

DARIUSZ K. CHOJECKI (Szczecin)

JEDNO MIASTO, DWA RÓŻNE ŚWIATY
SPOŁECZNO-PRZESTRZENNE ZRÓŻNICOWANIE UMIERALNOŚCI
NIEMOWLĄT W SZCZECINIE W LATACH 1876–1913

CZĘŚĆ II*

Słowa kluczowe: Pomorze Zachodnie; demografia historyczna; umieralność; historia społeczna; historia XIX i XX w.; Szczecin

SZCZEGÓŁOWO

Karmienie piersią – podstawowy postulat

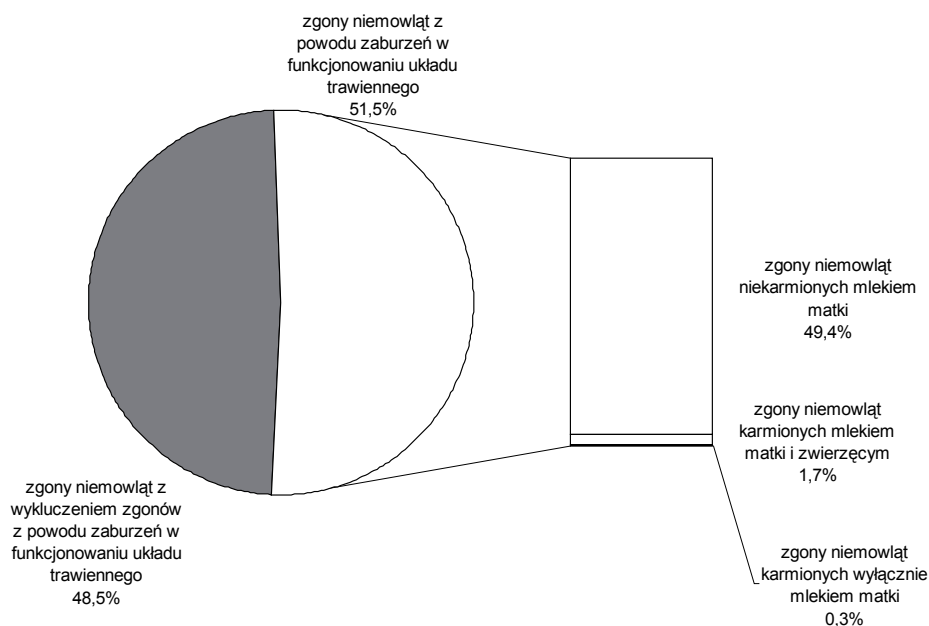
W języku niemieckim słowo „niemowlę” ma zupełnie odmienny źródłosłów jak w języku polskim. Dziecko, które nie ukończyło pierwszego roku życia, nazywane jest *Säugling*. Semantyka tego wyrazu wyraźnie wskazuje, że nie chodzi tu o niepotrafiącą jeszcze mówić istotę ludzką, lecz o oseska, dziecko karmione piersią, dosłownie – małego ssaczka. Uwaga ta pozwala lepiej zrozumieć wydźwięk postulatu miejskiej Komisji Zdrowia, w którym stwierdzono kategorycznie, że każde niemowlę ma naturalne prawo do ssania⁷⁵. Ów dezyderat, mający już swoją historię⁷⁶, przedłożony opinii publicznej w pierwszym sprawozdaniu komisji, w którym zarysowano plany jej działalności na obszarze komunalnej opieki zdrowotnej, z jednej strony świadczy o tym, jak wielkie znaczenie przypisywano naturalnemu odżywianiu w walce z wysoką umieralnością niemowląt, z drugiej zaś wskazuje na uwarunkowany zmianami cywilizacyjnymi „odwrot od natury”, o którym ówczesne środowisko lekarskie rozprawiało w kategoriach patologii społecznej. Zdawano sobie jednak sprawę, że zjawisko to nie przybrało tak skrajnej formy jak – na przykład

* Od redakcji: część pierwsza artykułu ukazała się w z. 1 „Zapisek Historycznych” (t. 75: 2010, s. 65–96); w niniejszym tekście wprowadzono kontynuację numeracji przypisów, a także wykresów i kartogramów.

⁷⁵ Bericht über Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Stettin 1902/1903 (dalej cyt. BVGASS), s. 22.

⁷⁶ Zob. Das öffentliche Gesundheitswesen des Regierungsbezirks Stettin in den Jahren 1883, 1884 und 1885, fünfter Verwaltungsbericht erstattet v. Ludwig Dieterich, Stettin 1887, s. 146–147; Das öffentliche Gesundheitswesen im Regierungsbezirke Stettin während der Jahre 1886, 1887, 1888, sechster Verwaltungsbericht erstattet v. Dr. Katerbau, Stettin 1890, s. 116–118.

Wykres 14. Zgony niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego w Szczecinie w okresie od 15 VI do 15 XI 1902 r. według rodzaju odżywiania



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 79.

– w Paryżu. W Szczecinie bowiem kobiety nie oddawały swoich nowo narodzonych dzieci na pobliską wieś pod opiekę mamek, co nie oznaczało bynajmniej, że w ogóle nie korzystały z usług tych ostatnich⁷⁷, do czego przyjdzie jeszcze powrócić.

Wymowa faktów przemawia za tym, że napomnienia ówczesnych lekarzy, kierowane pod adresem przyszłych i obecnych matek, nie były li tylko kolejną próbą zamknięcia kobiet w domach ku ucieście konserwatywnych umysłów⁷⁸. Przyjrzyjmy się więc wynikom badań. Na początek pionierskie informacje o zgonach niemowląt w Szczecinie w okresie od 15 VI do 15 XI 1902 r., zebrane na polecenie miejskiej Komisji Zdrowia i opracowane przez dra G. Freunda, juniora (wykres 14)⁷⁹. Wynika z nich, że w ciągu 5 miesięcy letnio-jesiennych w stolicy Pomorza Zachodniego zmarło 981 dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia. Wśród nich tylko 93 (9,5%) były odżywiane mlekiem matki. W grupie tych ostatnich jedynie

⁷⁷ H. Wasserfuhr, *Untersuchungen über die Kindersterblichkeit in Stettin vom Standpunkte der öffentlichen Medizin*, Stettin 1867, s. 43–44. Szerzej: E. Badinter, *Historia miłości macierzyńskiej*, przeł. K. Choiński, Warszawa 1998, s. 145–147, 161–165.

⁷⁸ Propaganda naturalnego karmienia zyskiwała sobie zwolenników między innymi dlatego, że jej realizacja nie wymagała zaangażowania wielkich środków finansowych, w przeciwieństwie do tych, jakie byłyby potrzebne przy likwidacji społecznych przyczyn wysokiej umieralności niemowląt. Por. B. Witzler, *Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung*, Stuttgart 1995, s. 192–193.

⁷⁹ BVGASS 1902/1903, s. 23; 1904/1905, s. 227.

20 (21,5%) rozstało się z życiem z powodu nieżyty jelit, żołądka lub biegunki i pokrewnych schorzeń, gdy tymczasem wśród wszystkich zmarłych niemowląt liczba tego rodzaju zgonów wyniosła 505 (51,5%)⁸⁰; jej udział względny był dwukrotnie wyższy od notowanego wśród dzieci karmionych piersią. Różnica ta staje się jeszcze bardziej wyraźna, gdy uwzględnimy fakt, że we wspomnianej grupie 20 zgonów 17 przypadało na niemowlęta, które także były karmione mlekiem krowim, surogatami i tzw. zupą mączną. Tak więc wśród 505 dzieci zmarłych z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego tylko 3 były wyłącznie karmione mlekiem matki! Chociaż dane te nie opisują precyzyjnie skali zjawiska z uwagi na brak szczegółowych informacji o liczbie kobiet karmiących piersią, to jednak świadczą dobitnie o tym, że naturalne odżywianie niemowląt miało istotny wpływ na kształtowanie się poziomu natężenia zgonów wśród najmłodszych dzieci oraz że samo naturalne odżywianie niemowląt nie było tak powszechne, jak opisywały to dzienniki szczecińskich położnych z lat 1907–1911, w świetle których aż 80% kobiet przez jakiś czas karmiło piersią swoje nowo narodzone dzieci⁸¹. W stolicy Pomorza Zachodniego jeszcze korzystniej miało wyglądać to zjawisko na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XIX w. (83,4–84,5%)⁸².

W powyższym względzie mniej optymistyczny obraz dają rzetelne badania Ericha Peipera, *notabene* nastawionego krytycznie do sprawozdawczości położnych⁸³, o czym nieco dalej. Dzięki pomocy zachodniopomorskiego środowiska lekarskiego pozyskał on informacje o długości karmienia, zebrane przy okazji pierwszych szczepień (lato 1909 r.). Wprawdzie w zestawieniach E. Peipera brakuje danych dla samego Szczecina⁸⁴, ale stratę tę w pewnej mierze rekompensuje fakt, że statystykę karmienia sporządzono – między innymi – dla wiejskiego powiatu Szczecin (Randow)⁸⁵, na obszarze którego położone były między innymi przemysłowo-robotnicze miejscowości tworzące integralny zespół miejski Szczecina⁸⁶. W latach 1901–1905 obszar tej jednostki administracyjnej notował najwyższe natężenie zgonów niemowląt na Pomorzu Zachodnim. Tu też zaledwie 55,3% szczepionych

⁸⁰ Na niską wartość tego stosunku wpływ miało chłodne, deszczowe lato. Zob. W. Gehrke, *Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Jahr in Stettin 1905 und 1906*, Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1907, Nr. 15, s. 598.

⁸¹ Archiwum Państwowe w Szczecinie (dalej cyt. AP Szczecin), Rejencja Szczecińska Wydział Prezydyalny (dalej cyt. RSWP), sygn. 8037, k. 145 (królewski lekarz okręgowy – *kg. Kreisarzt* (dalej cyt. KLO) powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.).

⁸² *Das öffentliche Gesundheitswesen im Regierungsbezirke Stettin während der Jahre 1889, 1890, 1891*, siebenter Verwaltungsbericht erstattet von Dr. Katerbau, Stettin 1893, s. 98.

⁸³ E. Peiper, Mitarb. R. Pauli, *Die Säuglingssterblichkeit in Pommern, ihre Ursachen und Bekämpfung*, Klinisches Jahrbuch, Jg. 23: 1910, s. 260, 278–279.

⁸⁴ W 1906 r. przy okazji pierwszych szczepień lekarze szczecińscy mieli zebrać materiał statystyczny, który informował o rodzaju i długości odżywiania niemowląt. Wyniki tego badania miały być opublikowane w specjalnym, nieznanym mi sprawozdaniu, o którym milczą inne źródła. Por. BVGASS 1906/1907, s. 212.

⁸⁵ Liczba poddanych szczepieniu dzieci objętych badaniem wynosiła tu 650.

⁸⁶ Zob. uwagi ogólne: E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój Szczecina w latach 1871–1918*, [in:] *Dzieje Szczecina 1806–1945*, t. 3, red. G. Labuda, Szczecin 1994, s. 281–282.

dzieci, mających przeciętnie 10 miesięcy, było przez jakiś czas karmionych piersią. Liczba ta byłaby z pewnością jeszcze mniejsza, gdyby w badaniu uwzględniono młodsze dzieci, które nie doczekały pierwszego terminu szczepień⁸⁷. W grupie odżywianych naturalnie niemowląt karmienie mlekiem matki trwało najczęściej od jednego do trzech miesięcy (41,6%)⁸⁸. Zdaniem powiatowego lekarza okręgowego, któremu szczegółowe wyniki badań E. Peipera raczej nie były znane, pozostawiające wiele do życzenia karmienie piersią na podległym mu obszarze było w mniejszej mierze efektem celowych działań kobiet, w większej zaś – skutkiem biologicznej niemożności, głównie z powodu chronicznego niedożywienia⁸⁹.

Dlaczego zapiski położnych są wątpliwej jakości? Sami lekarze okręgowi i komunalni wypowiadali się o nich krytycznie, wskazując na to, że położne nie przykładały wielkiej wagi do prowadzenia rejestracji⁹⁰, gdyż nie otrzymywały za to wynagrodzenia. W przeciwieństwie do sióstr z miejskiej opieki nad niemowlęciem, z którymi – dodajmy – pozostawały w nie najlepszych stosunkach⁹¹, kierowały się one własnym interesem finansowym⁹², oferując niekiedy swoim podopiecznym, przede wszystkim uboższym kobietom, wątpliwej jakości odżywki dla niemowląt⁹³. Mówiąc dosadnie: z powodów czysto ekonomicznych część z położnych nie była zainteresowana obniżeniem umieralności niemowląt, w tym propagowaniem idei naturalnego karmienia, do której miały być zachęcane przez lekarzy okręgowych przy okazji szczepień⁹⁴. Gwoli ścisłości, niekorzystny wizerunek *Hebammen*, który pojawia się w źródłach, znika przed pierwszą wojną światową⁹⁵.

Bez wątpienia rzetelnie swoją pracę wykonywały dobrze wykształcone siostry opłacane z kasy miejskiej⁹⁶. Zgodnie z zaleceniami płynącymi od władz centralnych⁹⁷ szczeciński Urząd Zdrowia nakazywał im podczas wizyt domowych

⁸⁷ E. Peiper, mitarb. R. Pauli, *Die Säuglingssterblichkeit*, s. 261

⁸⁸ Ibid., s. 263 (tab. XLVII).

⁸⁹ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 135 (KLO wiejskiego powiatu Szczecin do władz RS, Szczecin, 31 X 1912 r.); sygn. 8038, k. 22v (KLO wiejskiego powiatu Szczecin do władz RS, Szczecin, 24 IX 1908 r.).

⁹⁰ Ibid., sygn. 8038, k. 23 (KLO wiejskiego powiatu Szczecin do władz RS, Szczecin, 24 IX 1908 r.); sygn. 8038, k. 77v, 78 (magistrat miasta Szczecin do władz RS, Szczecin, 13 XI 1908 r.).

⁹¹ Ibid., sygn. 8038, k. 39v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 15 IX 1908 r.).

⁹² Ibid., sygn. 8037, k. 91v (naczelný prezydent prowincji Pomorze do władz RS, Szczecin, 17 V 1912 r.). W piśmie okólnym nawiązującym do rozprawy Ericha Peipera zwraca się między innymi uwagę na potrzebę zapewnienia stałego dochodu położnym (*Beziehrshebammen*), by uniezależnić je finansowo od własnej klienteli, co pozwoliłoby realizować poprzez położne wytyczne rządowej polityki mającej na celu redukcję umieralności niemowląt.

⁹³ Ibid., sygn. 8038, k. 78 (magistrat miasta Szczecin do władz RS, Szczecin, 13 XI 1908 r.).

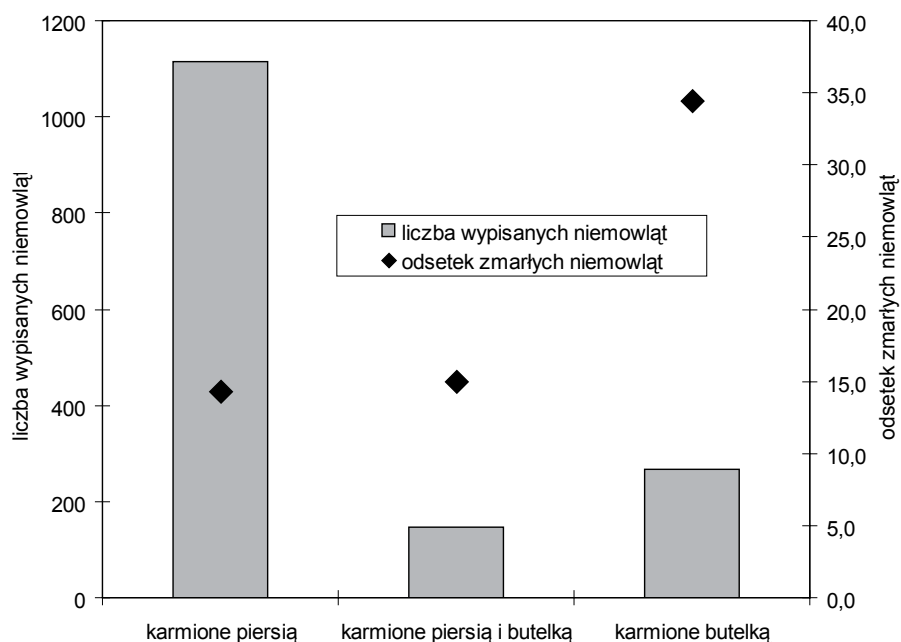
⁹⁴ Ibid., sygn. 8037, k. 42v (pruskie ministerstwo ds. wyznania, nauczania i medycyny do prezesów rejencji i prezydenta policji w Berlinie, Berlin, 16 VI 1908 r.).

⁹⁵ Ibid., sygn. 8037, k. 191 (magistrat miasta Szczecin, deputacja ds. zdrowotności do władz RS, Szczecin, 14 III 1913 r.).

⁹⁶ BVGASS 1904/1905, s. 231 i zamieszczone tam Beilage: W. Gehrke, *Bericht über die Säuglingsfürsorge des Jahres 1905*, Stettin 1906, s. 3.

⁹⁷ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 45 (pruskie ministerstwo ds. wyznania, nauczania i medycyny).

Wykres 15. Zmarłe niemowlęta na 100 dzieci wypisanych z Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem w Szczecinie w 1907 r. w podziale na sposób karmienia



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 99.

przede wszystkim propagować karmienie piersią, dalej zaś zajmować się higieną dziecka i położnicy, a także wykorzeniać „złe przyzwyczajenia” oraz raportować o niesprzyjających niemowlętom warunkach⁹⁸. Owocem pracy siostr były między innymi sprawozdania statystyczne. Na szczególną uwagę zasługuje jedno z nich, które odnosi się do 1907 r. i obrazuje umieralność niemowląt według sposobu odżywiania w zbiorowości liczącej 1530 dzieci (wykres 15)⁹⁹. Wynika z niego, że w grupie niemowląt wypisanych wówczas z miejskiej opieki nad niemowlęciem, karmionych wyłącznie mlekiem matki, zmarło „zaledwie” 14,2%, a w grupie karmionych piersią i butelką nieco więcej, bo 15%, podczas gdy wśród *Flaschenkinder*, czyli dzieci odżywianych mlekiem zwierzęcym lub surogatami, natężenie zgonów kształtowało się na poziomie 34,5%; było zatem o 113,3% wyższe w porównaniu z tym, które notowała grupa niemowląt karmionych wyłącznie piersią. Wyniki te nie mogą jednak stanowić podstawy dla wyprowadzenia uogólniających wniosków, mimo że odnoszą się do około 15–17% dzieci, które nie ukończyły pierwszego

cyny do prezesów rejencji i prezydenta policji w Berlinie, Berlin, 16 VI 1908 r.); sygn. 8037, k. 99v (pruskie ministerstwo spraw wewnętrznych do prezesów rejencji i prezydenta policji w Berlinie, Berlin, 31 VIII 1912 r.).

⁹⁸ Ibid., sygn. 8038, k. 76v, 77 (magistrat miasta Szczecin do władz RS, Szczecin, 13 XI 1908 r.).

⁹⁹ BVGASS 1907/1908, s. 226.

roku życia¹⁰⁰, a to dlatego że dotyczą one niemowląt, których rodzice mieli z reguły dochód niepodlegający opodatkowaniu, czyli mniejszy niż 900 marek rocznie. Niemniej jednak ukazują one dobitnie dyferencje w obrębie uboższej ludności. Można więc powiedzieć, że wśród gorzej uposażonych natężenie zgonów niemowląt, mimo oczywistych starań siostr, nie cechowało się homogenicznością i w dużej mierze zależało od sposobu karmienia.

Powołanie do życia miejskiego urzędu statystycznego w 1910 r. dało asumpt do opracowania pełnej, bo odnoszącej się do wszystkich zmarłych niemowląt, statystyki przyczyn zgonów w podziale na sposób i rodzaj odżywiania. Tworząc ją we współpracy z Urzędami Stanu Cywilnego, zapewne wzorowano się na rozwiązaniach berlińskich¹⁰¹. Stolica państwa gromadziła informacje o umieralności niemowląt i ich żywieniu już od końca XIX w. Szczecińskie wyniki opublikowano jednorazowo dla 1911 r. A rok ten był wyjątkowy, gdyż cechował się nadzwyczaj gorącym latem¹⁰². W sierpniu – kiedy w Szczecinie¹⁰³ poziom natężenia zgonów wśród niemowląt osiągnął ekstremalną wartość 81,25% – nie było ani jednego dnia zachmurzonego, 18 dni zaś było upalnych (w ciągu całego lata aż 47), spadło zaledwie 23 mm deszczu, wilgotność powietrza zaś wynosiła tylko 60%, a średnia temperatura (20,1 °C) była wyższa o 2,6 °C od normalnej¹⁰⁴. Jednym słowem piekło dla niemowląt, szczególnie dla niekarmionych piersią, których system odpornościowy był słabszy i których przygotowywane pożywienie ulegało częstszemu psuciu wskutek szybciej namnażających się drobnoustrojów. Nie dziwi więc, że wraz z upałami zaostrzała się szpica zgonów niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego; w przenośni można powiedzieć, że krzywa tych zgonów przybierała wówczas postać wysmukłej katedry gotyckiej chowającej w sobie najmłodsze istnienia, co daje się wyraźnie zaobserwować dla Szczecina i przyległego doń Grabowa¹⁰⁵ na podstawie kombinowanej statystyki sezonowości i przyczyn zgonów (wykres 16).

¹⁰⁰ BVGASS 1908/1909, s. 257 (dane z 1908 r.).

¹⁰¹ Zob. np. *Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin*, Jg. 33: 1916, s. 1038–1040.

