

DARIUSZ K. CHOJECKI (*Szczecin*)

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

CZĘŚĆ I

WSTĘPNIIE

Spółceństwo nie istnieje bez nierówności społecznych. Ta prawda, dobrze znana socjologom, odnosi się również do społeczności miejskiej, której wewnętrzne zróżnicowanie, zgodnie z założeniami ekologii społecznej, winno wzrastać wraz ze zwiększającą się gęstością zaludnienia. Postępująca w tym procesie indywidualizacja zachowań jednostek stanowi punkt wyjścia do segregacji przestrzenno-społecznej ludności poprzez oddziaływanie czynnika etnicznego – nieistotnego w naszym przypadku – ekonomicznego, społecznego (status) oraz preferencji co do otoczenia. Dynamiczny wzrost ludności Szczecina w drugiej połowie XIX w., klasycznej epoce miasta przemysłowego, był istotną przesłanką zaostrzenia się w obrębie miasta i jego przedmieść segregacji społecznej, której towarzyszyły jeszcze takie procesy aglomeracyjne, jak centralizacja, koncentracja, inwazja i sukcesja¹. Nie pozostawały one bez wpływu na przestrzenny rozkład umieralności niemowląt; można wręcz powiedzieć, że zróżnicowane natężenie zgonów wśród najmłodszych dzieci, obserwowane w przestrzeni miejskiej Szczecina, z powodu braku innych źródeł czy też ich nieopracowania (na przykład księgi adresowe, akta

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

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

Keywords: Pomerania; historical demography; mortality; social history; 19th and 20th cent.; Szczecin

¹ Szerzej na temat ekologii społecznej: B. Jałowicki, M. S. Szczepański, *Miasto i przestrzeń w perspektywie socjologicznej*, Warszawa 2006, s. 14–20, 22–25; G. Węclawowicz, *Geografia społeczna miast*, Warszawa 2007, s. 53–59. W kontekście Szczecina o zjawiskach tych wspomina m.in. Edward Włodarczyk (*Wielkomijski rozwój Szczecina w latach 1871–1918*, [in:] *Dzieje Szczecina 1806–1945*, t. 3, red. G. Labuda, Szczecin 1994, s. 280–285, 324–329).

USC), jest najlepszym markerem dokonujących się przeobrażeń. Analizując umieralność niemowląt w stolicy Pomorza Zachodniego, wysunąłem więc na pierwszy plan przestrzeń geograficzno-społeczną, by móc między innymi ukazać, że badane zjawisko w dobie przyspieszonej industrializacji i urbanizacji cechowało się wewnątrznie wysokim stopniem dyferencji; nie było homogeniczne i zarazem wymiennie obrazowało nierówność społeczną wobec śmierci. Jednakże czytelnik nie znajdzie w moich szczegółowych rozważaniach gotowej odpowiedzi na ważne pytanie, w jakiej mierze poziom umieralności niemowląt był stymulowany przemianami społecznymi. Na przeszkodzie temu stoją bowiem przeszkody natury obiektywnej, o których przyjdzie jeszcze wspomnieć.

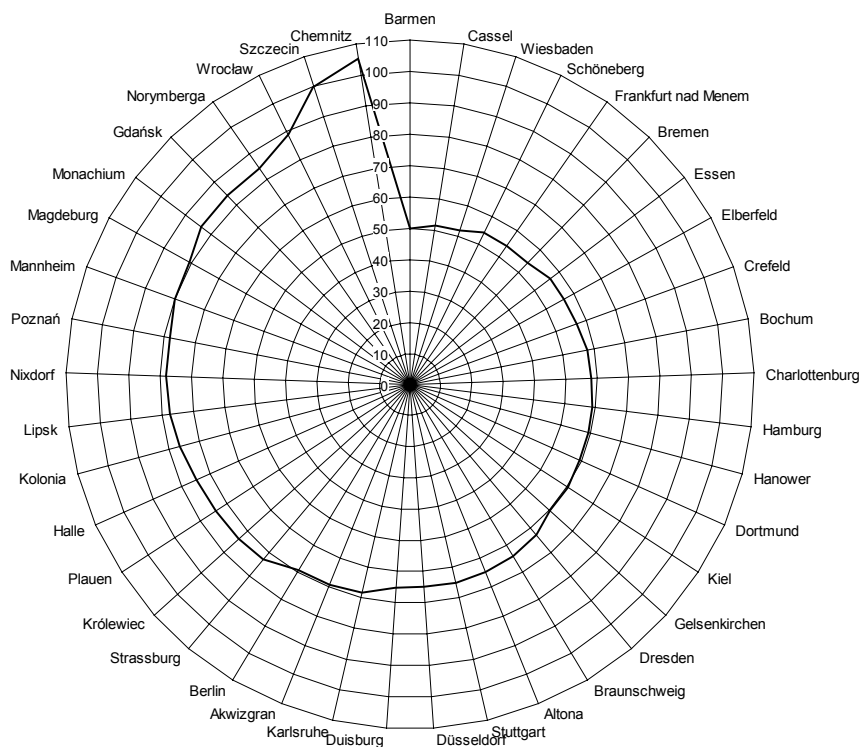
W Szczecinie na przełomie XIX i XX w. umieralność niemowląt notowała jedną z najwyższych wartości wśród niemieckich organizmów miejskich liczących powyżej 100 tysięcy mieszkańców (zob. wykres 1, 2), a w europejskich ośrodkach wielkomijskich była ona wyższa tylko w Moskwie². W kontekście przestrzeni geograficznej sytuacja ta nie uległa istotnej zmianie do wybuchu pierwszej wojny światowej³. To pierwszy powód, który zachęcił mnie do napisania niniejszego studium. Jaki jest następny? Otóż brak zainteresowania tym lokalnym fenomenem demograficzno-zdrowotnym niemieckiej nauki historycznej (nie mówiąc już o polskiej), która w odniesieniu do epoki przyspieszonej urbanizacji i industrializacji koncentrowała zazwyczaj swoją uwagę na demografii i zdrowotności największych miast⁴, omijała zaś łukiem mniejsze. Że małe może być poznawczo piękne i zarazem godne zainteresowania naukowego – świadczyć może przykład Szczecina. W stolicy Pomorza Zachodniego na zlecenie władz komunalnych przeprowadzono w 1902 r. badania ankietowe nad umieralnością niemowląt, składają-

² *Statistique démographique des grandes villes du Monde pendant les années 1880–1909*, Première partie – Europe, Communication Statistiques publiées par le Bureau municipal de Statistique d'Amsterdam, N° 33, Amsterdam 1911, s. 140–161; *Statistik des Deutschen Reichs*, Bd. 223, [s.a.] 1909, s. 37* ; Bd. 275, [s.a.] 1918, s. 77* ; zob. też: P. Dittmann, *Die Bevölkerungsbewegung der deutschen Großstädte seit der Gründung des Deutschen Reiches*, Bamberg 1912, tabele po s. 154.

³ Rozpatrując umieralność niemowląt w ośrodkach wielkomijskich w skali Niemiec, można zauważyć jej przestrzenne zróżnicowanie: wysokim natężeniem zgonów najmłodszych dzieci odznaczały się miasta Ostelbien, Saksonii (królestwo) i Bawarii, niską zaś położone na zachodzie Prus.

⁴ Spośród nowszej literatury warto wskazać na publikacje, które stanowią punkt wyjścia dla poruszanych spraw w niniejszym artykule: A. E. Imhof, *Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland 18. bis 20. Jahrhundert – Warum?*, Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Bd. 7: 1981, Nr. 3, s. 343–382; R. Spree, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreichs*, Göttingen 1981; M. Weyer-von Schoultz, *Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850–1929. Verstädterung und kommunale Gesundheitspolitik dargestellt am Beispiel der jungen Industriestadt Gelsenkirchen*, Essen 1994; B. Witzler, *Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung*, Stuttgart 1995; S. Stöckel, *Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik*, Berlin–New York 1996; C. Zimmermann, *Die Zeit der Metropolen. Urbanisierung und Großstadtentwicklung*, Frankfurt am Main 1996; J. Vögele, *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung*, Berlin 2001.

Wykres 1. Przeciętna umieralność niemowląt w ośrodkach wielkomiejskich Niemiec w latach 1900–1904 (dla Szczecina przyjęta za 100)



Uwaga: przeciętna umieralność niemowląt w Szczecinie równa 29,98%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł cytowanych w przypisie 2.

ce się z części społecznej i lekarskiej⁵. Doktor Freund, opracowujący na bieżąco ich wyniki, wysunął przypuszczenie, że są one pionierskimi w Niemczech⁶. W kilkadziesiąt lat później Irena Krysztofowicz napisała, że na kontynencie europejskim tego rodzaju prace badawcze zostały pierwszy raz przeprowadzone w holenderskiej Hadze w 1908 r.⁷ Jeśli pierwsza z przywołanych osób się nie myli, druga zaś tak, to mamy kolejny ważny powód, by wydobyć na światło dzienne zapomniane dowody w sprawie wysoce ponadprzeciętnej umieralności niemowląt w Szczecinie. Również kurzem zapomnienia, niedawno nieco przetartym przez Agnieszkę Chlebowską⁸, pokryte są pionierskie badania dotyczące uwarunkowań zgonów

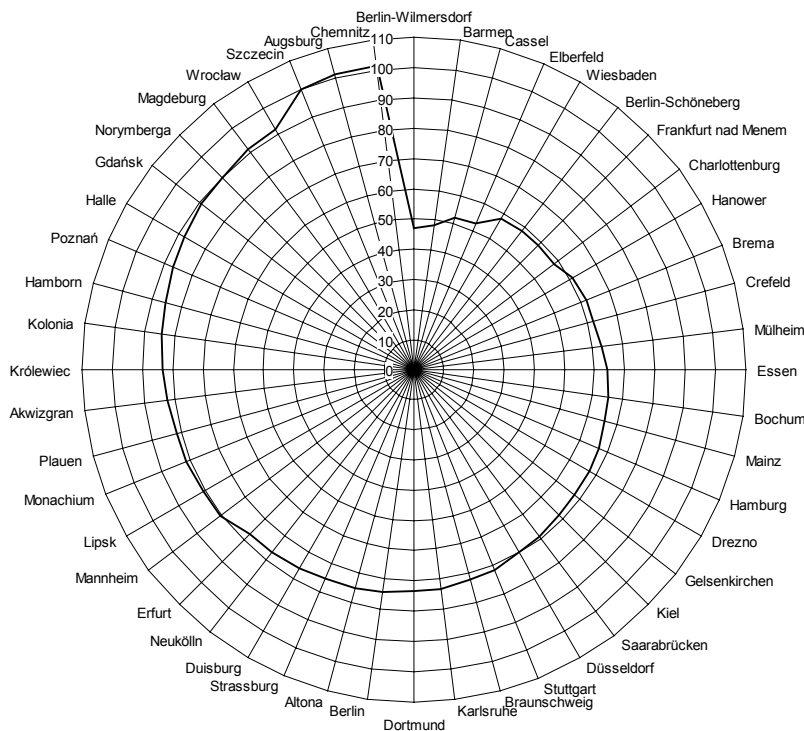
⁵ Zob. *Bericht über Verwaltung der Gemeinde- Angelegenheiten der Stadt Stettin 1904/1905* (dalej cyt. BVGASS) (Anlage 3: wyniki badań zlecone przez Główną Komisję Zdrowia dotyczące dzieci zmarłych w pierwszym roku życia w Szczecinie w okresie od 15 VII 1902 do 15 XI 1902 r., przygotowane przez doktora medycyny Freund). Badania miały być prowadzone przez rok. Na temat ich dalszego losu nic nie wiadomo.

⁶ BVGASS 1902/1903, s. 23.

⁷ I. Krysztofowicz, *Zwalczanie umieralności niemowląt*, Warszawa 1971, s. 17.

⁸ A. Chlebowska, „W walce o poprawę warunków życia. Opieka nad dzieckiem jako obszar dzia-

Wykres 2. Przeciętna umieralność niemowląt w ośrodkach wielkomiejskich Niemiec w latach 1905–1913 (dla Szczecina przyjęta za 100)



Uwaga: przeciętna umieralność niemowląt w Szczecinie równa 22,21%
 Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł z przypisu 2.

dzieci w Szczecinie w latach pięćdziesiątych i pierwszej połowie sześćdziesiątych XIX w., pióra doktora Hermanna Wassefuhr⁹. Jego społecznie zaangażowany głos w walce o najmłodsze istnienia okazał się wołaniem, które w środowisku lekarskim rozchodziło się głuchym echem przez ponad trzydzieści lat. Po przeanalizowaniu stanu literatury przedmiotu nie wprawia w większe zdziwienie opinia jednego z członków nowo powołanej magistrackiej Komisji Zdrowia, jakoby jeszcze na samym początku XX stulecia o śmierci najmłodszych dzieci dyskutowano bardziej z żarliwością (*Eifer*) niż chłodnym rozumem (*Sachkenntnis und Logik*), który mógłby wyjaśnić przyczyny zjawiska przybierającego zastraszające rozmiary¹⁰. Skąd zatem wzięło się nagle zainteresowanie problemem umieralności niemowląt na początku XX w., występujące nie tylko w Szczecinie, lecz również w całych

łałości 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].

⁹ H. Wasserfuhr, *Untersuchungen über die Kindersterblichkeit in Stettin vom Standpunkte der öffentlichen Medizin*, Stettin 1867.

¹⁰ BVGASS 1902/1903, s. 22.

Niemczech? Są dwie głębsze przyczyny tego stanu rzeczy. Pierwsza z nich wiąże się ze zmianą zachowań prokreacyjnych. Objawiła się ona postępującym od początku XX stulecia regresem urodzeń, wraz z którym straciła na znaczeniu maltuzjańska wizja przeludnienia, niezawierająca zresztą zbyt wielu elementów troski o ludzkie życie. Spadek dzietności miał być kompensowany obniżeniem umieralności niemowląt¹¹ – dodajmy znacznie wyższej niż u głównych konkurentów politycznych i gospodarczych Niemiec, to jest Francji i Anglii – zbyt wysokiej, by zachować potencjał militarny i gospodarczy państwa. Myślenie w tych kategoriach było motorem działań rządowych zmierzających ku redukcji poziomu zgonów najmłodszych dzieci¹². Z Berlina płynęły wytyczne¹³, a organizowaniem i finansowaniem samej profilaktyki oraz opieki nad niemowlętami i matkami zajmowały się władze miejskie i instytucje prywatne. Druga przyczyna miała swe podłoże w fakcie, że natężenie zgonów wśród dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia, zaczęto traktować jako jeden z głównych wyznaczników rozwoju cywilizacyjnego. To zaś stymulowało ukryty wyścig miast w dziedzinie poprawy kondycji zdrowotnej ich najmłodszych mieszkańców¹⁴, co – między innymi – zaowocowało deprecjacją strawestowanego powiedzenia, iż „miejskie powietrze czyni chorym”¹⁵. Uwagi te – jak sądzę – stanowią dobre wyjaśnienie, dlaczego w niniejszym artykule poświęcono więcej miejsca na omówienie umieralności niemowląt na początku XX w. niż w ostatniej ćwierci XIX stulecia.

