorych na kiłę, chorych psychiatrycznych i epileptyków (por. tab. 2). Jest to podział mający swe źródło w medyczno-policyjnym ujęciu roli szpitali na przełomie XVIII i XIX wieku. W efekcie wspomnianych na wstępie prób modernizacji socjalnej, stały się one elementem dozoru społecznego, którego celem było stworzenie systemu sprawnej eliminacji patologii społecznych. Choroba w tym ujęciu była zarówno jednym z głównych czynników sprawczych owych patologii (zwłaszcza ubóstwa), jak i jednym z jej elementów. Eliminacja chorób stanowiła więc jedną z ważnych dróg modernizacji socjalnej, zaś szpitale jeden z głównych instrumentów. Instrument ów miał posłużyć między innymi do eradykacji chorób postrzeganych jako cho-

**Tabela 6**

**Wyleczalność kiły w zależności od postaci klinicznej (E. F. Götz, s. 21)**

Postać kiły	Liczba przypadków sumarycznie w latach 1843 i 1844	Liczba wyleczonych	% wyleczonych
<i>Syphilis. Bubones</i> Kiła dymienicza	43	35	81,4
<i>Syphilis. Condylomata</i> Kiła; kłykciny	116	94	81,0
<i>Syphilis. Dolores osteoscopii</i> Kiła; bóle kostne	3	3	100
<i>Syphilis. Exanthema</i> Kiła; osutka	10	8	80
<i>Syphilis. Gonorrhoea (Orchitis)</i> Kiła; rzeżączka; zapalenie jądra	112	103	92
<i>Syphilis. Ophthalmia</i> Kiła; zapalenie gałki ocznej	2	2	100
<i>Syphilis. Tophi</i> Kiła; guzki dnawe	1	0	0
<i>Syphilis. Ulcera</i> Kiła; owrzodzenia	211	192	91

roby o szczególnym znaczeniu społecznym, do których zaliczano świerzb i kiłę, a także do hospicyjnej opieki w przypadku chorób społecznie istotnych, a niepoddających się leczeniu (choroby psychiatryczne i padaczka).

Chorzy na świerzb byli szczególną grupą pacjentów socjalnych. Świerzb uważano za jedno z głównych „schorzeń pobudzających do wymiotów”, więc budzących odrazę, a jednocześnie stanowiących ważny problem społeczny. Między innymi istniał nacisk pracodawców na leczenie tego schorzenia wśród pracowników, z uwagi na intensywny świąd (szczególnie nocny, a więc zaburzający sen), przez co pracownicy stawali się zdecydowanie mniej wydajni. Z drugiej strony stosowane w tej grupie chorych metody terapeutyczne cechowała bardzo wysoka skuteczność, stąd w powszechnej świadomości hospitalizacja z powodu świerzbu uchodziła za społecznie opłacalną [3–6]. Przeznaczano do tego celu znaczne środki finansowe, które wykorzystywano dla wdrażania surowego reżimu sanitarnego hospitalizowanych, częstych zmian pościeli i bielizny oraz stosowania właściwych procedur terapeu-

tycznych. Polegały one na zawijaniu nagich pacjentów w derki nasączone dziegciem i nagrzewaniu dwa razy dziennie. Po ogrzaniu całe ciało nacierano mieszanką dziegciu i czarnego mydła. Dwa razy w tygodniu stosowano gorącą kąpiel w mydle. Leczenie trwało do jedenastu dni. Do ponownego zakażenia (o ile terapii poddano całą rodzinę) dochodziło sporadycznie. Metodę tę przejęto z Hamburga.

Drugą grupę specjalną stanowiły osoby chore na kiłę. Götz powołuje się w tym miejscu na pierwsze w historii badanie socjologiczne poświęcone prostytutce [7], nie rozwodząc się nad nim szerzej. Autor wspomina jedynie o społecznych uwarunkowaniach powstawania chorób wenerycznych i konieczności dozoru policyjno-medycznego. Twierdzi, że liczba chorych na kiłę ostatnio wyraźnie spadła (w 1843 r. 228 zarażonych, w 1844 r. 246, podczas gdy w 1841 r. hospitalizowano aż 426 chorych; por. tab. 6). Wśród hospitalizowanych znacząco przeważali mężczyźni (137 mężczyzn, 81 kobiet w 1843 r.; 150 mężczyzn, 96 kobiet w 1844 r.), przy czym czas trwania terapii był w przypad-