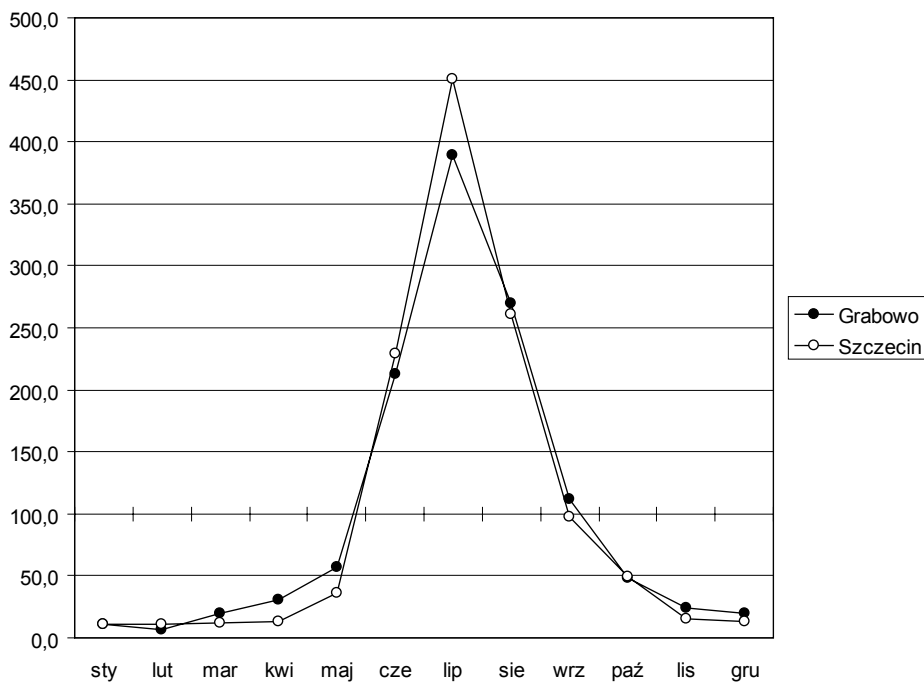
¹⁰² Obszernie na temat związku umieralności niemowląt z klimatem na przykładzie Pomorza Zachodniego: E. Peiper, mitarb. R. Pauli, *Die Säuglingssterblichkeit*, s. 235–252. Zob. też omówienie warunków pogodowych dla 1907 i 1908 r. (AP Szczecin, RSWP, sygn. 8038, k. 38; KLO rejonu zachodniego powiatu miejskiego Szczecin do władz RS, Szczecin, 15 IX 1908 r.).

¹⁰³ *Verwaltungsbericht der Stadt Stettin 1911* (dalej cyt. VBSS), s. 66.

¹⁰⁴ *Statistischer Jahresbericht der Stadt Stettin* (dalej cyt. SJBS), Jg. 2: 1911, s. 1.

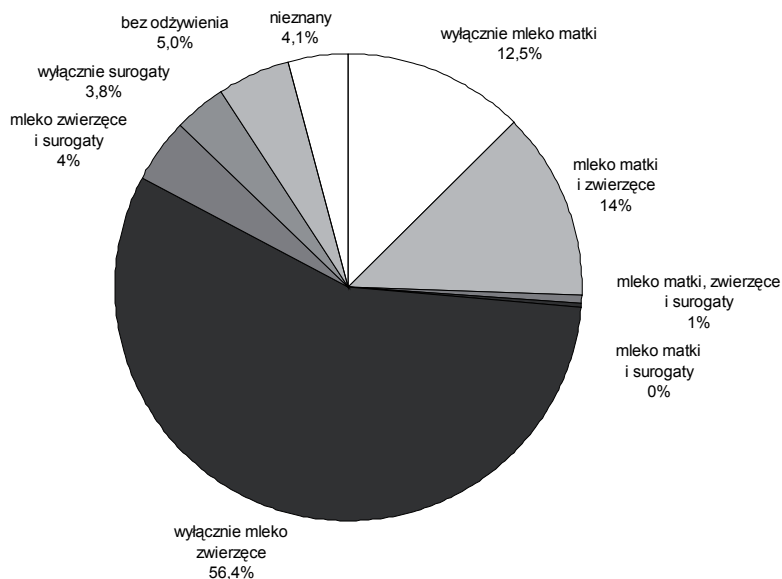
¹⁰⁵ Obliczenia własne na podstawie *Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts* [za rok 1888:] Nr. 10, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 41, 45, 48; 13, Nr. 1, 6, [1889:] 10, 15, 19, 23, 28, 32, 37, 41, 45, 49; 14, Nr. 2, 5, [1890:] 9, 13, 18, 22, 27, 31, 36, 40, 44, 49; 15, Nr. 1, 5, [1891:] 9, 14, 18, 22, 27, 31, 36, 40, 44, 48; 16, Nr. 1, 5, [1892:] 10, 14, 19, 23, 27, 31, 36, 40, 44, 49; 17, Nr. 1, 5, [1893:] 10, 14, 18, 23, 27, 31, 36, 40, 44, 49; 18, Nr. 1, 6, [1894:] 10, 13, 18, 23, 27, 31, 36, 40, 45, 49; 19, Nr. 2, 6, [1895:] 10, 14, 19, 23, 27, 32, 37, 41, 45, 49; 20, Nr. 2, 6. Łuki źródłowe – brak informacji dla trzech miesięcy 1896 r. – uniemożliwiają na obecnym etapie badań uwzględnienie w obliczeniach sezonowości lat 1896–1899. W 1888 r. Grabowo miało już przekroczone 15 tysięcy mieszkańców, dzięki czemu, zgodnie z wymogami Cesarskiego Urzędu Zdrowia, dla tego miasta mogły się ukazać w biuletynie urzędowym informacje o ruchu naturalnym i przyczynach zgonów ludności.

Wykres 16. Wskaźnik sezonowości zgonów niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego w Grabowie i Szczecinie w latach 1888–1895 (przeciętna = 100,0)



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 105.

Wykres 17. Zgony niemowląt w Szczecinie w 1911 r. według sposobu i rodzaju odżywiania



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 106.

Po tych uwagach pora powrócić do punktu wyjścia, czyli do badań przeprowadzonych w 1902 r. na zlecenie magistrackiej Komisji Zdrowia. Dla przypomnienia, świadczyły one pośrednio o tym, że w grupie niemowląt karmionych piersią ryzyko zgonu z powodu nieżytu jelit, żołądka lub biegunki oraz innych pokrewnych schorzeń było znacznie mniejsze niż w grupie niemowląt odżywianych w inny sposób. Mając to na uwadze, łatwiej będzie analizować dane z 1911 r., odnoszące się do 1306 zgonów (wykres 17). Statystyka ta – podobnie jak przywołana wyżej – pozostawia pewien niedosyt, gdyż miałaby ona jeszcze większą wartość poznawczą w wypadku dysponowania informacjami o sposobie i rodzaju odżywiania żyjących niemowląt i ich liczbie. Tak czy inaczej zestawienie z upalnego 1911 r. wskazuje, że tylko 12,5% zmarłych niemowląt było karmionych wyłącznie mlekiem matki i że w strukturze zgonów najmłodszych dominowały zdecydowanie dzieci, które były odżywiane wyłącznie mlekiem zwierzęcym (56,4%). W grupie tych ostatnich, co ważne, aż 52,0% zmarło z powodu nieżytu żołądka, jelit lub biegunki, podczas gdy w grupie karmionych piersią udział wymienionych przyczyn kształtował się na znacznie niższym poziomie, wynosząc 21,5%¹⁰⁶, czyli tyle samo¹⁰⁷ co w pięciu miesiącach 1902 r. Ujmując rzecz bardziej syntetycznie, o silnej asocjacji pomiędzy rodzajem i sposobem odżywiania a przyczyną zgonu świadczy wysoka wartość skorygowanego współczynnika kontyngencji C Pearsona, obliczonego na podstawie statystyki χ^2 . Dla szczecińskich przegrupowanych danych z 1911 r. wyniosła ona 0,688 ($p < 0,001$) w skali od 0 do 1. Wynik ten można interpretować następująco: im bardziej niemowlęta były naturalnie odżywiane, tym rzadziej umierały na schorzenia układu trawiennego, a częściej z powodu wad wrodzonych i innych chorób (wykres 18).

Skoro umieralność niemowląt była silnie zróżnicowana w zależności od pozycji społeczno-zawodowej rodziców, jak ukazują dobitnie dane z lat 1902–1913, to w kontekście poczynionych ustaleń dotyczących karmienia niemowląt można by zakładać, że struktura przyczyn zgonów w przywołanym już wielokrotnie dycho-tomicznym podziale winna także być silnie zróżnicowana w zależności od pozycji społeczno-zawodowej rodziców. Opracowane dane dla pięciu miesięcy letnio-jesiennych 1902 r.¹⁰⁸ pozwalają mieć niemalże pewność, że tak właśnie było (wykres 19)¹⁰⁹. Niech fakty mówią za siebie: w trzech grupach zmarłych niemowląt, których rodzice stali wyżej w hierarchii społeczno-zawodowej (urzędnicy i wojskowi, rzemieślnicy prowadzący działalność na własny rachunek oraz kupcy, do których także wliczono rzemieślników posiadających własny sklep), udział zgonów z powodu

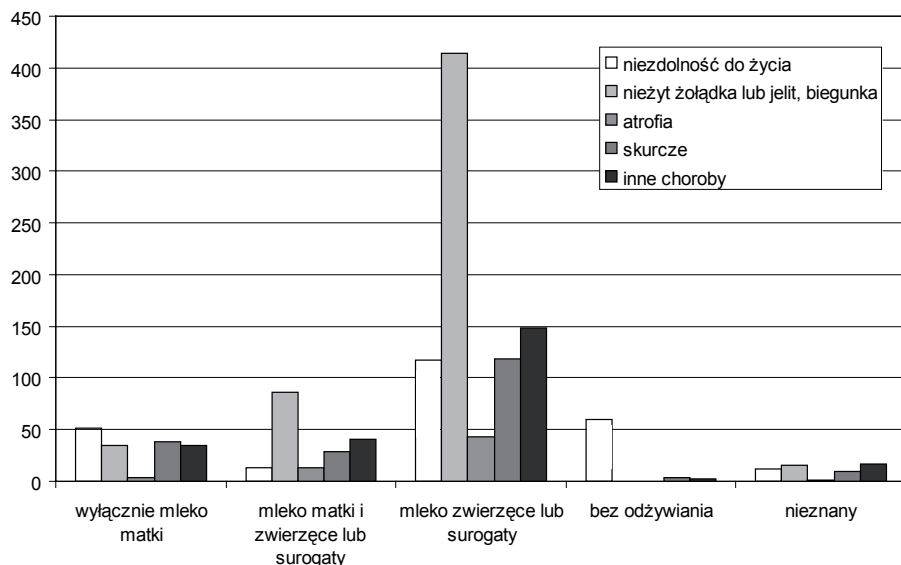
¹⁰⁶ Obliczenia własne na podstawie SJBSS, Jg. 2: 1911, s. 18.

¹⁰⁷ Mimo tego samego wyniku wartości te są nieporównywalne z powodu różnego okresu zbierania danych i odmiennych warunków pogodowych.

¹⁰⁸ BVGASS 1904/1905 (Anlage 3), s. 243.

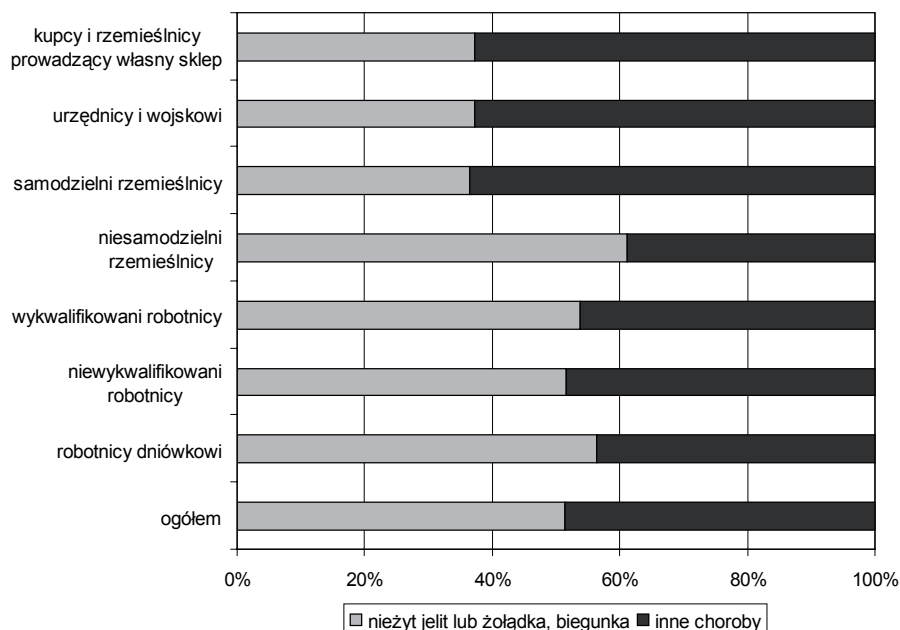
¹⁰⁹ Dane o przynależności społeczno-zawodowej rodziców podano dla 756 niemowląt. W grupie tychże udział zgonów z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego był taki sam jak w grupie wszystkich niemowląt objętych badaniem (981 dzieci) i wynosił 51,5%, co pozwala na śmielsze wyciąganie wniosków.

Wykres 18. Zgony niemowląt w Szczecinie w 1911 r. według rodzaju i sposobu odżywiania oraz przyczyny śmierci



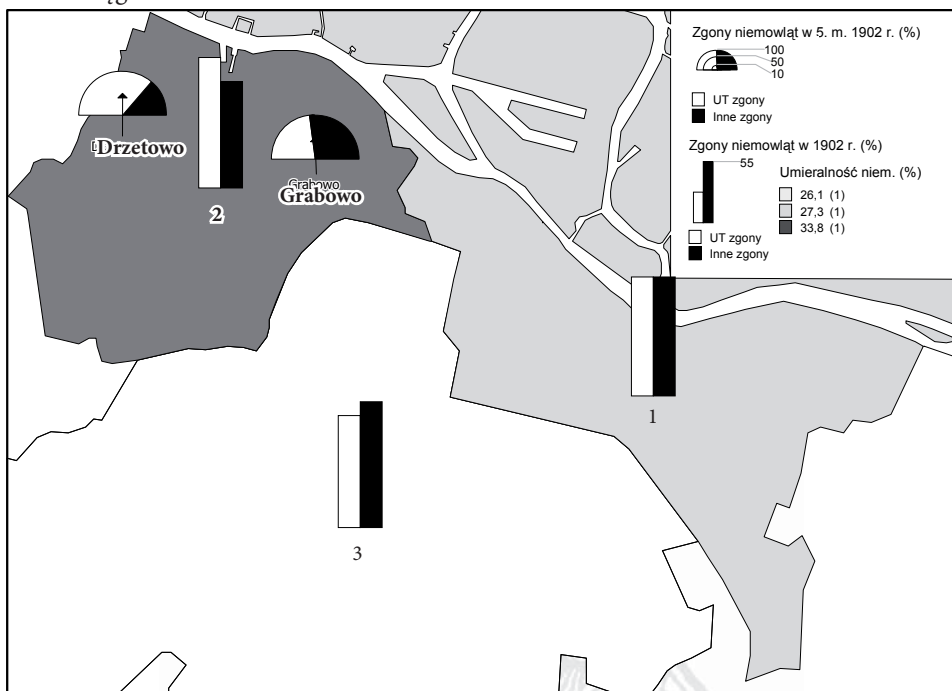
Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 106.

Wykres 19. Udział zgonów niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego w ogólnej liczbie zgonów niemowląt w Szczecinie w okresie od 15 VI do 15 XI 1902 r. według przynależności społeczno-zawodowej rodziców



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 108.

Kartogram 2. Udział zgonów niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego w ogólnej liczbie zgonów niemowląt i umieralność niemowląt w szczecińskich okręgach USC w 1902 r.



Uwaga: UT zgony – zgony z powodu zaburzeń funkcjonowaniu układu trawiennego.
Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 110.

nieżyty jelit, żołądka lub biegunki wahał się od 36–37%. Sytuacja ta odmiennie kształtowała się w pozostałych grupach zmarłych niemowląt, których rodzice zajmowali niższą pozycję na szczeblach drabiny społeczno-zawodowej (wykwalifikowani, niewykwalifikowani i dniówkowi robotnicy). Wskutek zaburzonego funkcjonowania układu trawiennego 52–56% ich dzieci zmarło przed ukończeniem pierwszego roku życia. Największym udziałem zgonów z powyższego powodu odznaczały się niemowlęta rękodzielników nieprowadzących własnej działalności gospodarczej (61%). Zapewne chodziło tu o czeladników i uczniów rzemiosła. Jak widać, zróżnicowanie analizowanego zjawiska było wyraźne w kontekście przynależności społeczno-zawodowej rodziców, aczkolwiek jego wielkość nie była aż tak rzucająca się w oczy. Przyczyną tego stanu rzeczy były warunki pogodowe. Chłodne lato 1902 r. wpłynęło bowiem korzystnie na poziom umieralności niemowląt, osłabiając przy tym strukturalne kontrasty.

Opisane wyżej dyferencje powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w przestrzeni geograficznej miasta (kartogram 2). Niestety interesujące nas informacje

zebrano jedynie dla trzech okręgów Urzędów Stanu Cywilnego miasta Szczecin¹¹⁰, ponadto cechujących się niewielkim stopniem homogeniczności społeczno-zawodowej, czego już nie można powiedzieć w wypadku miejskich okręgów statystycznych. I tak, najmniejszym stopniem zróżnicowania odznaczał się II okręg USC obejmujący swym zasięgiem robotnicze dzielnice Szczecina Grabowo i Drzetowo, w których licznie zamieszkiwali stocznioowcy. Na tym obszarze miasta była największa umieralność niemowląt. W 1902 r. na 100 urodzeń żywych przypadało tu 33,8 zgonów dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia. Nie dziwi więc fakt, że II okręg USC odznaczał się również największym odsetkiem niemowląt zmarłych z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego (55%), gdy tymczasem udział tych zgonów był znacznie mniejszy na obszarze III USC (47%) i II USC (50%), które cechowały się odpowiednio mniejszą umieralnością niemowląt, to jest 26,1% i 27,3%. Różnice te mogły być między innymi determinowane samą pracą zawodową kobiet. Według lekarza okręgowego rejonu Szczecin-Zachód na podległym mu obszarze, to jest w dzielnicach śródmiejskich i willowych, karmienie piersią niemowląt było w miarę powszechnym zjawiskiem¹¹¹. Tu też umieralność najmłodszych dzieci notowała najniższe wartości w skali całego miasta. Dlaczego? Jednej z przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać w tym, że zamieszkałe tam kobiety, zgodnie z ówczesną mentalnością mieszczańską¹¹², z reguły nie podejmowały pracy zawodowej, gdyż mąż – dla którego dyshonorem była praca małżonki – miał za zadanie utrzymać rodzinę. Jeśli już pracowały, to ich miejsce wykonywanego zajęcia było często tożsame z miejscem zamieszkania. Tak w jednym, jak i w drugim wypadku sprzyjało to dłuższemu karmieniu piersią nowo narodzonych dzieci i tym samym warunkowało ich mniejszą umieralność¹¹³.

Dlaczego wśród niemowląt uboższych warstw ludności odsetek zgonów z powodu nieżyty jelit, żołądka lub biegunki był wyższy niż wśród niemowląt lepiej uposażonych rodziców? Z pewnością nie chodziło tu wyłącznie o warunki sanitarno-higieniczne mieszkań, podejmowaną pracę zawodową przez kobiety, szkodliwe nawyki etc., lecz również o samą jakość mleka zwierzęcego, którym były karmione dzieci. Już w latach sześćdziesiątych XIX w. Hermann Wasserfuhr wypowiadał się o niej bardzo krytycznie, wskazując że mleko szczecińskie bywa często nadpsute, gdyż udój krów prowadzony jest w złych warunkach; dziewczki miewają brudne ręce, bywa, że ich włosy i złuszczone naskórki znajdują się w mleku, do którego także dostaje się uryna oraz gnój i kurz stajenny. Do tego wszystkiego dochodził jeszcze proceder fałszowania jakości poprzez mieszanie starego czy też nadpsutego mleka ze świeżym i/lub rozcieńczanie go wodą. To ostatnie, paradoksalnie, mogło

¹¹⁰ BVGASS 1904/1905 (Anlage 3), s. 242, 252.

¹¹¹ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 145v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.).

¹¹² R. Sieder, *Sozialgeschichte der Familie*, Frankfurt am Main 1987, s. 187–189.

¹¹³ O wpływie pracy zawodowej kobiet na poziom umieralności niemowląt w kontekście grup wyznaniowych wspomina Maria Nietyksza (*Ludność Warszawy na przełomie XIX i XX wieku*, Warszawa 1971, s. 114–115).

ratować życie wielu niemowlętom, ponieważ zmniejszało wartość energetyczną mleka. Wielu rodziców bowiem nie wiedziało, że nadmiar tłuszczu i innych substancji odżywczych może być szkodliwy dla rozwoju dziecka; wszak masa fizyczna cielęcia w znacznie szybszym tempie przyrasta niż niemowlęcia¹¹⁴. Ubożsi rodzice zdawali sobie jednak dobrze sprawę ze stanu swoich portfeli, który nakazywał im kupować tańsze mleko dla siebie i swoich dzieci¹¹⁵, czego z reguły nie czynili za-
możniejsi¹¹⁶.