Możliwość przeprowadzenia analizy przyczyn umieralności niemowląt i społeczno-przestrzennego opisu zjawiska zawdzięczamy trzem kategoriom źródeł, to jest archiwalnym materiałom, drukowanym sprawozdaniom oraz urzędowym statystykom. Wśród pierwszych dominuje korespondencja królewskich lekarzy okręgowych (*kgl. Kreisarzt*) z władzami rejencji szczecińskiej¹⁶, stanowiąca zapewne podstawę do przygotowania raportów dla państwowych władz centralnych. Cechuje się ona pewnym formalizmem narzuconym przez ministerialny kwestionariusz pytań. Jej słabą stroną poznawczą jest to, że zawarta w niej treść często jest wynikiem osobistych doświadczeń lekarskich, niepopartych stosownym materiałem empirycznym¹⁷, co zresztą nie dziwi, zważywszy, że pruskie władze państwowe nie przekazywały władzom rejencji stosownych środków finansowych na

¹¹ Do wybuchu pierwszej wojny światowej „zadanie” to nie zostało zrealizowane w Szczecinie; por. *Statistische Vierteljahresberichte der Stadt Stettin* (dalej cyt. SVJBSS), Bd. 3: 1913, s. 52–53 (C. Anhang: „Die Geburtenhäufigkeit in Stettin”).

¹² J. Vögele, *op.cit.*, s. 147–148, 152–153.

¹³ Zob. Archiwum Państwowe w Szczecinie (dalej cyt. AP Szczecin), Rejencja Szczecińska Wydział Prezydialny (dalej cyt. RSWP), sygn. 8037, k. 42–45v (pruskie ministerstwo ds. wyznania, nuczania i medycyny do prezesów rejencji i prezydenta policji w Berlinie; Berlin, 16 VI 1908 r.); sygn. 8037, k. 99–99v (pruskie ministerstwo spraw wewnętrznych do prezesów rejencji i prezydenta policji w Berlinie; Berlin, 31 VIII 1912 r.).

¹⁴ B. Witzler, *op.cit.*, s. 194–195.

¹⁵ J. Vögele, *op.cit.*, s. 161.

¹⁶ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, 8038 („Säuglingssterblichkeit”).

¹⁷ Jeśli takowy się pojawia, to pochodzi on z oficjalnej urzędowej statystyki.

prowadzenie badań nad przyczynami umieralności niemowląt, żądając zarazem informacji na ten temat. Obok tego na przeszkodzie bardziej dogłębnego poznania zjawiska stoi fakt zaginięcia po drugiej wojnie światowej większości archiwaliów wytworzonych przez magistrat szczeciński. Próżno więc szukać tego, co mogłoby oświetlić wiele interesujących nas zagadnień, a więc i akt miejskiego Urzędu Zdrowia. Ta niedogodność badawcza jest w pewnej mierze rekompensowana zachowaniem się drukowanych sprawozdań magistratu szczecińskiego¹⁸, na których łamach gości tematyka zdrowia publicznego, w tym opieki nad niemowlęciem. Tu również zamieszczone są wyniki badań pochodzące z początku XX w., które do tej pory nie były przedmiotem zainteresowania naukowego, a które są istotne w opisie rozpatrywanego zjawiska. Jego analizę ilościową, także w kontekście społecznym, umożliwiają dane zawarte w *Statystyce Prus*¹⁹ oraz *Roczniku Statystycznym Miasta Szczecin*²⁰. W tym ostatnim periodyku szczególne znaczenie mają informacje o pozycji zawodowej rodziców zmarłych niemowląt, strukturze zgonów niemowląt według rodzaju i sposobu ich odżywiania i wreszcie liczbie zmarłych niemowląt w okręgach statystycznych miasta. Pierwsze z wymienionych wydawnictw statystycznych wykorzystał w swych badaniach prof. Erich Peiper i jego współpracownik Richard Pauli²¹. Choć problematyka ich ciekawego studium, kolportowanego nawet do władz powiatowych²², obejmuje szerokie spektrum zagadnień związanych z umieralnością niemowląt na Pomorzu Zachodnim, od wpływu klimatu po propozycje rozwiązań systemowych, to jednak pomija ona społeczne aspekty zróżnicowania badanego zjawiska²³. Również dokonania szczecińskiego środowiska na obszarze zwalczania umieralności niemowląt, zauważone przez pruskie minister-

¹⁸ BVGASS 1902/1903–1907/1908; dla następnych lat pod zmienionym tytułem: *Verwaltungsbericht der Stadt Stettin* (dalej cyt. VBSS).

¹⁹ *Preußische Statistik* (dalej cyt. PS) za lata 1876–1913 (Berlin).

²⁰ *Statistischer Jahresbericht der Stadt Stettin* (dalej cyt. SJBSS), Bd. 1: 1910 – Bd. 4: 1913.

²¹ E. Peiper, Mitarb. R. Pauli, *Die Säuglingssterblichkeit in Pommern, ihre Ursachen und Bekämpfung*, Klinisches Jahrbuch, Bd. 23: 1910, s. 188–292. Zob. też: E. Peiper, *Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Pommern*, Veröffentlichungen aus den Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 1: 1912, H. 1, s. 53. Do badań Peipera nawiązał Kurt Simon, ale jego praca traktuje zarówno umieralność niemowląt, jak i inne elementy ruchu naturalnego ludności w sposób wysoce pobieżny (K. Simon, *Die Bevölkerungsbewegung in der Provinz Pommern von 1871 bis 1910*, Greifswald 1918).

²² AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 91 (naczelnicy prezydenta prowincji Pomorze do władz Rejencji Szczecińskiej (dalej cyt. RS); Szczecin, 17 V 1912 r.).

²³ Społecznym zróżnicowaniem umieralności niemowląt zajął się pokrótce Kazimierz Wajda, omawiając syntetycznie przemiany ludnościowe na obszarze Wielkiego Pomorza w latach 1850–1914 (K. Wajda, *Stosunki ludnościowe na ziemiach pomorskich w latach 1850–1914*, [in:] *Historia Pomorza*, t. 4: (1850–1918), cz. 1: *Ustrój, gospodarka, społeczeństwo*, red. S. Salmonowicz, Toruń 2000). Do analizy tego aspektu dziejów ludności wykorzystał on starszą literaturę niemiecką, która obraz liczbowy zjawiska prezentowała na poziomie państwa, prowincji i rejencji (K. Seutemann, *Kindersterblichkeit sozialer Bevölkerungsgruppen insbesondere im Preussischen Staate und seinen Provinzen*, Tübingen 1894, tab. IX; [dr] Behr-Pinow, *Statistische Beiträge für die Beurteilung der Säuglingssterblichkeit in Preußen unter Benutzung von amtlichen Material und nach gemeinsam mit F. Winkler*, Charlottenburg 1913, s. 120–121, tab. 16).

stwo do spraw wyznania, nauczania i medycyny²⁴, są tam ujęte marginalnie, tak iż można odnieść wrażenie, że prof. E. Peiper, dyrektor Uniwersyteckiej Kliniki Dziecięcej w Greiswaldzie, był mu z jakichś powodów niechętny (względy ambicjonalne?).

Studium E. Peipera bez wątpienia zasługuje na miano solidnej rozprawy o umiERALNOŚCI niemowląt, zważywszy, że rozpatruje ono problem z różnych perspektyw, w zgodzie z późniejszym zaleceniem ministerialnym adresowanym do królewskich lekarzy okręgowych²⁵. Owo zalecenie może stanowić punkt wyjścia do budowy modelu przyczyn umieralności niemowląt w ośrodkach wielkomiejskich w dobie postępującego uprzemysłowienia. Gotowy rys takiego konstrukt, który w istotnej mierze tworzy szkielet dla niniejszych rozważań, przedstawia przejrzyste Jörg Vögele²⁶. Rys ten zawiera cztery z grubsza zarysowane grupy determinant (*Einflussfaktoren*): ekologiczne, społeczno-kulturowe, instytucjonalne i ekonomiczne. Określające je czynniki nie w każdym wypadku są przyporządkowane wyłącznie do jednej z nich, gdyż mogą jednocześnie wchodzić w skład dwóch grup. Aby czytelnik miał szybki przegląd poruszanych dalej zagadnień, warto będzie zatem wymienić poszczególne zmienne modelu: żywienie, status prawny nowo narodzonych dzieci, płodność, wykształcenie/higiena, opieka nad niemowlęciem, stan zdrowia matki, praca matki i/lub ojca, dochody, warunki mieszkaniowe, infrastruktura komunalna, zaopatrywanie w mleko, wreszcie klimat, który pozostawał w ścisłym związku z żywieniem i czterema ostatnimi czynnikami. Całe to bogactwo czynników określających badane zjawisko jest zarazem powodem do zmartwień dla historyka-demografa. Dlaczego? Bo – z powodu braku stosownych badań ankietowych i niejednorodności źródeł – nie może on powiązać wszystkich elementów w jedną całość, na przykład przeprowadziwszy uprzednio analizę czynnikową, lecz musi rozpatrywać je z osobna, niejako po kartezyjsku. W tej sytuacji wyrokowanie o roli każdego faktora lub grupy czynników w procesie kształtowania umieralności ogólnej niemowląt przypomina bardziej wróżenie z kart niż rzetelną analizę naukową. Niedostatki źródłowe rodzą wątpliwości i skłaniają do stawiania hipotez; tych ostatnich nie powinno więc zabraknąć w dalszej części rozważań.

OGÓLNIE

Kierunek zmian – wybrane aspekty

Nie będzie przesadą stwierdzenie, że łatwiej jest analizować zjawiska demograficzne dla wielu miast w jednym przekroju czasowym, niż objąć badaniem jedno z nich w dłuższej perspektywie czasu. Na przeszkodzie temu ostatniemu stoją bowiem zmiany granic administracyjnych, których konsekwencją może być

²⁴ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 45 (pruskie ministerstwo ds. wyznania, nauczania i medycyny do prezesów rejencji i prezydenta policji w Berlinie; Berlin, 16 VI 1908 r.).

²⁵ Ibid., k. 99–99v (pruskie ministerstwo ds. wyznania, nauczania i medycyny do prezesów rejencji i prezydenta policji w Berlinie; Berlin, 31 VIII 1912 r.).

²⁶ J. Vögele, op.cit., s. 140.

nagły wzrost ludności i – co dla nas ważne – raptowne przekształcenie struktury społeczno-zawodowej rozpatrywanej jednostki terytorialnej. Na przełomie XIX i XX w. w dynamicznie rozwijających się ośrodkach miejskich owo zaburzenie wewnętrznego porządku wywoływane było z reguły poprzez inkorporacje (*Eingemeindung*) uboższych przedmieść, które skupiały ludność utrzymującą się z pracy najemnej w przemyśle ulokowanym na obrzeżach miasta, wywodzącą się głównie spoza dotychczasowego miejsca zamieszkania. Kierunek zmian rzadziej był określany poprzez wcielenie bogatszych miejscowości podmiejskich, gdyż, z racji ich słabszego zaludnienia, tego rodzaju inkorporacje nie rzutowały zasadniczo na globalny poziom zjawisk demograficznych. Szczecin nie należał tu do wyjątków. Jego właściwy obszar administracyjny, do którego – przypomnijmy – odnoszą się publikowane charakterystyki ruchu naturalnego, pozostawał bez zmian od połowy lat sześćdziesiątych XIX w.²⁷ do nastania XX w.²⁸, co nie jest bez znaczenia dla badań demograficznych. Wówczas bowiem, przede wszystkim za sprawą kwitnącej industrializacji²⁹, nastąpił niebываły w dziejach miasta wzrost liczby ludności (wykres 3)³⁰. W połowie lat osiemdziesiątych pozwolił on Szczecinowi wejść do grona organizmów miejskich liczących powyżej 100 tysięcy mieszkańców, dzięki czemu mamy także do dyspozycji szerszą paletę danych demograficznych. W tym czasie dokonały się też istotne przeobrażenia przestrzeni urbanistycznej. W 1873 r., po długich staraniach władz miejskich, zrzucono gorset umocnień twierdzy, który nie pozwalał swobodnie oddychać organizmowi miejskiemu i krępował jego ruchy zmierzające ku rozszerzeniu swej przestrzeni życiowej³¹. Ponadto w 1875 r. zredukowano prerogatywy władz wojskowych, wzmocniono zaś uprawnienia władz samorządowych, co warunkowało zmianę kierunku rozwoju przestrzennego zespołu miejskiego z dośrodkowego na odśrodkowy, w początkowej fazie poprzez zagospodarowanie terenów pofortecznych. Jeśli do tego dodamy jeszcze fakt, że od 1874 r. w Niemczech zaczęły działać Urzędy Stanu Cywilnego, których powołanie do życia przełożyło się na poprawę jakości danych demograficznych i poszerzenie ich zakresu poznawczego, to stanie się zrozumiałe, dlaczego analiza umieralności niemowląt w okresach pięcioletnich rozpoczyna się od 1876 r. W ćwierć wieku

²⁷ Szerzej: W. Stępiński, *Gospodarcze i demograficzne podstawy rozwoju przestrzennego Szczecina w latach 1808–1870*, Materiały Zachodniopomorskie, t. 28: 1982, s. 249; idem, *Szczecin w latach 1806–1870 na drodze do kapitalizmu*, [in:] *Dzieje Szczecina 1806–1945*, t. 3, s. 73–74; B. Kozińska, *Rozwój przestrzenny Szczecina od początku XIX wieku do II wojny światowej*, Szczecin 2002, s. 118–123.

