

Dariusz Łukasiewicz

PAN

ZDROWIE I CHOROBA W PRUSACH 1871-1918

Znana historyczka niemiecka Ute Frevert¹ trafnie scharakteryzowała proces formowania się nowoczesnej sytuacji w zakresie zdrowotności w Prusach. Najpierw od XVI do XVII w. następował proces kształtowania się państwa i jego aparatu biurokratycznego, w XVIII w. rozciągając się na obszary społeczne i służbę zdrowia w postaci programu proponowanych przez kameralizm zaczątków etatystycznego interwencjonizmu w zakresie gospodarki i dobrobytu mieszkańców, a więc socjalnym. Ten rozwój dezintegrował struktury stanowe i wpływał na przyspieszenie wzrostu demograficznego, do czego nie była gotowa gospodarka żywnościowa. Istniejący wcześniej system feudalnej pańskiej troski o poddanego, który znalazł się w kłopotach, został właściwie zdemontowany i nie pojawiło się nic na jego miejsce². Wprawdzie industrializacja narastająca od lat 40. przynosiła rozwój, ale w okresie przejściowym warunki życia klas niższych, początkowo głównie rzemieślników, pogarszały się. Popyt na pracę będący skutkiem migracji był o wiele większy niż podaż miejsc pracy, a za tym rosła warstwa biedoty żyjącej w nędzy. Jak pisze Frevert, rewolucja 1848 r. pokazała, że robotnicy nie będą bez oporu godzić się na tę społeczną, ekonomiczną i polityczną sytuację.

Doświadczenie społecznej nierówności i politycznego bezprawia powstającego społeczeństwa klasowego wzmocniło obszar społecznego konfliktu pracowników rzemiosła, którzy od lat 50-tych XIX w. walczyli o poprawę warunków pracy i życia w samodzielnych organizacjach. Równoległe do tego wzrastała wśród burżuazji świadomość konieczności reform społecznych, które klasowy konflikt przejmą i skanalizują rewolucyjny wybuch klasowego konfliktu³.

Z drugiej strony życie tradycyjne, afektywne i „bezrefleksyjne”, czyli zgodne z tradycją, charakterystyczne dla świata feudalnego odchodziło w przeszłość. Pojawiało się narzucone przez fabrykę, szkołę, racjonalne, narzucone albo dobrowolne organi-

¹ U. Frevert, *Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen 1984, s. 13.

² *Ibidem*, s. 13-14.

³ *Ibidem*, s. 14.

zowanie życia i dyscyplina wytworzona, a nie odwieczna. Zdrowie w tym procesie zostało zdefiniowane już nie jak dawniej, jako prywatny problem, ale sprawa publiczna i zinstytucjonalizowana, zdefiniowana przez urzędników, lekarzy, przedsiębiorców, uczonych i władze. Medykalizacja odciskała się na wzorach kulturowych i społecznych życia, uwarstwieniu społecznym etc.⁴

Jak też zauważył Thomas Nipperdey, schyłek XIX w. był okresem wzrostu świadomości zdrowotnej i dbałości o własną kondycję. Dzięki rozwojowi statystyki nie tylko przecież w Prusach poszerzała się wiedza na temat społecznego i demograficznego wymiaru problemów zdrowotnych. W Prusach Biuro Leopolda Kruga powstało w 1805 r., we Francji Urząd Statystyczny to rok 1800, w Anglii spisy ludności zaczęły się w roku 1801. W 1877 r. została w Prusach statystyka działalności szpitali, zarówno prywatnych, jak i publicznych wprowadzona z liczbą większą niż 10 łóżek. W 1902 r. przeprowadzona została gruntowna reforma statystyki medycznej. Stopniowo eliminowano wiadomości bajkowe jak informacje o długowiecznych starcach żyjących po 200 lat, które dotąd były na porządku dziennym.

Nastąpiła też, jak to nazywa Michel Foucault, „medykalizacja”, czyli proces pogłębienia i rozszerzenia na większą część populacji opieki zdrowotnej, poczucia prawa do opieki lekarskiej, połączonej jednak przecież z pewnym podporządkowaniem narzucanym ludności przez służbę zdrowia oraz państwo obowiązkom i mechanizmom związanym z dbałością o zdrowie całej populacji, jak np. obowiązkowe szczepienia. Miało to być skutkiem ogólnego wzrostu racjonalności postępowania, wzrostu urbanizacji z ludnością o nieco innej mentalności niż wiejska. Potem przyczyną była poprawa upowszechnienia szkolnictwa i alfabetyzacji oraz wzrostu ogólnego wykształcenia. Lekarze, higieniści, czasopisma i gazety upowszechniali i intensyfikowali tę nową świadomość. Wzrosło ostatecznie także zaufanie do medycyny i jej możliwości oraz osłabła wiara w medycynę ludową, która piętnowana i ośmieszana była jako „zabobony” i „wstecznicstwo”⁵.

Podobnie jak w wypadku innych obszarów życia i instytucji publicznych, upowszechnianie lecznictwa i medycyny naukowej, które miały dotąd charakter elitarny i miejski, wymagało rozwijania instytucji publicznych, a więc państwowych i komunalnych w tym zakresie. Tak też było w wypadku ważnej współrzędnej stanu

⁴ *Ibidem*, s. 14-15.

⁵ T. Nipperdey, *Deutsche Geschichte 1866-1918*, München 1991, s. 151; J.-P. Bois, *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Warszawa 1996, s. 235; R. Spree, *Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert*, [w:] „Einem jeden Kranken in einem Hospitale ein eigenes Bett” *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Hg. A. Labisch, R. Spree, Frankfurt-New York 1996, s. 52-53; A. Bajorek, *Długowieczność na podstawie XIX-wiecznej literatury polskiej z punktu widzenia medycyny*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1997, 60, 4, s. 396.

zdrowotnego – mieszkalnictwa, gdzie ogromne przyśpieszenie demograficzne i industrializacyjne rozsadzało ramy starej społeczności.

Kierunek strategiczny państwowej polityki medycznej stanowiły jak przez całe wieki XVIII i XIX: nadzór, obserwacja i walka z epidemiami. Ute Caumanns i Michael Esch wskazują na przejście od epoki zaraz i głodu ze średnią wieku populacji 20-40 lat do czasów wygaszania epidemii ze wzrostem średniej długości życia z 30 na 50 lat⁶. Wraz z tym następował spadek śmiertelności niemowląt i szybki wzrost liczby ludności stopniowo hamowany przez spadek liczby urodzeń. Nadal jednak warstwy uboższe miały poważne problemy żywieniowe, czego skutkiem była masowo występująca u dzieci krzywica, spowodowana awitaminozą, brakiem witaminy B, słońca i złymi warunkami życiowymi. Przejawiała się krzywymi, pałąkowatymi nogami i chwiejnym chodem. Rozwój medycznej statystyki i urzędowej sprawozdawczości o ruchu naturalnym ludności pozwolił w XIX w. na orientację w głównych problemach zdrowotnych, zachorowaniach i ich przyczynach.

Organizacja służby zdrowia i edukacja medyczna, weterynaria

Władze medyczne rozwijały się wraz z biurokracją państwową, a ponadto postępowało ich zróżnicowanie i rozwój na obszarze komunalnym, a potem na poziomie władz Rzeszy. Już w 1817 r. powstała sekcja medyczna w ministerstwie wyznań, edukacji i spraw medycznych, która zajmowała się fizykami oraz urzędnikami policji. W 1825 r. przekształcona ona została w ministerstwo spraw wewnętrznych, gdzie włączono służbę zdrowia. W 1899 r. wydano ważną ustawę o organizacji lekarzy powiatowych i komisji zdrowotnych w Prusach.

W połowie XIX w. istniał też wydział lekarski przy ministerstwie wyznań, przejął też od ministerstwa spraw wewnętrznych policję sanitarną. Na szczeblu prowincjonalnym, również w Prowincji Poznańskiej i na innych ziemiach polskiego zaboru pruskiego istniały Kolegia Lekarskie, kierowane przez radców medycznych, złożone z trzech lekarzy i łącznie trzech aptekarzy i weterynarzy. Na ich czele stał prezydent prowincji korzystający z porad radcy lekarskiego. Przy rejencji bydgoskiej była także komisja zdrowia. Komisje na podstawie egzaminu zawodowego i z przepisów prawnych udzielały koncesji na prowadzenie aptek i praktykę lekarzy, chirurgów, akuszerów, a nawet balwierzy. W powiatach był fizyk powiatowy (lekarze urzędowi byli też w Galicji i Kongresówce), którym mógł być tylko lekarz po specjalnym egzaminie i wykazał się znajomością medycyny sądowej. Podlegali mu wszyscy lekarze

⁶ U. Caumanns, M.G. Esch, *Technischer Fortschritt und sozialer Wandel in deutschen Ostprovinzen. Wirkungen der industrieller Entwicklung in ausgewählten Städten und Kreisen im Vergleich (1850-1914)*, Rheinbreitbach 1996, s. 278.

w powiecie. W 1825 r. zlikwidowano rzemieślniczy i cechowy charakter chirurgów i od lekarzy wymagano odtąd ujednoliconego wykształcenia uniwersyteckiego. W Poznaniu znajdowała się w 1906 r. Izba Lekarska złożona z 12 osób, w tym 3 Polaków, 4, Niemców i 5 Żydów, jako że Żydzi tradycyjnie w Polsce parali się medycyną. Zarządzali Niemcy i nawet w Sądzie Honorowym znalazł się tylko jeden Polak. Przy ministerstwie wyzna istniała naukowa deputacja medyczna złożona w 1910 r. z 16 lekarzy, profesorów uniwersyteckich pod kierunkiem państwowego urzędnika. Przygotowywali egzaminy i egzaminowali młodych lekarzy⁷.