Celem przeciwdziałania szkodliwemu procederowi fałszowania jakości mleka zaostrzono jego kontrolę, wprowadziwszy w życie w dniu 1 VII 1903 r. stosowne policyjne rozporządzenie¹¹⁷. Jak można zasadnie przypuszczać, bodźcem dla tego działania były wyniki badań z 1902 r. Okazało się bowiem, że połowa zmarłych niemowląt była odżywianych mlekiem szczecińskim, gdy tymczasem obrót mlekiem importowanym był siedmiokrotnie wyższy niż rodzimym¹¹⁸. W obliczu tych faktów władze miejskie podjęły się próby obniżenia umieralności dzieci w pierwszym roku życia poprzez darmowe rozdawnictwo ubogiej ludności dobrego mleka. Nie bez powodu sięgnięto wówczas po mleko pochodzące ze szczecińskiej mleczarni arkońskiej (*Eckerberger Molkerei*)¹¹⁹, albowiem zmarłe niemowlęta, które były nim odżywiane, cechowały się względnie niskim odsetkiem zgonów z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawienno-
go (54,2%). Na drugim biegunie stali ci najmłodsi, którzy byli karmieni mlekiem pochodzącym od mleczarzy zamieszkujących poza Szczecinem (69,2%)¹²⁰. Tak mówią badania z 1902 r. Jakiej zaś wiedzy dostarczyły te, które przeprowadzono w III kwartale 1903 r., czyli wtedy gdy zaczęło obowiązywać policyjne rozporządzenie? Otóż okazało się, że umieralność niemowląt¹²¹ w grupie karmionych mlekiem z *Eckerberger Molkerei* wyniosła 15% (114:759), a w grupie dzieci ogółem – 14% (953:6827). Pesymista mógłby zatem mieć powód do narzekań, zobaczywszy różnicę w relatywnych wartościach, opty-
mista natomiast – i tu przyjmijmy jego pogląd – mógłby całą rzecz skomentować następująco: odżywianie dobrej jakości mlekiem dało pozytywne rezultaty wła-
śnie dlatego, że umieralność wśród dzieci ubogich rodziców (z reguły wysoka) nie odbiegała zasadniczo od umieralności wśród wszystkich dzieci, w grupie których były także niemowlęta odżywiane wyłącznie mlekiem matki!¹²² W każdym razie wyniki tych badań, mimo że nie tak pozytywne jak w Berlinie, nie zniechęciły

¹¹⁴ Zob. G. Temme, *Die sozialen Ursachen Säuglingssterblichkeit*, Berlin–Schöneberg 1908, s. 38–39; M. Konarzewski, *Na początku był głód*, Warszawa 2005, s. 100–101.

¹¹⁵ H. Wasserfuhr, *Untersuchungen*, s. 84–86.

¹¹⁶ BVGASS 1904/1905, Beilage: W. Gehrke, *Bericht*, s. 12.

¹¹⁷ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 146 (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.).

¹¹⁸ BVGASS 1904/1905 (Anlage 3), s. 253.

¹¹⁹ Ibid. (Anlage 4), s. 254.

¹²⁰ Ibid. (Anlage 3), s. 248.

¹²¹ Umieralność przedstawia tu stosunek liczby zgonów niemowląt do liczby żyjących dzieci w danym momencie.

¹²² BVGASS 1904/1905 (Anlage 4), s. 255–256.

władz miejskich do samej idei rozwijania „akcji mlecznej”. Od grudnia 1904 r. ruszyło rozdawnictwo ubogim. W październiku 1905 r. zmodyfikowano je, wprowadzając system dopłat do mleka dla ludności gorzej uposażonej (o dochodzie poniżej 900 marek rocznie i nieprzekraczającym 100 marek na jedno dziecko)¹²³, który premiował matki karmiące piersią, gdyż otrzymywały one dopłatę do 1 litra mleka dziennie, gdy tymczasem matki karmiące butelką – tylko do 1/2 litra. W swych założeniach system ten miał również zredukować umieralność niemowląt uboższych rodziców poprzez dostarczanie im szczecińskiego mleka o sprawdzonej jakości, nad którą czuwał miejski Urząd Zdrowia¹²⁴. W gronie lekarsko-urzędniczym rozważano nawet wprowadzenie do obiegu porcji mleka gotowych do bezpośredniego użycia (*trinkfertige Portionen*), ale wycofano się z tego zamiaru, sądząc, że może to odwieść kobiety od karmienia piersią¹²⁵. Dopłaty funkcjonowały bez zakłóceń do wybuchu pierwszej wojny światowej.

Akcentowanie potrzeby karmienia piersią wśród warstwy uboższych kobiet – silnie propagowane od początku XX w., czynione już przy okazji rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego¹²⁶ i stanowiące, między innymi, przedmiot działalności Patriotycznego Stowarzyszenia Kobiet¹²⁷, a także Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem – mogłoby sugerować, że naturalne odżywianie niemowląt było normą wśród kobiet wywodzących się z zamożniejszych kręgów ludności, gdyż nie musiały one podejmować pracy zawodowej, a tym samym odstawiać od piersi swych nowo narodzonych dzieci, by zapewnić rodzinie podstawy egzystencji, czego nie można powiedzieć – na przykład – w odniesieniu do robotnic przemysłowych zamieszkujących podszczecińskie miejscowości¹²⁸. Wprawdzie, by umożliwić tym ostatnim karmienie piersią w czasie pracy, miano zakładać w fabrykach

¹²³ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8038, k. 43v–44v (KLO wiejskiego powiatu Szczecin do władz RS, Szczecin, 1 X 1908 r.). W swoich postulatach podnosi problem progu podatkowego, uprawniającego do korzystania z Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem, a ściślej mówiąc – do korzystania z dopłat do mleka. Jego zdaniem jest on zbyt niski, wskutek czego liczba dzieci objętych kuratelą jest niewielka, gdy tymczasem potrzeby są znacznie większe. Wysunął więc postulat, by próg przesunąć do kwoty 1500 marek. Nie został on jednakże spełniony.

¹²⁴ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 190–190v (magistrat miasta Szczecin, deputacja ds. zdrowia do władz RS, Szczecin 14 III 1913 r.); sygn. 8038, k. 149–149v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon wschodni) do władz RS, Szczecin, 29 X 1912 r.); sygn. 8038, k. 39 (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 15 IX 1908 r.) oraz BVGASS 1904/1905, Beilage: W. Gehrke, *Bericht*, s. 2; BVGASS 1905/1906, s. 220–221.

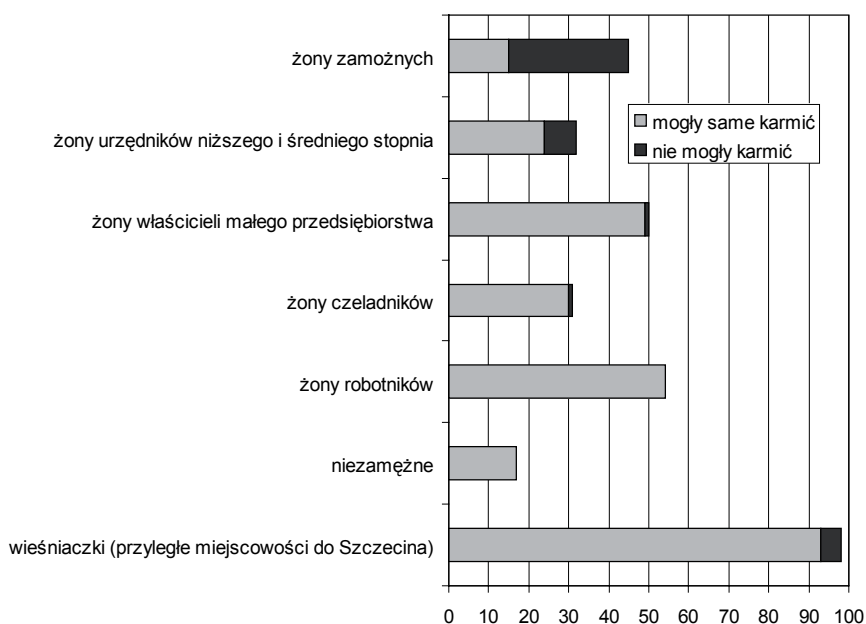
¹²⁵ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8038, k. 79v (magistrat miasta Szczecin do władz RS, Szczecin, 13 XI 1908 r.).

¹²⁶ BVGASS 1904/1905, s. 24.

¹²⁷ Szerzej o działalności tego stowarzyszenia pisze Agnieszka Chlebowska (*W walce o poprawę warunków życia. Opieka nad dzieckiem jako obszar działalności organizacji kobiecych w Prusach na przełomie XIX i XX wieku na przykładzie Szczecina*, [in:] *Choroba i śmierć w perspektywie społecznej w XIII–XX wieku*, red. D. Chojecki, E. Włodarczyk, Warszawa 2010).

¹²⁸ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 135 (KLO wiejskiego powiatu Szczecin do władz RS, Szczecin, 31 X 1912 r.).

Wykres 20. Możliwość karmienia piersią nowo narodzonych dzieci w Szczecinie w połowie lat sześćdziesiątych XIX w. według przynależności społeczno-zawodowej matek



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 131.

specjalne, przeznaczone ku temu izby¹²⁹, ale pozostało to w sferze postulatów. Dla pełniejszego obrazu dodajmy, że w świetle ówczesnego prawa ubezpieczonym kobietom zamężnym przysługiwał krótki, bo zaledwie sześciotygodniowy, płatny urlop macierzyński (*Wochengeld*)¹³⁰.

Jest rzeczą zastanawiającą, że źródła właściwie pomijają temat społecznych uwarunkowań karmienia piersią, zwracając jedynie uwagę na niezamożne matki. Czyżby chodziło tu o zмовę milczenia? Dla przykładu, prof. Erich Peiper, dysponujący najlepszym materiałem statystycznym, nie wypowiedział się w ogóle w kwestii wpływu przynależności społeczno-zawodowej na częstotliwość karmienia piersią. Inni lekarze też nie zabrali głosu w tej sprawie – poza jednym – Hermannem Wasserfuhrem. W połowie lat sześćdziesiątych XIX w. zebrał on przy okazji odwiedzin domowych informacje o możliwości naturalnego odżywiania 327 nowo narodzonych dzieci (wykres 20). Okazało się, że zaraz po porodzie największe problemy z karmieniem piersią miały kobiety, których mężowie byli zamożni (dochód roczny powyżej 1000 talarów). W ich grupie $\frac{3}{4}$ nie mogło samemu

¹²⁹ Ibid., sygn. 8038, k. 23v (KLO wiejskiego powiatu Szczecin do władz RS, Szczecin, 24 IX 1908 r.).

¹³⁰ Por. [dr] Behr-Pinnow, *Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit*, Berlin 1913, s. 50.

karmić noworodków. Wśród nich tylko jedna odżywiała swe dziecko sztucznie, pozostałe zaś 29 korzystało z pomocy mamek. O szczebel niżej w hierarchii społecznej stały 32 żony urzędników średniego i niższego stopnia, których dochód nie przekraczał 1000 talarów. W ich grupie już tylko $\frac{1}{4}$ nie mogła samemu karmić piersią, zlecając to zadanie w pięciu przypadkach mamkom, a w trzech odżywiając sztucznie swe nowo narodzone dzieci. Żony właścicieli małych przedsiębiorstw oraz czeladników prawie w ogóle nie miały problemu z pokarmem, a u robotnic stojących najniżej na szczeblach drabiny społecznej możliwość karmienia piersią wynosiła 100%. Równie dobrze wyglądała ta sytuacja u wieśniaczek zamieszkujących przyległe do Szczecina wsie: na 98 badanych tylko 5 nie podawało piersi swym noworodkom. Jak wyglądało odżywianie później – nie wiadomo. W każdym razie wiadomo, że dr H. Wasserfuhr próbował wytłumaczyć ową anormalną niemożność karmienia piersią u swoich najzamożniejszych pacjentek ich stanem zdrowia, wskazując że przyczyną „odmowy” było szybkie, samoistne zanikanie produkcji pokarmu i jego niedostateczne wydzielanie, czemu także stało na przeszkodzie pojawiające się zapalenie gruczołu sutkowego. Skąd ta powszechna przypadłość? Stąd ponoć, że kobiety zamożne dziedziczyły zły stan zdrowia po rodzicach zamieszkujących w niezdrowym obrębie murów miejskich, nie były nazbyt aktywne fizycznie i prowadziły nieodpowiedni tryb życia, a ponadto zbyt wcześnie wychodziły za mąż. Wśród wielu wymienionych przyczyn jedna zasługuje na szczególną uwagę: nadpobudliwość (*Blut- und Nervenleben*), gdyż może ona wskazywać także na niebiologiczny wymiar zjawiska. Czytając interesujące studium dr. H. Wasserfuhra, odnosi się wrażenie, że w tym fragmencie traci ono na swej rzetelności, gdyż autor za wszelką cenę próbuje bronić zachowań swych zamożnych pacjentek, sięgając do biologicznych wyjaśnień¹³¹, nie wspominając zaś – na przykład – o chęci zachowania powabnego wyglądu biustu¹³² czy też szybkiego uwolnienia się od tzw. długiej smyczy, by móc swobodnie funkcjonować w świecie towarzyskim. Dopiero po zmianie klimatu politycznego, a więc po pierwszej wojnie światowej, w której obok żołnierzy poległy ideały świata mieszczańskiego, w sprawozdaniach lekarzy okręgowych pojawiają się adnotacje, że zanikające na powrót karmienie piersią jest charakterystyczne dla pałacowych komnat – a zatem dla grup ludności stojących wysoko w hierarchii społecznej – i że przenosi się ono pod „strzechę” ubogiej pomorskiej chaty, przy czym „zły” przykład miał promieniować z miasta¹³³.

Dzieci pozamałżeńskie – grupa podwyższonego ryzyka

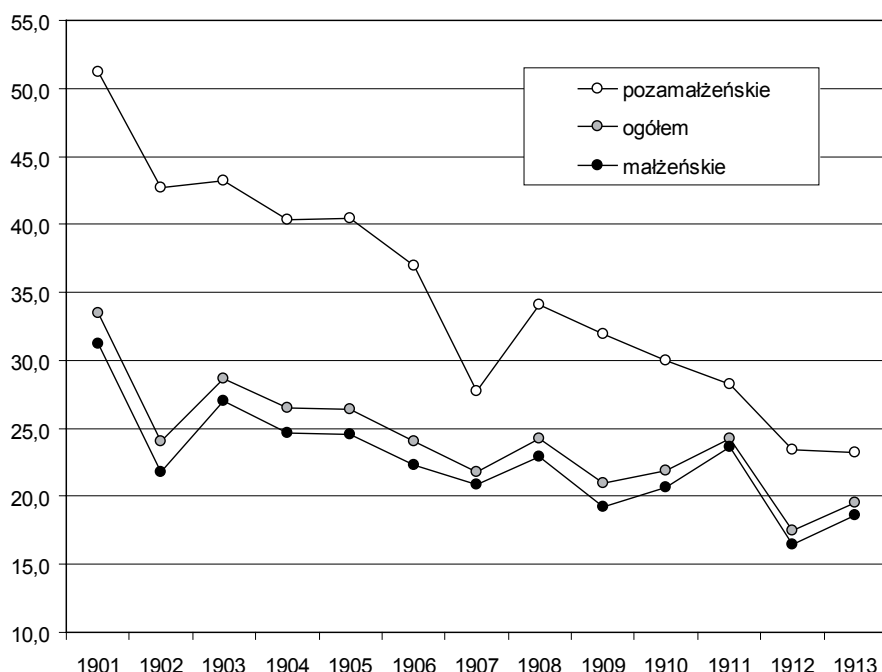
Środowisko lekarskie szczególną uwagę kierowało na niezamężne matki, gdyż umieralność ich niemowląt była wyższa o kilkadziesiąt procent w porównaniu z umieralnością niemowląt zamężnych matek (wykres 21). Zdawano sobie przy

¹³¹ H. Wasserfuhr, *Untersuchungen*, s. 43–44.

¹³² Por. G. Temme, *Die sozialen Ursachen*, s. 64.

¹³³ D. Szudra, *Ludność pruskiej prowincji Pomorze. Przemiany w ruchu naturalnym i migracyjnym w latach 1914–1939*, Szczecin 2005, s. 202.

Wykres 21. Umieralność niemowląt w Szczecinie w latach 1901–1913 w podziale na legitymizację zmarłych dzieci (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 135.

tym sprawę z pozytywnych zmian zachodzących w tej dziedzinie¹³⁴. Na początku XX w. natężenie zgonów niemowląt wykazywało bowiem trwałą tendencję spadkową zarówno w grupie dzieci małżeńskich, jak i pozamałżeńskich¹³⁵, ale w przypadku tych ostatnich odznaczała się ona szybszym tempem i większą regularnością, co zasługuje także na podkreślenie w kontekście wzrastającego udziału urodzeń pozamałżeńskich¹³⁶. W rozpatrywanym okresie relatywna różnica pomiędzy obiema wartościami współczynnika swoje maksimum osiągnęła w 1902 r., wynosząc wówczas 96,4%, natomiast swoje minimum zanotowała w 1911 r., kiedy zmniejszyła się do 19,8%¹³⁷. Jak relacje te kształtowały się w geograficznej przestrzeni miasta – właściwie nie wiadomo. Wprawdzie opublikowano dane o zgonach niemowląt pozamałżeńskich w wyszczególnionych rejonach Szczecina w pięciu miesiącach

¹³⁴ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 145v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.); sygn. 8037, k. 151–151v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon wschodni) do władz RS, Szczecin, 29 X 1912 r.).

¹³⁵ SJBSS, Jg. 4: 1913, s. 17.

¹³⁶ W 1901 r. w Szczecinie na 100 urodzeń żywych przypadało 11,5 urodzeń pozamałżeńskich, a w 1913 r. – 15,0. Zob. *Statistische Vierteljahresberichte der Stadt Stettin* (dalej cyt. SVBSS), Jg. 5: 1915, Nr. 1, (D. Anhang: 1. Die außerehelich Geborenen in Stettin und ihre Mütter), s. 36.

¹³⁷ Obliczenia własne na podstawie SJBSS, Jg. 4: 1913, s. 17.

Kartogram 3. Udział zgonów niemowląt pozamałżeńskich w ogóle zgonów niemowląt w Szczecinie w okresie od 15 VI do 15 XI 1902 r. w podziale na rejony miejskie (%)



Uwaga: grupowanie metodą równych interwałów; brak wytyczenia ostrych granic rejonów; na podkładzie granice okręgów statystycznych z 1911 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 138.

letnio-jesiennych 1902 r., ale mają one niewielką wartość poznawczą, gdyż nie przedstawiają natężeń tych zgonów, lecz tylko ich procentowy udział w ogólnej liczbie zgonów niemowląt (kartogram 3)¹³⁸. O czym zatem mogą one świadczyć? O tym, że prawdopodobnie najwięcej urodzeń pozamałżeńskich było na Starym Mieście oraz w okolicy Szubienicznych Łąk (*Galgenwiesen*), położonych przy dzisiejszej ul. gen. Henryka Dąbrowskiego, i na Górnym Wiku. Tutaj bowiem poziom zgonów niemowląt był w dużej mierze kształtowany przez zgony niemowląt pozamałżeńskich, których udział wynosił kolejno dla obu rejonów 25 i 31%. Zjawisko to nie wprawia w zdziwienie, jeśli się je rozpatruje w kontekście uwag poczynionych przez Edwarda Włodarczyka. W pierwszym wypadku wysoka wartość analizowanego udziału była pochodną szybko postępującej na przełomie XIX i XX w. proletaryzacji najstarszej części miasta i pogarszania się jej infrastruktury komunalnej, w drugim zaś była odzwierciedleniem stosunków społecznych i mieszkaniowych panujących u podnóża Fortu Prusy, gdzie – zgodnie z sugestią płynącą od powyższego autora – były zlokalizowane obszary miejskiej nędzy, slumsy. Mianem

¹³⁸ BVGASS 1904/1905 (Anlage 3), s. 245.

tym określano jeszcze tylko niektóre ulice Dolnego Drzetowa¹³⁹. Na przeciwnym biegunie, co ciekawe, leżały obszary miejskie, które można sobie przeciwstawić pod względem społeczno-zawodowym, a mianowicie uważane za robotnicze Grabowo i Dolny Wik (13%) oraz inteligencko-burżuazyjny Westend, Turzyn i północno-zachodnia część Śródmieścia nazywanego w źródle częścią Nowego Miasta¹⁴⁰ (15%). O ile bowiem w odniesieniu do tego ostatniego rejonu niska wartość analizowanego udziału nie budzi zastrzeżeń, o tyle w wypadku Grabowa i Dolnego Wiku może wprawiać w zdziwienie, zważywszy, że na obszarze tym licznie zamieszkiwali robotnicy zatrudnieni w przemyśle stoczniowym i maszynowym. Nie można wykluczyć, że ten właśnie fakt – jak zobaczymy dalej – odgrywał pewną rolę w kształtowaniu poziomu urodzeń pozamałżeńskich, skoro kobiety, ówczesnie, rzadko pracowały w przemyśle ciężkim, często zaś w konfekcyjnym, tytoniowym, a przede wszystkim znajdowały zatrudnienie w służbie domowej. Należy także przypomnieć, że w świetle danych z lat 1911–1913 Grabowo cechowało się relatywnie niską ogólną umieralnością niemowląt, co było ewenementem w skali szczezińskich dzielnic robotniczych położonych na peryferiach miasta (zob. uwagi w części „Ogólnie”). Wyjątkowość tę można między innymi próbować wyjaśnić relatywnie niskim poziomem urodzeń pozamałżeńskich.