Tabela 4

Liczebność chorych hospitalizowanych w Lazarecie w latach 1843–1844 z uwzględnieniem wieku pacjentów (E. F. Götz, s. 24)

Przedział wiekowy w latach	Liczba chorych			
	1843		1844	
	N	%	N	%
0–10	270	8,7	265	8,8
10–20	659	21,2	582	19,3
20–30	1083	34,8	1053	34,8
30–40	386	12,4	354	11,7
40–50	367	11,8	363	12,1
50–60	187	6,1	214	7,1
60–70	110	3,5	136	4,5
70–80	43	1,41	37	1,27
80–90	3	0,09	13	0,4
90–100	0	0	1	0,03
<b>Suma</b>	<b>3108</b>	<b>100</b>	<b>3018</b>	<b>100</b>

ku płci męskiej krótszy niż płci żeńskiej (średni czas leczenia: w 1843 r. mężczyzn 45 dni, kobiet 71 dni, w 1844 mężczyzn 38 dni, kobiet 61 dni).

Trzecia grupa — osoby chore psychicznie — charakteryzowała się niską wymiennością hospitalizowanych, z racji zaliczania ich do grupy pacjentów nieuleczalnych, których stan jednocześnie uniemożliwiał wypisanie ze szpitala. Götz podkreślił przy tym znaczący niedobór na terenie prowincji placówek, mogących zajmować się tą grupą chorych i jednocześnie duże obciążenie dla szpitala prowadzeniem takich pacjentów. Wprawdzie istniał już zakład w Świeciu, jednak problem stanowiły znaczące koszty opieki nad chorymi, jakie ponosiła gmina miejska po przeniesieniu chorych do tej placówki. Owe wysokie koszty hospitalizacji w Świeciu powodowały, że placówka gdańska przyjmowała chorych nie tylko z miasta, ale i z innych miejscowości prowincji, szpital więc był przepełniony. Panowały z tej przyczyny trudne warunki hospitalizacji, zważywszy, że znajdowali się tam i umysłowo chorzy, i upośledzeni umysłowo.

Z grupą tą powiązana była ostatnia — epileptycy. I w tej grupie brakowało możliwości leczenia, tak więc w obu latach sprawozdawczych jedynie 18 osób opuściło szpital jako wyleczeni.

Dr Götz analizował też profil wiekowy hospitalizowanych (por. tab. 4). O ile dziś przeważają dwie grupy wiekowe (dzieci oraz osoby starsze), o tyle w pierwszej połowie XIX wieku zdecydowaną większość stanowili pacjenci pomiędzy 20. a 50. rokiem życia. Ta tendencja, bardzo wyraźna w gdańskim lazarecie, była typowa dla ówczesnych szpitali europejskich. Z jednej strony chodziło o przywracanie społeczeństwu jak najszybciej chorych w wieku produkcyjnym, żywicieli rodzin, co stanowiło ważny element walki z ubóstwem. W grupie takich pacjentów znajdowali się w znaczącej mierze chorzy na świerzb. Z drugiej strony, zważywszy na stosunkowo niewielki potencjał terapeutyczny szpitali w pierwszej połowie XIX wieku, w przypadku choroby często chodziło raczej o opiekę pielęgniarską, a więc o hospitalizację z przyczyn społecznych. Podlegali jej zwłaszcza młodzi, bezżenni mężczyźni, z reguły poza swym ogniskiem domowym (np. imigranci zarobkowi z innych miejscowości). Dzieci, podobnie jak osoby starsze, doświadczały takiej opieki ze strony swych rodzin i hospitalizacja stawała się dla nich ostatecznością. Z tego też powodu istniał tak niski stosunkowo odsetek zgonów wśród starszych hospitalizowanych pacjentów (por. tab. 5), chorzy ci (wedle relacji samego Götza) bardzo często przyjmowani byli dopiero w fazie terminalnej, na kilka lub kilkanaście godzin przed zgonem. Zdaniem Götza zazwyczaj chodziło ubogim rodzinom po prostu o obciążenie szpitala kosztami pogrzebu.