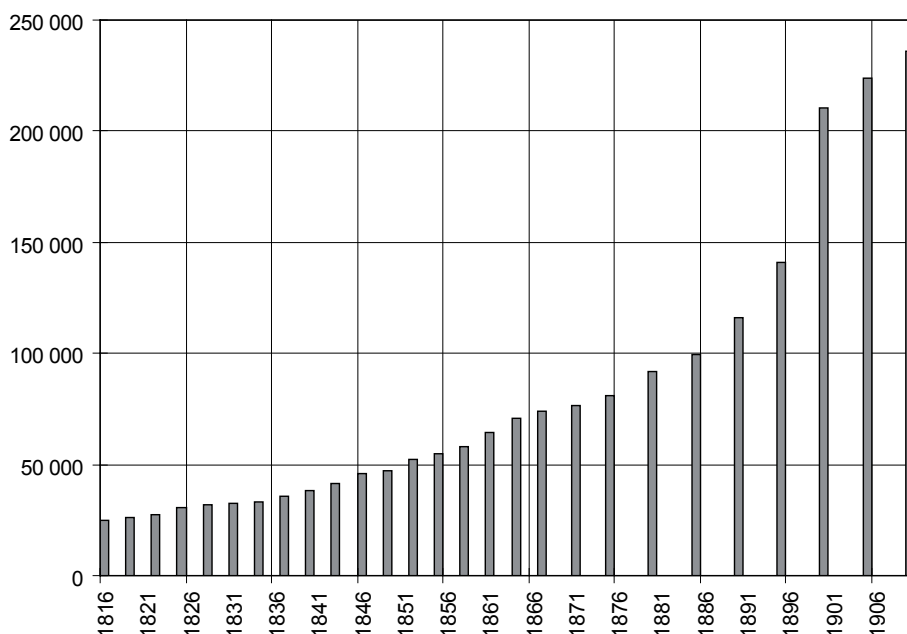
²⁸ Por. E. Włodarczyk, *Wielkomijski rozwój*, s. 291–293; B. Kozińska, op.cit., s. 205–206.

²⁹ Szerzej: E. Włodarczyk, *Wielki przemysł Szczecina w latach 1850–1914*, Warszawa–Poznań 1982, passim.

³⁰ Ogólny obraz rozwoju ludnościowego Szczecina i jego pozycji w hierarchii zachodniopomorskiej sieci osadniczej kresli Edward Włodarczyk w: *Wielkomijski rozwój*, s. 324–329; *Tendencje rozwojowe miast prowincji [zachodnio]pomorskiej w latach 1850–1918*, Zapiski Historyczne, t. 63: 1998, z. 1, s. 99–121.

³¹ Szerzej: W. Stępiński, *Gospodarcze i demograficzne podstawy*, s. 220–227, 232–233; idem, *Szczecin w latach 1806–1870*, s. 62–70; E. Włodarczyk, *Wielkomijski rozwój*, s. 286–287; B. Kozińska, op.cit., s. 146–155.

Wykres 3. Ludność obecna Szczecina w latach 1816–1910 (dane spisowe z początku grudnia danego roku)



Źródło: opracowanie własne na podstawie SJBSS, Bd. 4: 1913, s. 3 i B. Lembke, *Großstadt – Entwicklung Stettins 1871–1910*, Danzig 1933, s. 6.

później (1 IV 1900 r.), zgodnie z ogólnoniemieckimi tendencjami, obszar miasta został rozszerzony o Grabowo (*Grabow*), od 1855 r. samodzielny organizm miejski, i przyległe doń Drzetowo (*Bredow*) oraz Niemierzyn (*Nemitz*). Tylko wskutek tego działania ludność Szczecina wzrosła o około 47,5 tysiąca mieszkańców (29,1%)³², co nie pozostało bez wpływu na strukturę społeczno-zawodową miasta, gdyż dwie pierwsze dzielnice były licznie zamieszkiwane przez robotników zatrudnionych w przemyśle stoczniowym i maszynowym³³.

W analizie procesów ludnościowych opisana wyżej inkorporacja winna zatem stanowić punkt różnicujący przebieg faktów demograficznych zależnych pośrednio od struktury społeczno-zawodowej ludności. Wydzielenie drugiej, „sztucznej” cezury wewnętrznej nie jest potrzebne w wypadku przyłączenia do miasta okręgu Arkońskie (*Gut Eckerberg*), Górnego Niebuszewa (*Zabelsdorf*), Świerczewa (*Schwarzow*), Nowego Westendu (*Neu-Westend*) i Pogodna (*Braunsfelde*), co miało

³² SJBSS, Bd. 2: 1911, s. 3, tab. 4, przyp. 1.

³³ E. Włodarczyk, *Zur Wohnungsfrage der Stettiner Arbeiterklasse vor dem ersten Weltkrieg*, w: *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. 78; W. Stepiński, *Gospodarcze i demograficzne podstawy*, s. 238–240; B. Kozłowska, op.cit., s. 104–105 i inne.

miejsce 1 IV 1911 r.³⁴ Wprawdzie pociągnęło ono za sobą znaczne rozszerzenie administracyjnej przestrzeni miasta (o 15,7%), ale temu faktowi nie towarzyszył pokaźny wzrost ludności (o 0,6%), który mógłby w istotnej mierze zniekształcić dotychczasową strukturę społeczno-zawodową mieszkańców miasta.

W Szczecinie w ostatniej ćwierci XIX stulecia umieralność niemowląt wykazywała tendencję zwyżkową (wykres 4). Pod koniec wieku przeciętnie co trzecie nowo narodzone dziecko umierało, nie ukończywszy pierwszego roku życia³⁵. Negatywny kierunek zmian uległ odwróceniu na początku następnego stulecia, tak iż przed wybuchem pierwszej wojny światowej w stolicy Pomorza Zachodniego już „tylko” średnio co piąte nowo narodzone dziecko rozstawało się z życiem w okresie niemowlęcym. Trybut składany śmierci, szczególnie przez uboższą ludność, dobrze ukazują dane szczecińskiej Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem zestawione dla 1907 r. Wynika z nich, że nowo przyjęte do opieki niemowlęta³⁶ miały średnio 2,3 rodzeństwa, przy czym były wydane na świat przez matkę przeciętnie jako czwarte lub piąte dziecko³⁷, najczęściej zaś jako szóste (13,9%)³⁸. Rozbieżność pomiędzy tymi uśrednionymi wartościami może obrazować „reprodukcję rozrzutną”, charakterystyczną dla starego porządku biologicznego.

Negatywne i pozytywne zmiany w kształtowaniu się natężenia zgonów niemowląt były w głównej mierze współokreślane poziomem umieralności dzieci, które miały już za sobą ukończony pierwszy miesiąc życia i – formalnie rzecz biorąc – nie należały już do grupy noworodków (zob. umieralność postneonatalna). Fakt ten wskazywał wyraźnie, że analizowane zjawisko było w istotnej mierze determinowane czynnikami zewnętrznymi. Wprawdzie umieralność neonatalna noworodków w omawianym okresie odznaczała się tendencją spadkową, ale jej pozytywny rozwój nie wywierał znaczącego wpływu na poziom ogólnego natężenia zgonów niemowląt (wykres 5). W tym miejscu należy zaznaczyć, że w określeniu roli czynników endogennych (wewnętrznych) lepszym aproksymantem jest umieralność okołoporodowa. Również

³⁴ SJBSS, Bd. 2: 1911, s. 2, tab. 2, przyp. 1; s. 3, tab. 5, przyp. 1.

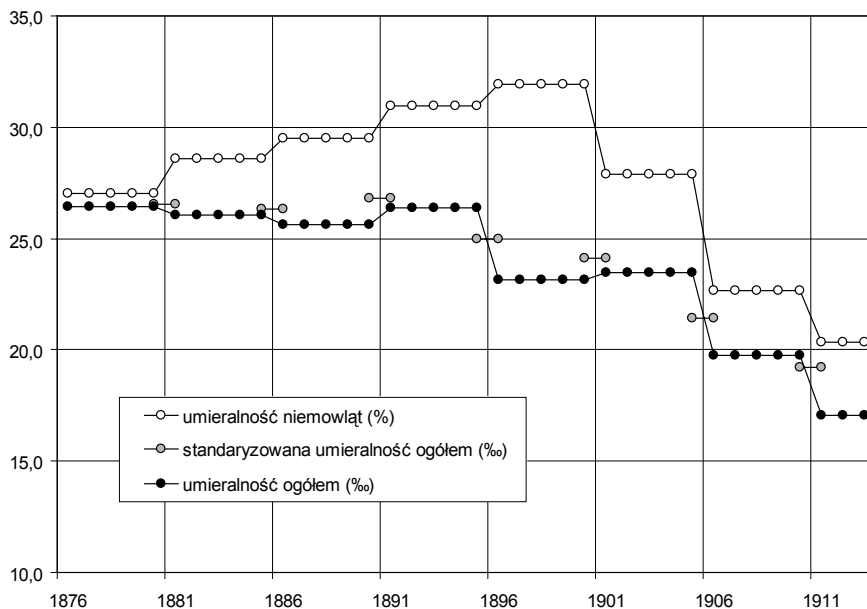
³⁵ Obliczenia własne ogólnej umieralności niemowląt i w podziale na legitymizację umieralności neonatalnej i postneonatalnej oraz okołoporodowej na podstawie: PS 45, 1876, s. 22, 172–176; 48, 1877, s. 22, 212–216; 51, 1878, s. 22, 212–216; 56, 1879, s. 22, 164–168; 61, 1880, s. 22, 164–168; 74, 1882, s. 22, 164–168; 79, 1883, s. 22, 164–168; 86, 1884, s. 22, 164–168; 89, 1885, s. 22, 164–168; 94, 1886, s. 24, 258–262; 98, 1887, s. 24, 194–198; 107, 1888, s. 24, 194–198; 113, 1889, s. 24, 202–206; 117, 1890, s. 24, 200–204; 123, 1891, s. 24, 296–300; 127, 1892, s. 24, 200–204; 134, 1893, s. 24, 200–204; 138, 1894, s. 24, 200–204; 143, 1895, s. 24, 200–204; 149, 1896, s. 24, 296–300; 155, 1897, s. 24, 200–204; 160, 1898, s. 24, 200–204; 164, 1899, s. 24, 200–204; 177, 1900, s. 26, 228–232; 178, 1901, s. 26, 348–352; 183, 1902, s. 16, 146–150; 190, 1903, s. 16, 146–150; 196, 1904, s. 16, 134–138; 200, 1905, s. 16, 134–138; 207, 1906, s. 16, 134–138; 213, 1907, s. 16, 148–152; 220, 1908, s. 16, 148–152; 224, 1909, s. 16, 134–138; 229, 1910, s. 16, 134–138; 233, 1911, s. 16, 148–152; 238, 1912, s. 16, 148–152; 245, 1913, s. 16, 148–152.

³⁶ Przyjęto 1522 niemowląt.

³⁷ Średni numer kolejności urodzenia wyniósł 4,6. Prawdopodobnie Miejska Opieka nad Niemowlęciem nie uwzględniła w statystyce urodzeń wielorakich, na co wskazuje brak 55 dzieci w danych prezentujących kolejność urodzenia.

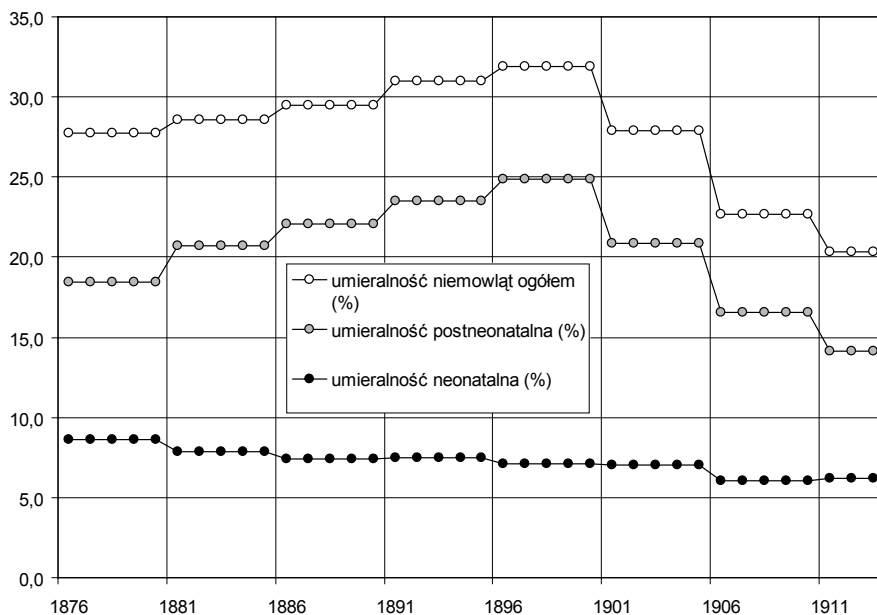
³⁸ Obliczenia własne na podstawie BVGASS 1907/1908, s. 224.

Wykres 4. Przeciętna umieralność niemowląt i ogółem w Szczecinie w latach 1876–1913



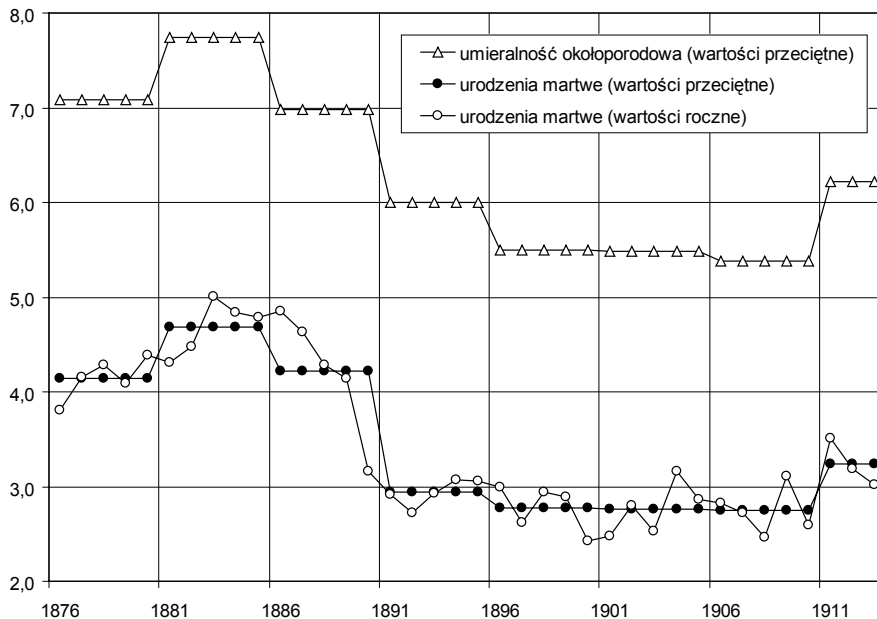
Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisach 35, 42 i 43.