Dyferencja w natężeniu zgonów niemowląt małżeńskich i pozamałżeńskich była uwarunkowana w dużej mierze społecznie, zważywszy, że samotnie wychowujące matki pochodziły przeważnie z dolnych warstw społecznych, o czym świadczą między innymi dane z lat 1902–1913 (wykres 22)¹⁴¹. Prezentując je, można by użyć skali logarytmicznej z uwagi na nadzwyczaj wysoką, odcinającą się od pozostałych wartość współczynnika urodzeń pozamałżeńskich w grupie kobiet zatrudnionych w służbie domowej i osobistej (96,4%!). Ich dzieci dominowały w urodzeniach pozamałżeńskich nie tylko relatywnie, lecz również absolutnie (3435 faktów), co pozwala wyciągnąć wniosek, że ogólny poziom umieralności niemowląt pozamałżeńskich był w głównej mierze kształtowany przez zgony dzieci matek zatrudnionych w służbie domowej i osobistej¹⁴². Istotny wpływ na poziom interesującego nas zjawiska musiały również wywierać zgony dzieci kobiet podejmujących różnego rodzaju pracę najemną, pełniących kierownicze stanowisko lub pracujących na własny rachunek (odstępstwo od reguły zapewne tylko pozorne, zważywszy, że w grupie tych niezamężnych matek znajdowały się na przykład ubogie szwaczki

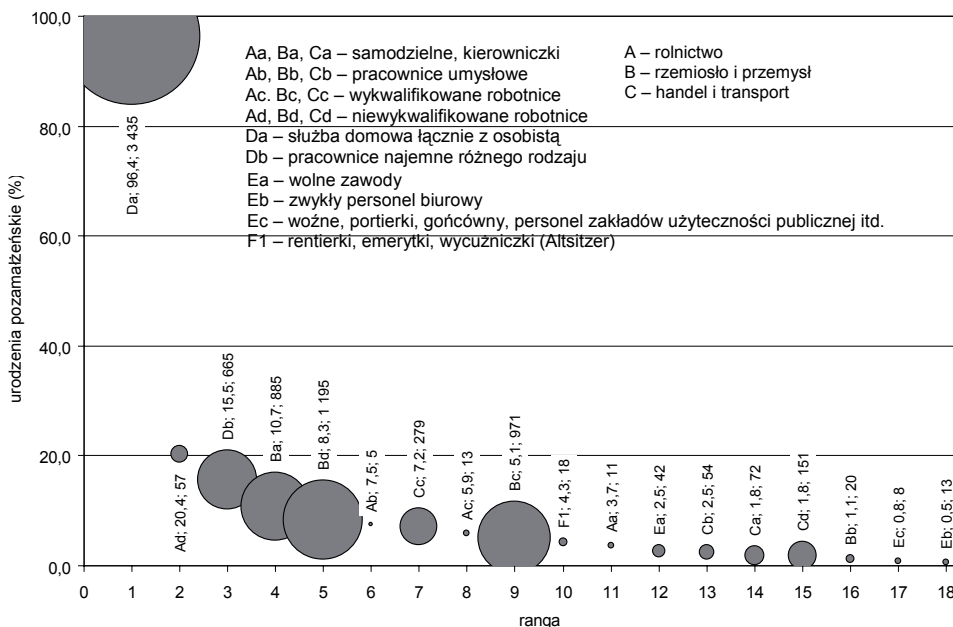
¹³⁹ E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 324, 328.

¹⁴⁰ W oficjalnym nazewnictwie określenie *Neustadt* (Nowe Miasto) odnosiło się do części miasta przylegającej od południowego zachodu do Starego Miasta (okolice dzisiejszej ulicy Dworcowej, Trzeciego Maja i fragmentu Narutowicza). Jednakże w lekarskich sprawozdaniach magistrackich dzielnica ta jest nazywana *ehemalige Neustadt* (dawne Nowe Miasto), a za „właściwy” obszar Nowego Miasta uważa się tam tereny położone w osi ulicy Wojska Polskiego na odcinku wyznaczonym prawdopodobnie ulicą Bolesława Krzywoustego i Placem Sprzymierzonych (zob. BVGASS 1907/1908, s. 225).

¹⁴¹ Obliczenia własne na podstawie SJBSS, Jg. 4: 1913, s. 12–13.

¹⁴² O sytuacji służby domowej w Szczecinie: E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 471–472.

Wykres 22. Absolutny i relatywny poziom urodzeń pozamałżeńskich w Szczecinie w latach 1902–1913 (dane zagregowane) w podziale na przynależność społeczno-zawodową matek



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 141.

czy krawcowe), w końcu zatrudnionych jako niewykwalifikowana i wykwalifikowana siła robocza w rzemiośle i przemyśle. Możliwość wniknięcia w głąb struktury zawodowej kobiet, które urodziły dziecko z nieformalnego związku, daje statystyka z 1914 r.¹⁴³ Według niej w grupie rzeczonych rodzicielek (899 matek) dominowały licznie *Dienstmädchen* – służące (33,8%), następne miejsce zajmowały krawcowe, szwaczki i prasowaczki (13,6%), kolejne zaś te, które nie miały zawodu (10,2%). Dla kontrastu, w dużych grupach zawodowych najmniej licznie reprezentowane były kobiety zatrudnione w służbie państwowej i prywatnej (nie mylić z *häusliche Dienst*) oraz wykonujące wolny zawód (0,7%). Źródło wymienia tu pianistkę, trzy artystki, opiekunkę do chorych i diakonisę – ewangelicką siostrę zakonną.

Dlaczego wśród niezamężnych matek dominowały służące? Na to pytanie odpowiada interesująco Michael Mitterauer, twierdząc, że w ośrodkach wielkomiejskich kobiety zatrudnione w charakterze służby domowej, będąc najczęściej imigrantkami, wiodły życie z dala od wpływu religijnych i rodzinno-towarzyskich zależności, których okowy pozostawiały na prowincji, by w mieście móc zdobywać nowe doświadczenia i poznawać nieznany dotąd świat. Sami pracodawcy chętniej zatrudniali dziewczyny pochodzące spoza wielkiego miasta, gdyż w ten sposób zyskiwali możliwość wywierania na nie większego wpływu i sprawowania nad nimi

¹⁴³ SVBSS, Jg. 5: 1915, Nr. 1, s. 35.

większej kontroli¹⁴⁴, co było tym łatwiejsze, że zatrudniane przez nich kobiety najczęściej były w młodym wieku. Jak bardzo pod względem tego ostatniego różniły się matki niezamężne od zamężnych – ukazują w pewnej mierze dane szczecińskiej Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem, opracowane dla 1912 r., z których wynika, że $\frac{4}{5}$ kobiet urodziło dziecko pozamałżeńskie, mając mniej niż 25 lat, podczas gdy tym wiekiem przy porodzie legitymowała się zaledwie $\frac{1}{4}$ mężatek. Średni wiek matek w pierwszej grupie wyniósł 22,1 lat, w drugiej zaś 29,9 lat¹⁴⁵. Oczywiście liczby te nie odzwierciedlają precyzyjnie różnic z uwagi na odmienny rozkład częstości kolejnych urodzeń w obu grupach matek. Do porównań wieku winny być brane pod uwagę tylko urodzenia pierwsze, ale brakuje informacji o nich w interesującym nas podziale.

Pełne dane o urodzeniach pozamałżeńskich z 1914 r. pozwalają z dużą dozą prawdopodobieństwa przypuszczać, że wśród niezamężnych matek najliczniej były reprezentowane te, które przy wydaniu dziecka na świat miały 19, 20, 21 i 22 lata, przy czym ich wiek w chwili porodu, szacunkowo, oscylował najczęściej wokół 21,1 lat. W zdecydowanej większości niezamężne matki były pannami: zaledwie 1,9% z nich miała za sobą związek małżeński, będąc wdową (1,3%) albo rozwiedzioną (0,6%)¹⁴⁶. Wszystko to pozwala sądzić, że *ledige Mütter* nie miały wypracowanego dorobku materialnego, a tym bardziej ugruntowanej pozycji społecznej¹⁴⁷.

Sytuacja niezamężnych matek z jeszcze innego powodu była trudna. W ich zbiorowości pokaźny odsetek stanowiły rodzicielki spoza Szczecina (wykres 23). O ile bowiem w latach 1910–1913 udział tych ostatnich w grupie zamężnych matek wyniósł tylko 2,4%, o tyle w grupie niezamężnych matek osiągnął poziom 10,3% i cechował się stałą tendencją wzrostową (z 8,3% w 1910 r. do 12,8% w 1913 r.)¹⁴⁸. Należy podkreślić, że pod względem absolutnych rozmiarów urodzenia z niezamężnych matek pozamiejscowych, choć mniejsze liczebnie, nie odbiegały zasadniczo od urodzeń z zamężnych matek pozamiejscowych. Wprawdzie dane Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem za rok 1912 pokazują, że kobiety urodzone poza Szczecinem były liczniej reprezentowane w grupie zamężnych matek (74,6%) niż w gru-

¹⁴⁴ M. Mitterauer, *Ledige Mütter. Zur Geschichte unehelicher Geburten in Europa*, München 1983, s. 102. Zob. też ogólne uwagi na temat służby domowej: A. Fauve-Chamoux, *Służba domowa w Europie od XVI wieku: dzieje i źródła zjawiska*, [in:] *Rodzina i gospodarstwo domowe na ziemiach polskich w XV–XX wieku. Struktury demograficzne, społeczne i gospodarcze*, red. C. Kukło, Warszawa 2008, s. 324–326; R. Poniat, *Kontrola służby domowej na ziemiach polskich w świetle aktów prawnych w końcu XVIII i XIX wieku*, [in:] *ibid.*, s. 353–362 (odniesienia do zaboru pruskiego).

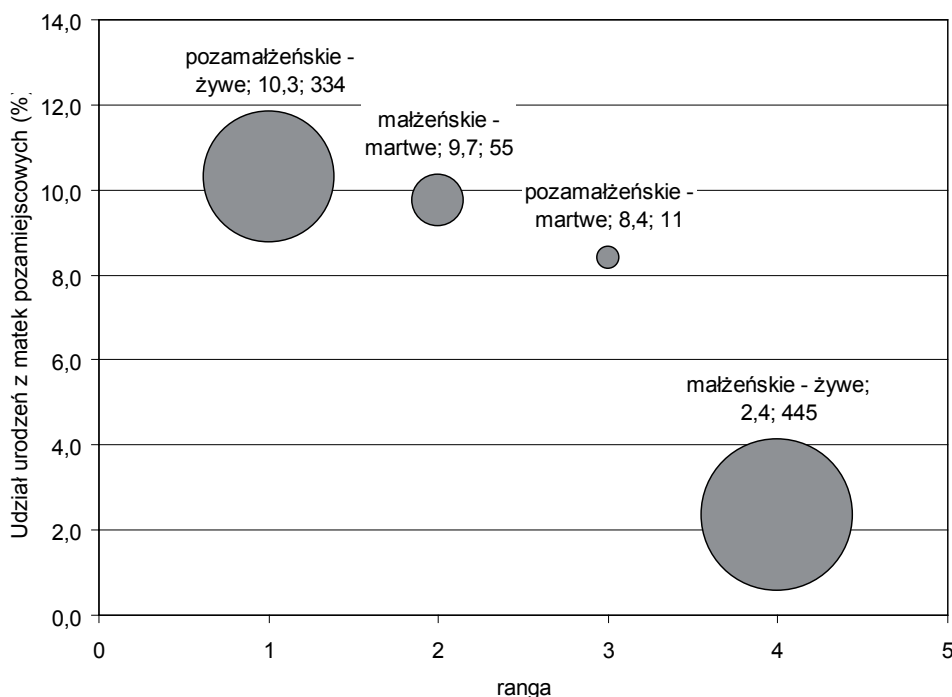
¹⁴⁵ Obliczenia własne na podstawie VBSS 1912, s. 90.

¹⁴⁶ Obliczenia własne na podstawie SVBSS, Jg. 5: 1915, Nr. 1, s. 35–36.

¹⁴⁷ W świetle danych Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem w 1912 r. w grupie niezamężnych matek, korzystających obligatoryjnie z pomocy tej instytucji, 42,9% pracowało w czymś gospodarstwie domowym, 20,9% wykonywało zawód robotnicy fabrycznej, 19,7% było zatrudnionych w nieprzemysłowych zakładach, 5,3% pracowało na stanowisku pomocy kupieckiej (*Angestellte in Geschäften*), a 10,4% nie miało zawodu. Zob. VBSS 1912, s. 89.

¹⁴⁸ Obliczenia własne na podstawie SJBSS, Jg. 1: 1910, s. 5; Jg. 2: 1911, s. 12; Jg. 3: 1912, s. 17; Jg. 4: 1913, s. 11.

Wykres 23. Udział urodzeń z matek pozamiejscowych w urodzeniach ogółem w Szczecinie w latach 1910–1913 (dane zagregowane) w podziale na legitymizację i żywotność w chwili urodzenia



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 148.

pie niezamężnych (65,0%), to jednak, po dokładnym rozpatrzeniu okazuje się, że wśród tych ostatnich znacznie więcej było takich, które odznaczały się krótkim czasem pobytu w Szczecinie. By nie pozostać gołosłownym: aż $\frac{1}{2}$ niezamężnych matek zamieszkiwała w stolicy Pomorza Zachodniego nie dłużej jak rok. To samo mogła o sobie powiedzieć tylko $\frac{1}{7}$ zamężnych matek¹⁴⁹.

Główną przyczyną opisanej pokrótce „turystyki porodowej” – w czasach, gdy zdecydowana większość dzieci przychodziła na świat w zaciszu domowym¹⁵⁰ – była chęć, a nawet potrzeba, urodzenia dziecka z dala od nieprzychylnego wiejskiego lub małomiasteczkowego środowiska, które, z reguły, nie akceptowało owoców nieformalnych związków i piętnowało stygmatem winy oraz hańby niezamężnej matki. Wielkomiński Szczecin dawał pannom w ciąży większą anonimowość i umożliwiał im wydanie na świat dziecka w godziwych warunkach, co ułatwiały pewne instytucje. Część z kobiet zapewne po porodzie wracała do swego lokalnego

¹⁴⁹ Obliczenia własne na podstawie VBSS 1912, s. 89.

¹⁵⁰ Przykładowo w Szczecinie w latach 1910–1913 przyszło na świat w zakładach opieki publicznej tylko 8,1% dzieci. Ich matki, zapewne, w zdecydowanej większości pochodziły spoza Szczecina. Zob. *Preußische Statistik* (dalej cyt. PS) 229, 1910, s. 222; 233, 1911, s. 222; 238, 1912, s. 222; 245, 1913, s. 222.

środowiska, większość jednak – jak można przypuszczać – pozostawała w Szczecinie, by tu szukać środków do dalszej egzystencji. W tej walce o byt, toczonej bez wsparcia rodziny, z pewnością największe straty ponosiły same niemowlęta.

O przyczynach ponadprzeciętnej umieralności niemowląt pozamałżeńskich z pasją rozprawiał każdy zaangażowany społecznie naukowiec czy publicysta. Wśród wielu opisów tego zjawiska uwagę przykuwa jednakże jeden, pochodzący z połowy lat sześćdziesiątych XIX w., pióra szczecińskiego lekarza, dr. Hermanna Wasserfuhra. Czytając go, można odnieść wrażenie, że jedną z głównych przyczyn zgonów niemowląt pozamałżeńskich było podlegające pod paragraf działania matek, które miało na celu pozbawienie życia owocu niezalegalizowanego związku. Motorem tegoż działania, nacechowanego premedytacją, miały być strach przed hańbą i obawa o realizację dalszych planów życiowych, którym na przeszkodzie mogło stanąć dziecko z „nieprawego łoża”. Wystarczy w tym miejscu wspomnieć, że dla większości kobiet zatrudnionych w służbie domowej urodzenie nieślubnego dziecka oznaczało zazwyczaj utratę posady i skromnego miejsca zakwaterowania¹⁵¹.

Zdaniem dr. H. Wasserfuhra pewna część dzieci pozamałżeńskich była rodzona potajemnie, w odosobnionych miejscach, umierała śmiercią pozorną, odsunięta od ciepła, źle ubrana, bez należytej pielęgnacji i dostępu do świeżego powietrza. Z poczynionych przez niego obserwacji wynikało, że zdarzało się tak, iż bękarty były upuszczane na bruk lub twardy grunt, na którym rozbijały sobie głowę, a niektóre z nich kończyły swój krótki żywot, będąc uduszone w kloace, pod łóżkiem czy przyciśnięte ciałem matki; bywało też, że noworodki schodziły z tego świata z wyziębienia albo z upływu krwi, gdyż nie podwiązano im na czas pępowiny. Te „niedopatżenia” nosiły znamiona występku. Z pewnością część dzieci była celowo doprowadzona do śmierci poprzez utopienie, uduszenie, pobicie czy też porzucenie – konkluduje H. Wasserfuhr¹⁵². Pół wieku później znawca problemu, dr Behr-Pinnow, będzie apelował o powszechne objęcie opieką kuratorską (*Vormundschaft*) niewinnych niemowląt pozamałżeńskich¹⁵³, które muszą „ponosić konsekwencje błędu rodziców”, co w żaden sposób nie jest uzasadnione etycznie i nie znajduje swego umocowania w systemie wartości chrześcijańskich. Jest – jednym słowem – barbarzyństwem¹⁵⁴. Stygmat winy w jeszcze inny sposób dawał o sobie znać w prawodawstwie socjalnym: niezamężne matki wydając na świat dziecko, były dyskryminowane przez system ubezpieczeń społecznych, gdyż po porodzie nie przysługiwał im sześciotygodniowy płatny urlop macierzyński (*Wochengeld*)¹⁵⁵. Sytuacja ta zmieniła się dopiero w dobie reform Republiki Weimarskiej, jednakże

¹⁵¹ E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 471.

¹⁵² H. Wasserfuhr, *Untersuchungen*, s. 36.

¹⁵³ W Szczecinie funkcjonująca od 1 I 1910 r.

¹⁵⁴ [Dr] Behr-Pinnow, *Geburtenrückgang*, s. 45.

¹⁵⁵ Ibid., s. 50.

mentalny stosunek do dzieci pozamażeńskich nie uległ zasadniczym przeobrażeniom, przynajmniej na prowincji zachodniopomorskiej¹⁵⁶.

Odmalowany w czarnych barwach obraz umieralności niemowląt pozamażeńskich powinien również znaleźć swoje odzwierciedlenie w liczbach. Do przesuniętej nieco w czasie „weryfikacji” ustaleń dr. H. Wasserfuhra można wykorzystać publikowane dla Szczecina od 1886 r. dane o przyczynach zgonów, prezentowane w podziale na płeć i wiek zmarłych, skupiwszy uwagę na poziomie zabójstw, nieszczęśliwych wypadków lub innych formach nagłej śmierci (*gewaltsame Einwirkungen*) w grupie dzieci zmarłych przed ukończeniem pierwszego roku życia. W ich liczbie bowiem powinno się uwidocznić owo występne działanie niektórych matek wobec swych nowo narodzonych dzieci, dla którego można by zastosować eufemistyczną nazwę: postnatalna kontrola urodzeń. Okazuje się, że dla niezbyt odległego czasu fakty wyglądały inaczej. W poszczególnych pięcioleciach (1886–1890–1906–1910) i ostatnim trzyleciu (1911–1913) absolutna liczba zgonów z wymienionych powodów wahała się od 4 do 16. W strukturze przyczyn śmierci niemowląt odgrywały one podrzędną rolę, gdyż ich udział oscylował pomiędzy 0,6‰ a 2,2‰, a ponadto nie cechował się określoną tendencją rozwojową¹⁵⁷. Bardziej szczegółowe dane z lat 1910–1913, uwzględniające – co ważne – legitymizację niemowląt, utwierdzają w przekonaniu, że zjawisko, o którym mówił dr H. Wasserfuhr, było marginalne u progu pierwszej wojny światowej, nawet jeśli mamy przed oczyma tylko jego *Dunkelziffer*. Oficjalnie w ciągu tych czterech lat w Szczecinie zamordowano jedno niemowlę małżeńskie i jedno pozamażeńskie. W grupie najmłodszych dzieci pochodzących z zalegalizowanych związków sześć rozstało się z życiem z powodu nieszczęśliwego wypadku lub innej nagłej śmierci. Wskutek jednej z tych ostatnich przyczyn zmarł tylko jeden niemowlak pochodzący z nieformalnego związku¹⁵⁸.

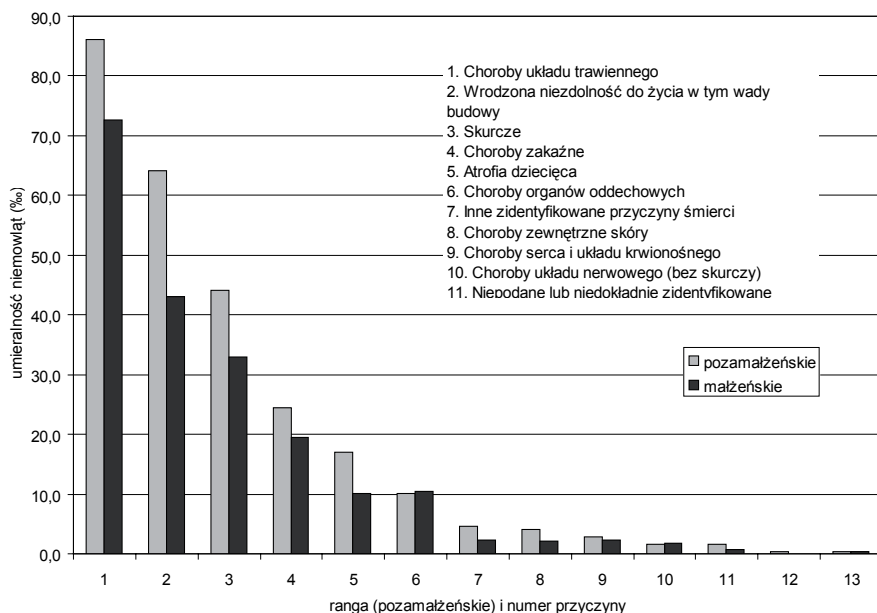
Powyższe dane, jakkolwiek budujące w swej wymowie, nie powinny przesłaniać zasadniczego faktu, że niemowlęta pozamażeńskie, choć przeważnie wydawane na świat przez matki w optymalnym wieku prokreacyjnym, były jednak w większym stopniu narażone na utratę życia z różnorodnych powodów niż niemowlęta małżeńskie (wykres 24). W grupie tych ostatnich, „szczęśliwie urodzonych” natężenie zgonów było wyższe, nieznacznie, tylko w wypadku schorzeń układu oddechowego oraz chorób systemu nerwowego, wyłączwszy z tej kategorii drgawki i skur-

¹⁵⁶ Zob. D. Szudra, *Ludność*, s. 200.