Fizykiem powiatowym mógł zostać tylko lekarz, który miał równocześnie uprawnień położnicze oraz chirurgiczne. Według ustawy z 1899 r. fizyk powiatowy był w każdym powiecie i sprawował nadzór nad sytuacją medyczną i sanitarną, biorąc pod uwagę kwestie epidemii, sytuacji sanitarnej rzemiosła, kas chorych, nadzoru medycznego od położnictwa, zdrowia niemowląt i małych dzieci po higienę szkolną, spraw inwalidów, chorób psychicznych i epilepsji. Zwracano uwagę na nowy problem industrializacji, prowadzący do patologicznej sytuacji na obszarze zdrowotności w wyniku bardzo złej sytuacji mieszkaniowej, higienicznej, niedożywienia, infekcji i chronicznej awitaminozy, szczególnie w grupie matek i dzieci. W 1910 r. utworzono w każdym mieście urząd zajmujący się sprawami socjalnymi (Fürsorgeamt). Zgodnie z nowym prawem w 1901 r. w Prusach na miejsce 545 fizyków powiatowych i przy usunięciu chirurgów, wprowadzono 508 lekarzy powiatowych, z czego 15 z pełną pensją, 478 nie w pełni opłaconych, także 15 lekarzy sądowych, 30 asystentów powiatowych. W 1911 r. przewidywano 519 lekarzy powiatowych, z czego 54 w pełni opłaconych. Ogółem urzędnicy medyczni na wszystkich szczeblach administracji byli niewielką, skromną grupą, w pierwszej połowie XIX w. było ich zaledwie 350, a w początku XX w. już 600.

Na poziomie Rzeszy powstały przede wszystkim wspólne władze medyczne zajmujące się problematyką epidemii. W 1876 r. ustalony został *Reichsgesundheitsamt*, który nie miał charakteru ministerstwa i funkcji kierowania służbą zdrowia, ale zajmował się przede wszystkim ważną statystyką medyczną⁸.

Wprowadzie modernizacja pruska na ziemiach polskich, określana jako „Hebungspolitik”, przynosiła w zakresie stosunków zdrowotnych pozytywne i szybkie zmiany, widoczne zwłaszcza na tle zaboru rosyjskiego, jednak były też znaczne

⁷ R. Zilch, *Gesundheitswesen und Medizinalpolitik in Preußen 1817 bis 1911*, [w:] *Acta Borussica. Neue Folge. 2. Reihe: Preussen als Kulturstaat*, Abteilung I, Bd. 2.1, Berlin 2010, s. 720-722; J. Sadowska, *Ochrona zdrowia publicznego na ziemiach polskich w zaborze pruskim*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2000, 63, 3-4, s. 199-205; G. Baader, *Der Konflikt zwischen privater Wohlfahrt und staatlicher Gesundheitspflege im deutschen Kaiserreich*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2005, 68, 1-3, s. 183-184; M. Początek, *Rola i czynności fizyków powiatowych w Wielkim Księstwie Poznańskim*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2012, 75, s. 30.

⁸ R. Zilch, *op. cit.*, s. 674-678. G. Baader, *op. cit.*, s. 184-186.

deficyty. Dawna polityka wspierania biednych zmieniała się w politykę ograniczania biedy. Nowoczesna administracja medyczna Prus na ziemiach polskich była zgermanizowana, co oznacza brak możliwości kształtowania się etnicznie polskich normalnych elit inteligenckich. Urzędnikami i lekarzami powiatowymi byli Niemcy. Ta sytuacja była tym niebezpieczniejsza, że w miastach poza strukturami państwowymi silne były przede wszystkim środowiska etnicznie niemieckie i żydowskie⁹. Jak i w całych Prusach uwaga władz medycznych koncentrowała się tutaj na epidemiach. Jeszcze przed odkryciem przecinkowca cholery przez Roberta Kocha w 1883 r. zdawano sobie sprawę, że cholera upowszechnia się przez kontakt z ludźmi, skażoną wodą i produktami spożywczymi. Domy chorych władze poddawały dezynfekcji, a rodziny poddawano kwarantannie w szpitalach przez cztery tygodnie¹⁰.

Pruskie władze medyczne zajmowały się także nadzorem nad aptekami¹¹. Należało do niego wydawanie koncesji oraz przeprowadzanie inspekcji, a także ustalanie cen na leki. Aptekarze podzieleni zostali na dwie klasy, stworzono urzędową księgę leków z ujednoliconymi nazwami, jako że dotąd funkcjonowały pod wieloma różnymi, często bardzo fantazyjnymi. Wyeliminowano z niej specyfiki bazujące na tradycyjnej wierze w cuda. Naukowy wykaz leków opierał się na ich składzie chemicznym oraz podawał sposoby oddziaływania. Już w 1799 r. wydana i zatwierdzona została przez Ober-Collegium *Pharmacoepa Borussica*, aktualizowana i uzupełniana do 1862 r. siedem razy, a potem w 1872 r., kiedy to stała się podstawą księgi leków Rzeszy. Księga leków ukazała się w języku łacińskim, ale miała także tłumaczenie niemieckie. W 1914 r. zawierała ona aż 10 tys. produktów, co wspierała oczywiście rosnąca świadomość zdrowotna oraz rozwój ubezpieczeń zdrowotnych. Leki nie były jednak jeszcze testowane, weryfikowane i sprawdzane, nawet wrywkowo, gdyż uznawano to za zbyt drogie. Stopniowo zauważano poprawę w ministerialnym nadzorze farmaceutycznym, gdzie dotąd nie było żadnego profesjonalnego farmaceuty i pojawili się tu tacy na przełomie stuleci. Można tu wymienić na przykład właściciela apteki „Pod Czarnym Orłem w Koronie” (1898 r.), który do 1899 r. był przewodniczącym Niemieckiego Związku Aptekarzy. W 1908 r. został mianowany tajnym radcą medycznym¹².

Ogromny postęp naukowy w medycynie od połowy XIX w. zmienił też pracę służby zdrowia. W początku XIX w. dosyć popularna, bo uzasadniona była niewiara w możliwości medycyny, nazywana „nihilizmem terapeutycznym”. Zgodnie z tym

⁹ Wypowiedzi, że sytuacja zdrowotna zaboru pruskiego nie ulegała poprawie, są całkowicie bezzasadne. Ulegała poprawie, ale wolniej niż bardziej zaawansowane cywilizacyjnie obszary Prus, zob. W.K. Korpalska, J. Szmytkowski, *Walka z chorobami zakaźnymi na ziemiach polskich pod pruskim zaborem w XIX wieku*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2005, 68, 1-3, s. 8-9, 15; G. Baader, *op. cit.*, s. 185-186.

¹⁰ W.K. Korpalska, J. Szmytkowski, *op. cit.*, s. 13.

¹¹ R. Zilch, *op. cit.*, s. 718.

¹² *Ibidem*, s. 718-720.

Françoise Broussais (1772-1838) pisał, że „medycyna jest to sztuka bawienia chorych złudną nadzieją”¹³. Medycyna ludowa wypierana była przez naukową, która poznała etiologię coraz większej liczby chorób. Jak zauważył Reinhold Zilch, powstanie bakteriologii i naukowej higieny rozszerzyło obraz choroby o infekcje i pozwoliło zidentyfikować przyczyny wielu poważnych chorób i je zwalczać. Panowała moda, a nawet wręcz obsesja mikrobów. W latach 40. odnotowano znaczące odkrycia w dziedzinie anestezjologii, w 60. w zakresie antyseptyki, w 80. – aseptyki, co wywarło znaczny wpływ na chirurgię, gdzie wcześniej występowała ogromna liczba infekcji. Kolejnym krokiem w ograniczeniu tych problemów była bakteriologia. Po odkryciu promieni X w 1895 r. wkrótce pojawiły się aparaty rentgenowskie. Wreszcie zwykły status chorobowy uzyskały choroby płciowe, które wcześniej traktowano raczej jako przestępstwo i grzech. Pojawiły się też odkrycia Augusta von Wassermanna z 1906 r., Paula Ehrlicha z 1909 r.¹⁴

Wielkopolanin Robert Koch ściągnięty został w 1880 r. do Berlina, w 1885 r. otrzymał katedrę w Muzeum Higieny, a w 1891 r. został kierownikiem Pruskiego Instytutu Chorób Infekcyjnych. Impulsem do tego były jego badania na temat gruźlicy i odkrycie szczepionki przeciwko tej chorobie¹⁵.

Rozwijała się również państwowa medyczna edukacja. I tutaj szybki przyrost liczby studentów w Prusach zaczął się po roku 1870, kiedy było ich 7531, w roku 1880 już 10 371, w 1890 – 13 278, w 1900 – 15 960, w 1909 – 24 407. Studenci medycyny stanowili w tym czasie 1/3-1/5 ogółu studiujących¹⁶.

Od połowy XIX w. położnicze szkolnictwo medyczne w Prusach zaczęło pod względem poziomu rozwoju odstawać od najbardziej zaawansowanych krajów europejskich i występowały duże różnice między różnymi regionami kraju. Wprowadzenie pruskich przepisów w 1866 r. na nowych obszarach kraju doprowadziło tam do regresu, a nawoływania położników o reformy rozbiły się o brak pieniędzy. Były zaległości w publikowaniu podręczników. Po połowie XIX w. pierwszy ukazał się dopiero w 1878 r., następny w 1892¹⁷.

Odrębnym problemem była kwestia rozwoju weterynarii, którą tutaj tylko markuję. Już w XVIII w. odnotowywano problemy z chorobami zwierząt, jak wścieklizna u psów. Wówczas do kata albo policji miejskiej należało zastrzelenie chorego zwierzęcia. Zwalczenie przez władze wścieklizny w końcu XVIII w. ograniczało się

¹³ T. Brzeziński, *Naturalne i niekonwencjonalne metody leczenia*, [w:] *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 2014, s. 412.

¹⁴ A. Labisch, *Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts*, [w:] *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale ein eigenes Bett”...*, s. 274-275; R. Zilch, *op. cit.*, s. 637-638, 706; G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności*, Warszawa 1997, s. 235-237.

¹⁵ R. Zilch, *op. cit.*, s. 709.

¹⁶ *Ibidem*, s. 661.