Wykres 5. Przeciętna umieralność neonatalna i postneonatalna w Szczecinie w latach 1876–1913



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisie 35.

Wykres 6. Udział urodzeń martwych w urodzeniach ogółem oraz umieralność okołoporodowa w Szczecinie w latach 1876–1913 (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisie 35.

jej rozwój charakteryzował się tendencją spadkową, przy czym w większym stopniu zależała ona od redukcji liczby urodzeń martwych, w mniejszym zaś – od redukcji liczby zgonów noworodków w pierwszym tygodniu życia, co pozwala przypuszczać, że obniżenie się umieralności neonatalnej było w głównej mierze pochodną malejącej roli czynników zewnętrznych aniżeli wewnętrznych. Pośrednim dowodem w tej sprawie może być gwałtowna redukcja udziału urodzeń martwych w urodzeniach ogółem, występująca w Szczecinie pod koniec lat osiemdziesiątych XIX w. (wykres 6). Ówczesnie przeoczony fenomen demograficzny³⁹, nieobserwowany w pozostałych ośrodkach miejskich Pomorza Zachodniego, da się prawdopodobnie wyjaśnić w kontekście zmiany instytucjonalnej⁴⁰, jaka dokonała się w funkcjonowaniu szczecińskiego położnictwa. Mianowicie od 1888 r. zaczął prowadzić swoją działalność statutową Związek Położnych, który skupiał wolno praktykujące *Hebammen* z obszaru miasta. Do niego mogły także przynależeć położne z podszczecińskich miej-

³⁹ Zob. na temat urodzeń martwych: *Das öffentliche Gesundheitswesen im Regierungsbezirke Stettin während der Jahre 1886, 1887, 1888*, sechster Verwaltungsbericht erstattet von Dr. Katerbau, Stettin 1890, s. 21–22; *Das öffentliche Gesundheitswesen im Regierungsbezirke Stettin während der Jahre 1889, 1890, 1891*, siebenter Verwaltungsbericht erstattet von Dr. Katerbau, Stettin 1893, s. 16.

⁴⁰ Z pewnością nie chodziło tu o korzystne dla kobiet w ciąży i położu zmiany w niemieckim prawodawstwie pracy, gdyż te, mimo szumnych deklaracji królewskich z 1890 r., zostały wprowadzone dopiero w 1908 r. (nowelizacja „Reichsgewerbeordnung” z 28 XII 1908 r.). Zob. [dr] Behr-Pinnow, *Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit*, Berlin 1913, s. 49.

scowości. W pracach organizacji brali udział lekarze, propagując aktualną wiedzę medyczną⁴¹, co obok samokontroli i wymiany doświadczeń zawodowych pomiędzy położnymi było zapewne czynnikiem mającym wpływ na podniesienie się jakości usług świadczonych kobietom w ciąży i położu. W tym kontekście staje się bardziej zrozumiałe największe w rozpatrywanym okresie obniżenie się udziału urodzeń martwych w urodzeniach ogółem z 4,14% do 3,16% właśnie pomiędzy 1889 a 1890 r. Wyzaczyło ono nowy okres względnej stabilizacji relatywnego poziomu urodzeń martwych, trwający do wybuchu pierwszej wojny światowej.

Czytelną oznaką pozytywnych zmian zachodzących w umieralności niemowląt na początku XX w. był wzrost udziału zgonów dzieci, które nie ukończyły pierwszego tygodnia życia, w ogólnej liczbie zgonów niemowląt. Jednakże przed wybuchem wojny nie przekroczył on poziomu notowanego na początku ostatniej ćwierci XIX w., co jednakże może być wynikiem „przypadku”, gdyż ostatni podokres obejmuje tylko trzy lata.

Jest rzeczą zastanawiającą, że wyraźnie zarysowanemu pod koniec XIX w. apogeum umieralności niemowląt nie towarzyszyło ekstremum umieralności ogólnej; mało tego – w okresie 1896–1900 natężenie wszystkich zgonów (CDR)⁴² zanotowało znaczny spadek względem wcześniejszych periodów i tego faktu, z pewnością, nie można tłumaczyć zmianami w strukturze wieku i płci ludności Szczecina, gdyż przeczą temu standaryzowane wartości (SDR)⁴³ tak ogólnej, jak i przedstawionej w podziale na płeć umieralności z lat 1895/1896 oraz 1900/1901. Ich poziom uległ obniżeniu (wykres 4). Analiza natężenia zgonów w poszczególnych grupach wiekowych ukazuje, że pozytywne zmiany w umieralności, które uwidoczniły się pod koniec XIX w., były między innymi uwarunkowane spadkiem intensywności zgonów wśród dzieci chodzących już i będących w wieku przedszkolnym (1–2, 2–3, 3–5 lat), co pozostaje w pewnej sprzeczności z zakładanym porządkiem logicznym. Wszak tam, gdzie występowała wysoka umieralność niemowląt, notowano również wysoką umieralność dzieci w wieku przedszkolnym⁴⁴. To intrygujące odstępstwo od reguły można próbować wyjaśnić w kontekście ruchów migracyjnych.

W Szczecinie w ostatniej ćwierci XIX w. saldo ruchu wędrownego, oszacowane na podstawie metody ruchu naturalnego, odznaczało się tendencją wzrostową, która swoje apogeum osiągnęła pod koniec XIX w. (okres międzypisowy 1895–1900).

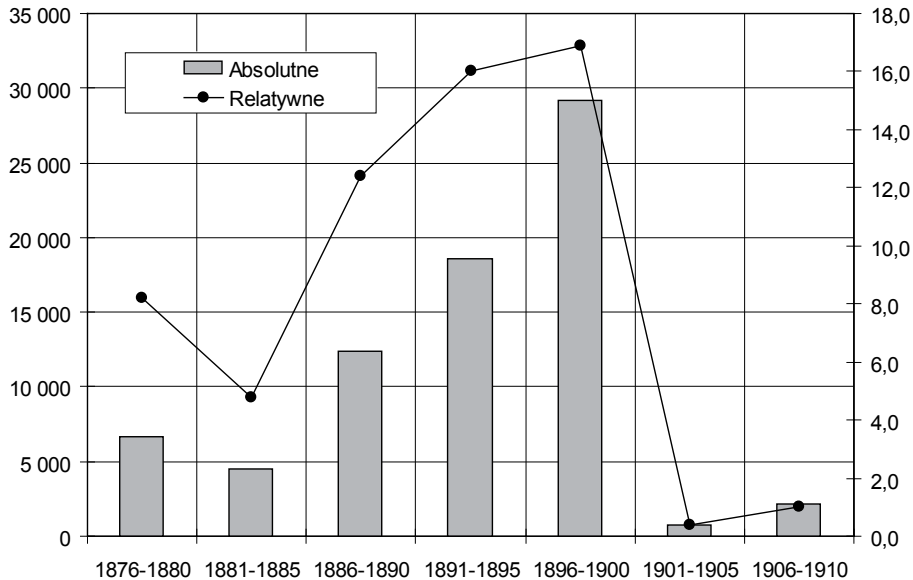
⁴¹ *Das öffentliche Gesundheitswesen im Regierungsbezirke Stettin während der Jahre 1886, 1887, 1888*, s. 235–236.

⁴² Informacje liczbowe o ogólnej umieralności: *Preussens Städte. Denkschrift zum 100 jährigen Jubiläum der Städteordnung vom 19. November 1808*, hrsg. v. H. Silbergleit, Berlin 1908, s. 113, 117, 121, 125, 129, 133; *SJBSS*, Bd. 4: 1913, s. 5.

⁴³ Obliczenia własne na podstawie: PS 61, 1880, s. 168–171; 68, 1881, s. 216–219; 89, 1885, s. 168–171; 94, 1886, s. 266–271; 117, 1890, s. 204–207; 123, 1891, s. 300–303; 124, 1891, s. XXX; 145, 1895, s. 52–53; 152, 1896, s. 52–53; 171, 1900, s. 50–51; 179, 1901, s. 50–51; 199, 1905, s. 54–55; 208, 1906, s. 54–55; 229, 1910, s. 152–161; 233, 1911, s. 152–161; *SJBSS*, Bd. 3: 1912, s. 6.

⁴⁴ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8049 (inserowany artykuł: E. Peiper, *Säuglingssterblichkeit und Militärtauglichkeit*, Sonderabdruck aus der „Deutschen Militärärztlichen Zeitschrift”, 1907, H. 14, s. 605–619).

Wykres 7. Absolutne i relatywne (%) saldo ruchu wędrownego w Szczecinie w okresach międzypisowych w latach 1876–1910



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisie 46.

Wówczas przewaga osób napływających nad odpływającymi z miasta wyniosła 29,2 tysiąca osób, co stanowiło aż 16,9% stanu ludności z 1895 r. (wykres 7)⁴⁵. W pierwszej dekadzie XX w. doszło do gwałtownego załamania wspomnianej tendencji, i to mimo rozszerzenia granic administracyjnych miasta o obszary, które wcześniej były miejscem intensywnego napływu ludności. W okresach międzypisowych 1900–1905 i 1905–1910 poziom migracji netto zanotował niewielkie wartości absolutne (0,8 tysiąca i 2,1 tysiąca) i relatywne (0,4% i 1,0%)⁴⁶. Zasadniczym powodem tej zmiany był spadek tempa, a nawet zahamowanie przyrostu nowych inwestycji gospodarczych w miejskim zespole Szczecina⁴⁷.

⁴⁵ Szczecin na tle innych organizmów wielkomiejskich Rzeszy cechował się jednym z najmniejszych odsetków ludności urodzonej na miejscu (*Ortsgebürtige*). Według danych spisu zawodowego z 1907 r. wynosił on 35,9%. Zob. W. Köllmann, *Bevölkerung in der industriellen Revolution*, Göttingen 1974, s. 117–119 (tab. 2).

⁴⁶ PS 117, 1890, s. 24, 38, 112; 123, 1891, s. 24, 38, 208; 127, 1892, s. 24, 38, 112; 134, 1893, s. 23, 38, 112; 138, 1894, s. 24, 38, 112; 143, 1895, s. 24, 38, 112; SJBS, Bd. 1: 1910, s. 2–3 (obliczenia własne bilansów dla lat międzypisowych 1890–1895, 1905–1910); M. Broesike, *Die Binnenwanderungen im preussischen Staate nach Kreisen 1895 bis 1900*, Zeitschrift des Königlich Preussischen Statistischen Landesamts, Jg. 42: 1902, s. 276, szp. 2; idem, *Die Binnenwanderungen im preussischen Staate*, ibid., Jg. 47: 1907, s. 8, szp. 1; D. Szudra, *Bilanse migracyjne pruskiej prowincji Pomorze w latach 1875–1890*, *Przeszość Demograficzna Polski*, t. 25: 2004, s. 77–118.

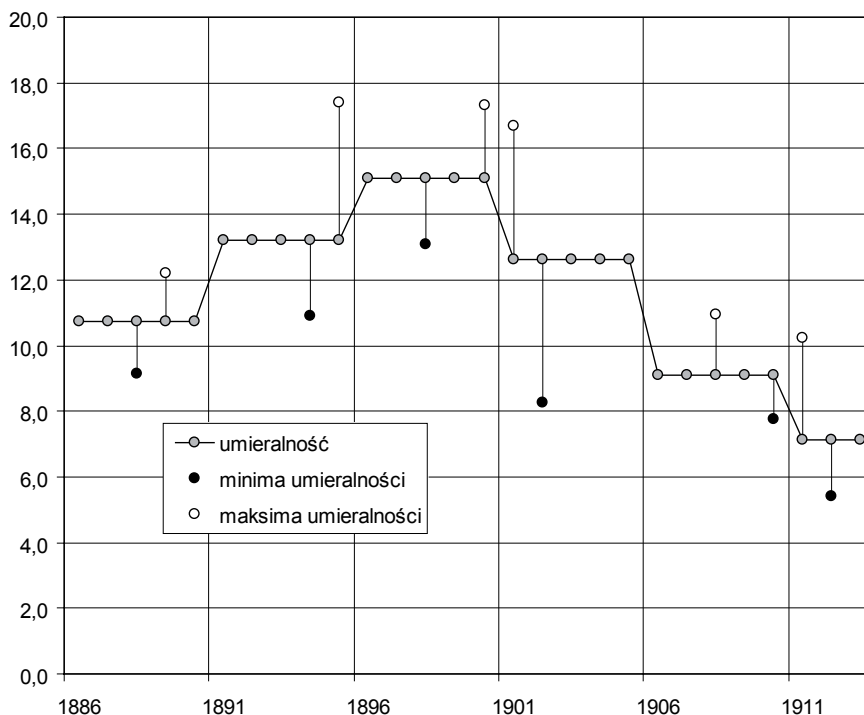
⁴⁷ Zob. E. Włodarczyk, *Próba periodyzacji dziejów wielkiego przemysłu Szczecina w latach 1850–1918*, *Przegląd Zachodniopomorski*, R. 18: 1974, z. 3–4, s. 168–175; *Wielkomiejski rozwój*, s. 387–398. Ostatnią dużą inwestycją przemysłową było uruchomienie huty „Kraft” w 1897 r.

Apogeum umieralności niemowląt pokrywało się z apogeum przyrostu wędrownego. Na podstawie tego faktu można wysunąć następującą hipotezę: obserwowany pod koniec XIX w. wzrost natężenia zgonów niemowląt pozostawał w ścisłym związku z intensywnym napływem niezamożnej ludności, której warunki materialno-bytowe w wielu wypadkach pozostawiały wiele do życzenia. Strumień migrantów zasadniczo składał się z osób młodych w stanie wolnym, które po przybyciu do Szczecina (lub przed nim) wchodziły w związki formalne lub nieformalne, owocujące wydaniem na świat dzieci. Z czasem, wraz ze stabilizacją położenia ekonomicznego polepszała się sytuacja dzieci migrantów. Inaczej rzecz wyglądała wśród ludności rodzimej; można zakładać, że jej warunki materialno-bytowe poprawiły się odczuwalnie już pod koniec XIX w., co wydatnie przyczyniło się do redukcji poziomu ogólnej umieralności. W tym miejscu należy wskazać, że małżeństwa rodowitych szczecinian, zgodnie z ogólną tendencją, były w większym stopniu zawierane z rozsądku i po dłuższym okresie narzeczeństwa niż z odruchu serca i po krótkiej znajomości, do czego walenie przyczyniał się system nacisku społecznego (w tym opinia rodziny). Oddziaływanie tegoż było o wiele słabsze w wypadku niezakorzenionych w lokalnej społeczności migrantów. Z tego też powodu, między innymi, wiele małżeństw ludności napływowej miało kruche podstawy ekonomiczne, co nie pozostawało bez wpływu na poziom umieralności zrodzonych w nich dzieci. To samo można powiedzieć w odniesieniu do samotnych matek, które często rekrutowały się z kobiet pochodzących spoza Szczecina.