¹⁵⁷ Obliczenia własne na podstawie BVGASS 1886/1887, s. 52–53; 1887/1888, s. 38–39; 1888/1889, s. 34–35; 1889/1890, s. 36–37; 1908/1909, s. 224–228; PS 118, 1890, s. 54–55; 124, 1891, s. 54–55; 132, 1892, s. 54–55; 135, 1893, s. 54–55; 139, 1894, s. 54–55; 145, 1895, s. 52–53; 152, 1896, s. 52–53; 157, 1897, s. 52–53; 162, 1898, s. 52–53; 166, 1899, s. 52–53; 171, 1900, s. 50–51; 179, 1901, s. 50–51; 184, 1902, s. 50–51; 189, 1903, s. 50–51; 195, 1904, s. 50–51; 199, 1905, s. 54–55; 208, 1906, s. 54–55; 214, 1907, s. 56–57; VBSS 1909, s. 12–13; SJBSS, Jg. 1: 1910, s. 6–7; Jg. 2: 1911, s. 14–15; Jg. 3: 1912, s. 20–21; Jg. 4: 1913, s. 14–15.

¹⁵⁸ SJBSS, Jg. 1: 1910, s. 6–7; Jg. 2: 1911, s. 14–15; Jg. 3: 1912, s. 20–21; Jg. 4: 1913, s. 14–15.

Wykres 24. Umieralność niemowląt w Szczecinie w latach 1910–1913 (dane zagregowane) w podziale na przyczyny zgonów i legitymizację



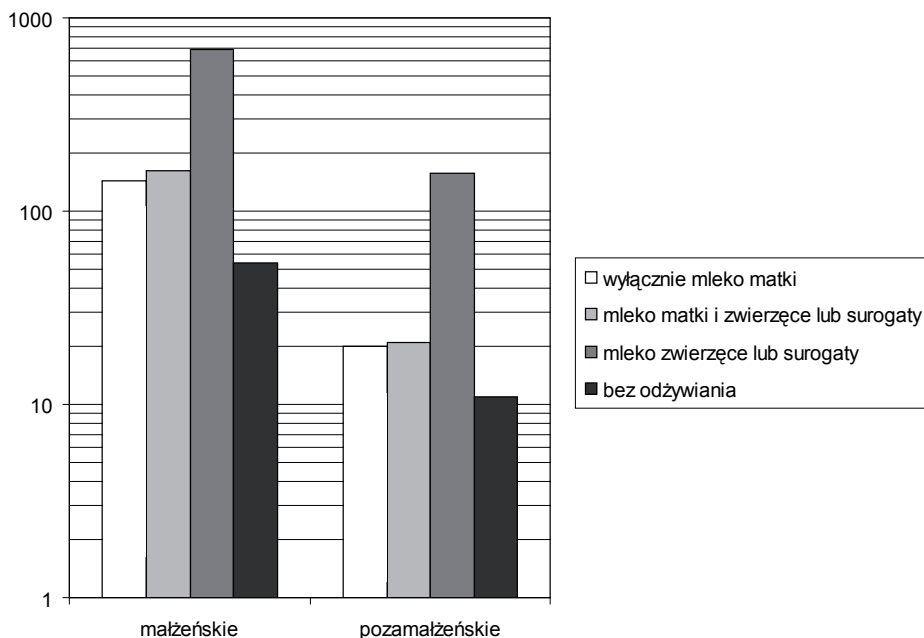
Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 158.

cze (*Krämpfe*)¹⁵⁹. Nierówność w obliczu choroby i śmierci, determinowana stanem zdrowia psychicznego i fizycznego matek, już na samym początku drogi życiowej dawała o sobie znać w vitalności noworodków, której jakość, według nieznanych kryteriów, opisują dane Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem z lat 1910–1912. Cóż z nich wynika? Otóż to, że wśród dzieci przyjmowanych do opieki stosunkowo więcej było „zdrowych i silnych” w grupie tych, które przyszły na świat w związkach małżeńskich niż pozamałżeńskich (różnica rzędu 6,4–10,5 pkt. proc.). Sytuacja ta wyglądała na odwrót wśród najmłodszych niemowląt cechujących się atrybutem „zdrowe, ale słabowite”, gdyż w tym wypadku przewagę względną miały dzieci zrodzone z nieformalnych związków (różnica rzędu 6,5–7,7 pkt. proc.)¹⁶⁰. Z pewnością kontrast pomiędzy obiema grupami noworodków stałby się jeszcze bardziej wyrazisty, gdyby Miejska Opieka nad Niemowlęciem objęła swym zasięgiem większość nowo narodzonych dzieci małżeńskich, co uczyniła w stosunku do nowo narodzonych dzieci pozamałżeńskich. Rozpatrując strukturę przyczyn śmierci w podziale na legitymizację niemowląt, można także dostrzec wspomnianą nierówność. Opisująca ją różnica uwidacznia się w wypadku zgonów z powodu „wrodzonej niezdolności do życia, w tym wad budowy”. W Szczecinie w okresie 1910–1913 przyczyna ta częściej występowała w grupie niemowląt pozamałżeńskich (24,6%) niż w grupie niemowląt małżeńskich (21,7%), a natężenie zgonów

¹⁵⁹ Źródło jak wyżej.

¹⁶⁰ VBSS 1910, s. 62; 1912, s. 89.

Wykres 25. Zgony niemowląt w Szczecinie w 1911 r. w podziale na legitymizację i rodzaj odżywiania



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 165.

z jej powodu było większe aż o 49% wśród nieślubnych dzieci w porównaniu ze ślubnymi (zob. wykres 24)¹⁶¹.

Niezamężne matki, w wielu wypadkach zdane tylko na siebie, by zapewnić sobie i swemu dziecku podstawy egzystencji, musiały zaraz po rozwiązaniu podjąć pracę zawodową, co – zdaniem lekarzy – niekorzystnie wpływało na częstotliwość i długość karmienia piersią dzieci¹⁶². Część z nich, próbując pozyskać środki finansowe, najmowała się u zamożnych matek w charakterze mamki, karmiąc piersią ich nowo narodzone dzieci, swoje zaś odżywiając mlekiem krowim lub sztucznie¹⁶³. Czy ta ostatnia praktyka była w Szczecinie w odwrocie – trudno wywnioskować na podstawie zachowanych źródeł. W każdym razie przed pierwszą wojną światową nie zanikła tu instytucja mamek, skoro w dokumentach jest mowa o nich w kontekście wprowadzenia kontroli nad nimi w formie scentralizowanego pośrednictwa¹⁶⁴.

¹⁶¹ Obliczenia własne na podstawie SJBS, Jg. 1: 1910, s. 6–7; Jg. 2: 1911, s. 14–15; Jg. 3: 1912, s. 20–21; Jg. 4: 1913, s. 14–15.

¹⁶² AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 134 (KLO powiatu wiejskiego Szczecin do władz RS, Szczecin, 31 X 1912 r.); sygn. 8038, k. 38 (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 15 IX 1908 r.).

¹⁶³ H. Wasserfuhr, *Untersuchungen*, s. 45.

¹⁶⁴ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 147 (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.); sygn. 8037, k. 150 (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon wschodni) do władz RS, Szczecin, 29 X 1912 r.).

Negatywne opinie lekarskie na temat odżywiania dzieci pozamażeńskich można zweryfikować na podstawie statystyki z 1911 r.¹⁶⁵, która między innymi uwzględnia legitymizację zmarłych niemowląt (wykres 25). W jej świetle udział zgonów dzieci nieodżywianych w ogóle mlekiem matki, a tylko mlekiem zwierzęcym czy surogatami kształtował się w grupie niemowląt małżeńskich na poziomie 63,1%, a w grupie pozamażeńskich – 71%. Różnica pomiędzy obiema wartościami – jak widać – nie była tak znaczna, jak mogły to sugerować wypowiedzi lekarskie. Inaczej wyglądało interesujące nas zjawisko w świetle danych z 1912 r. pochodzących z Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem: w chwili przyjęcia do niej aż 35,1% niezamężnych matek karmiło swe noworodki wyłącznie butelką, gdy tymczasem w grupie zamężnych czyniło to tylko 18,4% matek¹⁶⁶. Należy jednak pamiętać, że opieka miejska z reguły obejmowała swym zasięgiem niemowlęta, których matki wywodziły się z uboższych warstw ludności.

Zdaniem lekarza okręgowego wiejskiego powiatu Szczecin w okresie letnich upałów niemowlęta pozamażeńskie były w szczególności narażone na zgon z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego z racji rzadszego karmienia piersią¹⁶⁷. Skoro tak, to ta przyczyna rozstania się z życiem powinna znacznie bardziej rzucać się w oczy w strukturze zgonów niemowląt przyszłych na świat w związkach nieformalnych niż formalnych. Przypuszczenie to, jakkolwiek dobrze uzasadnione logicznie, jest negowane przez empirię, także ku mojemu zaskoczeniu i zapewne inicjatorów samych badań, którzy „niewygodny” problem pominieli milczeniem, by nie osłabić siły propagandy naturalnego odżywiania. Wyniki badań z 1902 i 1911 r. wskazują bowiem na to, że i w jednej, i w drugiej grupie zmarłych niemowląt odsetek zgonów z powodu nieżytu jelit, żołądka lub biegunki był prawie taki sam (sic!) lub nie różnił się istotnie, czego oczywiście – zaznaczmy to wyraźnie – nie można powiedzieć w odniesieniu do natężenia zgonów. I tak, w pięciu chłodnych i deszczowych, letnio-jesiennych miesiącach 1902 r. w podzbiorowości dzieci pozamażeńskich wyniósł on 51,8%, a w podzbiorowości dzieci małżeńskich – 51,4%¹⁶⁸. W całym 1911 r., odznaczającym się upalnym latem, poziom interesującego nas udziału przyczyn w zgonach niemowląt kształtował się następująco: 44,8% oraz 41,6%¹⁶⁹. Mając na uwadze ówczesny stan diagnostyki lekarskiej, można śmiało powiedzieć, że udział ten, tak w jednej, jak i w drugiej grupie niemowląt, w rzeczywistości był znacznie wyższy. Gros bowiem dzieci, które zmarły z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego, było ukrytych w dwóch kategoriach „przyczyn” śmierci, a mianowicie „skurcze” (objaw!) oraz „atrofia dziecięca”. Uwzględniwszy je, okazuje się, że w latach 1910–1913 w Szczecinie nieco większym odsetkiem interesujących nas zgonów odznaczały się nie-

¹⁶⁵ SJBSS, Jg. 2: 1911, s. 18.

¹⁶⁶ VBSS 1912, s. 89.

¹⁶⁷ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 134–135 (KLO powiatu wiejskiego Szczecin do władz RS, Szczecin, 31 X 1912 r.).

¹⁶⁸ Obliczenia własne na podstawie BVGASS 1904/1905 (Anlage 3), s. 244.

¹⁶⁹ Obliczenia własne na podstawie SJBSS, Jg. 2: 1911, s. 18.

nowłeta małżeńskie (58,3%) niż pozamałżeńskie (56,4%)¹⁷⁰. Czyż fakt ten można interpretować jako przejaw tego, że wbrew obiegowym opiniom niezamężne matki nie różniły się istotnie od zamężnych pod względem intensywności karmienia piersią?

Jak widać, stan legitymizacji niemowląt właściwie nie wpływał na rozpatrywaną w dychotomicznym podziale strukturę przyczyn zgonów. Dane z 1902 r. ukazują jednakże jej zróżnicowanie w zależności od zajmowanej przez rodziców pozycji na szczeblach drabiny społeczno-zawodowej, co pozwala wysunąć hipotezę, że udział zgonów niemowląt z powodu nieżytu jelit, żołądka lub biegunki był skorelowany dodatkowo z warunkami mieszkaniowymi i liczbą dzieci w rodzinie, która z kolei istotnie zależała od pozycji społeczno-zawodowej rodziców. Nie bez znaczenia dla tego przypuszczenia pozostaje uwaga lekarza okręgowego sprawującego nadzór nad rejonem zachodnim, który na podstawie własnych obserwacji stwierdził, że umieralność, ponoć szczególnie narażonych na utratę życia *Ziehkinder*, nazywanych też *Haltekinder* – to jest dzieci pozamałżeńskich lub niemających rodziców, oddanych za wynagrodzeniem pod opiekę obcych ludzi – kształtuje się korzystniej niż umieralność dzieci w wielodzietnych rodzinach¹⁷¹. Wreszcie sama Miejska Opieka nad Niemowlęciem faworyzowała przy przyjmowaniu do niej dzieci urodzone jako pierwsze, wychodząc z założenia, że do propagowanych zaleceń i nowinek trudno będzie przekonać matki, które wydały już na świat kilkoro dzieci, gdyż rodzicielki te mają utrwalone – można by nawet rzec – wdrukowane nawyki w opiece nad niemowlęciem¹⁷². Czy mamy na to jakiś mocny dowód? Raczej tylko przesłankę w postaci faktu, że w przywoływanym już wielokrotnie 1911 r., odznaczającym się upalnym latem, natężenie zgonów w grupie niemowląt małżeńskich wzrosło w stosunku do poprzedniego roku, gdy tymczasem w grupie niemowląt pozamałżeńskich zmalało. Podobna sytuacja, tyle że już nie tak „spektakularna”, miała miejsce w 1913 r. Środowisko lekarskie komentowało ten fenomen jako sukces Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem¹⁷³, która od 1910 r. objęła obligatoryjnie wszystkie dzieci przysze na świat w niezalegalizowanych związkach¹⁷⁴.

Warto dodać, że w dziele obniżania umieralności niemowląt wśród dzieci pozamałżeńskich ubogich matek¹⁷⁵ niepoślednie miejsce zajmował Dom Niemowlę-

¹⁷⁰ Obliczenia własne na podstawie SJBS, Jg. 1: 1910, s. 6–7; Jg. 2: 1911, s. 14–15; Jg. 3: 1912, s. 20–21; Jg. 4: 1913, s. 14–15.

¹⁷¹ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8038, k. 39 (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 15 IX 1908 r.).

¹⁷² BVGASS 1908/1909, s. 254.

¹⁷³ VBSS 1911, s. 65; 1913, s. 92; AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 147v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.); sygn. 8037, k. 151–151v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon wschodni) do władz RS, Szczecin, 29 X 1912 r.); sygn. 8037, k. 190v (magistrat Szczecina, deputacja ds. zdrowia do władz RS, Szczecin, 14 III 1913 r.).

¹⁷⁴ VBSS 1910, s. 60–61.

¹⁷⁵ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 146v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.); sygn. 8037, k. 148v–149 (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon wschodni) do władz RS, Szczecin, 29 X 1912 r.); sygn. 8038, k. 40–40v (KLO powiatu miej-

cia i Matki (*Säuglings- und Mutterheim*), funkcjonujący od kwietnia 1907 r. pod egidą Patriotycznego Stowarzyszenia Kobiet. W instytucji tej usilnie propagowano naturalne odżywianie niemowląt, czego widowym przykładem była stosowana tam praktyka oddawania do karmienia piersią innym położnicom tych noworodków, których matki nie były w stanie same tego czynić. Większość przyjętych doń kobiet stanowiły służące, robotnice i sklepowe. Gros z nich pochodziło spoza Szczecina. Udział pozamiejscowych matek wyniósł 72,8% w grupie 1436 podopiecznych zanotowanych w okresie 1907/1908–1917/1918¹⁷⁶. Obok tej instytucji funkcjonował Dom Henrietty (*Henriettehaus*) w ramach Fundacji Magdaleny. Niósł on pomoc „zagrożonym i upadłym” dziewczętom, oferując im wsparcie duchowe i materialne, godziwe warunki bytowania przed i po rozwiązaniu. Jego podstawowym celem statutowym, oprócz ochrony życia nowo narodzonych dzieci, było ukazywanie podopiecznym dróg wiodących do lepszego świata. I tu również znajdowały schronienie „trudne wychowawczo” dziewczyny¹⁷⁷ pochodzące spoza Szczecina, które – według danych z kwietnia 1913 r. – stanowiły połowę pensjonariuszek rzeczonej instytucji¹⁷⁸. Wreszcie podstawową opiekę medyczną w czasie porodu zapewniała Regionalna Szkoła Położnych (*Provinzial-Hebammen-Institut*), z której usług, poza okresem przerwy wakacyjnej, korzystały przede wszystkim niezamężne matki pochodzące spoza Szczecina, a wśród nich znajdujące opiekę w Domu Niemowlęcia i Matki¹⁷⁹. Przybywały one do stolicy Pomorza Zachodniego, by tu powić swe dziecko, z dala od nieprzychylnego im wiejskiego lub małomiasteczkowego środowiska. O wszystkich formach pomocy dla najuboższych matek – nie sposób w tym miejscu powiedzieć¹⁸⁰.

skiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 15 IX 1908 r.); sygn. 8038, k. 78 (magistrat Szczecina do władz RS, Szczecin, 13 XI 1908 r.).

¹⁷⁶ *Das Stettiner Säugling- und Mutterheim. Denkschrift aus Anlass der Betriebseröffnung des neuen Heims an der Turnerstr. 44*, Stettin 1920, s. 5, 9.

¹⁷⁷ Opieka rozciągała się na dziewczyny, które nie były już objęte obowiązkiem szkolnym.

¹⁷⁸ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8200, k. 8 (inserowany *Dreißigster Jahresbericht des Magdalenenstifts Asyl für gefährdete und gefallene Mädchen und seiner Zweiganstalten, des Henriettehauses und des Kinderheims in Stettin vom 1. April 1913 bis dahin 1914*, Stettin 1914, s. 4).

¹⁷⁹ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8202, k. 3–3v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do królewskiego prezydium policji w Szczecinie, Szczecin, 11 XII 1912 r.). Ciężarne kobiety z Domu Matki i Niemowlęcia narażone były na pewną niedogodność w związku z brakiem izby porodowej w przyjmującej je instytucji. Bywało, że rodziły one w Domu, a także w drodze do Regionalnej Szkoły Położnych, na ulicy czy w dorożce. Stąd wypływał postulat założenia w nowym Domu izby porodowej. W latach 1909–1911 instytucja ta przyjmowała przeciętnie rocznie 134–135 kobiet i 113–114 dzieci.

¹⁸⁰ Zob. *Wohltätigkeit und Wohlfahrtspflege in der Stadt Stettin. Ein Wegweiser*, hrsg. v. der Armendirektion, Stettin 1910, s. 17–21, 36; M. Stelmach, *Tätigkeit der Stiftungen und Wohlfahrtspflegeanstalten für Kinder in Stettin im 19. Jahrhundert*, [in:] *Kindheit und Jugend in der Neuzeit 1500–1900. Interdisziplinäre Annäherungen an die Instanzen sozialer und mentaler Prägung in der Agrargesellschaft und während der Industrialisierung*, hrsg. v. W. Bucholz, Stuttgart 2000, s. 211–222; A. Chlebowska, „W walce”, *passim*.

Warunki bytowe i sanitarne oraz system zachowań – czynniki szczególnej wagi

Zgony niemowląt pozamażeńskich – z racji swego wysokiego natężenia – były przedmiotem zainteresowania publicystyki i nauki. Bez wątpienia stanowiły one ważny problem społeczny. Jednak rozpatrując je w kontekście wielkości globalnych, można powiedzieć, że nie miały one większego wpływu na kształtowanie poziomu ogólnej umieralności niemowląt, zwłaszcza w zachodnim, zamożniejszym rejonie Szczecina¹⁸¹. Uzasadnieniem dla tego stwierdzenia jest fakt nieznacznego odbiegania *in minus* natężenia zgonów niemowląt małżeńskich od natężenia zgonów wszystkich niemowląt. Aby precyzyjniej określić skalę znaczenia analizowanego fenomenu demograficznego, warto sięgnąć po dane z 1902 i 1911 r.¹⁸², a zatem z lat, w których – dla przypomnienia – wystąpiła w Szczecinie największa i najmniejsza rozbieżność w poziomie umieralności niemowląt małżeńskich i pozamażeńskich. Wiadomo, że nie byłoby o czym rozprawiać w sytuacji, gdyby natężenie zgonów było takie samo albo zbliżone w obu grupach dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia. Cóż więc by się stało, jeśliby poziom umieralności niemowląt pozamażeńskich obniżył się do poziomu notowanego przez niemowlęta małżeńskie, a pozostałe elementy „układanki” pozostałyby niezmiennione, to jest liczba bezwzględna żywych urodzeń małżeńskich i pozamażeńskich oraz liczba bezwzględna i względna zgonów niemowląt małżeńskich? Otóż okazałoby się wówczas, że absolutna liczba wszystkich zmarłych niemowląt uległaby redukcji o 9,7% w 1902 r. i 2,8% w 1911 r. Jak widać, te hipotetyczne liczby, obrazujące niejako dążenie do ideału i przedział możliwości, nakazują pomniejszyć rolę podwyższonej umieralności niemowląt pozamażeńskich w kształtowaniu ogólnej umieralności dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia. Na co więc warto zwrócić szczególną uwagę? Kierunek zainteresowania wskazał szczeciński lekarz okręgowy, apelując, by dyskusja nad umieralnością i opieką niemowląt nie krążyła wyłącznie wokół spraw związanych z żywieniem i klimatem, lecz koncentrowała się na zagadnieniach społecznych, a w szczególności prowadzona była w kontekście stosunków mieszkaniowych, które w Szczecinie, w podległym mu rejonie wschodnim, nie wyglądały różowo¹⁸³.