#### DIAGNOSTYKA CHORÓB XIX WIEKU JAKO PROBLEM BADAWCZY WIEKU XXI

Opracowanie dr. Emila Götza należy do popularnego w tym okresie sposobu upo-



wszechniania danych medycznych [8, 9]. U podłoża tego rodzaju publikacji leżało przekonanie, o którym wspomina zresztą we wstępie sam Götz, że tylko wymiana międzyośrodkowa informacji może pomóc w zrozumieniu zjawisk chorobowych oraz zaopiniować o skuteczności podejmowanych działań terapeutycznych. Częstkowe publikacje, dotyczące poszczególnych ośrodków, mogłyby posłużyć do — jak byśmy to dziś powiedzieli — metaanaliz, w wyniku których dałoby się stworzyć rzeczywisty obraz choroby — jej przyczyn, objawów oraz metod zapobiegania i leczenia. Istotny jest tu przymiotnik „rzeczywisty”. W ówczesnym, dość powszechnym, przekonaniu zjawiska chorobowe mogły przebiegać odmiennie w zależności od środowiska, zaś środowiskiem szczególnie wypaczającym naturalny rozwój choroby miało być środowisko szpitalne (zwłaszcza szpitali klinicznych).

Obecnie, w trakcie analizy historycznej tego rodzaju doniesień, nieuchronnie natrafia się na barierę stanowiącą dla badacza znaczące wyzwanie. Podstawowymi elementami owej bariery są: niekompatybilne systemy nozologiczne chorób stosowanych w poszczególnych ośrodkach na przełomie XVIII i XIX wieku oraz problem odmiennie używanych w tym czasie pojęć medycznych.

Pierwsze zjawisko jest bardzo charakterystyczne dla medycyny europejskiej tego czasu. Wiele ośrodków, zwłaszcza klinicznych, stawiało sobie za cel przedstawianie oryginalnych, często bardzo skomplikowanych systemów nozologicznych. Z reguły powstawały one po części w sposób empiryczny, po części spekulatywny. Z tego też wynikała łatwość odrzucania bądź też akceptowania tak tworzonych systemów przez poszczególne ośrodki oraz ich modyfikacja według własnego pomysłu [10–13]. Dr Götz w swoim sprawozdaniu zastosował jedną z powszechniejszych metod tworzenia systemu nozologicznego, to znaczy uwzględniającego przede wszystkim objawy wiodące oraz ob-

**Tabela 5**

**Liczba i wiek zmarłych hospitalizowanych w Lazarecie w latach 1834–1844 (E.F. Götz, s. 27)**

Przedział wiekowy w latach	Liczba zmarłych			
	1843		1844	
	N	%	N	%
0–10	37	12,1	25	10,1
10–20	21	6,9	20	8,1
20–30	68	22,2	44	17,8
30–40	48	15,7	45	18,2
40–50	51	16,7	41	16,6
50–60	38	12,4	32	12,9
60–70	20	6,5	30	12,2
70–80	22	7,2	7	2,8
80–90	1	0,3	3	1,3
<b>Suma</b>	<b>306</b>	<b>100</b>	<b>247</b>	<b>100</b>

sar toczącego się procesu chorobowego. Opierał się przy tym na systemie przyjętym w *Katharinen-Hospital* w Stuttgarcie [14].

Jako przykład rozpoznania objawowych zastosowanych przez Götza niech posłużą wszelkiego typu gorączki. Zwraca przy tym uwagę pozorną niekonsekwencja typologiczna: obok kryterium przyczynowego (*febris catarrhalis*, *febris gastrica*, *febris puerperalis*, *febris rheumatica*), mamy także kryterium rodzajowe (*febris intermittens*). Jednakże z wyjaśnień dr. Götza wynika, że zgodnie z ówczesną terminologią pod tym pojęciem rozumiał endemiczną postać sezonowej choroby infekcyjnej (*Wechselfieber*).

Bezsprzecznie konsekwentnie zastosowana została terminologia okulistyczna (wyłącznie etiologiczna: *ophthalmia neonatorum*, *ophthalmia rheumatica*, *ophthalmia scrophulosa*, *ophthalmia traumatica*).