¹⁷ *Ibidem*, s. 668.

do wściekłych psów i krów. Dotyczyły tego edykty z 1784 i 1797 r. Kolejne przepisy zawierały edykty o zwalczaniu zarazy bydła z 1803 i 1804 r., potem o zwalczaniu wściekliczny z 1835 r. W 1905 r. ukazała się ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych, gdzie znajdowały się przepisy o postępowaniu z ludźmi ugryzionymi przez zwierzę chore na wścieklicznę, a zwalczanie choroby stało się możliwe dzięki szczepionce wynalezionej przez Louisa Pasteura. Według ustawy z 1898 r. głowa i szyja chorego zwierzęcia miały być przesłane ekspresową pocztą w lodzie do obdukcji do Instytutu Chorób Zakaźnych w Berlinie (Institut für Infektionskrankheiten) zajmującego się tymi sprawami¹⁸.

Polityka medyczna i medycyna społeczna

Zdrowie i chorobę postrzegano już powszechnie jako kwestie nie tylko indywidualne, ale i społeczne, wymagające określonej polityki państwa i publicznej, komunalnej lub państwowej służby zdrowia. Duże znaczenie dla Prus miała organizacja „Deutscher Verein für Gesundheitspflege”, do której należeli lekarze, higienicy, politycy komunalni i miejscy planiści. Rozwijał się intelektualny i społeczny ruch higieny społecznej, który prowadził też do analizy sytuacji w szkołach, przeciążenia fizycznego i duchowego uczniów zbyt wieloma treściami edukacyjnymi. Instytucje medyczne kontrolowały stan zdrowotny uczniów, stwierdzając np. problemy wzrastającej liczby uczniów ze wzrokiem¹⁹. Coraz częściej obejmowano jako problemy z zakresu społecznego: kobiety ciężarne, niemowlęta, alkoholików oraz gruźlików.

„Higiena społeczna” (Sozialhygiene) starała się zaradzić problemom złej sytuacji zdrowotnej robotników i ograniczyć negatywne skutki różnych zależności w tym zakresie²⁰. Już od lat 60. XIX w. głośna stała się działalność śląskiego lekarza Rudolfa Virchowa, chlubnie zasłużonego na polu medycyny i niechlubnie w zakresie działalności antypolskiej. Współzałożyciel ruchu higieny społecznej Alfred Grotjahn pisał w roku 1912, że jeszcze w połowie XIX w. sprawy szpitalnictwa należały w Rzeszy do uznawanych za podrzędne i spychano je na inicjatywę prywatną albo Kościoła, o ile nie dotyczyło to ważnych kwestii militarnych lub naukowych. Inny współzałożyciel ruchu higieny społecznej Adolf Gottstein w 1913 r. stwierdzał, że rozwój komunalnych szpitali w wielkich miastach jest najpomyślniejszym elementem higieny społecznej. Do znaczących postaci ruchu medycyny społecznej należał też Alfons Fischer²¹. Higiena społeczna i zrozumienie wymiaru publicznego zdrowia klas niższych nie było spe-

¹⁸ T. Nipperdey, *op. cit.*, s. 164.

¹⁹ R. Zilch, *op. cit.*, s. 706-707; H. Matzerath, *Urbanisierung in Preußen 1815-1914*, Stuttgart 1985, s. 340-341.

²⁰ A. Labisch, *op. cit.* s. 265.

²¹ *Ibidem*, s. 283.

cialnością ani Prus, ani Niemiec. We Francji nazywano ją też „higieną przemysłową” i zaczęła występować w orzecznictwie sądowym dotyczącym niewywiązywania się fabrykantów z obowiązków wobec robotników. W sprawy te w coraz większym stopniu ingerowało francuskie ustawodawstwo państwowe. I tutaj zaczyna się coraz częściej widzieć zależności między otoczeniem i wysokością zarobków robotnika a jego kondycją zdrowotną i psychofizyczną. „Alkoholizm biedaka” również we Francji zaczyna być częściej postrzegany jako skutek, a nie przyczyna nędzy²².

Szpitale

Niemiecki historyk medycyny Alfons Labisch zauważył, że pojęcie zdrowia publicznego ma bardzo wczesny późnośredniowieczny rodowód, gdzie odnosiło się do rzeczywistości miejskiej i komunalnej. Istniały tam przepisy o charakterze medycznym, higienicznym i sanitarnym, które regulowały sprawy zabezpieczenia w wodę, czystości i porządku ulicznego, nadzoru nad praktyką lekarską, miejskimi szpitalami, izolacją chorych w czasie epidemii. Pokazywało to początki instytucji lekarza miejskiego, powiązanej też z pomocą dla ubogich²³. Instytucja szpitala od XVIII do XX w. przeszła drogę ogromnej przemiany. Z niezbyt znaczącej placówki dobroczynnej szpital zmienił się w podstawową formę opieki zdrowotnej²⁴.

Według pruskich „Sanitätsvorschriften Polizeilichen Vorschriften bei ansteckenden Krankheiten” (1835) miasto miało obowiązek izolacji chorych zakaźnie, czy to w lazaretach, czy w domu chorego, co wynikało ze świeżych doświadczeń cholery w roku 1831. Według przepisów z 1894 r. gminy nie były jednak zobowiązane do zakładania szpitali²⁵. Widać, jak epidemie już od początku XIX w., ale też po 1871 r., mobilizowały władze do akcji wykraczającej poza wymiar troski o jednostkowe zdrowie. Na przykład epidemie cholery, kiedy Düsseldorf założył szpital miejski czy gdy w 1873 r. założono również miejski szpital epidemiologiczny w berlińskim Moabicie²⁶. Ustawa pruskiego parlamentu z 1905 r., poprzedzona ustawą dla Rzeszy z 1900 r., regulowała sposób zwalczania chorób zakaźnych w zakresie dyfterytu, zapalenia opon mózgowych, szkarlatyny, tyfusu i czerwonki. Odpowiedzialność za walkę z chorobami spoczywała na gminie. Pruska instrukcja służbowa z 1909 r. nakazywała lekarzom powiatowym zabezpieczyć odpowiednie miejsce dla leczenia

²² G. Vigarello, *op. cit.*, s. 226.

²³ A. Labisch, *op. cit.*, s. 253.

²⁴ R. Spree, *op. cit.*, s. 51.

²⁵ A. Labisch, *op. cit.*, s. 269.

²⁶ *Ibidem*, s. 271.

chorych. Przymusowa hospitalizacja następowała w wypadku epidemii i chorób zakaźnych, takich jak syfilis²⁷.

Po 1870 r. obszar autonomii miejskiej był ogromny, także w zakresie funkcji zdrowotnych²⁸. Szpital komunalny był inwestycją bardzo kosztowną i zadłużenie miast w sporym stopniu wynikało z tych wydatków. W latach 1904-1906 w ośmiu największych aglomeracjach pruskich nakłady na budowę szpitali stanowiły 14,2% miejskich długów. Nakłady 10 największych pruskich miast na szpitale objęły w 1908 r. ogromną sumę 20 mln marek, a subwencja rządowa 12 mln. Spore były też nakłady miast na ich bieżące funkcjonowanie. Wydatki roczne na funkcjonowanie szpitala w przeliczeniu na jedno łóżko wynosiły w 1872 r. w szpitalu w berlińskim Moabie 2500 marek, a Düsseldorfie 9395 marek. Nakłady miast pruskich na wspieranie biednych oraz służbę zdrowia stanowiły w 1907 r. 7,6% wszystkich wydatków i wynosiły 150 mln marek. Na dochody szpitali składały się zaś te pochodzące z majątku własnego, fundacji oraz subwencji. Własne dochody w Düsseldorfie w 1908 r. pokrywały tylko 52% subwencji, na resztę konieczna była dotacja miejska, w Magdeburgu jednak radzono sobie bez dotacji, a w Kolonii i Berlinie – Charlottenburgu subwencja stanowiła 2/3 wydatków szpitali. W 1913 r. koszty leczenia 56% chorych pokryte były z kas ubogich, 36,5% z ubezpieczenia społecznego, 8,3% zapłacili prywatnie, 1,2% inne. Większość wiernych przyjmowała chorych bez zwracania uwagi na sprawy konfesyjne, ale wiele miało jednak charakter wyznaniowy, jak ewangelickie szpitale we Wrocławiu (1850), Bonn (1854) czy katolickie jak w Berlinie (1854)²⁹.

W 1822 r. w Prusach istniało już 155 szpitali w nowoczesnym rozumieniu, do 1855 r. ich liczba wzrosła do 681. W 1871 r. Prusy posiadały 942 szpitale, a w 1913 – 1042³⁰. Podobnie rosła liczba aptek. W 1867 r. było ich w Prusach 2213, a w 1879 – 2429³¹.

Były to placówki szpitalne bardzo różnej wielkości, najczęściej jednak rozwijały się placówki komunalne. Berliński szpital Charité już w początku XIX w. miał ponad 600 łóżek. Ogólnie rosła jednak równie szybko liczba łóżek i pacjentów. W interesującym nas okresie w Rzeszy liczba pacjentów szpitalnych wzrosła około dziesięciokrotnie³². W samych Prusach w 1846 r. było 88 tys. pacjentów szpitalnych, w 1877 r. już 211 tys., a w 1913 r. liczba pacjentów szpitalnych wzrosła w tym kraju do 1,5 mln i było to znacznie więcej, niż wynikałoby to ze wzrostu liczby mieszkańców. W tym samym okresie wielokrotnie wzrosła też liczba łóżek szpitalnych – na 10 tys. mieszkańców

²⁷ S. Hähner-Rombach, *Konfliktbereich Krankenversicherung: Auseinandersetzungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Mitgliedern am Beispiel der Krankenhauseinweisung Ende des 19. Anfang des 20. Jahrhunderts*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2005, 68, 1-3, s. 118; G. Baader, *op. cit.*, s. 184.

²⁸ R. Spree, *op. cit.*, s. 276-277.

²⁹ *Ibidem*, s. 280-281.

³⁰ R. Spree, *op. cit.*, s. 59; R. Zilch, *op. cit.*, s. 647; T. Nipperdey, *op. cit.*, s. 156.

³¹ H. Matzerath, *op. cit.*, s. 346.