Stosunki mieszkaniowe w Szczecinie i przyległych doń miejscowościach były już przedmiotem szerszych analiz¹⁸⁴. Czuję się więc zwolniony z ich wyczerpują-

¹⁸¹ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 145v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.).

¹⁸² Obliczenia własne na podstawie SJBSS, Jg. 2: 1911, s. 12, 17.

¹⁸³ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8038, k. 45 (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon wschodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.).

¹⁸⁴ Zob. E. Włodarczyk, *Zur Wohnungsfrage der Stettiner Arbeiterklasse vor dem ersten Weltkrieg*, [in:] *Materialien des IX. Kulturtheoretischen Kolloquiums „Kulturgeschichtliche Probleme proletarischer Lebensweise” am 26. und 27. November 1980 an der Humboldt-Universität zu Berlin* (Mitteilungen aus der Kulturwissenschaftlichen Forschung, Nr. 9), Berlin 1981, s. 77–89; idem, *Wielkomiejski rozwój*, s. 455–465; B. Kozińska, *Rozwój przestrzenny Szczecina od początku XIX wieku do II wojny światowej*, Szczecin 2002, s. 222–228.

cego opisu. W dezagregowanej przestrzeni miejskiej można je syntetycznie zobrażować w dwojaki sposób: za pomocą średniej liczby pokoi przypadającej na jedno mieszkanie lub, co na pierwszy rzut oka wydaje się bardziej precyzyjne, poprzez średnią liczbę osób przypadającą na jeden pokój, czyli mieszkalną gęstość zaludnienia. Tak skonstruowany opis „warunków” mieszkaniowych odznacza się dużym stopniem obiektywności oraz nieprzypadkowością. Wielkość lokum, traktowana tu jako zmienna pośrednicząca, zazwyczaj odzwierciedla stan zamożności lokatorów i określa ich prestiż. Z kolei można zakładać, że poziom dobrobytu w istotnej mierze determinuje poziom umieralności (oczekiwana korelacja ujemna), gdyż wpływa na warunki sanitarno-bytowe, jakość i różnorodność żywienia, dostępność do usług medycznych i edukacyjnych, wreszcie zapewnienie należytej opieki niemowlętom etc.

Zacznijmy więc od przedstawienia kilku faktów różnicujących przestrzeń miejską tak pod względem mieszkaniowym¹⁸⁵, jak i pod kątem umieralności niemowląt¹⁸⁶, by następnie odwołać się do syntetycznej miary współzależności pomiędzy obiema zmiennymi, wyrażonej wartością współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Jego zastosowanie znajduje między innymi swoje uzasadnienie w rozkładzie normalnym dwunastu obserwacji¹⁸⁷ średniej liczby pokoi (zmienna niezależna) i przeciętnego natężenia zgonów niemowląt (zmienna zależna), o czym świadczą wyniki testu *W* Shapiro–Wilka ($p < 0,05$). W Szczecinie, według danych spisowych z 16 X 1913 r., najmniej pokoi przypadało na jedno mieszkanie czy dom jednorodzinny na proletariackim Niebuszewie i Dolnym Drzetowie (1,97), najwięcej zaś – na zamożnym Westendzie, Pogodnie oraz w części Śródmieścia w okolicach byłego Fortu Wilhelma (3,20). Wartość analizowanej średniej była jeszcze wyższa w wypadku oddzielnie rozpatrywanych, słabo zaludnionych dzielnic willowych, czyli Nowego Westendu i Pogodna (4,47), dla których nie podano osobnych informacji o ruchu naturalnym ludności (kartogram 4). Jednocześnie w wymienionych okręgach statystycznych przeciętne natężenie zgonów niemowląt z lat 1911–1913 kształtowało się odwrotnie proporcjonalnie do wielkości mieszkań wyrażonej średnią liczbą pokoi, przyjmując wartości skrajne, to jest 29,98% i 13,05% (porównaj kartogram 1 i 4). Owa biegunowość nie dziwi. Zaskakuje natomiast nadspodziewana siła związku korelacyjnego pomiędzy obiema zmiennymi. Dla dwunastu miejskich okręgów statystycznych jej ujemna wartość wyniosła aż 0,808 ($p < 0,001$) w skali od 0 do |1|, co tylko może utwierdzić w przekonaniu, że w Szczecinie umieralność niemowląt była w znacznej mierze współokreślana warunkami mieszkaniowymi, a przede wszystkim poziomem zamożności rodziców czy matek samotnie wychowujących dzieci.

¹⁸⁵ SJBSS, Jg. 4: 1913, s. 27. W obliczeniach średniej ważonej ostatni wariant zmiennej, to jest „8 i więcej”, potraktowałem jako 9.

¹⁸⁶ Obliczenia własne na podstawie SJBSS, Jg. 2: 1911, s. 6; Jg. 3: 1912, s. 11; Jg. 4: 1913, s. 5.

¹⁸⁷ Liczebność miejskich okręgów statystycznych.

Kartogram 4. Pokoje (przeciętnie) przypadające na jedno mieszkanie w Szczecinie w 1913 r. w podziale na miejskie okręgi statystyczne



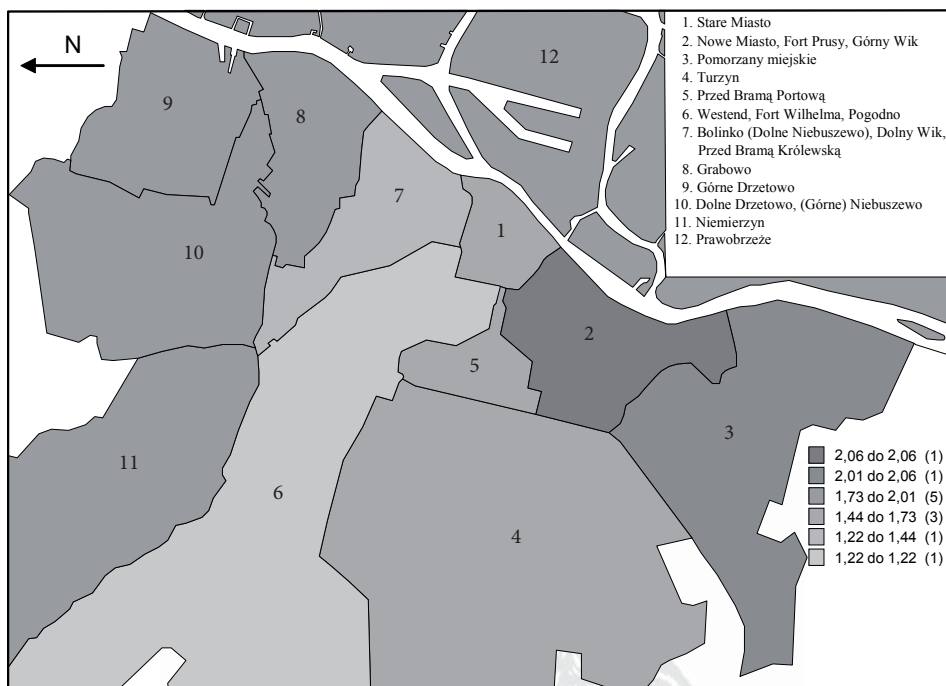
Uwaga: grupowanie metodą odchylenia standardowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł z przypisu 185.

Konkluzja ta może być obiektem krytyki. Sceptyk bowiem podważy ją, wysuwając argument, że przeciętna liczba pokoi przypadająca na jedno mieszkanie nie jest dobrą, pośrednią miarą zamożności, ponieważ nie obrazuje ona gęstości zaludnienia lokum, istotnej choćby dla epidemiologii chorób. Przykładowo, kawalerkę – adekwatnie do jej nazwy – może, ale nie musi zamieszkiwać tylko jedna osoba, dysponując relatywnie dużą przestrzenią mieszkalną, a kilkupokojowe mieszkanie może być zaludnione przez wielodzietną i/lub wielopokoleniową rodzinę, a ponadto innych sublokatorów, wskutek czego jest w nim pogorszony komfort życia. Załóżmy, że zgadzam się z argumentami sceptyka, choć przypuszczam, iż większe mieszkania, z powodu ich kosztu utrzymania, rzadko zamieszkiwały wielodzietne rodziny. Jak więc teraz wygląda sytuacja? Korelacja pomiędzy obiema zmiennymi jest wyraźna, siłą rzeczy dodatnia, wynosząc 0,746 ($p < 0,0025$), co upoważnia do stwierdzenia, że wzrost poziomu zaludnienia lokum z reguły przekładał się na wzrost poziomu umieralności niemowląt¹⁸⁸ (kartogram 5). Ale w tym wypadku determinacja była mniejsza. Dlaczego? Aby odpowiedzieć na to

¹⁸⁸ Obliczenia własne wartości współczynników korelacji.

Kartogram 5. Osoby (przeciętnie) przypadające na jeden pokój w Szczecinie w 1913 r. w podziale na miejskie okręgi statystyczne



Uwaga: grupowanie metodą odchylenia standardowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł z przypisu 185, 188.

pytanie, warto przyrzeć się wartościom skrajnym gęstości zaludnienia mieszkań. Najniższy poziom zanotowała ona na obszarze Westendu i w części Śródmieścia w okolicach byłego Fortu Wilhelma, gdzie na jeden pokój przypadało przeciętnie 1,22 osoby. Fakt ten, zgodnie z tym, co już powiedziano, nie budzi zastrzeżeń. Wprawia natomiast w zdziwienie to, że interesująca nas przeciętna była najwyższa w rejonie Nowego Miasta, Fortu Prusy i Górnego Wiku (2,06), na którego obszarze umieralność niemowląt kształtowała się na „umiarkowanym” poziomie. Oczywiście wyjątek potwierdza regułę, ale w tym wypadku trzeba zachować ostrożność, zważywszy, że w tym okręgu statystycznym było relatywnie dużo skoszarowanej ludności wojskowej. Zapewne ujęto ją w stanie zaludnienia¹⁸⁹ i tym samym wartość wyliczonej przeze mnie przeciętnej nie odzwierciedla dobrze rzeczywistych stosunków mieszkaniowych. Obraz opisywanego zjawiska jest także w pewnej mierze zniekształcony przez puste mieszkania¹⁹⁰. Jednakże problem ten można zbagatelizować, gdyż w 1913 r. w stosunku do poprzednich lat ich liczba zmalała znacznie we wszystkich okręgach statystycznych, wahając się od 0,3% Przed Bra-

¹⁸⁹ SJBSS, Jg. 4: 1913, s. 4.

¹⁹⁰ Zob. E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 463.

mą Królewską do 2,2% na Prawym Brzegu Odry, gdzie gros ludności zamieszkiwało na Łasztowni i Kępie Parnickiej¹⁹¹.

Warunki mieszkaniowe widziane w kontekście przeciętnej wielkości mieszkań oraz ich gęstości zaludnienia były gorsze w północnych i południowych, peryferyjnych, typowo robotniczych dzielnicach miasta, przynależnych do wschodniego okręgu lekarskiego. W wypadku dzielnic usytuowanych pomiędzy nimi, rozdzielających je niczym klin, w większości pozostających pod kontrolą lekarza okręgowego rejonu zachodniego, rzecz wyglądała lepiej, co jednak nie oznaczało, że tam właśnie warunki mieszkaniowe nie stanowiły przedmiotu krytyki, w szczególności w odniesieniu do gęsto zabudowanego Śródmieścia (okolice byłego Fortu Wilhelma, okręg Przed Bramą Portową, Turzyn). Można wręcz powiedzieć, że wysuwały się one na pierwszy plan¹⁹², gdyż kwestie społeczne nie odgrywały tam aż tak istotnej roli jak w wypadku peryferyjnych dzielnic oraz Starego Miasta ulegającego szybkiej proletaryzacji na przełomie XIX i XX w.

Nastawione na maksymalizację zysków czynszowe budownictwo koszarowe (*Mietskaserne*), z którego korzystało około 90% społeczeństwa miejskiego¹⁹³, nie zapewniało jego lokatorom dobrych warunków zdrowotnych. W wielkomiejskim Szczecinie nawet reprezentacyjne ulice miały i mają nadal wysokie oficyny przylegające skrzydłowo do frontowych budynków. Ten układ budowlany stwarzał często podwórza przyjmujące kształt studni, w której powietrze, szczególnie w okresie letnich upałów, słabo cyrkuluje, a światło słoneczne rzadko gości¹⁹⁴. Ograniczony dostęp do słońca i świeżego powietrza nie pozostawał bez znaczenia dla zdrowotności niemowląt. Mimo to rodzice wybierali im zazwyczaj najgorszy pokój – bo ciemny, duszny, z oknami wychodzącymi na podwórze – pozostawiając do celów reprezentacyjnych najlepsze pomieszczenia. Tego rodzaju postępowanie obserwował ze zgrozą dr H. Wasserfuhr. Zdarzało się i ono w zamożniejszych rodzinach zamieszkujących na „zdrowym” Górnym i Nowym Mieście. Uboższych mieszkańców kamienic czynszowych nie było stać na zakładanie rolet lub markiz okiennych, które mogłyby chronić przed przegrzaniem pomieszczeń wystawionych na długotrwałe działanie promieni słonecznych. Nie tylko „gołe” okna ułatwiały nadmierne przenikanie ciepła do wewnątrz. Sprzyjały temu również cienkie ściany czynszówek¹⁹⁵. Jak upał wpływał na umieralność niemowląt w dużym, ścieśnionym mieście w odróżnieniu od przestronnej, nisko zabudowanej wsi¹⁹⁶ – o tym już była mowa. Czarny obraz pocztówkowej części Szczecina dopełniało przeludnienie niektórych mieszkań. Było ono w większej mierze spowodowane chęcią zarobku

¹⁹¹ SJBS, Jg. 4: 1913, s. 27.

¹⁹² AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 145v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.).

¹⁹³ Zob. E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 455.

¹⁹⁴ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 145v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.).

¹⁹⁵ H. Wasserfuhr, *Untersuchungen*, s. 39, 41.

¹⁹⁶ Por. [dr] Behr-Pinnow, *Geburtenrückgang*, s. 73–74.

niż dużą liczbą dzieci¹⁹⁷. Chodziło tu o tzw. *Schlaflaute*, *Schlagfänger*, czyli osoby przychodzące spać na noc. Z wypowiedzi lekarza okręgowego rejonu zachodniego pośrednio wynika, że *Schlagfängerwesen* było zjawiskiem charakterystycznym nie tylko dla dzielnic robotniczych¹⁹⁸, lecz również dla tych części miasta, w których licznie zamieszkiwało drobnomieszczaństwo.

Przy poruszeniu kwestii mieszkaniowych wielkomiejskiego Szczecina mimo-wolnie narzuca się obraz przekroju czteropiętrowej kamienicy według *Le diable á Paris* z 1845 r.¹⁹⁹, na którym przedstawione jest zróżnicowanie społeczne w zależności od zamieszkiwanej kondygnacji: im wyżej – pomijając tu sutereny – tym biedniej. Idąc dalej tym tropem, można by było oczekiwać, że wśród mieszkańców górnych pięter umieralność powinna być wyższa niż wśród mieszkańców dolnych kondygnacji. Spróbujmy więc zweryfikować to przypuszczenie, które dla dr. Behr-Pinowa było pewnikiem²⁰⁰, na gruncie wielkomiejskiego Szczecina. Rzecz godna jest uwagi, zważywszy, że śródmiejska część miasta cechowała się zwartą, czteropiętrową zabudową, którą dopuszczały przepisy policji budowlanej, a w „centrum” przypadało przynajmniej tysiąc mieszkańców na jeden hektar²⁰¹. Bez wątpienia władze miejskie były zainteresowane problemem, skoro poleciły zbierać na ten temat informacje. Odnoszą się one do liczby zgonów ogółem, a zatem nie przedstawiają zgonów niemowląt, które są przedmiotem naszego zainteresowania. Mimo to można je wykorzystać we wstępnej analizie zjawiska, którą należy traktować jako zaproszenie do dyskusji, wiedząc iż przed pierwszą wojną światową wśród osób zmarłych w danym roku od $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ stanowiły niemowlęta. Ich zgony, o czym już była mowa, cechowały się wyraźnie zarysowaną sezonowością (szpica w dobie letnich upałów), która z kolei wywierała wpływ na poziom ogólnej liczby zgonów w poszczególnych kwartałach. Nieprzypadkowo przywołuję te jednostki czasu. Według nich bowiem uporządkowano informacje liczbowe o zgonach mieszkańców Szczecina, krzyżując je z zamieszkiwaną przed śmiercią kondygnacją. Jakie wnioski wypływają z analizy dostępnych danych²⁰² dla 1880, 1881, 1882, 1886, 1890 i 1895 r. (wykres 26)? Po pierwsze, w III kwartale (lipiec–wrzesień) procent zgonów osiągał najwyższy poziom w przypadku każdej kondygnacji, czego się zresztą spodziewano. Po drugie, procent zgonów w III kwartale nie wyka-

¹⁹⁷ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 146 (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 25 X 1912 r.).

¹⁹⁸ Zob. E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 461.

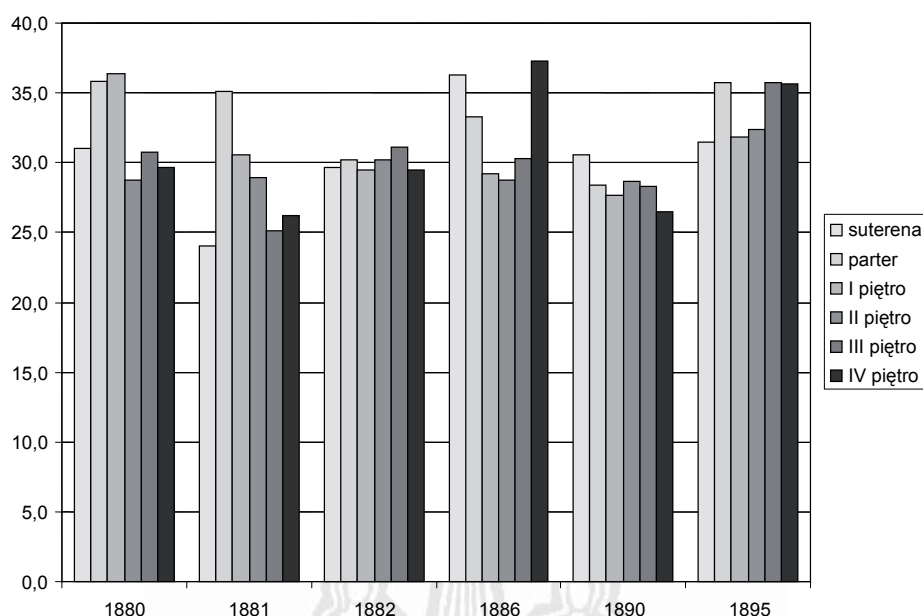
¹⁹⁹ Zob. L. Benevolo, *Miasto w dziejach Europy*, przeł. H. Cieśla, Warszawa 1995, s. 187.

²⁰⁰ [Dr] Behr-Pinnow, *Geburtenrückgang*, s. 64: „[...] Das gleiche bewirkt das Zusammenwohnen in großen Gemeinwesen, mehr noch aber in den Mietskasernen, in denen die Sterblichkeit des Säuglings jedenfalls während der Hitzeperiode mit der Höhe des Stockwerks zunimmt. Die enge, mit Koch- und Waschdämpfen durchzogene Wohnung mit Sommertemperaturen von 45 Grad und darüber bewirkt bethlehemitische Kindermorde, und zwar in einzelnen bekannten Großstadthäusern so vollständig, daß man sie mit Recht »Säuglingssterbehäuser« genannt hat”.

²⁰¹ E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 291, 455.

²⁰² Obliczenia własne na podstawie BVGASS 1880/1881, s. 91; 1881/1882, s. 91; 1882/1883, s. 77; 1886/1887, s. 57; 1890/1891, s. 44; 1895/1896, s. 94.

Wykres 26. Procentowy udział zgonów w III kwartale w ogóle zgonów w danym roku w Szczecinie w latach 1880, 1881, 1882, 1886, 1890, 1895 w podziale na kondygnacje



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 201.

zywał tendencji ku temu, by rosnać wraz z przesuwaniem się ku górze budynku; obserwowany jest bezład, którego się nie spodziewano. Oczywiście zdają sobie z tego sprawę, że rzetelne wyjaśnienie problemu wymaga znajomości natężenia zgonów w podziale na kondygnacje i większej liczby informacji. Niestety brak tego rodzaju danych uniemożliwia wyciągnięcie daleko idących wniosków. Na podstawie uzyskanych wyników mogę jedynie wysunąć dwa przeciwstawne przypuszczenia: albo że sezonowość zgonów w tym niemowląt nie wykazywała dyferencji pod względem społecznym, czemu trudno dać wiarę, albo że szczecińskie kamienice nie były wewnętrznie zróżnicowane pod względem społecznym, jak założono to na początku, lecz zewnętrznie, co innymi słowami oznaczało, iż w przestrzeni miejskiej linii podziału społecznego były wyznaczane przez same budynki: w jednych zamieszkiwała uboższa ludność, w innych zaś zamożniejsza. Wykorzystanie w przyszłych badaniach ksiąg adresowych (*Adressbuch*) powinno pomóc wyjaśnić ów „niepokojący” brak tendencji.

Unowocześnianie tkanki miejskiej poprzez rozwój infrastruktury komunalnej najszybciej postępowało w dzielnicach śródmiejskich i willowych, najwolniej zaś w robotniczych, na których obszarze, co ciekawe, zlokalizowane było gros przedsiębiorstw użyteczności publicznej (gazownie, elektrownie, stacje pomp etc.)²⁰³.

²⁰³ Szerzej: E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 300–305.