Jako przykład podziału z uwagi na obszar toczącego się procesu chorobowego może posłużyć podział kiły (*Syphilis. Bubones*; *Syphilis. Condylomata*; *Syphilis. Dolores osteoscopii*; *Syphilis. Exanthema*; *Syphilis. Gonorrhoea (Orchitis)*; *Syphilis. Ophthalmia*; *Syphilis. Tophi*; *Syphilis. Ulcera*). Mamy tu do czynienia z systemem niekonsekwentnym

(a przynajmniej nieprecyzyjnym): obok kryterium topograficznego (*Ophthalmia, Orchitis*), zastosowano też kryterium objawowe (*Exanthema, Dolores osteoscopii*). Oczywiście można założyć, że rozpoznanie: osutka (*Exanthema*) wskazuje na zajęcie skóry, zaś rozpoznanie: bóle kostne (*Dolores osteoscopii*), na zajęcie układu kostno-stawowego. Także rozpoznanie: kłykciny (*Condylomata*) ustala z natury rzeczy jednoznacznie topografię patologiczną procesu.

Drugim zjawiskiem utrudniającym interpretację danych historycznych jest odmiennie od dzisiejszego posługiwanie się terminologią medyczną. Między innymi pewien problem stanowią określenia chorób czy stanów patologicznych dziś już niestosowane, lub (co gorsza) stosowane w innym znaczeniu. Kwestia nieprzystawalności diagnoz historycznych do diagnoz obecnie stawianych jest zagadnieniem skomplikowanym. Problem ten podniesiony został między innymi przez Øivinda Larsena [15] i Johannę Bleker [16]. Zwłaszcza ta ostatnia mocno podkreśla rozdzźwięk pomiędzy nazwą historyczną uwarunkowaną ograniczoną wiedzą lekarską a precyzyjną nazwą opisaną wedle współczesnych standardów jednostki chorobowej. Przypisanie dzisiejszych nazw jednostek chorobowych może nastąpić dopiero po uwzględnieniu kontekstu nazwy stosowanej w przeszłości, jak również po zidentyfikowaniu zastosowanego systemu nozologicznego [16].

W przypadku sprawozdania dr. Götza jako przykład terminu zupełnie obecnie nieużywanego posłużyć może wielokrotnie już cytowane rozpoznanie choroby Brighta. Następnie trudne do umiejscowienia w dzisiejszej nozologii jest jedno z najczęstszych rozpoznań (objawowych): *febris gastrica* (gorączka żołądkowa; 479 przypadków w obu latach sprawozdawczych, w tym 4 zgony, 0,8%). Zważywszy na liczbę przypadków i ich historię naturalną, pod tym określeniem prawdopodobnie należy rozumieć zakaźne schorzenie przewodu pokarmowego. Z dru-

giej strony, autor opracowania wyodrębnił dobrze znane jednostki chorobowe (dur brzuszny, w obu latach sumarycznie 68 przypadków oraz cholera, sumarycznie 4 przypadki), a ponadto chorych cierpiących po prostu na biegunkę (37 przypadków w obu latach, 0 zgonów). Co decydowało o przypisaniu choremu rozpoznania „gorączka gastryczna”, a co rozpoznaniu „biegunka”, pozostaje natomiast nie w pełni jasne. Podobnie enigmatyczne pozostają pokrewne rozpoznania: *Dysenteria* (dysenteria, sumarycznie 2 przypadki w obu latach), *Catarrhus ventriculi* (katar żołądka; sumarycznie 15 przypadków w obu latach) oraz *Colonitis* (zapalenie jelita grubego, sumarycznie 4 przypadki w obu latach).

Z kolei niektóre rozpoznania budzą wątpliwości, choćby *peritonitis* (zapalenie otrzewnej), które to schorzenie miało być wyleczone metodami zachowawczymi w niemal połowie przypadków. Podobne wątpliwości budzi trafność diagnostyczna wstępujących sporadycznie chorób, takich jak na przykład *Stricturea intestini crassi* (zwężenie jelita grubego) czy *Myelitis* (zapalenie szpiku), skoro zakończyły się całkowitym wyleczeniem — pierwsze bez zabiegu chirurgicznego, drugie bez antybiotykoterapii.