³² R. Spree, *op. cit.*, s. 59.

cały czas rosła i wynosiła w Prusach w 1885 r. 21,0, w 1900 r. – 29,9, w 1910 r. – 39,9. We wschodnich prowincjach Prus sytuacja była w tym zakresie gorsza, ale również się poprawiała. W Prusach Wschodnich wskaźnik wzrósł w podanym wyżej okresie 12,9 na 25,6; w Prusach Zachodnich z 15,8 na 26,6; w Prowincji Poznańskiej z 10,6 na 23,5. O wiele wyższy był w prowincjach zachodnich. W Westfalii zwiększył się z 34,2 na 58,3, w Nadrenii z 30,8 na 54,5³³. Od lat 70. w rzeczywistości liczba łóżek w szpitalach nawet przewyższała zapotrzebowanie, a czas pobytu w szpitalu ulegał stopniowo skróceniu. Także rezygnowano z hospitalizacji chorujących lekko (Bagatellkrankheiten).

Według polskiego historyka medycyny Jaromira Jeszkego w zaborze pruskim lud wiejski miał w XIX w. utrwalone z epoki nowożytnej wyobrażenie szpitala jako instytucji opieki dla ubogich. Oskar Kolberg pisał o Warmii: „Przy każdym nie-

³³ R. Zilch, *op. cit.*, s. 647, 649; R. Spree, *op. cit.*, s. 63-66, 73; A. Labisch, *op. cit.*, s. 265; T. Nipperdey, *op. cit.*, s. 156. Do szpitala trafiali przede wszystkim ludzie w wieku 10-30 lat, czeladnicy i uczniowie z rzemiosła, samotni, ubodzy, niezamężne kobiety. Dzieci nie było prawie wcale aż do I wojny światowej, ale też mało ludzi starych. W początkach XX w. natomiast wzrosła w szpitalach liczba dzieci. Jeszcze raz warto podkreślić występowanie bardzo znacznego odsetka kobiet jako pacjentów szpitalnych. Na schyłku wieku XIX 90-95% pacjentów należało do klas niższych i całkowitej biedoty, wcześniej kwalifikowanej do opieki społecznej (Armenfürsorge). Od wojny 1870 r. działał też Czerwony Krzyż. Tendencja rozwojowa w wieku XX zmierzała jednak ku rozciągnięciu oddziaływania szpitala na całą populację, niezależnie od położenia społecznego i ekonomicznego. Na większą skalę w wielkich skupiskach ludności widoczna była zależność między chorobami, położeniem materialnym i warunkami mieszkaniowymi. Podając konkretne przykłady rozwoju szpitalnictwa w mniejszych ośrodkach, wspomnieć można o szpitalu w miasteczku Wągrowiec w Wielkopolsce, założonym w 1873 r. Pomysł jego utworzenia został postawiony na sesji sejmiku powiatowego w 1871 r. z inicjatywy landrata Suchodolskiego. Powołano wówczas komisję szpitalną, na której czele stał Suchodolski i znajdowali się w niej również miejscowi notable: Ignacy Moszczeński, Stefan Kierski i burmistrz Alberti. W 1872 r. z upoważnienia sejmiku komisja zakupiła od małżeństwa Możykiewiczów grunt i zabudowania na sumę 9000 marek oraz na wyposażenie 30 000 marek. Szpital był niewielki i miał w trzech pokojach 8 łóżek na przyjęcie pacjentów, równocześnie jednak przyjmowano raczej nie więcej niż 6 pacjentów. Ogrzewany był piecami kaflowymi i oświetlany lampami gazowymi. W 1878 r. wzniesiono nowy budynek szpitala w innym miejscu, również na skutek uchwały Sejmiku Powiatowego. Ten szpital był zdecydowanie większy, miał 7 sal i dwie separatki z 25 łózkami, a w 1887 r. aż 132 chorych, oczywiście w ciągu roku. W 1900 r. liczba chorych wzrosła do 204, a w 1915 r. do 459. W 1913 i 1915 r. panowała w mieście epidemia szkarlatyny (płonicy) i trzeba było dostawić na podwórzu barak na 15 łóżek. Obsługa szpitala składała się z 1 lekarza, 3-5 siostr miłosierdzia oraz 4 osób obsługi. Łóżka były stare i drewniane z bardzo marnymi, niehigienicznymi siennikami, co stało się przedmiotem krytyki inspekcji w 1900 r. W 1901 r. założono tu oświetlenie elektryczne, ale kiepskie, telefon pojawił się w 1911 r. Ordynatorem od otwarcia był Polak, doktor Piotr Laskowski. W Barlinku na Pomorzu Szczecińskim szpital w bardziej nowoczesnym rozumieniu wzniesiono w 1834 r. Z czasem budynek przestał odpowiadać potrzebom rozrastającego się miasta i w 1876 r. za środki komunalne zaczęto budować kolejny, budowa z braku środków bardzo się przeciągała i szpital zaczął przyjmować chorych dopiero w roku 1917. W wyobrażeniach ludu szpital był więc przeznaczony dla ubogich i bano się go.

mal kościele bywa szpital dla dziadów, jako i mieszkanie dla wdów plebańskich³⁴. Współmieszkańcy świadczyli pomoc charytatywną tym placówkom przy okazji wesel, pogrzebów, odpustów czy wejścia w posiadanie większej sumy pieniędzy. Wśród ludu krążyły legendy o karach bożych spadających na nieuczciwych opiekunów tych instytucji. Zupełnie inaczej było ze stosunkiem do medycyny naukowej, który był wrogi i nieufny, a udanie się do lekarza czy do szpitala traktowano jako ostateczność, kiedy zażegnywanie i wódka nie pomogła. W zaborze rosyjskim władze carskie wręcz wykorzystywały tę wrogość jako argument przeciwko zorganizowanej opiece zdrowotnej. W rezultacie wieś nie zaakceptowała szpitala jeszcze w XX w., nie tylko w Kongresówce, ale też w Wielkopolsce³⁵.

W szpitalach najczęściej leczono przypadki chorób infekcyjnych, wypadki, choroby przewodu pokarmowego, dróg oddechowych, spadała liczba przypadków chorób skórnych jak świerzbu. Choroby skóry związane były z wzajemnym zarażeniem się poprzez wspólne spanie w jednym łóżku, złe warunki mieszkaniowe, ciasnotę etc. Na początku XX w. chorzy na te choroby stanowili już tylko nikły odsetek przypadków w szpitalach³⁶. Choroby przewodu pokarmowego były jednym z głównych powodów śmierci noworodków, niemowląt i dzieci. Struktura chorób, na które cierpieli pacjenci szpitali w kolejnych dziesięcioleciach XIX w., aż do 1875 r. nie ulegała zasadniczym zmianom³⁷. Porody cały czas jeszcze odbywały się w domu. Śmiertelność w szpitalach przez cały wiek XIX spadała – z ok. 7% w 1800 r., do 6% w 1911 r.³⁸

Tab. 1. Wiek pacjentów szpitalnych w Prusach 1878, 1906

Wiek	1878	1906
1-10	9%	15%
10-30	42%	56%
30-50	36%	27%
Powyżej 50. roku życia	8%	2%

Źródło: R. Spree, *Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert*, [w:] „Einem jeden Kranken in einem Hospitale ein eigenes Bett” *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Hg. A. Labisch, R. Spree, Frankfurt–New York 1996, s. 69, 74.

³⁴ J. Jeszke, *Szpital w świadomości ludowej XIX i XX wieku*, [w:] *Szpitalnictwo w dawnej Polsce*, red. J. Dąbrowski, M. Kruppe, Warszawa 1998, s. 241-242.

³⁵ *Ibidem*, s. 242-243.

³⁶ R. Spree, *op. cit.*, s. 73; A. Labisch, *op. cit.*, s. 264-265.

³⁷ R. Spree, *op. cit.*, s. 74.

³⁸ *Ibidem*, s. 77.

Lekarze

Lekarze byli w końcu XIX w. bardzo dynamicznie rozwijającą się grupą zawodową, a jednocześnie poziom wiedzy medycznej doznawał ważnych przewartościowań, poprzez co zmieniała się ich pozycja i status. Thomas Nipperdey zwraca uwagę, że lekarze byli również najsilniejszą i szczególną grupą zawodową akademików. Wyróżniali się poza tym szczególnym charakterem i tabuizacją swego zawodu, bliskością spraw życia i śmierci oraz tajemnic z tym związanych, szczególnym etosem moralnym, już wówczas składana była przysięga Hipokratesa³⁹. W 1900 r. powstał „Verband der Ärzte Deutschlands”, którego członkami w 1904 r. było 57%, a w 1911 r. – 77% lekarzy.

Zarobki lekarzy były wysokie i sytuowały ich jako inteligentną klasę średnią (Bildungsbürgertum), ale niższe od przedsiębiorców i właścicieli. W Berlinie i Brandenburgii w początkach XX w. 1/5-1/4 lekarzy zarabiała 3000 marek, 1/6-1/3 – 5000. Przeobrażeniom ulegała też pozycja „lekarza domowego” mieszczan. Dawniej wynagradzany czasem za cały rok i za leczenie całej rodziny, obecnie otrzymywał już honorarium za każdą wizytę osobno. W pracy z pacjentem coraz większą rolę odgrywał wywiad, gdy dawniej rozmowa ograniczona była do minimum. Nadal jednak lekarz traktowany był bardziej jak człowiek sztuki lub kapłan niż naukowiec i otoczony był pewną aureolą niezwykłości. Dominowali lekarze ogólni, bez specjalizacji, co z czasem, stopniowo się zmieniało. Pierwsze specjalności, jakie się rozwijały, to okuliści i laryngolodzy, dermatolodzy i wenerolodzy, potem lekarze dziecięcy. Następnie rosła liczba psychiatrów i placówek o tym charakterze. W 1909 r. ponad 20% lekarzy było już specjalistami. Wraz z pojawieniem się kas ubezpieczeniowych kluczowi stali się należący do nich pacjenci oraz zabiegano o włączenie kolejnych grup instytucji do ubezpieczonych, przede wszystkim dzieci. W szpitalu w berlińskim Moabicie jeszcze w roku 1884/1885 tylko 3,5% pacjentów było leczonych z kas chorych, w 1910 r. już ok. 50%. Były jeszcze dopłaty, tak jak w danych zakładach dla ubogich. W Berlinie w komunalnych zakładach opieki koszty te stanowiły 25% wydatków. Liczba lekarzy rosła szybciej niż pacjentów, a wraz z tym konkurencja. Sytuację znacznie pogorszyła forsowana przez liberałów ustawa uznająca lekarzy za zwykłe rzemiosło i akceptująca działalność oszustów i złodziei, czyli znachorów, jasnowidzów i uzdrowiaczy oraz wróżbitów⁴⁰.