Najkorzystniej kształtowała się sytuacja w wypadku sieci wodociągowej. Przed wybuchem pierwszej wojny światowej 89% mieszkań miało już bieżącą wodę, ale centralne ogrzewanie nadal stanowiło luksus, szczególnie w peryferyjnych dzielnicach. Dla przykładu na rozpatrywanych łącznie Pomorzanych, Dolnym i Górnym Drzetowie oraz Niebuszewie zaledwie 4 mieszkania miały tego rodzaju udogodnienie. Wyposażenie domostw w gaz wyglądało lepiej, ale i tu można było zaobserwować przestrzenne dysproporcje w odniesieniu do jego dystrybucji, oczywiście na niekorzyść przedmieść²⁰⁴. Naszkicowany kierunek modernizacji organizmu miejskiego uwidocznił się w pełni na obszarze rozbudowy sieci kanalizacyjnej, której, obok wodociągowej, przypisywano duże znaczenie w dziele poprawy warunków zdrowotnych, a tym samym w obniżeniu umieralności niemowląt²⁰⁵. Szczecińska sieć kanalizacyjna należała do przestarzałych, odprowadzała nieczyszczone ścieki wprost do Odry i nie obejmowała swym zasięgiem tak wielu odbiorców, jak w innych dużych miastach położonych na wschodzie państwa pruskiego²⁰⁶.

Zdaniem Edwarda Włodarczyka, w Szczecinie „niski poziom techniczny mieszkań rzutował na warunki sanitarne”²⁰⁷. Przyjrzyjmy się więc im, zaglądając najpierw do – delikatnie mówiąc – wucetów (*Abort*), tak jak uczyniła to miejska Komisja Zdrowia. Latem 1904 r. przeprowadziła ona badania ankietowe, które swym zasięgiem objęły 304 mieszkań robotników portowych, rozproszonych po całym mieście²⁰⁸. Wyłaniający się z nich obraz nie napawa optymizmem i jest jeszcze daleki od ideału higieny i obyczajności, zakładającego odosobnienie sanitariatów, tak by stały się one prywatną przestrzenią, warunkującą w większym stopniu utrzymanie czystości, co dla epidemiologii chorób nie pozostawało bez znaczenia²⁰⁹. I tak, w wypadku $\frac{1}{3}$ mieszkań zamieszkiwanych przez robotników portowych ze wspólnej deski klozetowej ulokowanej poza własnym lokum korzystało przynajmniej 16 różnych osób. W 61% przypadków jedną ubikację współużytkowało 4 i więcej mieszkań, w 4,3% przypadków – 10 i więcej mieszkań. Najczęściej wspólny wucet dzielili mieszkańcy czterech mieszkań (26,3%), następnie dwóch (22,7%) i pięciu (14,5%). Duża liczba ubikacji nie była wyposażona w spłuczki. Jeśli były one zamontowane, to często kamienicznicy nakazywali je blokować lub zezwalali z nich korzystać tylko w wyjątkowych sytuacjach, co zapewne było podyktowane względami oszczędności, która nie szła w parze z wymogami sanitarnymi. Najgorsze warunki panowały na Łasztowni przy ulicy Energetyków (*Grosse Lastadie*) i nieistniejącej dziś *Zachariasgang*, na Starym Mieście przy ulicy Ryba-

²⁰⁴ Szerzej: *ibid.*, s. 458–460.

²⁰⁵ Zob. na przykład: *Das öffentliche Gesundheitswesen im Regierungsbezirke Stettin während der Jahre 1892, 1893, 1894*, achter Verwaltungsbericht erstattet v. Dr. Katterbau, Stettin 1896, s. 114–133.

²⁰⁶ E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 302, 304.

²⁰⁷ *Ibid.*, s. 459.

²⁰⁸ BVGASS 1904/1905, s. 233.

²⁰⁹ Szerzej: G. Vigarelli, *Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności*, tłum. M. Szymańska, Warszawa 1997, s. 237–244.

Kartogram 6. Procentowy udział mieszkań z łazienką w ogólnej liczbie mieszkań w Szczecinie w 1909 r. w podziale na miejskie okręgi statystyczne



Uwaga: grupowanie metodą odchylenia standardowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 211.

ków (*Fischerstr.*) i nieistniejącej dziś *Junkerstraße* oraz na Niebuszewie przy ulicy Wincentego Kadłubka (*Zabelsdorferstr.*). Dostęp do wucetów wyglądał lepiej w mieszkaniach dobrze opłacanych i wykwalifikowanych robotników²¹⁰.

Obok oddzielnych wucetów dobrym wyznacznikiem postępującej asenizacji przestrzeni prywatnej jest rozpowszechnienie łazienek, które na przełomie XIX i XX w. stają się w coraz większym stopniu elementem mieszczańskiego mieszkania; są one oznaką komfortu, zapewniają intymność i stwarzają możliwość lepszego, częstszego dbania o higienę osobistą (kartogram 6). Obecność łazienek w przestrzeni mieszkalnej świadczy pośrednio – podobnie jak przeciętna liczba pokoi przypadająca na jedno mieszkanie – o możliwościach finansowych właścicieli lokum, a także o dążeniach wychodzących naprzeciw zdrowiu, gdyż ablucje, także niemowląt, stają się jedną z form walki z drobnoustrojami²¹¹. W badaniu współzależności przyjęto jako zmienną niezależną procentowy udział łazienek w mieszkaniach danego okręgu statystycznego (dane z 1909 r.)²¹². Ujemna korelacja liniowa

²¹⁰ BVGASS 1904/1905, s. 233.

²¹¹ Szerzej: G. Vigarello, *Czystość i brud. Higiena ciała od średniowiecza do XX wieku*, tłum. B. Szwarcman-Czarnota, Warszawa 1998, s. 212–229.

²¹² Przytacza Edward Włodarczyk (*Wielkomiejski rozwój*, s. 459).

Pearsona wyniosła aż 0,833 ($p < 0,001$), wskazując na bardzo wyraźny związek pomiędzy warunkami sanitarnymi²¹³ a natężeniem zgonów wśród niemowląt. Należy jednak pamiętać, że sama asenizacja przestrzeni prywatnej zapewne pozostawała w ścisłym związku z poziomem wykształcenia i zamożności właścicieli lokum.

Zanim dobrodziejstwo wodociągów dało o sobie znać w wielu szczecińskich mieszkaniach, wodę czerpano z prawie tysiąca studni zlokalizowanych na obszarze miasta²¹⁴. Czy była ona odpowiednia do spożycia – o tym miała decydować Komisja Zdrowia, która nakazywała przeprowadzenie stosownych badań, raz nawet pod kątem umieralności niemowląt. Ich wyniki przedstawiono dla pięciu letnio-jesiennych miesięcy 1902 r.²¹⁵ Dla przypomnienia, odnosiły się one do 981 zmarłych dzieci, w których grupie – i to jest już *novum* – było 178 niemowląt żywnych na bazie wody studziennej. Wśród tych ostatnich zanotowano 129 zgonów z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego, co stanowiło 72,5% przypadków śmierci, gdy tymczasem norma kształtowała się na poziomie 51,5%. Najwięcej dzieci było zdanych na wodę ze studni na robotniczym Drzetowie i Grabowie, bo aż 134. Na pierwszy rzut oka tak wysoki procent zgonów z powodu nieżytu żołądka, jelit lub biegunki, obserwowany w wypadku dzieci odżywianych wodą pochodzącą ze studni, może wyraźnie wskazywać na związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy jednym a drugim zjawiskiem. Jednakże jego siłę – zgodnie z trafną sugestią dr. Freunda – należy umniejszyć i tłumaczyć także innymi, złymi warunkami, które cechowały obszary miejskie bez bieżącej wody. Przykładowo na przywołanej wyżej Łasztowni, gdzie nie było prawie studzien, oraz na Drzetowie przy skanalizowanej i posiadającej bieżącą wodę ulicy Kołobrzeskiej (*Metzstr.*) notowane było wysokie natężenie zgonów niemowląt. Również wyjątkiem od reguły mogło się poszczycić Grabowo. W tej dzielnicy bowiem procent zgonów z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego był niski i zarazem zbliżony w wypadku niemowląt odżywianych wodą pochodzącą z wodociągów (44,3%) i ze studzien (49,0%), czego nie można powiedzieć w odniesieniu do Drzetowa, na którym powyższe relacje kształtowały się następująco: 60,5% i 80%. Mając przed oczyma przytoczone liczby, należy pamiętać, że na ich podstawie – z racji niewielkich liczebności absolutnych i tym samym dużej przypadkowości – nie można formułować pewnych wniosków.

Właściwości fizyczne wody dostarczanej wodociągami miejskimi także stanowiły pewną przeszkodę w dziele obniżania umieralności niemowląt. Wodę czerpano z Odry i oczyszczano w filtrach piaskowych, które nie były ostatnim krzykiem technologii²¹⁶. Latem miała ona temperaturę 20°C (po jakimś czasie 17–18°C). Letniość wody przyczyniała się do szybszego namnażania bakterii i czyniła ją mało

²¹³ Zapewne zdecydowana większość mieszkań z łazienką miała podłączenie do sieci wodociągowej i kanalizacyjnej oraz posiadała własny wucet. Obliczenia własne współczynnika korelacji.

²¹⁴ BVGASS 1904/1905, s. 237.

²¹⁵ Ibid. (Anlage 3), s. 251–252.

²¹⁶ E. Włodarczyk, *Wielkomięski rozwój*, s. 301.

przydatną przy schładzaniu mleka przygotowanego dla niemowląt²¹⁷, szczególnie w uboższych rodzinach, dla których lodówka stanowiła przedmiot nieosiągalnego luksusu. Stąd też duże nadzieje na poprawę opisanych warunków łączono z oddaniem do użytku stacji pomp czerpiącej wodę z gruntu, zlokalizowanej na Niemierzynie (*Wasserwerk Nemitz*)²¹⁸. Dopiero w 1912 r. sieć wodociągowa przekroczyła granice miasta, by z wolna zacząć swym zasięgiem obejmować miejscowości szczecińskiego zespołu miejskiego, co Edward Włodarczyk uznał za fakt o znaczeniu niemalże symbolicznym²¹⁹. Jednakże sama asenizacja przedmieść, realizowana przede wszystkim poprzez rozwój sieci wodociągowej i kanalizacyjnej, nie musiała zasadniczo warunkować obniżenia się poziomu umieralności niemowląt, gdyż przed przyłączeniem przedmieść do miasta właściwy Szczecin odznaczał się wysokim natężeniem zgonów wśród najmłodszych dzieci²²⁰. Aby jeszcze bardziej „skomplikować” wyjaśnienie problemu w kontekście spraw sanitarno-mieszkaniowych, dodajmy, że na podstawie zebranego materiału z 1902 r., opracowanego przez dr. Freunda, nie zaobserwowano wyraźnej zależności pomiędzy gęstością zaludnienia mieszkań a liczbą zgonów niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego²²¹. Mało tego – tylko połowa zmarłych dzieci z powodu biegunki, nieżyty jelit lub żołądka przebywała w mieszkaniach, których standard nie pozwalał w sposób należyty przechowywać mleka²²².

Gdzież więc można jeszcze szukać istotnych przyczyn wysokiej umieralności niemowląt w Szczecinie? Wydaje się, że tam, gdzie najtrudniej da się je opisać za pomocą jasnych kryteriów i liczb, to znaczy w „złych nawykach” rodziców²²³. Dla lekarza okręgowego rejonu wschodniego, obejmującego peryferyjne dzielnice miasta, była to rzecz oczywista. Ekstremalnie wysoką umieralność niemowląt w podległym mu rewirze tłumaczył przede wszystkim indolencją, czyli biernością i obojętnością rodziców (wyłącznie mowa o matkach) oraz ich rażącą niewiedzą w dziedzinie opieki nad małym dzieckiem, wreszcie brudem, który obserwował w czynszowych mieszkaniach niższych warstw społecznych. Na dalszym miejscu wymienił złe warunki mieszkaniowe²²⁴. Wszystko to, oczywiście, było pochodną trudnej sytuacji finansowej rodziców i ich niskiego poziomu wykształcenia. Do tego dochodził jeszcze jeden ważny czynnik, o którym nie wspomniał lekarz okręgowy, a mianowicie mniejsza pomoc ze strony rodziny w opiece nad niemowlęciem. Uzasadnieniem dla tego ostatniego stwierdzenia jest fakt, że wśród ludności

²¹⁷ Niepasteryzowane mleko docierało do szczecińskiego odbiorcy po upływie 12–18 godzin od udoju, a nawet 20, co zwiększało ryzyko skazy bakteriologicznej.

²¹⁸ BVGASS 1904/1905, Beilage: W. Gehrke, *Bericht*, s. 12.

²¹⁹ E. Włodarczyk, *Wielkomiejski rozwój*, s. 303.

²²⁰ BVGASS 1904/1905 (Anlage 5), s. 270.

²²¹ Ibid. (Anlage 3), s. 246.

²²² Ibid. (Anlage 3), s. 252.

²²³ BVGASS 1902/1903, s. 23. Komisja Zdrowia podkreśla rolę warunków zewnętrznych i negatywnych zachowań rodziców w kształtowaniu wysokiej umieralności niemowląt.

²²⁴ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 148 (KŁO powiatu miejskiego Szczecin (rejon wschodni) do władz RS, Szczecin, 29 X 1912 r.).

korzystającej z Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem, która zamieszkiwała południowe (Pomorzany, Górny Wik i Szubieniczne Łąki) oraz północne (Grabowo i Górne Drzetowo) peryferie miasta, dominowała zdecydowanie ludność napływowa. Świadczy o tym stosunek liczby rodziców urodzonych poza Szczecinem do liczby rodziców urodzonych w Szczecinie. Dla wymienionych rejonów wyniósł on kolejno 5,8 i 4,9, podczas gdy jego wartość dla całego Szczecina kształtowała się na poziomie 3,0 (dane z 1907 r.)²²⁵.

Listę przewinień rodziców sporządził jako pierwszy dr H. Wasserfuhr, określając z grubsza ich nasilenie na zasadzie: u biednych – często, u średniaków – czasami, u zamożnych – bardzo rzadko. Mamy więc wspomniany ciemny, duszny lub nazbyt nasłoneczniony pokój; następnie brak należytej opieki i regularnego wyprowadzania na spacer; korzystanie z wywrotnej kołyski zamiast stabilnego łóżeczka; zbyt ciepłe ubieranie i krępowanie powijkami; stawianie w dniach zimowych kołyski z dzieckiem blisko promieniującego pieca, a na noc pozostawianie jej w wychłodzonym pomieszczeniu; należyłą pielęgnację dziecka tylko w czasie obecności położnej czy opiekunki etc.²²⁶ Nieprzestrzeganie podstawowych zasad higieny uwidaczniało się – na przykład – w wypadku dbania o smoczki do butelek, o czym mówiły raporty siostr Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem, które opisywały ich fatalny stan: nie dość, że kleiły się one od brudu i roznosiły niemiłą woń, to jeszcze miały powycinane albo powypalane otwory, by – w zamierzeniu rodziców – dzieci mogły szybciej pić mleko, wskutek czego dochodziło często do zadławień²²⁷. Jednakże brakowało pewności co do związku pomiędzy umieralnością niemowląt a używaniem do karmienia butelek ze smoczkiem (*Rohrsaugflasche*). Ich stosowanie miało ponoć warunkować ponadprzeciętne występowania biegunek u najmłodszych dzieci, o czym byli przeświadczeni lekarze okręgowi, a czego nie mogli oni zweryfikować z powodu braku stosownych badań statystycznych²²⁸.

Widoczną od początku XX w. tendencję obniżania się natężenia zgonów w grupie najmłodszych dzieci można także interpretować w kontekście poprawiającej się opieki nad niemowlęciem, między innymi wskutek działalności instytucjonalnej, która początkowo napotykała na opór w uboższych grupach społecznych, gdyż w wielu wypadkach traktowana była jako ingerencja w prywatne sprawy²²⁹. Wydaje się jednak, że rolę tego zewnętrznego czynnika należy pomniejszyć na rzecz wewnętrznego, jakim, w moim i nie tylko moim przekonaniu²³⁰, był regres urodzeń

²²⁵ Obliczenia własne na podstawie BVGASS 1907/1908, s. 225.

²²⁶ H. Wasserfuhr, *Untersuchungen*, s. 41–42.

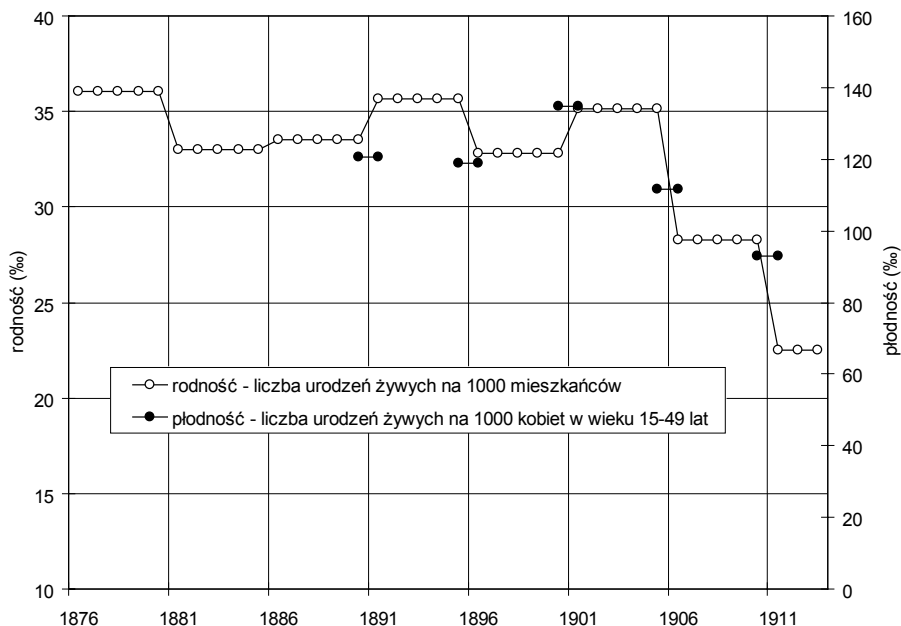
²²⁷ VBSS 1911, s. 66; 1912, s. 91.

²²⁸ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8038, k. 137, 220–220v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon wschodni) do władz RS, Szczecin, 1 X 1910 i 8 I 1913 r.); sygn. 8038, k. 213 (KLO powiatu wiejskiego Szczecin do władz RS, Szczecin, 3 I 1913 r.); sygn. 8038, k. 222–222v (KLO powiatu miejskiego Szczecin (rejon zachodni) do władz RS, Szczecin, 10 I 1913 r.).

²²⁹ Zob. *ibid.*, sygn. 8559, k. 105v (królewski prezydent policji do władz RS, Szczecin, 19 IV 1905 r.); BVGASS 1904/1905, Beilage: W. Gehrke, *Bericht*, s. 3; VBSS 1910, s. 61.

²³⁰ BVGASS 1904/1905 (Anlage 5), s. 270.

Wykres 27. Przeciętna płodność i rodność w Szczecinie w latach 1876–1913



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 231.

postępujący równolegle do spadku umieralności niemowląt od początku XX w. (wykres 27)²³¹. W Szczecinie, mimo włączenia w granice miasta bogatych w dzieci robotniczych miejscowości, pomiędzy 1900 a 1912 r. natężenie urodzeń uległo obniżeniu o 41,9%. O ile w 1910 r. urodzenia pierwsze stanowiły 23,5% w ogóle urodzeń, o tyle 1912 r. już 28,1%. Na podstawie analizy liczb absolutnych można domniemywać, że w stolicy Pomorza Zachodniego na początku XX w. regres urodzeń czerpał swoją siłę ze zmian w podejściu do prokreacji niższych warstw społecznych (robotnicy niewykwalifikowani, służba). Ich promotorem było wykształcone mieszczaństwo, które już pod koniec XIX w. – z pewnością – ograniczało liczbę potomstwa²³². Przywołując ten fenomen demograficzny w kontekście jego wpływu na umieralność niemowląt, zdaję sobie sprawę, że wchodzę na tory dyskusji przypominającej spór o to, co było pierwsze: jajko czy kura? W tej sytuacji mogę tylko wysunąć przypuszczenie, wsparte intrygującymi faktami z lat pierwszej wojny światowej²³³, że rodzice (matki) mogli się lepiej zająć swoimi dziećmi i być bardziej otwartymi na nowin-

²³¹ PS 118, 1890, s. 54; 124, 1891, s. 54; 145, 1895, s. 52; 152, 1896, s. 52; 171, 1900, s. 50; 179, 1901, s. 50; 199, 1905, s. 54; 208, 1906, s. 54; SJBSS, Jg. 3: 1912, s. 6, 11 (własne obliczenia płodności); *Preussens Städte. Denkschrift zum 100 jährigen Jubiläum der Städteordnung vom 19. November 1808*, hrsg. v. H. Silbergleit, Berlin 1908, s. 85, 87, 89, 91, 93, 97; SJBSS, Jg. 4: 1913, s. 5 (dane o rodności).

²³² SVBSS, Jg. 3: 1913 (C. Anhang: „Die Geburtenhäufigkeit in Stettin”), s. 42–48. Zob. też: K. Erler, *Vier Jahre Krieg in ihren Wirkungen auf die Bevölkerungsbewegung Stettins*, Stettin 1918, s. 7.

²³³ Zob. D. Szudra, *Ludność*, s. 79.