Następny problem stanowi brak precyzji w określeniach medycznych. Typowym przykładem jest stosowane określenie *hydrops, Wassersucht* (wodobrzusze), rozpoznanie objawowe. Pod tym pojęciem kryje się gromadzenie płynu w jamie brzusznej, na przykład w niewydolności krążenia, zespole nerczycowym, zaawansowanym procesie nowotworowym, czy też w marskości wątroby — czego z oczywistych względów Götz w pierwszej połowie XIX wieku nie wiedział. Ponadto w przypadku przedstawianego sprawozdania napotykaemy na istotną trudność. Otóż w omówieniu dokonanym poza tabelą (s. 36–37) autor skojarzył przyczynowo przypadki wodobrzusza wyłącznie z chorobą Brighta, zapewne po części na podstawie da-

nych klinicznych, jak również badań sekcyjnych. Dodatkową wskazówką, iż analizowane przez niego przypadki wodobrzusza można kojarzyć z niewydolnością nerek (a nie z niewydolnością krążenia), jest podawana przezeń oporność na stosowaną naparstnicę, której skuteczność z kolei wykazywał w przypadku płynu w jamie opłucnowej (*Hydrothorax, Brustwassersucht*). Jednakże w tabeli widnieją dwa rodzaje wpisu: *hydrops* (*Wassersucht*, wodobrzusze; 64 osób w 1843 r. i 38 w 1844 r.) oraz choroba Brighta (19 osób w 1844 r.). Nie jest jasnym, czy dr Götz jako *hydrops* odnotował przypadki wodobrzusza o nieznanym przyczynie, zaś przypadki wodobrzusza w niewydolności nerek ujął w rubryce *Morbus Brighti*, choć takie rozwiązanie wydaje się być najbardziej prawdopodobne (wobec powiązania omawianego objawu z patologią nerek). Zastanawia przy tym całkowity brak rozpoznania choroby Brighta w 1843 r. Czyżby nagły wzrost rozpoznawalności wynikał z zapoznaniem się w 1844 roku przez Götza z doniesieniami Brighta?

Podobny problem istnieje przy próbie analizy pozycji określonej jako *ulcus pedum* (owrzodzenie podudzi). Sumarycznie w obu latach sprawozdawczych hospitalizowano z tego powodu aż 359 osób, z czego 116 uznano za wyleczone, u 110 stwierdzono poprawę, a 9 uznano za nieuleczalne. Nie można obecnie ustalić, jaki odsetek w tych przypadkach stanowili pacjenci z różnymi schorzeniami, a jacy pacjenci celowo wywołujący owrzodzenia celem hospitalizacji, zwłaszcza w zimie [17]. Ponieważ według dr. Götza patologia dotyczyła *meist ganz arme, verkommene und arbeitslose Menschen*, podejrzewał, że w wielu sytuacjach częste nawroty wywołane były przez chorych poprzez samouszkodzenia. Jednak poza brakiem higieny i samookaleczaniem zmiany na podudziach mogły wynikać z niekontrolowanej cukrzycy czy też lokalnych zmian naczyniowych.

Powstaje także pytanie o podstawy stawiania diagnozy w pierwszej połowie XIX

wieku. W przypadkach infekcyjnych chorób układu oddechowego Götz wyraźnie podkreślał użyteczność (i jednocześnie powszechność stosowania w jego szpitalu) metody osłuchiwania. Ponadto, pod wyraźnym wpływem osiągnięć młodszej szkoły wiedeńskiej, niemal wszystkie przypadki zgonów miały swój finał na stole sekcyjnym. Tylko w dwóch przypadkach nie wykonano badania autopsyjnego, po protestach rodziny, pomimo spokojnej rozmowy z krewnymi zmarłego, ukazującej z jednej strony nieszkodliwość procedury sekcyjnej, a z drugiej jej wielką wartość dla nauki.

Dzięki obowiązkowi sekcjonowania zwłok pacjentów gdańskiego Lazaretu można było stawiać końcowe rozpoznania, trudne w ówczesnych warunkach do określenia przyżyciowo, choćby takie jak: *Arachnitis* (zapalenie pajęczynówki), *Meningitis* (zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych), *Pericarditis* (zapalenie osierdzia), *Miocarditis* (zapalenie mięśnia sercowego), *Ruptura hepatis* (pęknięcie wątroby), *Ruptura urethrae* (pęknięcie moczowodu), *Ruptura vesicae urinariae* (pęknięcie pęcherza), *Ulcus ventriculi perforans* (perforacja owrzodzenia żołądka), *Abscessus hepatis* (ropień wątroby) czy też *Abscessus pulmonum* (ropień płuca).