Wzmoczone wędrowki ludności w jeszcze inny sposób zaburzały porządek i kierunek zmian w procesach demograficznych. Otóż gros migrantów napływających do Szczecina pochodziło z miasteczek i wsi, cechujących się odmiennym wzorcem płodności w porównaniu z ośrodkami wielkomijskimi. Dopiero po pewnym czasie nowi mieszkańcy miasta zmieniali swój system zachowań prokreacyjnych, ograniczając w większym stopniu liczbę potomstwa (skuteczniej czyniły to ich dzieci po wejściu w wiek prokreacyjny). Jaki to zaś ma związek z analizowanym zjawiskiem? Taki, iż współczesna demografia dostarcza dowodów, że wraz z kolejnym urodzeniem dziecka maleje prawdopodobieństwo jego przeżycia okresu niemowlęcego. A jeśli do tego dodamy jeszcze fenomen regresu urodzeń, obserwowany w Szczecinie i na poziomie ogólnoniemieckim od początku XX w., to stworzymy kolejny kontekst do wyjaśnienia zmian w rozwoju umieralności niemowląt.

Za docenieniem funkcji migracji w kształtowaniu się interesującego nas zjawiska przemawia zestawienie dwóch faktów: natężenie zgonów niemowląt uległo wyraźnemu obniżeniu w pierwszym pięcioleciu XX w., czemu nie stanęła na przeszkodzie zmiana struktury społeczno-zawodowej Szczecina wskutek włączenia w granice miasta uboższych robotniczych przedmieść! Również sytuacja ta nie zaważyła ujemnie na rozwoju zgonów niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego (nieżyt jelit lub żołądka, biegunki i pokrewne schorzenia). Ich liczba w głównej mierze określała ogólną umieralność niemowląt,

Wykres 8. Przeciętna umieralność niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego w Szczecinie w latach 1876–1913 (%)



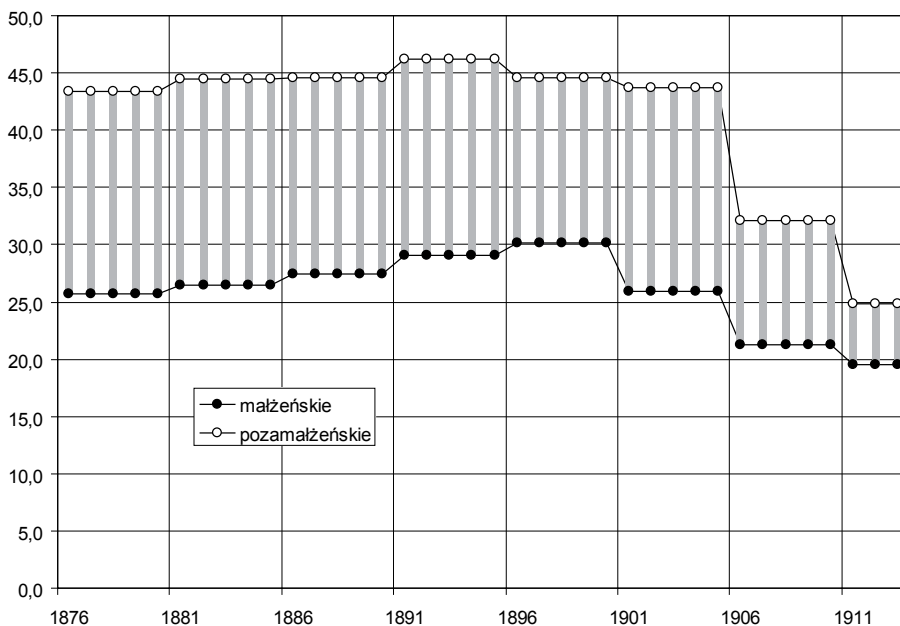
Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisie 48.

podlegając przy tym bardzo znacznym wahaniom w czasie, zależnym od warunków meteorologicznych (wykres 8)⁴⁸. Dla ówczesnego środowiska lekarskiego stanowiła ona podstawowy miernik wpływu czynników środowiskowych na poziom umieralności najmłodszych dzieci; pełniła funkcję markera – pośredniego wskaźnika – poziomu intensywności naturalnego odżywiania, kojarzonego tu z karmieniem piersią, którego usilnym propagowaniem w Szczecinie zajęły się stosowne organy władz miejskich oraz kobiece organizacje.

Rozwój natężenia zgonów niemowląt z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego przyjął ten sam kierunek i zbliżone wielkości zmian co ogólnego natężenia zgonów niemowląt. Na kształt tego procesu nie miała większego wpływu rewizja klasyfikacji przyczyn śmierci z 1903 r. Czy obniżająca się umie-

⁴⁸ Umieralność niemowląt i w innych grupach wiekowych według przyczyn zgonu: BVGASS 1886/1887, s. 52–53; 1887/1888, s. 38–39; 1888/1889, s. 34–35; 1889/1890, s. 36–37; 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; SJBS, Bd. 1: 1910, s. 6–7; Bd. 2: 1911, s. 14–15; Bd. 3: 1912, s. 20–21; Bd. 4: 1913, s. 14–15.

Wykres 9. Przeciętna umieralność niemowląt małżeńskich i pozamałżeńskich w Szczecinie w latach 1876–1913 (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisie 48.

ralność najmłodszych dzieci na początku XX w. oznaczała zatem sukces działań instytucjonalnych, realizowanych przede wszystkim w formie walki o poprawę jakości odżywiania niemowląt (*Kampf um Milch*)? Wyrobienie odpowiedzi na to pytanie powinny umożliwić szczegółowe fakty i ich interpretacje, przytoczone w dalszej części studium.

O rolę działań instytucjonalnych należy także zapytać w wypadku rozwoju umieralności niemowląt pozamałżeńskich, która przez cały badany okres pod względem relatywnych wartości znacznie przewyższała umieralność niemowląt małżeńskich (wykres 9). I tu początek nowego stulecia przyniósł niebywałe, pozytywne zmiany, które uwidoczniły się w pięcioleciu 1906–1910 i trzyleciu 1911–1913, kiedy to różnica pomiędzy obiema grupami zmarłych dzieci zaczęła w szybkim tempie maleć. Jest rzeczą zastanawiającą, że w Szczecinie w pierwszych latach XX w. spadek natężenia zgonów niemowląt był bardziej wyraźny wśród niemowląt małżeńskich niż wśród niemowląt pozamałżeńskich, wskutek czego dyferencja pomiędzy przeciętnymi wartościami współczynników opisujących ich umieralność kształtowała się wówczas na zbliżonym poziomie do tego, którym odznaczała się ostatnia ćwierć XIX w. Fenomen ten może świadczyć między innymi o tym, że w początkowej fazie spadku umieralności niemowląt wśród czynników warunkujących to zjawisko na jedno z pierwszych miejsc wysunął się regres urodzeń. Skąd tego rodzaju przypuszczenie? Stąd, że dzieci urodzone w związkach małżeńskich

o wiele częściej przychodzą na świat jako kolejne niż dzieci urodzone w związkach pozamałżeńskich, które przeważnie są jedynakami.

Struktura i jej przemiany – wybrane aspekty

Niejednorodność formy prezentowania danych dotyczących ruchu naturalnego ludności w podziale na cechy społeczno-zawodowe oraz małe liczebności niektórych grup stoją na przeszkodzie wyciąganiu pewnych wniosków co do zróżnicowania umieralności niemowląt, widzianej pod kątem wspomnianych charakterystyk. Ujmując rzecz bardziej szczegółowo, po pierwsze, do 1901 r. w *Statystyce Prus* interesujące nas informacje liczbowe dla miast liczących powyżej 20 tysięcy mieszkańców publikowano tylko dla lat pospisywanych, a po 1901 r. w wydawnictwie tym zrezygnowano z ich prezentowania dla ośrodków miejskich i okręgów administracyjnych. Po drugie, od 1902 r. sposób przedstawiania danych uległ zmianie *in plus*; odtąd bowiem ruchu naturalnego ludności nie prezentowano już oddzielnie, to znaczy według grup wykonywanego zawodu albo pozycji zawodowej⁴⁹. Rozkład liczebności dla obu cech jakościowych zaczęto ukazywać w syntetycznej formie kombinowanej statystyki, której zakres poznawczy polepszył się także dlatego, że z grupy samodzielnych (*Selbständige*) wydzielono wolne zawody (*Freie Berufe*), do których z kolei dołączono warstwę wyższych urzędników (*höhere Beamte*) i oficerów⁵⁰. Ponadto do poszczególnych działów gospodarki dodano w pozycji zawodowej nową kategorię, to jest „niedecyzyjnych” pracowników umysłowych (*Angestellte*), których próżno by było szukać w *Statystyce Prus* za lata 1877–1901. Zmodyfikowane w ten sposób informacje opublikował retrospektywnie dla Szczecina Miejski Urząd Statystyczny. Przedstawione przez niego dane roczne za lata 1902–1913⁵¹ postanowiłem zagregować, by móc złagodzić wpływ przypadkowych wahań na poziom badanego zjawiska.

Omawiając umieralność niemowląt w ostatniej ćwierci XIX i na samym początku XX w., celowo zrezygnowałem z przedstawienia jej w kontekście grup wykonywanego zawodu przez rodzica, nie tyle z powodu ich nazbyt dużego zróżnicowania, czego pochodną w wielu wypadkach są małe liczebności badanych zjawisk uniemożliwiające wyprowadzanie pewnych wniosków, a ile z faktu, że przynależność do tych grup często nie wskazuje na zajmowaną przez rodzica pozycję społeczną, leżącą w nurcie naszych dociekań. Zdaję sobie sprawę z tego, że ta ostatnia nie powinna być rozpatrywana wyłącznie w kontekście pozycji zawodowej (nie mylić z zawodem); wszak jest wiele innych zmiennych – na przykład: poziom dochodów czy wykształcenia, dostęp do władzy itd. – które współokreślają zajmowane przez jednostkę miejsce w hierarchii społecznej⁵². Jednakże badacz przeszłości,

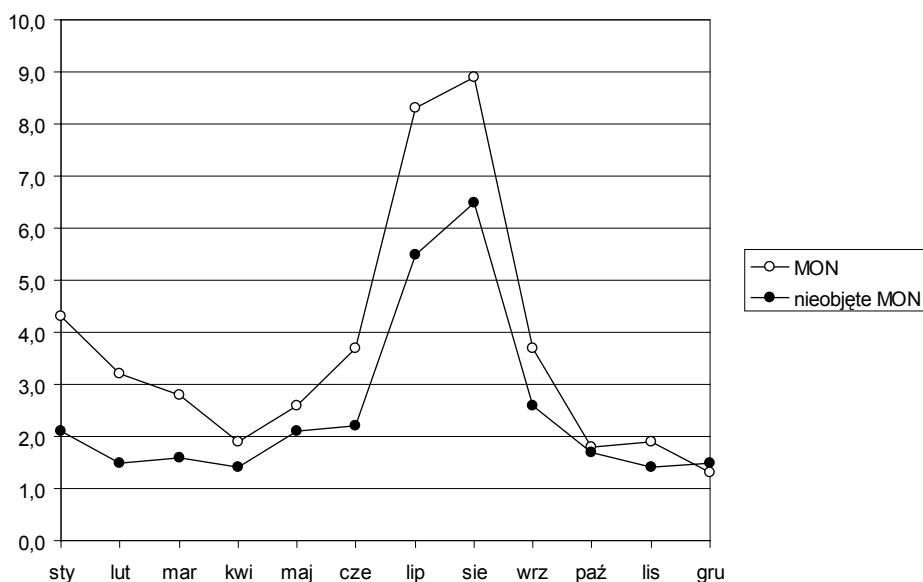
⁴⁹ Zob. K. Seutemann, *Kindersterblichkeit*, s. 61–68.

⁵⁰ Por. R. Spree, *Soziale Ungleichheit*, s. 57–58.

⁵¹ SJBSS, Bd. 4: 1913, s. 12–13.

⁵² Szerzej na temat złożoności struktury społecznej: S. Ossowski, *O strukturze społecznej*, Warszawa 1986; H. Domański, *Struktura społeczna*, Warszawa 2007.

Wykres 10. Zmarłe niemowlęta na 100 dzieci objętych i nieobjętych MON w Szczecinie w 1905 r. (w miesiącach)



Uwaga: MON – Miejska Opieka nad Niemowlęciem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisie 55.

w przeciwieństwie do badacza „teraźniejszości”, jest zawsze ograniczony źródłowo. To w swej istocie banalne stwierdzenie odnosi się w całej rozciągłości do podjętej analizy zjawiska społeczno-przestrzennego zróżnicowania umieralności niemowląt w Szczecinie na przełomie XIX i XX w.

Egzemplifikację sygnalizowanego problemu może stanowić zagadnienie wpływu zarobków na poziom umieralności niemowląt. Dla miasta Szczecina dysponujemy informacjami o wysokości uzyskanego dochodu, który podlegał opodatkowaniu⁵³. Jednakże fakt ten ma niewielkie znaczenie dla naszych badań z powodu braku prezentacji tychże danych w podziale społecznym i/lub przestrzennym. Popularne *dictum* głosi, że *na bezrybiu i rak ryba*. Przysłowiowym rakiem, w tym wypadku, mogą być unikatowe informacje o natężeniu zgonów niemowląt w grupie dzieci objętych oraz nieobjętych Miejską Opieką nad Niemowlęciem, przygotowane przez magistrat szczeciński we współpracy z lokalnymi Urzędami Stanu Cywilnego, dzięki którym ustalono rzecz najtrudniejszą, to jest liczebny stan niemowląt w poszczególnych miesiącach⁵⁴. Istotne jest to, że adresatem opieki miejskiej, z za-

⁵³ Zob. SVJBSS, Bd. 1: 1911 („Das Einkommen der physischen Personen in Stettin von 1902 bis 1912”), s. 77–85.