³⁹ T. Nipperdey, *op. cit.*, s. 152.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 153-157.

Tab. 2. Liczba lekarzy w Prusach 1825-1909

Liczba lekarzy	1825	1834	1846	1855	1867	1876	1887	1901	1909
Prusy	4084	4594	5522	5743	7420	7956	9284	17034	19319
Prusy W.	186	214	270	317	343	319	396	682	694
Prusy Z.	141	148	218	261	252	257	301	512	528
Berlin	191	351	498	544	712	773	1104	2394	2143
Brandenburgia	408	462	553	560	490	520	658	1729	1416
Pomorze Z.	202	254	326	359	351	360	399	687	662
P. Poznańska	214	221	266	300	278	277	352	543	613
Śląsk	788	842	993	988	865	965	1108	1856	1964
Saksonia	827	767	836	820	659	673	777	1280	1342
Schleswig-H.	–	–	–	–	379	392	431	776	814
Hannover	–	–	–	–	777	783	812	1328	1455
Westfalia	465	502	568	546	557	638	677	1215	1497
Hesja-Nassau	–	–	–	–	572	647	735	1333	1533
Nadrenia	662	833	994	1048	1155	1326	1509	2672	3306
Hohenzollern	–	–	–	–	30	26	25	27	25

Źródło: R. Zilch, Gesundheitswesen und Medizinalpolitik in Preußen 1817 bis 1911, s. 640.

Tab. 3. Liczba mieszkańców na lekarza w Prusach 1825-1909

Liczba lekarzy	1825	1834	1846	1855	1867	1876	1887	1901	1909
Prusy	3001	2940	2918	2995	3231	3236	3050	2024	2079
Prusy W.	6255	5921	5483	4866	5271	5820	4948	2928	2974
Prusy Z.	5329	5433	4675	4193	5091	5225	4679	3054	3226
Berlin	1153	755	820	823	987	1251	1191	789	967
Brandenburgia	3084	3000	2999	3226	4109	4153	3560	1798	2890
Pomorze Z.	4192	3705	3574	3590	4119	4062	3773	2380	2594
P. Poznańska	4859	5071	5129	4642	5530	5798	4874	3476	3425
Śląsk	2935	3026	3087	3221	4145	3983	3711	2516	2661
Saksonia	1646	1943	2084	2270	3137	3223	3125	2213	2302
Schleswig-H.	–	–	–	–	2590	2740	2669	1789	1991
Hannover	–	–	–	–	2496	2576	2676	1951	2022
Westfalia	2548	2576	2545	2797	3066	2987	3256	2624	2756
Hesja-Nassau	–	–	–	–	2412	2269	2167	1424	1449
Nadrenia	3199	2872	2780	2847	2992	2869	2879	2156	2154
Hohenzollern	–	–	–	–	2154	2556	2669	2473	2840

Źródło: R. Zilch, Gesundheitswesen und Medizinalpolitik in Preußen 1817 bis 1911, s. 640.

Na skutek dynamicznego rozrastania się służby zdrowia i pięciokrotnego wzrostu liczby lekarzy od początku XIX do początku XX w., pomimo ogromnego wzrostu demograficznego liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza liczba pacjentów spadła w Prusach o 1/3 – z 3 tys. do 2 tys. Tak więc liczba lekarzy rosła znacznie szybciej niż ludności. Studia medyczne rozrastały się, były popularne i prestiżowe. Od 1876 r. bezwzględna liczba lekarzy bardziej niż podwoiła się, co odpowiadało procesom w całym Niemczech. Przy tym pamiętać trzeba, że rozwój dużych ośrodków miejskich i wielołożkowych szpitali zmniejszył względne zapotrzebowanie na liczbę lekarzy. Nie była to jednak poprawa równomierna i systematyczna, dynamika bardzo wzrosła dopiero w latach 80. XIX w. Trzeba brać tu pod uwagę dynamiczny wzrost liczby lekarzy wojskowych, których 1/3 prowadziła lekarskie praktyki cywilne.

Zmiany na lepsze widoczne też były we wschodnich prowincjach Prus. W Prusach Wschodnich liczba pacjentów przypadających na lekarza spadła dwukrotnie, w Prowincji Poznańskiej z 4859 na 3425, w Prusach Zachodnich z 5329 na 3226. W zaborze rosyjskim lekarzy w stosunku do liczby pacjentów było 2-3 razy mniej. W Prowincji Poznańskiej i Prusach Zachodnich w 1881 r. było 572 lekarzy (w tym w 1896 r. 25 lekarzy specjalistów), z czego jednak tylko 130 Polaków. Stomatologów w Regencji Poznańskiej było 47, a akuszerki w 1896 r. – 282 w Regencji Poznańskiej i 242 w Bydgoskiej, aptek odpowiednio 79 i 45. Przy tym liczba lekarzy w Brandenburgii już na wstępie badanego okresu była dwa razy wyższa niż w Prusach Wschodnich i Zachodnich oraz w Prowincji Poznańskiej i na Pomorzu Zachodnim. Zdecydowanie lepsza była natomiast sytuacja na Śląsku. Trzeba powiedzieć, że Śląsk w tej kwestii nie różnił się specjalnie od prowincji zachodnich Prus. Następnie w prowincjach wyżej rozwiniętych, czyli lepiej zindustrializowanych i zurbanizowanych już na początku XIX w. wielkiego proporcjonalnego wzrostu liczby lekarzy nie było, a więc można powiedzieć, że prowincje wschodnie przez sto lat nadganiały zachodnie, ale z drugiej strony wzrost liczby ludności na wschodzie był mniejszy, gdyż dochodziło do dużych migracji na Zachód za pracą. Ogólnie jednak w całym Niemczech zachodnich lekarzy było zdecydowanie więcej niż we wschodnich prowincjach Prus. Widać też odmienną sytuację w miastach, gdzie w Berlinie zagęszczenie lekarzy było kilkukrotnie wyższe niż w prowincjach terytorialnych, co wynikało z prostego faktu, że na wsi lekarze występowali nadal rzadko. W połowie XIX w. 80% lekarzy żyło w miastach, skąd jednak na wieś można było przecież dojechać. Na wsi na wschodzie Prus było jednak gorzej niż gdzie indziej. Na Pomorzu Tylnym na wsi jeden lekarz przypadał na 26 tys. pacjentów, w Münster na 3 tys. Także w statystykach ogólnych kraju, w wielkich aglomeracjach sytuacja była lepsza niż na wsi. Brak lekarzy odczuwano jednak nie tylko na poszczególnych obszarach wschodu Prus, ale i w jego częściach zindustrializowanych. W prowincjach wschodnich jeden lekarz nie tylko musiał obsłużyć większą liczbę pacjentów, ale też na znacznie większym obszarze.

Na tle krajów związkowych w analizowanej kwestii Prusy wypadły ani lepiej, ani gorzej niż większość terytoriów. Zdecydowanie gorsza sytuacja była właściwie tylko w Meklemburgii⁴¹.

Liczba położnych w Prusach wzrosła z 10 486 w roku 1825 do 16 975 w 1876, a w 1912 r. do 21 226. Jednak ze względu na wzrost liczby ludności sytuacja nie ulegała specjalnej poprawie. W 1825 r. jedna położna przypadała na 1169 mieszkańców, w 1876 r. na 1514, a w 1912 na 1892. Ogromne były jednak różnice regionalne. W Wiesbaden jedna położna przypadała na 731 osób, gdy w prowincji Poznańskiej na 2825, a w Berlinie nawet na 3012⁴². Przysięga akuszerki wydana przez ministerstwo w 1883 r. orzekała, że położna powinna

zachowywać się uczciwie i moralnie, być trzeźwą, powinna sumiennie wypełniać obowiązki swojego zawodu, powinna władzy słuchać i ściśle przestrzegać przepisów dotyczących jej zawodu. Powinna przy tym pamiętać, że od jej postępowania zależy zawsze zdrowie i życie dwojga ludzi. Powinna zatem we wszystkim co się tyczy jej zawodu być ostrożną, troskliwą chętną i powinna umieć ściśle dochować tajemnicy o ile na to pozwalają obowiązki zawodowe⁴³.

Prawo karne zaś obligowało przedsiębiorcę prywatnego prowadzącego placówkę położniczą do posiadania zezwolenia administracyjnego, a od akuszerki wymagano świadectwa zdania egzaminu zawodowego oraz egzaminu sprawdzającego uzupełnianie wiedzy co trzy lata. Ważny punkt mówił, że niosąc pomoc kobiecie, akuszerka nie powinna zważać na jej zamożność, pozycję społeczną i nie opuszczać rodzącej dla innej z chęci zysku, być powściągliwą w żądaniu zapłaty. Położna była też zobligowana do stanowczego zwalczania przesądów i zabobonów oraz udzieleniu dziecku, którego życie mogło być zagrożone, chrztu z wody, o czym miała zawiadomić odpowiedniego duchownego. Władzom administracyjnym należało zgłosić każde urodzenie z nieprawego łoża, zawiadomić o spędzeniu płodu, zatajeniu ciąży, potajemnym porodzie. Paragraf 218 kk orzekał za aborcję karę pięciu lat więzienia⁴⁴.