Następny problem stanowią XIX-wieczne kryteria remisji choroby, czy wręcz jej eradykacji. Dotyczy to zwłaszcza chorych na kiłę. Ze sprawozdania dr. Götza można wynieść mniemanie o wielkiej skuteczności stosowanych w tym względzie metod (por. tab. 6). Poszczególne postaci choroby, precyzyjnie wymieniane, wedle ówczesnego ordynatora Lazaretu łatwo ulegały wyleczeniu po stosowaniu środków uznawanych za łagodne: soli przeczyszczającej, tak zwanych *Holztränken*, zawierających olej z drzewa sandałowego i gwajakol [18] czy *Zittmansche Decoit*, będący wyciągiem z korzeni Sarsaparill (*Smilax officinalis*), lukrecji (*Glycyrrhiza glabra*) oraz senny [19]. Ale największe korzyści chorym miały przynosić: dieta, spokój, za-

chowywanie czystości osobistej, przebywanie w temperaturze 16–18 stopni Réaumur (20–22,5°C). Natomiast rzadko podawano preparaty rtęci, o których dziś wiemy, że miały rzeczywisty wpływ na powstrzymanie swoistego procesu zapalnego. Podobny problem dotyczy grupy schorzeń określonych jako reumatyzm: na 202 przypadki sumarycznie w obu latach sprawozdawczych, aż 172 (85,1%) uznano za wyleczone.

### PODSUMOWANIE

Zaprezentowane doniesienie ordynatora gdańskiego Lazaretu dr. Emila Friedricha Götza stanowi niezwykle ciekawy dokument, wiele mówiący nie tylko o stanie zdrowia społeczności miejskiej doby wczesnej industrializacji, ale także ukazujący ówczesne możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, jak również obrazujący stan świadomości medycznej tego okresu. Na podkreślenie zasługuje zwłaszcza szybkie, jak na ówczesne warunki, wdrażanie nowych procedur medycznych nawet w tak oddalonym od wiodących centrów naukowych mieście, jakim był w tym okresie Gdańsk.

Na zakończenie jeszcze jedna uwaga: ostateczna redakcja tekstu, jaka ukazała się drukiem, jest wyjątkowo niestaranna. Zwłaszcza tabela z danymi dotyczącymi schorzeń i stanów patologicznych roi się od błędów. Przytoczyć można choćby: *Encephalo malaria*, zamiast *Encephalomalatia*, *Commotio verebri*, zamiast *Commotio cerebri*, *Diabetes* zamiast *Diabetes*, *Erythema nodos* zamiast *Erythema nodosum*, a także zamianę stron w tejże tabeli (s. 17 i s. 18). Błędnie podano także nazwisko twórcy pierwszego w historii badania socjologicznego poświęconego prostytutce, Alexandre'a-Jean'a-Baptisty Parent-Duchâteleta (1790–1836), jako „Panent-Duchatelet”. Prawdopodobnie dr Götz nie dokonał adiustacji swego tekstu, skoro na przykład zamiast dość oczywistej *Ophthalmia neonatorum* widnieje zupełnie absurdalne *Ophthalmia nec natorum*. Jednocześnie, patrząc na rodzaj pomyłek, łatwo dociec, że u podstawy przynajmniej części błędów drukarskich leżała niezadawalająca czytelność manuskryptu sprawozdania dr. Götza.