⁵⁴ Dane te posłużyły do dokładnych obliczeń rocznej umieralności niemowląt, która odnosiła się do liczby dzieci urodzonych w roku $t-1$ i zmarłych w roku t oraz dzieci urodzonych i zmarłych w roku t . Wyniki opublikowano dla 1905 r. Mierzona w ten sposób umieralność niemowląt wyniosła w Szczecinie 25,7% i nie różniła się znacznie od tej liczonej w sposób mniej dokładny, ale

łożenia, były dzieci najuboższych rodziców, których roczny dochód nie podlegał opodatkowaniu i z reguły nie przekraczał 900 marek. Analiza danych z 1905 r. wskazuje na różnice między obiema grupami niemowląt (wykres 10)⁵⁵; były one najwyraźniejsze w pierwszych trzech zimnych miesiącach – szczególnie w lutym, w którym umieralność w pierwszej grupie dzieci była wyższa o 113% w stosunku do umieralności w grupie drugiej – oraz w czterech ciepłych miesiącach liczonych włącznie od czerwca do września – szczególnie w czerwcu, w którym umieralność była wyższa o 68%. Jedynie w grudniu tendencja zmieniła swój kierunek, gdyż natężenie zgonów niemowląt gorzej uposażonych rodziców korzystających z miejskiej opieki kształtowało się wówczas na nieco niższym poziomie niż natężenie zgonów niemowląt lepiej uposażonych rodziców, czyli niekorzystających z miejskiej opieki. Ogólnie rzecz biorąc, przeciętna miesięczna wyniosła dla pierwszej grupy dzieci 3,7%, a dla drugiej – 2,5% (relatywna różnica w umieralności równa 47,5%). Można śmiało zakładać, że kontrast w natężeniu zgonów w analizowanych zbiorowościach stałby się jeszcze bardziej wyraźny, gdyby czynnikiem różnicującym był wyłącznie poziom dochodów. Dlaczego? Dlatego że w drugiej grupie dzieci znajdowały się także te, których rodzice, mimo swej niezamożności, nie zdecydowali się korzystać z Miejskiej Opieki nad Niemowlęciem. Ponadto działania przywołanej instytucji miały z definicji prowadzić do zacierania społecznych dyferencji w umieralności niemowląt. Skoro tak, to efekty jej pracy mogłyby się wydawać mizerne, zważywszy na opisane wyżej różnice. Tego rodzaju wniosek byłby dużą przesadą, gdyż – jak słusznie prognozował dr Gehrke – z upływem lat wraz z coraz sprawniej działającą opieką miejską dyferencje w interesującej nas dziedzinie winny się zacierać⁵⁶. Tak też się stało w 1908 r. (wykres 11)⁵⁷, w którym to na 100 najmłodszych dzieci objętych Miejską Opieką nad Niemowlęciem przypadało w danym miesiącu przeciętnie 2,5 zgonów, podczas gdy w grupie niemowląt nieobjętych opieką – 2,3 zgonów, czyli niewiele mniej. Największe różnice na niekorzyść pierwszej grupy dzieci występowały w lipcu i sierpniu; zapewne były one pokłosiem upału, którego negatywnym skutkiem nie mogła w pełni przeciwdziałać opieka miejska, gdyż wchodziły tu w grę złe warunki mieszkaniowe ubogiej ludności.

Ograniczenia w doborze zmiennych nie powinny dyskredytować poznawczej funkcji pozycji w wykonywanym zawodzie (*Berufsstellung*), gdyż pozostaje ona w związku z poziomem „wykształcenia” (na przykład podział na robotników wykwalifikowanych i niewykwalifikowanych), dochodów i władzy (rozdzielenie na samodzielnych rozpatrywanych łącznie z wyższymi urzędnikami i wolnymi

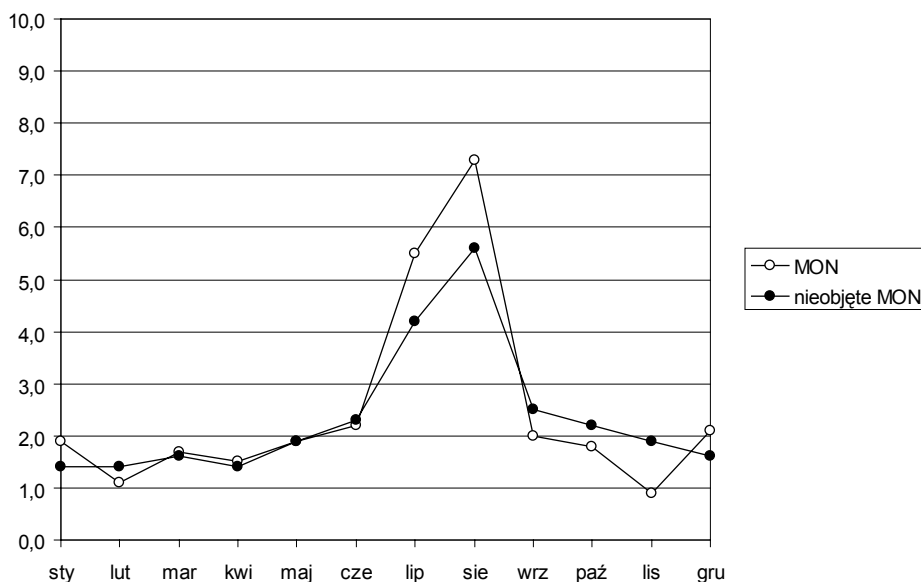
prostszy (26,3%). W moich badaniach, obliczając umieralność niemowląt, stosowałem prostszy sposób, a mianowicie wzór wyrażający stosunek zgonów niemowląt w roku t do liczby urodzeń żywych w roku t , co zasadniczo wynikało z braku stosownych danych, które mogłyby pozwolić zastosować formułę Rathsa. Zob. BVGASS 1904/1905, Beilage: W. Gehrke, *Bericht*, s. 6.

⁵⁵ Ibid., s. 10.

⁵⁶ Ibid., s. 11.

⁵⁷ BVGASS 1908/1909, s. 257.

Wykres 11. Zmarłe niemowlęta na 100 dzieci objętych i nieobjętych MON w Szczecinie w 1908 r. (w miesiącach)



Uwaga: MON – Miejska Opieka nad Niemowlęciem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisie 57.

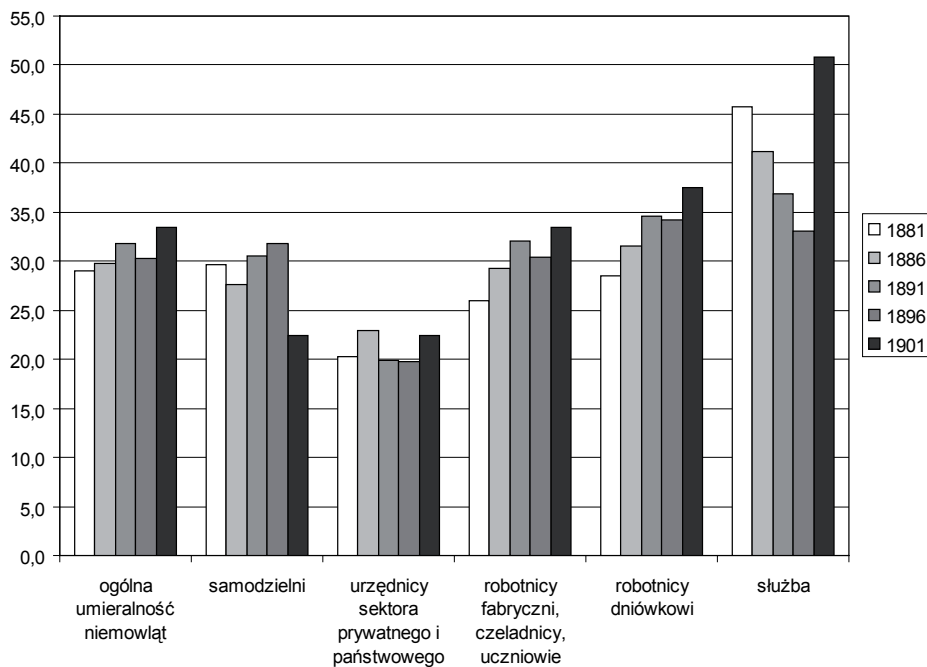
zawodami i niesamodzielnymi). Oczywiście zarysowane w tym miejscu linie podziału nie zawsze odzwierciedlają zajmowaną pozycję społeczną. By nie pozostać gołosłownym: robotnik mógł zostać deputowanym do Rady Miejskiej i tym samym mieć realny wpływ na bieg wydarzeń politycznych; wykształcony nauczyciel mógł pozostawać przez jakiś czas bez źródeł utrzymania; samodzielny, pracujący na własny rachunek mógł być ubogim krawcem korzystającym z pomocy opieki społecznej itp. Jednakże skala tych „ekscesów” była niewielka, a nas, ostatecznie, interesują uśrednione wartości, abstrahujące „bezdusznie” od indywidualnych przypadków. Po tych wyjaśnieniach nie powinno dziwić, dlaczego analizę zróżnicowania umieralności niemowląt w kontekście społecznym przeprowadzę na podstawie danych z lat 1902–1913, pobieżnie zaś zajmę się nią w odniesieniu do ostatniego dwudziestolecia XIX i samego początku XX w.

* * *

„Próbki” umieralności niemowląt z pospisowych lat 1881, 1886, 1891, 1896, 1901 (wykres 12) wskazują na to, że w Szczecinie natężenie zgonów było najmniejsze w grupie dzieci, których rodzice – ojcowie w wypadku niemowląt małżeńskich, matki w wypadku niemowląt pozamałżeńskich – byli zatrudnieni na stanowisku urzędnika (o około 1/3 niższe od ogólnej umieralności)⁵⁸. Poziom umieralności

⁵⁸ Obliczenia własne na podstawie: PS 68, 1881, s. 328–329, 331–333, 335–337, 339–341, 343–

Wykres 12. Umieralność niemowląt według przynależności społeczno-zawodowej rodziców w Szczecinie latach 1881, 1886, 1891, 1896 i 1901 (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisie 58.

dzieci w tej grupie społecznej był w miarę stabilny, czego nie można powiedzieć w stosunku do innych. Wzrost intensywności zgonów niemowląt w dobie przyspieszonej industrializacji i urbanizacji był generowany przez śmierć najmłodszych, których rodzice byli zatrudnieni w charakterze robotników fabrycznych, czeladników, czy też pobierali naukę, będąc na przyuczeniu do zawodu. To negatywne zjawisko także było w znacznej mierze kształtowane przez śmierć dzieci robotników dniówkowych, czyli tych, którzy nie pozostawali w stałym stosunku pracy. Fakty te, jakkolwiek fragmentaryczne, wspierają przypuszczenie – graniczące z pewnością – o negatywnym wpływie wzmożonego napływu migracyjnego, pobudzanego dynamicznym rozwojem przemysłu w ostatniej ćwierci XIX w., na poziom ogólnej umieralności niemowląt. Ale dlaczego jeszcze w 1896 r. natężenie zgonów w grupie dzieci samodzielnych pracowników kształtowało się na zbliżonym poziomie do tego, który notował robotniczy świat? Otóż odpowiedź na to pytanie prawdopodobnie kryje się w trzydziestoprocentowym spadku umieralności niemowląt w tej kategorii w 1901 r. w porównaniu z 1896 r. Można go próbować wyjaśnić tym, że na Grabowie i Niemierzynie zamieszkiwała lepiej uposażona

–345, 347; 94, 1886, s. 96–97, 100–101, 394–395, 399, 402–403, 407, 410–411, 413, 415, 418–419, 423, 426–427, 431; 123, 1891, s. 130–135, 438–459; 149, 1896, s. 130–135; 438–459; 178, 1901, s. 152–157; s. 510–531.

część samodzielnych. Pierwsza z wymienionych dzielnic jeszcze przed inkorporacją do Szczecina była miejscem napływu bogatszego mieszczaństwa szczecińskiego. Jednakże z czasem stracił on na znaczeniu⁵⁹. Na Grabowie zamieszkiwała też – jak można zasadnie przypuszczać – warstwa urzędnicza związana z funkcjonowaniem do 1900 r. samodzielnego organizmu miejskiego. Również włączenie Niemierzyna do Szczecina mogło „polepszyć” strukturę samodzielnych, gdyż nie był to rejon typowo robotniczy, w efekcie czego w tej grupie społecznej, cechującej się wewnątrznie wysokim stopniem zróżnicowania, umieralność niemowląt zanotowała znaczny spadek.

Zupełnie na odwrót rzecz się miała w wypadku służby i czeladzi, gdyż tu natężenie zgonów niemowląt wzrosło z 33,1% (1896 r.) do 50,8% (1901 r.), co było nagłym odwróceniem „długoletniej” tendencji spadkowej. Owo raptowne, przyjmujące skrajną formę zaburzenie pozytywnego kierunku zmian zdaje się również uwarunkowane rozszerzeniem granic administracyjnych miasta; na jego nowych, peryferyjnych, rolniczo-przemysłowych obszarach (Drzetowo, Górne Niebuszewo) zapewne licznie zamieszkiwała najuboższa warstwa czeladzi (*Knechte, Mägde, Gesinde*) i służących (*Dienstboten*), wśród których stosunkowo wiele było niezamężnych matek⁶⁰ znajdujących się w trudnym położeniu ekonomicznym po utracie pracy i dotychczasowego miejsca zamieszkania na przykład w Śródmieściu czy na Westendzie.