Szarlatani, znachorzy, medycyna ludowa

Ważną częścią nadzoru medycznego była kontrola produktów szarlatanów, rozmaitych specyfików, w tym ziołowych, o których rynek zdecydował, że są znakomite, ale które niestety były pospolicym i zwykłym oszustwem. Szarlataneria na tym obszarze podlegała stopniowo coraz większej kryminalizacji. „Lekarze pokątni” (Winkel-Ärzte) podlegali surowym karom. Kodeks Karny Rzeszy z 1871 r. powielał przepisy pruskiego

⁴¹ R. Zilch, *op. cit.*, s. 640-644; T. Nipperdey, *op. cit.*, s. 151; H. Matzerath, *op. cit.*, s. 341-342; J. Sadowska, *op. cit.*, s. 203.

⁴² R. Zilch, *op. cit.*, s. 670.

⁴³ E. Matuszewska, *Zarys historii zawodu położnej*, Warszawa 2012, s. 82.

⁴⁴ *Ibidem*, s. 82-83.

kk z 1851 r., który w § 199 wprowadzał zakaz działania szarlatanów (Kupfuscherei), ograniczając jednak kary, w tym zakres stosowania kary śmierci. W prowincjach zachodnich nadal jednak znaczenie zachowywało ustawodawstwo francuskie (Code pénal). Niestety, pod wpływem liberałów ustawa z 1869 r. – jak pisze z trwogą Thomas Nipperday – „ein Höhepunkt des marktwirtschaftlichen Liberalismus”⁴⁵ – podporządkowała lekarzy prawom o wolnym wykonywaniu zawodu w zakresie rzemiosła, jak szewców i stolarzy, co otworzyło ponownie drogę dla praktyki szarlatanów. Oszustwo i złodziejstwo w medycynie przestało być zakazane, „also kein Verbot der Kupfuscherei”. To z kolei wywoływało opór i próby przeciwdziałania ze strony lekarzy, którzy obecnie obowiązkowo posiadali studia uniwersyteckie. W rezultacie w 1896 r. przywrócono zakaz pracy znachorów, uzdrowiaczy i szarlatanów oraz ich penalizację i włączenie kar za nie do kodeksu karnego.

W 1907 r. ukarano z tego powodu w Prusach 1379 osób. W tym były też jednak tzw. „wytwórczynie aniołków” (Engelmachern), jak nazywano kobiety zajmujące się pokątnie i za pomocą barbarzyńskich metod aborcją. Statystyka szarlatanów zaś obejmowała w 1910 r. 4191 osób (Kupfuschere), a medycyna ludowa dla części ludności Prus była nadal głównym sposobem leczenia⁴⁶.

Ważne, żeby rozdzielić w tej enigmatycznej wizji medycyny pokątnej archaiczną, często pogańską lub średniowieczną jeszcze medycynę ludową od magii, wiary w duchy, okultyzm, czarownice i medycyny paranaukowej, będącej wytworem zabobonów miejskich i na wskroś nowoczesnych. Oprócz mesmeryzmu, homeopatii, kręglarstwa było tu wiele tradycyjnych leczących wróżek i jasnowidzów⁴⁷.

Religijność ludowa (Volksreligiosität) zawierała elementy religijnej medycyny, które powiązane były z tradycyjną bardzo praktyczną postacią religijności. Lud oczekiwał od swojego stwórcy konkretnych korzyści z wiary, także w postaci uleczeń na skutek modlitwy, pielgrzymek, kontaktu z relikwiami. Kościół starał się kontrolować rozwydrzenie form ludowej religijności, jednak był zmuszony je tolerować, a nawet akceptować najbardziej niedorzeczne, ale cieszące się wielką popularnością przejawy medycyny religijnej. Zalecał w każdym razie, aby stosować metody medycyny naukowej, a do religijnej odwoływać się dopiero, kiedy ta pierwsza zawiedzie⁴⁸. Zarzuty ludowych przesądów medycznych wysuwane były wobec różnych aspektów katolickich pielgrzymek, np. w Nadrenii, przez całe XIX stulecie i dalej w XX w. Protestantckie władze administracyjne prowincji do pielgrzymek odnosiły się z niechęcią, ale analizowane one były wedle regulacji z 1874 r. pod kątem zagrożenia dla porządku komunikacyjnego oraz ochrony innych wyznań. Podobne problemy były

⁴⁵ N. Freytag, *Aberglauben im 19. Jahrhundert. Preußen und seine Rheinprovinz zwischen Tradition und Moderne (1815-1918)*, Berlin 2003, s. 45; T. Nipperdey, *op. cit.*, s. 153.

⁴⁶ T. Nipperdey, *op. cit.*, s. 152; R. Zilch, *op. cit.*, s. 718-720.

⁴⁷ N. Freytag, *op. cit.*, s. 13-16.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 66-68.

z procesjami Bożego Ciała, które władze traktowały jako manifestacyjny przemarsz katolików. Gdzieniegdzie w 1877 r. wobec jednoczesnego występowania Święta Sedanu i narastania napięcia politycznego, procesja została przesunięta na kolejną niedzielę pod pretekstem złej pogody. Była też kwestia cudów zdarzających się w różnych miejscach, jak ukazanie się trzem ośmioletnim dziewczynkom Matki Boskiej w butelce napełnionej wodą z cudownego źródła (Marpinger Wundquelle) w 1877 r. w młynie Marpingen w powiecie Mayen. Do cudownej butelki pielgrzymowało na Wielkanoc 4 tys. pielgrzymów dziennie⁴⁹. Po analizie władze kościelne cudu nie uznały. Komisje kościelne i proboszcze często – tak było i w tym wypadku – stawiały opór ludowym cudom, uznając je za wymysły, jednak prowadziło to do oskarżeń o liberalizm i wysługiwanie się władzom pruskim za pieniądze. W zagrożeniu utraty zaufania Kościół taktycznie godził się nierzadko dla dobra sprawy z objawieniami wielce wątpliwymi. Problemem pozostawały cały czas doniesienia o czarach oraz działalności diabła, co stawało się dla władz kościelnych coraz bardziej krępujące. Nils Freytag tę sytuację Kościoła nazywa „szpagatem”, gdyż musiał godzić wymogi współczesnej wiedzy i rozumu z głębokimi przesądami wiernych, których mógł edukować tylko do pewnego stopnia⁵⁰. Musimy mieć świadomość, że cała ta sfera miała ważne aspekty lecznicze w zakresie stabilizacji społecznego poczucia bezpieczeństwa⁵¹.

Do sfery oszustw medycznych należały liczne tzw. paranauki, jak homeopatia pomysłu Christiana Friedricha Samuela Hahnemanna (1755-1843). Polegała ona najpierw na leczeniu jak najmniejszymi dawkami leku, który np. podawany osobom w dużych dawkach chorobę wywoływał, następnie „leczono” specyfikami kojarzącymi się z chorobą, np. choroby serca ziarnami roślin w kształcie serca, żółtaczkę żółtymi kwiatami etc. Głosiła też, że choroba nie jest czynnikiem materialnym, ale rozstrojem siły życiowej. Aby wyzwolić siłę życiową z leku, należało go odpowiednio rozcieńczyć, co prowadziło do przysłowiowych dawek homeopatycznych. Ulubionymi lekami homeopatów były środki roślinne i minerały, esencje owoców, nalewki spirytusowe na owocach, roztwory minerałów i inne. Te esencje następnie były odpowiednio rozcieńczane. Rozcieńczenia te są tak ogromne, że samo ich zmierzenie budzi najwyższe wątpliwości i wydaje się kompletnym humbugiem. Na przykład tzw. rozcieńczenie C5 oznaczało, że na 100 ml leku przypada 0,0000000001 leku, przy tym im większe rozcieńczenie, tym większe wyzwolenie jego niematerialnej siły działania⁵². Rudolf von Virchow ten sposób myślenia skomentował z humorem i trafnie: „Jeżeli wyleję kufel piwa do Szprewy pod Berlinem, to co z tego piwa zostanie w wodzie przy ujściu rzeki pod Szpandau. Nie godzien jest siedzieć w tej sali ten, kto z Panów zadaje się

⁴⁹ *Ibidem*, s. 104-106.

⁵⁰ *Ibidem*, s. 116-117.

⁵¹ *Ibidem*, s. 108-109.

⁵² T. Brzeziński, *op. cit.*, s. 412-413.

z homeopatią⁵³. Mimo przyjmowanych na początku XX w. innowacji farmakopea z połowy tego stulecia niewiele różni się od tej z 1899, a i budzące największe rozbowienie zasady minimalnych ilości i maksymalnego rozcieńczania zachowały swoją wartość.

Osobno trzeba traktować sposób działania i funkcjonowania medycyny ludowej, która opierała się nie na naukowym zrozumieniu choroby i funkcjonowania leku, ale jedynie dostrzeżeniu związku przyczyna – skutek, między zastosowaniem leku naturalnego. Z tego zakresu medycyny akceptację medycyny naukowej uzyskały tylko, a i to do pewnego stopnia, niektóre obszary, jak ziołolecznictwo⁵⁴. Ludowe środki medyczne wykorzystywane na Pomorzu przez Kaszubów analizował Józef Troliński⁵⁵.

Epidemie

Nadal jak w minionych stuleciach, po 1871 r. głównym obszarem problemów zdrowotnych były choroby epidemiczne, gdy w naszych czasach endemiczne, związane z rakiem, chorobami układu krążenia i serca. Już jednak na przełomie XIX i XX w. widoczny był tutaj wzrost zachorowań. Również władze medyczne uważały walkę z epidemiami za główny problem i zadanie państwa. Główny obszar zagrożenia upatrywano w wielkich miastach z zatłoczonymi i brudnymi mieszkaniami koszar robotniczych. Było tak i w innych krajach. Wcale nie lepsze były oceny Paryża tego czasu, gdzie mówi się o skandalicznych warunkach życia ludu, co sprowadzało się do zarzutu ciasnoty i marnych warunków higienicznych. W rezultacie w 1873 r. dur brzuszny spowodował w Paryżu 869 ofiar, w 1882 r. – 3352, epidemia cholery w 1884 r. zabiła 986 osób⁵⁶.