### PIŚMIENNICTWO

- Bright R. Reports of Medical Cases, Selected with a View of Illustrating the Symptoms and Cure of Diseases by a Reference to Morbid Anatomy. vol. I. R. Taylor for Longman, Rees, Orme, Brown & Green, London 1827–1831.
- Weller R.O., Nester B. Histological Reassessment of Three Kidneys Originally Described by Richard Bright in 1827–36. Br. Med. J. 1972; 2: 761–763.
- Dross F. From the patients' point of view: the early 19th century urban hospital as healthy and/or dangerous place. PhoenixTN conference: Health and the City, Vienna, June 2nd -4th 2005. [http://phoenixtn.net/vienna2005/papers\\_original/FritzDross\\_Germany\\_20050515.doc](http://phoenixtn.net/vienna2005/papers_original/FritzDross_Germany_20050515.doc).
- Karaśkiewicz A.M. Stosunki sanitarne i choroby epidemiczne w Bydgoszczy w latach 1801–1840. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych. 1936/1937; 16: 59–117.
- Schaal H., Spree R. Die Patienten des Stuttgarter Katharinenhospitals 1834/35–1893/94. W: Labisch A., Spree R. (red.). Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten. Campus Verlag, Frankfurt, New York 2001: 339–365.
- Voswinckel P. Das „Tagebuch“ eines Distrikt-Krankenhauses 1866/67 als Quelle der Sozialgeschichte. Historia Hospitalium. 1986/1987; 17: 121–133.
- Parent-Duchâtelet A.J.B. De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration: ouvrage appuyé de documens statistiques puisés dans les archives de la Préfecture de police. Bailliere J.B., Paris 1836.
- Bleker J. Die Krankenjournalen des Juliussspitals als Quellen der Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse. Theoretische, historische und bearbeitungstechnische Aspekte. W: Bleker J.,

- Brinkschulte E., Grosse P. Kranke und Krankheiten im Juliuspital zu Würzburg 1819–1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland. *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, H. 72., Matthiesen Verlag, Husum 1995: 75–91.
9. Stürzbecher M. Zur Statistik der Krankenhäuser in Preußen im 19. Jahrhundert — Übersicht über die Aufstellung des Stadtkrankenhauses in Stralsund 1816 bis 1880. *Historia Hospitalium*. 1974; 9: 7–19.
  10. Beatus E., Męczkowski W. *Historja szpitala starozakonnych w Kaliszu*. W: Męczkowski W. (red.). *Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskim*. E. Wende i Sp., K. Kowalewski, Warszawa 1907: 5–130.
  11. Tsouyopoulos N. Reformen am Bamberger Krankenhaus — Theorie und Praxis der Medizin um 1800. *Historia Hospitalium*. 1976; 11: 103–122.
  12. Brinkschulte E., Grosse P. Die Patienten des Juliuspitals — Aufnahmewege und Aufnahmebedingungen. W: Bleker J., Brinkschulte E., Grosse P. (red.). *Kranke und Krankheiten im Juliuspital zu Würzburg 1819–1829*. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland. *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, H. 72., Matthiesen Verlag, Husum 1995: 43–74.
  13. Bleker J. Die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse am Juliuspital 1821–1829. W: Bleker J., Brinkschulte E., Grosse P. (red.). *Kranke und Krankheiten im Juliuspital zu Würzburg 1819–1829*. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland. *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, H. 72., Matthiesen Verlag, Husum 1995: 92–124.
  14. *Medicinische Statistik der innerlichen Abtheilung des Katherinen-Hospitales zu Stuttgart*, in seinem ersten Decenium 1828–1838. Stuttgart 1841.
  15. Larsen O. Die Krankheitsauffassung und ihre historische interpretation. Ein Auswertungsmodell aufgrund von norwegischen Medizinalberichten aus dem 19. Jahrhundert. W: Imhof A.E. (red.). *Mensch und Gesundheit in der Geschichte*. *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, H.39. Husum 1980: 45–58.
  16. Bleker J. To Benefit the Poor and Advance Medical Science. *Hospitals and Hospital Care in Germany, 1820–1870*. W: Berg M., Cocks G. (red.). *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Ninetenth- and Twentieth-Century Germany*. Cambridge University Press, Cambridge 1997: 17–33.
  17. Dobieszewski Z. Stan szpitali powszechnych w Galicji w 1871 r. *Sprawozdanie złożone Wydziałowi Krajowemu Królestwa Galicji i Lodomerji z W. Ks. Krakowskiem*. Wydział Krajowy, Lwów 1871.
  18. Geiger L., Liebig J. *Annalen der Pharmacie*. C.F. Winter, Bd. XI Heidelberg 1834.
  19. Montgomery D. W. Zittmann's Decoction. *Cal. State J. Med.* 1908; 6: 100–103.