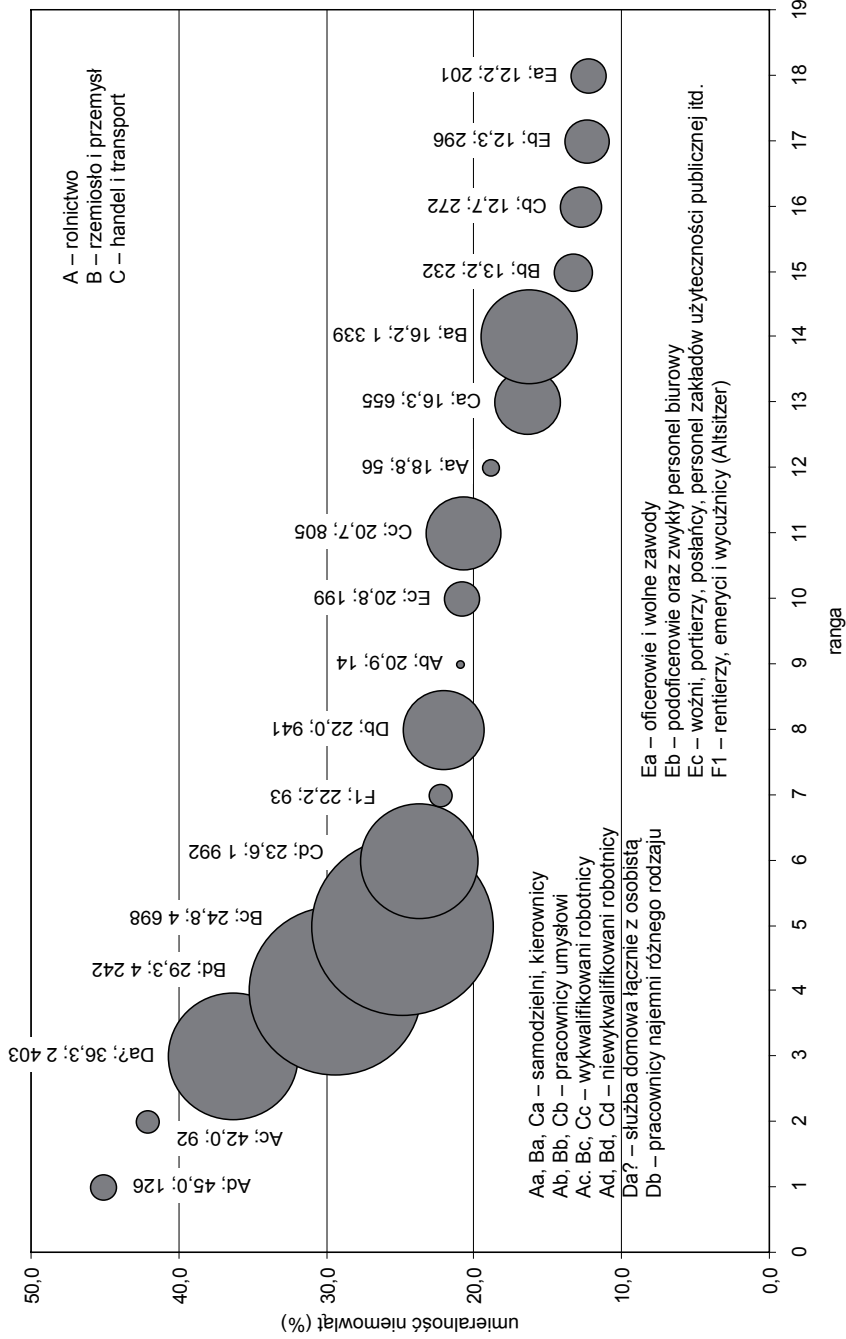
W Szczecinie w latach 1902–1913 natężenie zgonów dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia, było bardzo zróżnicowane pod względem przynależności do poszczególnych grup społeczno-zawodowych rodziców zmarłych dzieci (wykres 13)⁶¹. Amplitudę wyznaczała tu z jednej strony wysoka umieralność niemowląt niewykwalifikowanych robotników zatrudnionych w rolnictwie (45,0%), z drugiej zaś niska umieralność niemowląt urzędników, wojskowych oraz osób zatrudnionych w wolnych zawodach (12,2%). W pierwszej grupie w porównaniu z drugą natężenie analizowanego zjawiska było wyższe aż o prawie 270% (!). Zilustrowana tym przykładem nierówność w obliczu śmierci z pewnością nie była tylko wynikiem przypadku, któremu mogły sprzyjać niewielkie liczebności obserwacji. Obie grupy rodziców zmarłych niemowląt egzemplifikują bowiem dwa przeciwstawne sobie światy pod względem wykształcenia, dochodów, warunków i systemu pracy, podejścia do przedmałżeńskich kontaktów seksualnych itd. Te pierwotne różnice stwarzały z kolei cały kompleks wtórnych względem nich czynników „odpowiedzialnych” za odmienny poziom umieralności niemowląt w poszczególnych grupach społecznych-zawodowych. Należy do nich zaliczyć nawyki i systemy zachowań, warunki mieszkaniowe, jakość żywienia, możliwości opieki nad dzieckiem, dostęp do usług zdrowotnych, ograniczenia w realizacji zawarcia

⁵⁹ Por. B. Kozińska, op.cit., s. 139, 143, 200.

⁶⁰ Dla przykładu w tej grupie kobiet w 1901 r. udział żywych urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie żywych urodzeń wynosił aż 87,8%, w 1896 r. – 55,2%, w 1891 r. – 63,1%.

⁶¹ Obliczenia własne na podstawie SJBS, Bd. 4: 1913, s. 12–13.

Wykres 13. Zgony niemowląt w Szczecinie w latach 1902–1913 (dane zagregowane) według przynależności społeczno-zawodowej rodziców (absolutna i relatywna liczba)



Źródło: opracowanie własne na podstawie źródła z przypisu 61.

związku małżeńskiego (aspekt ekonomiczny), poczucie stabilności i bezpieczeństwa (aspekt zdrowia psychicznego) etc. O czynnikach tych będzie jeszcze mowa w różnych kontekstach.

Rozpatrując szerzej strukturę umieralności niemowląt poprzez pryzmat pozycji społeczno-zawodowej, należy brać pod uwagę dwie wielkości: absolutny i relatywny poziom zgonów dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku. Dzięki temu da się wyrokować o negatywnym i pozytywnym wpływie jej komponentów na całość rozpatrywanego zjawiska, którego normę określa ogólny współczynnik natężenia zgonów niemowląt, wyliczony dla lat 1902–1913. Dla Szczecina jego wartość wyniosła 23,6%. Przyjmując ją za punkt odniesienia, można skonstatować, że w stolicy Pomorza Zachodniego wysoki poziom umieralności niemowląt był w dużej mierze określany przez zgony niemowląt, których rodzice byli niewykwalifikowanymi oraz wykwalifikowanymi robotnikami zatrudnionymi w rzemiośle i przemyśle. Gwoli ścisłości w pierwszej grupie społeczno-zawodowej intensywność badanego zjawiska była wyższa (29,3%) niż w drugiej (24,8%). Zapewne głównym czynnikiem różnicującym tu poziom umieralności było nie tyle samo wykształcenie (lepiej: nabyte kwalifikacje), co raczej związana z nim możliwość lepszego zarobkowania. Jednakże roli tego pierwszego nie należy lekceważyć, gdyż mogło ono w istotnej mierze rzutować na podejście do spraw związanych z prokreacją: o ile bowiem w latach 1902–1913 na jedno małżeństwo zawarte przez wykwalifikowanego robotnika przypadało przeciętnie 2,9 urodzenia żywego, o tyle na jedno małżeństwo zawarte przez niewykwalifikowanego robotnika – aż 4,0 nowo narodzonych dzieci⁶². Jak już zauważono i o czym będzie jeszcze mowa, wielodzietność nie była zjawiskiem sprzyjającym obniżeniu umieralności niemowląt. Oczywiście zdają sobie sprawę z problematyczności samego miernika „dzietności” w postaci wskaźnika U/\bar{S} , eksploatowanego „nadmiernie” przez demografów historycznych. Zastosowanie go nie ma służyć precyzyjnemu ukazaniu wielkości zjawiska – bo jest to niemożliwe, mówiąc skrótowo, przede wszystkim z powodu różnych frakcji – lecz zasygnalizowaniu możliwych różnic w dzietności małżeńskiej w obu przywołanych grupach pozycji społeczno-zawodowej.

Aspiracje społeczne elit mieszczańskich, przede wszystkim urzędniczych, zaspokajane były między innymi poprzez zatrudnianie do prac domowych służby, rekrutującej się najczęściej ze środowiska małomiasteczkowego i wiejskiego. Zjawisko to przybrało na sile pod koniec XIX w. i – jak można zasadnie przypuszczać – wywarło znaczny wpływ na poziom umieralności najmłodszych dzieci. Jego roli, w wypadku Szczecina, nie da się w miarę precyzyjnie określić, gdyż, z bliżej nieznanym nam powodów, statystyka miejska pomija milczeniem zgony niemowląt służby domowej, co z kolei skłania do postawienia pytania o przyczyny takiego stanu rzeczy. Czyżby ich poziom był na tyle wysoki, wręcz porażający, że władze miejskie, same korzystające z usług służących, nie zdecydowały się o nim informować? A może zasadniczym powodem tegoż mógł być fakt, że przed lub po urodze-

⁶² Obliczenia własne na podstawie SJBSS, Bd. 4: 1913, s. 12–13.

niu dziecka, będącego najczęściej owocem „związku” pozamałżeńskiego, kobiety zatrudnione w charakterze służby domowej traciły swoją posadę. Wskutek tego, najprawdopodobniej, przy rejestracji zgonu niemowlęcia w Urzędzie Stanu Cywilnego nie podawały one zawodu wykonywanego przed rozwiązaniem lub podawały inny, który zaczęły wykonywać po utracie poprzedniego miejsca pracy. W końcu niezamężne matki rekrutujące się ze służby mogły zniknąć z pola widzenia miejskiej statystyki, powracając z nowo narodzonym dzieckiem do stron rodzinnych. Wszystko to w jakiejś mierze tłumaczy, dlaczego statystyka zgonów, w przeciwieństwie do statystyki urodzeń, pomija służbę domową, i zarazem skłania do przyjęcia założenia, że zgony niemowląt (byłej) służby domowej są w jakiejś części ukryte w reszcie zgonów niemowląt, stanowiącej różnicę pomiędzy ogólną liczbą zgonów niemowląt a zsumowaną liczbą zgonów niemowląt pochodzącą ze statystyki uwzględniającej przynależność społeczno-zawodową rodziców. Kierując się tym założeniem, otrzymałem pokąźną grupę liczącą 2,4 tysiąca „zaginionych” zgonów; mało tego – cechującą się ponadprzeciętną umieralnością (36,3%), która znacznie przewyższała umieralność niemowląt robotników zatrudnionych w rzemiośle i przemyśle, pomijając tu akcydentalną grupę zgonów dzieci robotników rolnych. Można więc przypuszczać, właściwie być niemalże pewnym, że strumień zgonów niemowląt służby domowej stanowił ważne zasilenie dla rzeki umieralności niemowląt, podnosząc istotnie jej poziom w Szczecinie. Ale z czasem – jak zobaczymy – jego nurt stawał się coraz słabszy, a koryto coraz węższe, co już dało się zaobserwować w ostatnim dwudziestolecu XIX w.

Dodatni biegum umieralności niemowląt kształtowały przede wszystkim zgony dzieci samodzielnych i kierowników związanych z rzemiosłem i przemysłem oraz z handlem i transportem. W obu tych pokrewnych zbiorowościach ich natężenie było o 31% niższe w porównaniu z przeciętnym. Jeszcze korzystniej wyglądała sytuacja w grupie mniej licznych zgonów dzieci pracowników umysłowych oraz urzędników publicznych, wojskowych i osób wykonujących wolne zawody. Tu bowiem wartości współczynnika opisującego interesujące nas zjawisko były o 44–48% niższe w porównaniu z przeciętnymi. Fakt, że niemowlęta z reguły gorzej opłacanych pracowników umysłowych (*Angestellte*) cechowały się zbliżoną umieralnością do niemowląt lepiej zarabiających urzędników publicznych, wojskowych i osób wykonujących wolne zawody, zdaje się przemawiać za tym, że podobieństwo to było w większej mierze współokreślane poziomem wykształcenia, w mniejszej zaś – dochodów, które po osiągnięciu pewnego pułapu w tych grupach traciły na znaczeniu jako czynnik różnicujący intensywność zgonów niemowląt. Niewątpliwie budżet domowy odgrywał większą rolę w kształtowaniu poziomu umieralności dzieci samodzielnych i kierowników, zatrudnionych w obu działach gospodarki. W tej kategorii pozycji w zawodzie dominowały osoby pracujące na własny rachunek, czyli prowadzące działalność gospodarczą. Wewnętrzne zróżnicowanie było tu znaczne: obok właścicieli fabryk, dużych warsztatów rzemieślniczych czy kierowniczej kadry inżynierskiej znajdowali się ubodzy rzemieślnicy/rzemieślniczki,

kramarze/kramarki, których nie było stać na zatrudnienie dodatkowych rąk do pracy. Owa niejednorodność, zapewne, przekładała się na to, że w grupie dzieci samodzielnych i kierowników była nieco wyższa umieralności niemowląt niż wśród dzieci tzw. nowej klasy średniej i *Angestellte*.

Wydzielając dwa podokresy sześciolateczne 1902–1907 i 1908–1913, można próbować odpowiedzieć na pytanie, jaka grupa społeczna definiowana poprzez pozycję w zawodzie była motorem pozytywnych zmian w umieralności najmłodszych dzieci. Niech płaszczyznę dla przeprowadzenia porównań stanowi wartość przyrostu względnego ogólnego współczynnika zgonów niemowląt, wyliczona dla powyższych periodów (–15,2%). Biorąc ją za punkt odniesień, można stwierdzić, że spadek umieralności poczynił największe postępy wśród dzieci urzędników publicznych, wojskowych i osób wykonujących wolny zawód (–33,1%), pracowników umysłowych (–31,7%), a przede wszystkim robotników wykwalifikowanych (–35,8%) oraz, najprawdopodobniej, służby i czeladzi (–34,8%), najmniejsze zaś – wśród dzieci robotników niewykwalifikowanych (–10,3%) oraz samodzielnych i kierowników (–10,0%), co w tym ostatnim wypadku budzi zdziwienie; źródeł tego zjawiska należy się dopatrywać w pauperyzacji drobnomieszczactwa, postępującej wraz z rozwojem wielkiego kapitalizmu.

Wbrew pozorom, pozytywne zmiany w umieralności niemowląt, jakie dokonały się przed pierwszą wojną światową, wcale nie oznaczały zacierania się różnic społecznych w obliczu śmierci. Te bowiem nabrały jeszcze większej wyrazistości: w latach 1902–1907 intensywność zgonów niemowląt w świecie robotniczym była wyższa o 64% od intensywności zgonów niemowląt w świecie środowisk twórczych, decyzyjnych i umysłowych; w następnym sześcioleciu różnica ta zwiększyła się do 77,3%. Społeczne dyferencje w umieralności niemowląt utrwały się w jeszcze inny sposób: nie zmienił się porządek (kolejność) natężenia zgonów najmłodszych dzieci, widziany w kontekście pozycji zawodowej rodziców: nadal u samego dołu stały dzieci czeladzi i służby, nad nimi lokowały się dzieci robotników niewykwalifikowanych, następnie wykwalifikowanych; lepsze miejsce na drabinie szans przeżycia pierwszego roku życia zajmowały dzieci samodzielnych i kierowników, ale przed pierwszą wojną światową wyżej od nich – i to o kilka szczebli – stały dzieci nowej klasy średniej i pracowników umysłowych. Ów układ hierarchiczny w powiązaniu ze zróżnicowaniem dzietności w obrębie poszczególnych grup pozycji zawodowej, cechującym się podobnym porządkiem, zdawał się ważnym elementem samoregulującego się systemu, który „zapewniał” określony parytet liczebności przyszłych grup społeczno-zawodowych, założywszy ograniczoną mobilność społeczną.