W XIX w. reakcję na epidemie regulowała w Prusach ordynacja z 1835 r. W miastach o ludności powyżej 5000 istniały stałe komisje sanitarne z dyrektorem miejscowej policji na czele, a w mniejszych ośrodkach kiedy wymagały tego okoliczności. Komisja złożona była z kilku lekarzy, reprezentantów samorządu gminnego czy miejskiego, a w miastach garnizonowych stacjonował jeden lub kilku lekarzy⁵⁷. Komisje dokonywały kontroli domów i mieszkań pod kątem zachowania czystości i warunków sanitarnych. Domy okadzano, a przy wystąpieniu zachorowań były

⁵³ *Ibidem*, s. 414.

⁵⁴ J. Jeszke, *Lecznictwo naturalne na pograniczu polsko-niemieckiej kultury medycznej w XIX i XX wieku: aspekty teoretyczne badań*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2002, 65, 2-3, s. 223-224.

⁵⁵ J. Troliński, *Przesady i zwyczaje lecznicze kaszubskich rybaków nadmorskich*, Poznań 1938, s. 8-9.

⁵⁶ M. Perrot, *Sposoby zamieszkiwania*, [w:] *Historia życia prywatnego*, t. 4, Wrocław 1999, s. 366-369; U. Caumanns, M.G. Esch, *op. cit.*, s. 311-313.

⁵⁷ H. Goerke, *Die Bedeutung der Gemeindeverwaltung für die Bekämpfung der Pest, von Typhus und Cholera in Preussen*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2005, 68, 1-3, s. 30.

zamykane na klucz przez kontrolującego lekarza, tak aby nikt nie miał tam dostępu. Lekarz podejmował decyzję, czy chory mógł pozostać w domu, czy miał być zabrany do szpitala. Na domu wieszano tabliczkę z napisem, np. „Cholera”, a zwierzęta zabijano. Mieszkańcy izolowanych domów byli pod opieką miejskiej służby, która dwa razy dziennie sprawdzała ich potrzeby i uzupełniała zapasy pożywienia. Przedmioty przekazywane były obcęgami w izolowanym metalowym pudełku, które zostawiano i zabierano z ławki przed domem⁵⁸.

W 1874 r. szczepienie ospy stało się obowiązkowe w całej Rzeszy na mocy ustawy i odtąd zachorowania pod koniec wieku XIX były tylko sporadyczne, a przypadki zgonów się nie zdarzały. Podobnie jak w wypadku szkolnictwa, składek emerytalnych i zdrowotnych do kasy chorych, tak i tu „przymus” był zabienny. W latach 1870-1873 wybuchły ostatnie wielkie pandemie ospy w całej Europie, kiedy w samych Niemczech zmarło ponad 100 tys. osób. Warto przypomnieć, że 100 lat wcześniej ospa była głównym powodem zgonów. Stosunek państwa do chorób zakaźnych regulowała kolejna ustawa z 1900 r. W zakresie epidemii kluczową rolę odgrywały: dur brzuszny, czerwonka, tyfus, cholera, błonica, płonica, krztusiec. Epidemie wśród ubogich to przede wszystkim tyfus, czerwonka i świerzb⁵⁹. Przed wprowadzeniem szczepień ochronnych i antybiotyków śmiertelność w wypadku zachorowań na tyfus (Typhus) wynosiła ok. 30%, a na tyfus plamisty (Fleckfieber) 50%. Na przykład w roku 1876 najwyższa stopa zgonów występowała w wypadku tej choroby w Berlinie, Królewcu i Wrocławiu. Jako przyczyny wskazywano warunki higieniczne i infekcje żołądkowo-jelitowe, co było charakterystyczne dla dużych ośrodków miejskich. Eberth w 1880 r. zidentyfikował bakterie tyfusu. I tutaj, jak w wypadku innych chorób, po 1900 r., kiedy stopa zachorowań była jeszcze wysoka, następował stopniowy spadek zachorowań, widoczny już ok. 1910 r.

Epidemią sięjącą spustoszenie od lat 30. do końca XIX w. była też cholera. Skuteczną szczepionkę przeciw cholercie zaczęto stosować w 1895 r. dzięki odkryciom Roberta Kocha, który w 1883 r. rozpoznał przecinkowca cholery⁶⁰. Poprawa warunków higienicznych i sanitarnych, a za tym mieszkaniowych w miastach ograniczała ataki tyfusu, co stwierdzali lekarze np. dla uzdrowiskowego Kołobrzegu na początku XX w.⁶¹

Chorobą nie bez powodu najbardziej kojarzoną z wiekiem pary i elektryczności była jednak gruźlica (Tuberkulose), zwana „weiße Pest”. Ona też stanowiła jedną z podstawowych przyczyn zgonów. Tutaj widać też przesłanki myślenia lekarzy

⁵⁸ *Ibidem*, s. 30-31.

⁵⁹ U. Caumanns, M.G. Esch, *op. cit.*, s. 278-279; W.K. Korpalska, J. Szymkowski, *op. cit.*, s. 8-9, 24; J. Sadowska, *op. cit.*, s. 201.

⁶⁰ H. Goerke, *op. cit.*, s. 27; U. Caumanns, M.G. Esch, *op. cit.*, s. 283.

⁶¹ D.K. Chojecki, *Od społeczeństwa tradycyjnego do nowoczesnego. Demografia i zdrowotność głównych ośrodków miejskich Pomorza Zachodniego w obie przyspieszonej industrializacji w Niemczech (1873-1913)*, Szczecin 2014, s. 196.

w kategoriach społecznych, a nie tylko indywidualnej troski o zdrowie. Wskazywali oni na znaczenie prewencji i wpływ biedy środowiska – warunków mieszkaniowych, pracy, wyżywienia, na zachorowania i bardzo wysoką śmiertelność. Statystyki z reencji bydgoskiej wskazują, że w 1883 r. gruźlica stanowiła przyczynę 8% zgonów, a w 1889 – 10%, przede wszystkim wśród osób dorosłych. W 1876 r. w Prusach w grupie 30-50-latków 1/3 zgonów spowodowana była przez gruźlicę, wśród 50-60-latków – 1/4. W 1876 r. na 10 tys. mieszkańców średnio umierało na gruźlicę 30 osób, na Śląsku 20-40 osób, bardzo dużo w Koszalinie – 140 osób na 10 tys. W zachodnich prowincjach Prus stopa zachorowań była wyższa niż we wschodnich, głównie w wielkich uprzemysłowionych miastach.

Pojawiło się leczenie klimatyczne gruźlicy i sanatoria, które rozwijały się pod patronatem małżonki cesarza Wilhelma II, Augusty Wiktorii. Pierwsze sanatorium gruźlicze było jednak prywatne i powstało w 1854 r., wyłącznie z przeznaczeniem dla osób zamożnych w Görbersdorf. Wierzono w świeże powietrze i terapię dietetyczno-higieniczną, ćwiczenia fizyczne wzmacniające muskulaturę i spacer. Następnie różne organizacje społeczne (Vereine) zakładały sanatoria, także dla osób niezamożnych. Publiczna placówka tego rodzaju przeznaczona dla kobiet powstała w latach 1904-1905, w Smukale pod Bydgoszczą, gdzie liczba łóżek szybko zwiększyła się z 40 do 120. Chorymi zajmował się tylko jeden lekarz i kilka pielęgniarek. Całe leczenie polegało bowiem na leżakowaniu, prostej farmakoterapii i leczeniu tuberkuliną uważaną błędnie za lek skuteczny. Pewne mylące pozytywne objawy, jak poprawa samopoczucia, jednak następowały. Skutek działania sanatoriów był ograniczony do grupy osób zamożnych. W 1911 r. było w Rzeszy już 97 takich sanatoriów z 11 tys. łóżek.

W 1897 r. w Bydgoszczy pojawił się pierwszy aparat rentgenowski wprowadzony do diagnostyki gruźlicy. W 1891 r. pod kierownictwem Roberta Kocha powstał w Berlinie instytut zajmujący się badaniami chorób zakaźnych⁶².

Choroby weneryczne

Industrializacja i urbanizacja powodowały wzrost zachorowań na choroby weneryczne, rozprzestrzeniane zwłaszcza przez prostytutki, co prowadziło na narastającą skalę do częściowo moralizujących alarmów lekarzy, uważających rozmiary zjawiska za budzące niepokój. W 1900 r. w Prusach odnotowywano 41 tys. chorych na choroby weneryczne, z czego 11 tys. na kiłę. W Berlinie zapadało na ten typ chorób rocznie tysiąc młodych mężczyzn od 20 do 30 roku życia. Odnotowywano je również na ziemiach polskich.

⁶² U. Frevert, *op. cit.*, s. 220-223, 230; W.K. Korpalska, J. Szmytkowski, *op. cit.*, s. 8; U. Caumanns, M.G. Esch, *op. cit.*, s. 290-298; G. Baader, *op. cit.*, s. 187-188.

Choroby weneryczne były przede wszystkim narastającym problemem wielkich miast w epoce industrializacji. Liczba zarejestrowanych prostytutek w Berlinie w 1872 r. wynosiła 2249, w 1882 r. – 3326, w 1892 – 4216, po czym wzrost zatrzymał się, aż w roku 1917 było ich tu 6078. Oczywiście należy pamiętać, że równocześnie rosła liczba ludności. Także skala zjawiska była dużo mniejsza niż dzisiaj, a i to w sytuacji, w której seks przedślubny był bardzo utrudniony. W 1835 r. ustalono w Prusach przepisy dotyczące zwalczania chorób dróg płciowych. Jednocześnie rozwijano sprawozdawczość statystyczną, aby zorientować się w zakresie i strukturze zachorowań, a także kursy ostrzegające przed zachorowaniami, m.in. na uczelniach humanistycznych i technicznych. W 1841 r. władze zakazały funkcjonowania domów publicznych, które swe podwoje otworzyły oficjalnie jeszcze za rządów Fryderyka II, który otoczył prostytutki opieką lekarską, aby nie zarażały armii królewskiej i nie osłabiały jej zdolności bojowej. Wiek XIX był jednak znacznie bardziej pruderyjny i restrykcyjny wobec tego rodzaju zachowań. Pruski Kodeks Karny był zasadniczo w całości przeniesiony jako prawo karne Rzeszy w 1872 r. Leczeniem chorób płciowych według rozporządzenia z 1851 r. zajmować się mieli chirurdzy II klasy, a więc lekarze niższego szczebla. Długo choroby te nie podlegały pod ubezpieczenie zdrowotne i dopiero w 1893 r. ustalono, że są w nie włączone, a szpitale mają przyjmować chorych. Według ustaleń z 1897 r. prostytutki wszędzie miały być pod nadzorem policji, lekarza specjalnie do tego celu wyznaczonego, który badanie pacjentki miał przeprowadzać wyłącznie w gabinecie, a nigdy w mieszkaniu swoim ani kobiety⁶³.