Kartogram 7. Urodzenia (przeciętnie) na 1000 mieszkańców w Szczecinie w latach 1911–1913 w podziale na miejskie okręgi statystyczne



Uwaga: grupowanie metodą odchylenia standardowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł z przypisu 235.

ki, ponieważ zaczęli powoływać na świat coraz mniej dzieci. Zjawisko to wpisywało się w proces społecznej modernizacji, w której ramach była też osadzona transformacja demograficzna, czyli – upraszczając rzecz – przejście od reprodukcji rozrzutnej do reprodukcji oszczędnej, usuwające w cień proste wyjaśnienie umieralności niemowląt zawarte w *dictum*: „Bóg dał, Bóg wziął”²³⁴. Mając to na uwadze, można by oczekiwać, że w dezagregowanej przestrzeni miejskiej da się również zaobserwować związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy natężeniem urodzeń (zmienna „niezależna”) a natężeniem zgonów niemowląt (zmienna „zależna”), cechujący się dodatnim kierunkiem²³⁵. Przypuszczenie to znajduje swoje potwierdzenie w wyraźnej i istotnej statystycznie korelacji liniowej Pearsona, której wartość wyniosła 0,679 ($p < 0,02$). Wprawdzie nie jest ona tak wysoka, jak w wypadku przeciętnej liczby pokoi przypadającej na jedno mieszkanie, skorelowanej z umieralnością niemowląt, ale należy pamiętać, że użyta do opisu natężenia urodzeń rozrodczość efektywna nie jest dokładnym miernikiem zjawiska, gdyż w istotnej mierze zależy ona od struktury

²³⁴ Por. J.-L. Flandrin, *Historia rodziny*, przeł. A. Kuryś, Warszawa 1998, s. 216.

²³⁵ Obliczenia własne na podstawie SJBS, Jg. 2: 1911, s. 6; Jg. 3: 1912, s. 11; Jg. 4: 1913, s. 5.

ludności według wieku, stanu cywilnego i płci²³⁶ (kartogram 7). Niestety, z powodu braku danych nie można wykonać standaryzacji interesującego nas współczynnika urodzeń. Jednakże nie będzie mijać się z prawdą stwierdzenie, że wyższej rozrodzności towarzyszyła zazwyczaj²³⁷ wyższa umieralność niemowląt i na odwrót, natężenie urodzeń zaś zależało w istotnej mierze od pozycji społeczno-zawodowej rodziców, która z kolei pozostawała w związku ze stopniem ich wykształcenia oraz zamożności. Tak więc znów wracamy do punktu wyjścia.

PODSUMOWUJĄCO

Postępująca w szybkim tempie industrializacja i urbanizacja Szczecina w drugiej połowie XIX w. doprowadziła nie tylko do rozkwitu gospodarczego miasta, lecz również do załamania kondycji zdrowotnej jego mieszkańców, szczególnie pod koniec tegoż stulecia. Przede wszystkim wskutek wysokiej umieralności niemowląt dalsze przeciętne oczekiwane trwanie życia noworodka notowało w Szczecinie jedną z najniższych wartości w porównaniu z pozostałymi pruskiemi ośrodkami wielkomijskimi, oscylując w pobliżu 30 lat (tablice wymieralności z lat 1890/1891). Maksimum natężenia zgonów najmłodszych dzieci wystąpiło tu znacznie później niż w większości dużych miast niemieckich i pokrywało się z okresem największego przyrostu migracyjnego. Na podstawie tego można sądzić, że wzmożony napływ ludności do Szczecina miał istotny wpływ na poziom analizowanego zjawiska. Podjęte starania ze strony władz miejskich oraz instytucji publicznych były ważnym czynnikiem redukcji umieralności niemowląt na początku XX w., jednakże nie można mówić o ich pełnym sukcesie, skoro w Szczecinie umieralność niemowląt nadal należała do jednej z najwyższych w niemieckich ośrodkach wielkomijskich.

Obserwowane na początku XX w. pozytywne zmiany w umieralności niemowląt były następstwem zmniejszającej się roli determinujących ją czynników środowiskowych (zewnętrznych). Proces ten nie skutkował jednakże zacieraniem się różnic społeczno-przestrzennych występujących w kontekście analizowanego zjawiska. Można wręcz powiedzieć, że do wybuchu pierwszej wojny światowej, wraz ze wzrostem ogólnej zamożności, stały się one jeszcze bardziej wyraźne, przede wszystkim w aspekcie społecznym. Ich hierarchiczność nie uległa większym zmianom – poza jedną: liderem pozytywnych przemian stała się nowa klasa średnia. Krótka seria danych nie pozwala wyciągnąć daleko idących wniosków co do zmian przestrzennych. Niemniej jednak dane z lat 1911–1913 wskazują na duże

²³⁶ Zaskakująco niską rozrodzność na obszarze rozpatrywanego łącznie Nowego Miasta, Fortu Prusy i Górnego Wiku da się powiązać ze stacjonowaniem na tym terenie oddziałów wojskowych. W wypadku Starego Miasta zaistniałą sytuację można próbować wyjaśnić prawdopodobnym demograficznym starzeniem się tej dzielnicy.

²³⁷ Współzależność ta nie jest taka oczywista w skali makro. Dla przykładu, ośrodki wielkomijskie Zagłębia Ruhry cechowały się relatywnie wysoką rozrodznością i zarazem niską umieralnością niemowląt. Na fakt ten zwróciła już uwagę szczecińska Komisja Zdrowia. Zob. BVGASS 1902/1903, s. 23.

dyferencje w geograficznym rozkładzie zjawiska, będące pochodną rozmieszczenia (segregacji) w przestrzeni miejskiej poszczególnych grup społeczno-zawodowych, o czym z kolei w głównej mierze decydował czynnik ekonomiczny. W efekcie okręgi miejskie cechujące się największą intensywnością zgonów niemowląt pozostawały w sąsiedztwie lub pokrywały się z rejonami koncentracji przemysłu, gdzie licznie zamieszkiwali gorzej uposażeni robotnicy. Wtórność przestrzeni geograficznej względem „przestrzeni” społecznej dała się także zaobserwować w wypadku zgonów niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego. Intensywność występowania tego rodzaju zgonów była bowiem z grubsza skorelowana z zajmowanym przez rodziców miejscem w hierarchii społeczno-zawodowej.

Wśród czynników środowiskowych warunkujących wysoką umieralność niemowląt na pierwsze miejsce wybijało się niedostateczne karmienie piersią nowo narodzonych dzieci; objawiało się ono ich podwyższoną śmiertelnością z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego. W opinii szczecińskiego środowiska lekarskiego ów niebezpieczny dla życia niemowląt „odwrot od natury” miał być praktykowany głównie w kręgach robotniczych w związku z pracą zawodową kobiet. Wydaje się, że zjawisko to miało bardziej powszechny charakter, na co także wskazuje pośrednio brak większych różnic w procentowym udziale zgonów z powodu nieżyty jelit, żołądka lub biegunki w grupie niemowląt małżeńskich i pozamałżeńskich. W każdym razie powrót do naturalnego odżywiania, szeroko propagowany wśród gorzej uposażonych matek, których nowo narodzone dzieci w większym stopniu były narażone na utratę życia, stał się podstawowym postulatem działań Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem i innych organizacji oraz instytucji. Takie podejście do problemu, najtańsze w swym wymiarze ekonomicznym, przypominało bardziej leczenie objawów choroby niż jej przyczyn.

Efektywnie próbowano przeciwdziałać umieralności niemowląt pozamałżeńskich, której ponadprzeciętny poziom był w istotnej mierze określany trudną sytuacją materialną samotnych matek, pochodzących przeważnie spoza Szczecina i w większości zatrudnionych w charakterze służby domowej lub przy pracach dorywczych. Analiza przyczyn śmierci nie wskazuje na to, by niemowlęta pozamałżeńskie były narażone na rozstanie się z życiem w głównej mierze wskutek kryminogennych działań matek, choć takowych nie można wykluczyć. Ukazuje natomiast, że dzieci z nieformalnych związków, przychodząc na świat, były w słabszej kondycji fizycznej i cechowały się w okresie niemowlęcym większą intensywnością zgonów w prawie wszystkich kategoriach przyczyn śmierci. Braki źródłowe nie pozwalają w miarę precyzyjnie opisać umieralności niemowląt pozamałżeńskich w dezagregowanej przestrzeni miejskiej. W globalnym wymiarze jej poziom w niewielkim stopniu rzutował na ogólną umieralność niemowląt, szczególnie od 1910 r., kiedy w Szczecinie dzieci zrodzone z nieformalnych związków zostały objęte powszechnym nadzorem kuratorskim.

W dezagregowanej przestrzeni miejskiej intensywność zgonów niemowląt była silnie skorelowana z przeciętną liczbą pokoi przypadającą na jedno mieszkanie, co

oznaczało, że rozpatrywane zjawisko pozostawało w ścisłym związku z poziomem zamożności rodziców, gdyż ten ostatni znajdował pośrednio swoje odzwierciedlenie w wielkości lokum. Na rolę warunków mieszkaniowych zwracało również uwagę ówczesne środowisko lekarskie, wskazując przy tym na negatywny wpływ koszarowego budownictwa czynszowego (*Mietskaserne*). Jednakże analiza struktury zgonów według zamieszkiwanej przed śmiercią kondygnacji nie wykazała określonych zależności. Może to świadczyć, że linie społecznego podziału, widziane w kontekście umieralności, przebiegały – dosłownie rzecz ujmując – nie w wąskim pionie, lecz szerokim poziomie miejskiej przestrzeni mieszkalnej. Standard mieszkań różnił się znacznie w poszczególnych dzielnicach. Należy jednak zaznaczyć, że z jego złym stanem nie zawsze szła w parze śmierć niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawienno (50% przypadków), co z kolei nakazuje uwypuklić rolę trudno uchwytnych statystycznie czynników różnicujących analizowane zjawisko, to jest nieodpowiednich zachowań i przyzwyczajęń rodziców, pozostających w związku z poziomem ich wykształcenia, dalej zaś zamożności (brud, indolencja, niewiedza, niedostateczna opieka itd.). Postępujący od początku XX w. regres urodzeń był – jak można przypuszczać – zjawiskiem sprzyjającym lepszej opiece nad dziećmi; stanowił istotny element pozytywnych przemian umieralności niemowląt, będąc zarazem odpowiedzią na nie.

Opis i analiza umieralności niemowląt, przedstawione tu przede wszystkim w kontekście społecznym, nie wyczerpują całego bogactwa zagadnień; w zamienieniach autora stanowią raczej zaproszenie do dalszej dyskusji, której oś mogą również kształtować wysunięte hipotezy. Rzecz wymaga rozwinięcia, między innymi bardziej dogłębnej percepcji przyczyn i skutków, które w niniejszym artykule zamieniają się niekiedy miejscami. Droga ku temu może wieść poprzez sondażowe opracowanie indywidualnych informacji zawartych w aktach stanu cywilnego i księgach adresowych. Zadanie to, w wypadku wielkomiejskiego Szczecina, przerasta możliwości pojedynczego badacza. Pojawia się więc potrzeba zawiązania zespołu naukowego. Czy tak się stanie – przyszłość pokaże.

EINE STADT, ZWEI WELTEN.
DIE SOZIALE UND RÄUMLICHE DIFFERENZIERUNG
DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IN STETTIN IN DEN JAHREN 1876–1913

Zusammenfassung

Schlagworte: *Pommern; historische Demographie; Sterblichkeit; Sozialgeschichte; Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts; Stettin*

Im Artikel werden Fragen im Zusammenhang mit der Säuglingssterblichkeit in Stettin in den Jahren 1876-1913 behandelt, und das Phänomen im Hinblick auf seine soziale und räumliche Differenzierung vorgestellt. Die Wahl des Themas ergab sich vor allem aus zwei

Erwägungen. Zum einen wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Stettin ein im Vergleich zu anderen deutschen und europäischen Städten hohes Niveau der Säuglingssterblichkeit festgestellt; zum anderen war genanntes Phänomen im Jahre 1902 der Anlass zu einer der ersten Fragebogenuntersuchungen zur Säuglingssterblichkeit, welche durch die Stadt finanziert wurde. Neben den letzteren, in den gedruckten Magistratsberichten (*Bericht über die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Stettin*) veröffentlichten Ergebnissen, bildeten die monumentale *Preußische Statistik* sowie der *Statistische Jahresbericht der Stadt Stettin* die Quellengrundlage. Ergänzende Bedeutung besaßen Archivmaterialien aus dem Staatsarchiv Stettin. Hier ist vor allem auf die Korrespondenz der königlichen Kreisärzte mit der Verwaltung im Regierungsbezirk Stettin zu verweisen.

Um den Einfluss des Zufalls zu begrenzen, wurde mit der Methode der Datenaggregation gearbeitet. Bei der Analyse von Bevölkerungsprozessen wurde mit den allgemein üblichen demographischen Kennziffern und graphischen Darstellungen gearbeitet. Zum Aufzeigen räumlicher Differenzierungen bei der Herausbildung verschiedener Phänomene wurde das System zur Verarbeitung geographischer Informationen GIS genutzt, und bei der Gruppierung die Methode der Standardabweichung bevorzugt. Als Grundlage für die Beschreibung des Phänomens diente das einfache Modell der Gründe für Säuglingssterblichkeit von Jörgen Vögele, wobei der Analyse von Sterbefällen infolge von Störungen in der Funktion des Verdauungssystems besondere Aufmerksamkeit zuteil wurde; ihr Niveau wurde als Marker für den Einfluss von Umweltfaktoren (exogenen Faktoren) angenommen.

Die Untersuchungen zeigten den negativen Einfluss des stärkeren Bevölkerungszustroms in die Stadt auf das Niveau der Säuglingssterblichkeit auf. Sichtbar wurde er vor allem am Ende des 19. Jahrhunderts, als die Entwicklung der Industrie in der Stadt und den angrenzenden Ortschaften ihren Höhepunkt erreichte. In dieser Periode wies die postneonatale Sterblichkeit, im Gegensatz zur neonatalen Sterblichkeit, die höchsten Werte auf. Dies verweist auf die Rolle von Umweltfaktoren bei der Herausbildung einer erhöhten Konzentration von Sterbefällen in der Gruppe der Kinder mit einem Alter von unter einem Jahr. In der Gruppe der genannten Faktoren stand die nicht hinreichende Brustfütterung der Kinder an erster Stelle. Im Lichte der im Jahre 1902 Befragten zeigte sich, dass unter den jüngsten Kindern, die an Störungen des Verdauungssystems gestorben waren (51,5% aller Sterbefälle), nur 0,3% auf Kinder entfielen, die ausschließlich mit Muttermilch ernährt worden waren. Der Anteil der Sterbefälle infolge von Störungen im Verdauungstrakt war geringer unter den Kindern aus vermögenderen Familien. Diese Situation veranlasste die Stadtverwaltung zu Präventivmaßnahmen, wie z.B. die Propagierung natürlicher Ernährung, unter den ärmeren Bevölkerungsschichten, bei denen die Sterblichkeit neu geborener Kinder erheblich höher lag als in der Gruppe der Säuglinge aus besser gestellten Familien. Mittelbar wird dies durch die Sozial- und Berufsstatistik der natürlichen Bewegung aus den Jahren 1902-1913 belegt (die Konzentration der Säuglingssterblichkeit von unqualifizierten Landarbeitern und den Angehörigen freier Berufe einschließlich des Offizierscorps lagen jeweils am entgegengesetzten Ende der Skala – der Unterschied betrug 270%), sowie durch die räumliche Statistik der natürlichen Bewegung aus den Jahren 1911-1913 (an entgegengesetzten Enden lagen die Konzentrationen der Säuglingssterblichkeit in bürgerlichen und in Arbeitervierteln – der Unterschied betrug 130%). Eine deutlich negative Korrelation zwischen der Zahl der Zimmer und der Säuglingssterblichkeit in den statistischen Bezirken Stettins ($-0,808$; $p < 0,001$) lässt mittelbar auf die entscheidende Rolle des ökonomischen Faktors bei der Herausbildung des analy-

sierten Phänomens schließen. Allerdings waren schlechte Wohnverhältnisse nur bei der Hälfte der Sterbefälle von Säuglingen infolge von Störungen im Verdauungstrakt zu beobachten (im Jahre 1902), was die Aufmerksamkeit auf „schlechte Angewohnheiten“ der Eltern lenkt, die statistisch nur schwer zu fassen sind. Zwar war die Säuglingssterblichkeit zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in Zusammenhang mit dem verstärkten Geburtenrückgang, dem Anwachsen des allgemeinen Wohlstands, und der Einführung von Fürsorge für neu geborene Kinder, darunter von verpflichtenden Kontrollen für unehelich Geborene (1910), deutlich rückläufig, doch verharrte sie im Vergleich zu anderen großstädtischen Zentren Deutschlands auf einem hohen Niveau. Zudem verringerten sich die sozialen Unterschiede bei der Herausbildung dieses Phänomens nicht, im Gegenteil – sie verstärkten sich noch. Weiterhin bleibt es eine offene Frage, warum Stettin in dieser unrühmlichen Statistik eine führende Position einnahm.

TWO CITIES, TWO DIFFERENT WORLDS.
SOCIAL-SPATIAL DIVERSIFICATION OF INFANT MORTALITY
IN SZCZECIN IN THE YEARS 1876–1913

Summary

Key words: *Pomerania; historical demography; mortality; social history; 19th and 20th cent.; Szczecin*

The article touches upon issues connected with infant mortality in Szczecin in the years of 1876–1913, analyzing the phenomenon with the emphasis on the social-spatial diversification. The choice of the research topic was determined by two factors. Firstly, at the beginning of the 20th century in Szczecin infant mortality was exceptionally high in comparison with other big German and European towns; secondly, the phenomenon gave rise to one of the first surveys concerning infant mortality, financed by the city in 1902. Apart from the latter – published in the magistrate records – (*Bericht über die Verwaltung über der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Stettin*), the source material for the article is the monumental *Statistics of Prussia (Preußische Statistik)* and *The Statistical Yearbook of the City of Szczecin (Statistischer Jahresbericht der Stadt Stettin)*. Archival materials kept in the State Archive in Szczecin have a complementary significance. They include the correspondence of the royal district doctors (*kgl. Kreisärzte*) conducted with the authorities of the Szczecin Province (*Regierung Stettin*).

In order to limit the influence of the destiny factor, the method of aggregation of data was used. In the analysis of the population processes commonly used demographic rates and graphic representations were employed. The Geographic Information System (GIS) was used to show spatial differences in the shaping of different phenomena. The method of standard deviation was chosen. The basis for the description of the issues constituted a simple model of causes of infant mortality by Jörgen Vögele, with emphasis on the analysis of deaths due to disorders in the digestive system, treating their level as the marker of the influence of exogeneous environmental factors.

The research showed a negative influence of the growing influx of people to the city on infant mortality. It was particularly visible at the end of the 19th century, when the development of industry in the city and nearby towns reached its peak. In that period post-

natal mortality was the highest in comparison with infant mortality. It shows the role of environmental factors in the high rate of deaths of children who were under 1 year old. In the group of the aforementioned factors, the most prominent turned out to be insufficient breast-feeding. The 1902 survey demonstrated that among the youngest children who died of digestive disorders (51,5% of the total of deaths), only 0,3% were children who had been constantly breast-fed. In the group of children who died of digestive disorders the number of children of better-off parents was lower. The situation made the municipal authorities take prevention measures, including the promotion of breast-feeding among poorer population strata where infant mortality was much higher than in families of better-off parents. It is confirmed indirectly by the social-professional statistics of the natural demographic changes from the years of 1902–1913 (the rate of deaths of children of unqualified agricultural workers was set against the rate of deaths of children of freelancers and officers – the difference amounted to 270%) and the spatial statistics of the natural demographic changes from the years 1911–1913 (the rate of infant deaths in bourgeois districts was set against the one in workers' areas – the difference was 130%). A clear negative correlation between the average number of rooms and infant mortality in the statistics districts of Szczecin ($-0,808$; $p < 0,001$) allows the author to consider the economic factor very important in the creation of the phenomenon. However, bad housing was connected with infant deaths from digestive disorders only in half of the cases (1902), which indicates “bad habits” of parents, which are statistically more difficult to grasp. At the beginning of the 20th century together with the fall in the number of births, the increase in general wealth and the introduction of care over newborn babies, including the obligatory control of non-marital children (1910), infant mortality started to fall. However, it still remained high in comparison with other German cities. Moreover, social differences in relation to the phenomenon did not disappear, but they became stronger. It has not been explained yet why Szczecin was the leader in the disgraceful statistics.

ERRATA DO CZĘŚCI I ARTYKUŁU

Strony	Jest	Powinno być
s. 67, p. 8	„W walce o poprawę warunków życia. Opieka nad dzieckiem jako obszar działalności organizacji kobiecych w Szczecinie na przełomie XIX i XX wieku”, [in:] „Choroba i śmierć w perspektywie społecznej w XIII-XX wieku”, red. D. Szudra, E. Włodarczyk [w druku].	<i>W walce o poprawę warunków życia. Opieka nad dzieckiem jako obszar działalności organizacji kobiecych w Prusach na przełomie XIX i XX wieku na przykładzie Szczecina</i> , [in:] <i>Choroba i śmierć w perspektywie społecznej w XIII-XXI wieku</i> , red. D. Chojecki, E. Włodarczyk, Warszawa 2010, s. 335-350.
s. 70, p. 23	cz. 1: <i>Ustrój, gospodarka, społeczeństwo</i> , red. S. Salmonowicz, Toruń 2000)	cz. 1: <i>Ustrój, gospodarka, społeczeństwo</i> , red. S. Salmonowicz, Toruń 2000, s. 78, 112–113, tab. 8, 9).
s. 83, p. 54	Zob. BVGASS 1904/1905, Beilage: W. Gehrke, <i>Bericht</i> , s. 6.	Zob. BVGASS 1904/1905, Beilage: W. Gehrke, <i>Bericht über die Säuglingsfürsorge des Jahres 1905</i> , Stettin 1906, s. 6.
s. 91, w. 5 od dołu	liczebność	liczebności
s. 95, p. 73	R. 26: 1982, s. 22–27	R. 26: 1982, z. 3–4, s. 22–27