* * *

Przestrzenne (geograficzne) zróżnicowanie umieralności niemowląt było w głównej mierze pochodną społecznego zróżnicowania umieralności niemowląt, dlatego też względem tego ostatniego odznaczało się ono wtórnością, gdyż w istot-

nej mierze zależało od rozmieszczenia określonych grup społeczno-zawodowych oraz ich stopnia segregacji w geograficznej przestrzeni miasta. Z powodu ograniczeń źródłowych nie można przeanalizować przestrzennych aspektów umieralności niemowląt w szerszej perspektywie obejmującej swym zasięgiem miejscowości szczecińskiego zespołu miejskiego. Fragmentaryczne informacje liczbowe z 1911 r. wskazują, że przedmieścia Szczecina nieprzynależące wówczas do administracyjnie także cechowały się wysokim, a nawet wyższym poziomem umieralności niemowląt w porównaniu z tym, który notował właściwy obszar miasta (24,3%). I tak: w robotniczej Żelechowej (*Züllchow*) natężenie zgonów niemowląt osiągnęło wartość 27,8%, a wiejskiej części Pomorzán (*Pommerensdorf*) było jeszcze wyższe, wynosząc 29,6%. Lekarz okręgowy, któremu zawdzięczamy te dane, był sceptyczny w kwestii formułowania wniosku o negatywnym oddziaływaniu samego Szczecina na sąsiednie miejscowości. Ostrożność jego była wsparta faktem, że w Bałdynku (*Bollinken*) położonym w sąsiedztwie Gołęcina (*Frauentorf*)⁶³ na 100 urodzeń żywych przypadało „tylko” 20,9 zgonów dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku. Ponadto na podległym mu obszarze wiejskiego powiatu Szczecin (*Radow*) nie zaobserwował on zależności polegającej na tym, że wraz z oddalaniem się od Szczecina miała także maleć umieralność niemowląt, gdyż – jego zdaniem – przeczyła temu wysoka wartość współczynnika zgonów niemowląt notowana przez odległe Plöwen (43,4%) oraz niska wartość tegoż wyliczona dla pobliskiego Hohenreinkendorf (19,1%). Rozumowanie to nie do końca było słuszne, ponieważ opierało się ono na obserwacjach poczynionych w krótkim czasie, co dla niewielkich liczebnie gmin nie pozostawało bez znaczenia, torując drogę przypadkowi. Mimo to w przestrzennej mozaice natężenia zgonów najmłodszych dzieci⁶⁴ zaobserwował on pewną zależność, a mianowicie taką, że równomierną kolorystyką, symbolizującą ponadprzeciętną intensywność zjawiska, odznaczały się podszczecińskie miejscowości przemysłowe, cechujące się z kolei wysokim stopniem przeludnienia, bezrobocia i patologii społecznej (alkoholizm), a także znacznym odsetkiem urodzeń pozamałżeńskich⁶⁵.

W raporcie lekarza okręgowego powiatu wiejskiego Szczecin nie mogło być już mowy o Grabowie, gdyż – dla przypomnienia – stało się ono dzielnicą Szczecina w 1900 r. Przed utraceniem samodzielności, po wejściu do grupy gmin liczących powyżej 15 tysięcy mieszkańców⁶⁶ miasto to notowało wyższy poziom umieralności niemowląt niż sąsiadująca z nim stolica Pomorza Zachodniego, o czym świadczą dane za lata 1888–1892, 1894–1896 i 1898–1900⁶⁷. Największa relatywna róż-

⁶³ W 1921 r. Bałdynko zostało przyłączone do Gołęcina, które od 1939 r., podobnie jak Żelechowa i wiejska część Pomorzán, stanowi dzielnicę Szczecina.

⁶⁴ Kartogramu nie dołączono do materiału aktowego.

⁶⁵ AP Szczecin, RSWP, sygn. 8037, k. 132–133v (królewski lekarz okręgowy – *kg. Kreisarzt* (dalej cyt. KLO) powiatu wiejskiego Szczecin do władz RS; Szczecin, 31 X 1912 r.).

⁶⁶ Spełnienie tego kryterium ludnościowego było warunkiem publikowania wybranych danych demograficznych przez Cesarski Urząd Zdrowia (*Kaiserliches Gesundheitsamt*).

⁶⁷ Obliczenia własne na podstawie *Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts* [za rok

Kartogram 1. Przeciętna umieralność niemowląt w okręgach statystycznych Szczecina w latach 1911–1913 (%)



Uwaga: grupowanie metodą odchylenia standardowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł z przypisu 69.

nica w wartościach analizowanego współczynnika wystąpiła w 1895 r., wynosząc 13,6%. Wówczas to natężenie zgonów niemowląt osiągnęło maksymalną wartość, tak w Grabowie (39,2%), jak i w Szczecinie (34,5%). Analiza tych kilku fragmentarycznych informacji skłania ku temu, by przyjąć, że poziom umieralności najmłodszych dzieci był z reguły wyższy na peryferiach stolicy Pomorza Zachodniego niż na jej właściwym obszarze odznaczającym się dużo większym stopniem zróżnicowania społecznego. Jednakże sama różnica w intensywności badanego zjawiska występująca pomiędzy „stającym się” a „będącym” Szczecinem nie przyjęła znacznych rozmiarów, które mogłyby szokować, czego nie można już powiedzieć w odniesieniu do dzielnic położonych w obrębie granic administracyjnych miasta (kartogram 1).

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, [1896:] 11, 15, 19, 24, 28, 32, 37, 21, Nr. 1, 5, [1897:] 10, 14, 18, 22, 26, 31, 36, 40, 44, 49; 22, Nr. 1, 5; BVGASS 1902/1903, s. 22; 1904/1905, s. 226.

Demograficzny obraz zdekomponowanej przestrzeni miejskiej zawdzięczamy powołaniu do życia w 1910 r. Miejskiego Biura Statystycznego, które w swych pierwszych publikacjach prezentowało między innymi dane ludnościowe w podziale na dwanaście okręgów statystycznych pokrywających się z rewirami policyjnymi. W niektórych wypadkach ich delimitacja nie odzwierciedlała wewnętrznych uwarunkowań rozwojowych. Skrajnym przykładem tego jest rejon Westend i Fort Wilhelma. Obejmował on swym zasięgiem dwie różne przestrzenie urbanistyczne: willową – charakteryzującą się z definicji luźną zabudową z elementami zieleni, oraz śródmiejską – zlokalizowaną na terenach pofortecznych, cechującą się zwartą zabudową „koszarowo-czynszową” (*Mietskaserne*). Mimo oczywistych różnic w formie miały one pewne podobieństwo w treści: zamieszkiwało tam licznie dobrze uposażone (Śródmieście) i najzamożniejsze mieszczaństwo (Westend). Również znacznym stopniem niejednorodności odznaczał się okręg Nowe Miasto, Fort Prusy, Górny Wik (*Neustadt, Fort Preussen, Oberwiek*). W jego granicach bowiem znalazła się dzielnica mieszczańska (w swym pierwotnym charakterze), wojskowa i przemysłowa. Tak czy inaczej owe niedostatki w homogeniczności – jak zobaczymy – nie zniwelowały istotnie różnic w kształtowaniu się umieralności niemowląt w geograficznej przestrzeni miasta; mało tego – w obrębie dwóch przeciwstawionych sobie dużych grup społecznych, to jest świata robotniczego oraz świata środowisk twórczych, decyzyjnych i umysłowych, dyferencja w rozwoju analizowanego zjawiska okazała się słabsza, co z kolei pozwala wysunąć przypuszczenie, że wewnątrz grup pozycji zawodowej występowały istotne rozbieżności w przestrzennym natężeniu zgonów najmłodszych dzieci. Przykładowo, za sprawą działania czynnika różnicującego w postaci osiągniętej wysokości dochodów umieralność niemowląt samodzielnych ekonomicznie rodziców mogła być wyższa w robotniczych dzielnicach niż w mieszczańskich. Prawdę odsłoni dopiero przyszła, żmudna analiza akt stanu cywilnego.

Geograficzne bieguny rozpatrywanego zjawiska wyznaczał z jednej strony przywołany już okręg statystyczny Westend i Fort Wilhelm, na którego obszarze przeciętnie w latach 1911–1913 na 100 urodzeń żywych przypadało 13 zgonów niemowląt, z drugiej zaś typowo robotniczy rejon⁶⁸ Dolnego Drzetowa i Górnego Niebuszewa, dla którego wartość współczynnika wyniosła 30%. Tu zatem poziom natężenia umieralności niemowląt był wyższy aż o 130% w stosunku do notowanego przez okręg willowo-śródmiejski. Równie źle wyglądała sytuacja na miejskich Pomorzanach (*Pommerensdorfer Anlagen*) oraz Łasztowni i Kępie Parnickiej (*Rechtes Oderufer*), gdzie przeciętna wartość współczynnika wyniosła kolejno 26,9% i 26,7%⁶⁹. Jednym słowem, w obrębie tego samego organizmu miejskiego funkcjonowały dwa różne światy. Ich geograficzne położenie, z grubsza rzecz ujmując, wyznaczał południowo-północny nadodrzański kierunek rozwoju industrializacji,

⁶⁸ O sytuacji materialnej i warunkach życia robotników szerzej: E. Włodarczyk, *Zur Wohnungsfrage*, s. 77–81; idem, *Wielki przemysł*, s. 132–149.

⁶⁹ Obliczenia własne na podstawie SJBS, Bd. 2: 1911, s. 6; Bd. 3: 1912, s. 11; Bd. 4: 1913, s. 5.

w którego zarys, niczym klin, wbijało się od środka i zachodu mieszczańskie Śródmieście i Westend. Na Grabowie i Drzetowie zlokalizowany był przemysł maszynowy i stoczniowy, a także cementowy (również poza właściwym miastem w Żelichowej), na Pomorzanach zaś w części wiejskiej – przede wszystkim przemysł chemiczny i spożywczy. Niebuszewo, w przeciwieństwie do wymienionych dzielnic, nie posiadało wielkich fabryk; na jego obszarze funkcjonowały średnie i drobne przedsiębiorstwa⁷⁰. Pomijając uwarunkowania geograficzne, rozkwit przemysłu na peryferiach i pozostający z nim w ścisłym związku wzrost zaludnienia na obrzeżach miasta był stymulowany dwoma zasadniczymi czynnikami: z jednej strony niskimi cenami gruntu i korzystnymi podatkami, z drugiej zaś nierozciąganiem się przepisów policji budowlanej na obszary leżące poza administracyjnymi granicami Szczecina, co pozwalało minimalizować koszty inwestycji przemysłowych i mieszkaniowych⁷¹. Tanie budownictwo czynszowe, cechujące się niskim standardem mieszkań, było z kolei magnesem przyciągającym uboższą ludność, która swój miejski byt wiązała z funkcjonowaniem fabryk. Złym stanem mieszkań oraz niekorzystnymi warunkami zdrowotnymi odznaczała się również Kępa Parnicka i Łasztownia⁷², stanowiąca miejsce pierwszej lokalizacji przemysłu.

Interesujące jest, że szanse przeżycia pierwszego roku były zbliżone do przeciętnych w grupie noworodków, których rodzice zamieszkiwali na Starym Mieście (współczynnik zgonów niemowląt równy 22%), co może zakrawać na pewien paradoks. Wszak dzielnica ta, stanowiąc z reguły centrum życia administracyjnego, finansowego i kulturalnego miasta (*City*), winna stanowić elitarne miejsce, a tym samym odznaczać się niską umieralnością niemowląt. Tak zapewne było w XIX w., tyle że pod koniec tego stulecia zaczęła ona w szybkim tempie tracić na znaczeniu. Wówczas bowiem – jak ukazują badania Edwarda Włodarczyka, przeprowadzone na podstawie analizy ksiąg adresowych (*Adressbuch*) – dokonał się exodus elit mieszczańskich, które za cel nowego miejsca zamieszkania obrały sobie przeważnie powstające Śródmieście i Westend⁷³. Motorem tej wewnętrznej mobilności przestrzennej była chęć poprawy dotychczasowego standardu mieszkaniowego, dająca się zrealizować dzięki wzrostowi poziomu zamożności. Scalenie nowych dzielnic z centrum poprzez rozwój sieci komunikacyjnej (tramwaje) było istotnym czynnikiem warunkującym dalsze przesunięcia w obrębie miasta. Opuszczone mieszkania na Starym Mieście, położone w większości w jego niezdrowej dolnej części, cechującej się gęstą zabudową i bliskim sąsiedztwem z rzeką Odram, zasiedlała uboższa ludność, która z powodów finansowych godziła się na gorszy standard mieszkaniowy (w tym sanitarny), wskutek czego doszło do nagłej zmiany społecznego oblicza kolebki Szczecina. Biorąc to pod uwagę, nie zaskakuje

⁷⁰ E. Włodarczyk, *Wielkomijski rozwój*, s. 311–312.

⁷¹ *Ibid.*, s. 310.

⁷² Zob. W. Stepiński, *Gospodarcze i demograficzne podstawy*, s. 223.

⁷³ Szerzej: E. Włodarczyk, *Przekształcenia Śródmieścia Szczecina (1870–1918)*, Przegląd Zachodniopomorski, R. 26: 1982, s. 22–27.

fakt, że największy strumień pomocy socjalnej płynął nie tylko na Niebuszewo i Dolne Drzetowo, lecz również na Stare Miasto⁷⁴, na którego obszarze występowała zbliżona do przeciętnej umieralność niemowląt.

Od redakcji: część druga ukaże się w z. 2 „Zapisek Historycznych” (t. 75: 2010).

⁷⁴ Zob. SVJBSS, Bd. 1: 1911, s. 55 (C. Anhang: „Die offene Armenpflege in Stettin im Rechnungsjahre 1910”).