Kwestią interesował się także „Frauenverein”, a duńska ustawa na temat prostytucji i chorób płciowych wywołała w tym środowisku duże dyskusje. W rezultacie w 1907 r. minister spraw wewnętrznych przedłożył projekt ustawy na temat zwalczania prostytucji i chorób płciowych, gdzie restrykcjom i nadzorowi lekarskiemu, polegającemu na regularnych wizytach u lekarza (Sittenarzt), towarzyszyły jednak środki mające ułatwić zajmującym się nierządem kobietom powrót do normalnego życia⁶⁴.

Problem występował też w miastach nawet niezbyt wielkich, jak Bydgoszcz, Gniezno czy Inowrocław. Osobnym współczynnikiem zachorowalności były tu garnizony, gdzie roznościcielami choroby byli, jak od wieków, młodzi żołnierze, często dlatego, że przybywali z obszarów bardziej zagrożonych wielkich aglomeracji. W 1888 r. w Gnieźnie zidentyfikowano 70 rekrutów, którzy już chorzy na rzeżączkę przybyli tu z Berlina i natychmiast byli hospitalizowani. Zachorowania w Poznaniu i Bydgoszczy na kiłę i rzeżączkę stanowiły w latach 1910-1913 podobny odsetek, ok. 3-5% zachorowań na 10 tys. mieszkańców, zdecydowanie więcej zaś, co normalne, w mieście

⁶³ M. Pistor, *Grundzüge einer Geschichte der preussischen Medizinalverwaltung bis Ende 1907*, Braunschweig 1909, s. 150-152; W.H. Hubbard, *Familiengeschichte. Materialien zu deutschen Familie seit dem Ende des 18. Jahrhunderts*, München 1983, s. 113.

⁶⁴ M. Pistor, *op. cit.*, s. 153.

portowym Gdańsku – ok. 10-15%. Statystyki, odnoszące się do chorób wenerycznych, sporządzane były jednak bardzo niedbale i powierzchownie, co wynikało z tego, że problem był krępujący i wstydlivy oraz podlegał tabuizacji. Z zachorowaniami walczone za pomocą represji policyjnych. Podejrzane były przede wszystkim kobiety z warstw niższych: służące, robotnice, kelnerki, które poddawano wyrywkowym kontrolom policyjno-lekarskim, polegającym na oglądaniu ciała w poszukiwaniu śladów choroby. Bez kontroli serologicznej oznaczało to wykrywanie jedynie części zachorowań. Kilę leczono rtęcią, co dawało tylko pewien efekt psychologiczny, a dopiero w 1909 r. Niemiec Paul Ehrlich wynalazł salwarsan, będący pierwszym w historii skutecznym lekiem na to schorzenie. Rejestracja zachorowań, ukrywanie choroby etc. zgodnie z przepisami z 1883 r. związane były z grzywnami i mandatami dla łamiących te prawa, mającymi charakter represyjny. Karane było też wynajmowanie prostytutkom mieszkań i stręczycielstwo. W 1884 r. w Bydgoszczy, Magdeburgu czy Szczecinie wprowadzono dla nierządnic opłatę na leczenie schorzeń zawodowych w wysokości 0,5 marki miesięcznie, co zapewniało tym kobietom hospitalizację i leczenie. Zaraz pojawiły się wątpliwości, czy nie jest to pośrednia forma legalizacji tego rzemiosła, a radykałowie mówili, że państwo zajęło się stręczycielstwem i pojawił się „Kuppeleiparagraph”⁶⁵. Po I wojnie światowej wzrosła liczba zachorowań na choroby płciowe, w związku z czym w 1918 r. wydano ustawę o ich zwalczaniu.

Mówiło się też o „demoralizacji proletariatu”, upadku moralnym i zepsuciu wiązonym z nowoczesnością. Wybitni uczeni i lekarze dermatolodzy pruscy tamtych czasów, jak Albert Neisser (1855-1916), J. Jadahson i Alfred Blaschko⁶⁶, uczestniczyli w burzliwej i emocjonalnej publicznej dyskusji o zagrożeniach w tym zakresie, zwracając uwagę na złożoność problemu, wpływ złych warunków materialnych, mieszkaniowych, alkoholu, przesądów, niezrozumienia istoty chorób etc. Problem miał oczywiście wymiar międzynarodowy związany z industrializacją i urbanizacją. W 1899 r. odbył się wielki międzynarodowy kongres medyczny w Brukseli, gdzie zastanawiano się, jak ograniczyć rozmiary zjawiska, a w 1902 r. w Berlinie odbyło się zebranie założycielskie Niemieckiego Towarzystwa do Zwalczania Chorób Płciowych. Już w 1904 r. liczyło ono 3500 członków, a w 1912 r. – 5000. Wzrastała też szybko liczba lekarzy dermatologów i chorób płciowych z 6% wszystkich lekarzy w 1903 r. do 12% w 1937. W 1903 r. było w Prusach 160 specjalistów tego rodzaju, w 1914 r. – 281, w 1937 r. – 1069⁶⁷.

⁶⁵ W.K. Korpalska, J. Szmytkowski, *op. cit.*, s. 18-20.

⁶⁶ Studiował we Wrocławiu i Berlinie, a praktykę lekarską prowadził w Berlinie w latach 1883-1922.

⁶⁷ W.K. Korpalska, J. Szmytkowski, *op. cit.*, s. 18-20; A. Scholz, *Initiativen Niedergelassener Dermatologen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2005, 68, 1-3, s. 33-34.

Śmiertelność niemowląt

Wraz z postępowaniem w zakresie wiedzy położniczej, postępowaniem cywilizacyjnym, ale też zmianami obyczajowymi i powiększeniem dysproporcji materialnych między bogatymi i biednymi, narastaniem trudności w zakresie funkcjonowania rodziny, wzrastała liczba aborcji. Odwołując się do danych umiarkowanych, szacowane one były w 1890 r. na 100 na 1000 urodzeń, w 1912 na 200-250 na 1000 urodzeń, a w okresie Wielkiego Kryzysu, w 1930 r. z oczywistych względów ekonomicznych osiągnęły tragiczne rozmiary 500 aborcji na 1000 urodzeń⁶⁸. Aż do roku 1976 obowiązywał § 218 Kodeksu Karnego Rzeszy, który został skopiowany z pruskiego kodeksu z 1851 r. W 1912 r. berliński położnik pytał 100 robotnic o przerywanie ciąży. Przynajmniej raz zrobiło to 41, łącznie 76 zabiegów na 260 zajęć w ciążę. Wiele aborcji wykonywanych u amateerek (Engelmacher) kończyło się dla kobiet tragicznie.

Jednocześnie nadal dramatyczna była sytuacja w zakresie śmiertelności dzieci. Dla epoki nowożytnej pozornie dane są niższe niż dla późniejszego wieku XIX, co Cezary Kuklo wywodzi z niepełnej rejestracji zgonów niemowląt w okresie wcześniejszym. Według niej do XIX w. umierało ok. 20% do pierwszego roku życia. W II połowie XIX w. parafialne dane demograficzne ruchu ludności wskazują raczej na 30% zmarłych do pierwszego roku życia, chociaż statystyka państwowa nadal podawała rząd wielkości 20%. Pamiętać jednak też warto, że i pod koniec XIX w. zdecydowanie wyższe liczby pochodziły z wielkich industrialnych miast niż rejonów wiejskich. Przy tym na początku XX w. sytuacja ulegała stopniowo poprawie. Ute Caumanns i Michel G. Esch wskazują, że w badanych przez nich prowincjach wschodnich Prus śmiertelność niemowląt wahała się od 10% do 50% (np. Legnica). Wysoki był też udział zgonów małych dzieci w Królewcu, Gdańsku czy Wrocławiu. Dla porównania Hans Medick wskazuje, opierając się na dokładnej rekonstrukcji parafialnej rodzin, na odsetek 30% niemowląt zmarłych do pierwszego roku życia w Laichingen w Wirtembergii w okresie 1880-1884. Była to i tak poprawa, gdyż od początku XIX w. zwykle było to 40%. Ważny wpływ na poziom śmiertelności niemowląt miały nie tylko industrializacja i urbanizacja, ale też złe konsekwencje braku karmienia piersią i fatalne warunki mieszkaniowe, a więc kwestie higieny, warunków sanitarnych, chorób brudnych rąk etc. Problemem był tam brak bieżącej wody, trudno dostępnej dla rodzin mieszkających na wysokich piętrach czynszówek, gdzie dostęp do wody był tylko na podwórzu.

Niezwykle wysoka była umieralność niemowląt w Szczecinie jeszcze dla lat 1896-1899, wynosząca 31,2%, spadła ona jednak w latach 1911-1913 do 19,5%. W Toruniu w parafii katolickiej św. Janów poziom śmiertelności wzrósł z 11,3% w latach 1790-

⁶⁸ Źródło: W.H. Hubbard, *op. cit.*, s. 115.

1800 do 33% w okresie 1860-1870 i potem spadł do 19,2% w latach 1911-1914. W staromiejskiej parafii ewangelickiej było podobnie. W latach 1811-1820 śmiertelność wynosiła 17,4%, w okresie 1871-1880 – 28,2%, przy czym pod koniec badanego okresu 20,8%. Wszędzie na początku wieku XX zaczyna się wydatna poprawa w zakresie spadku śmiertelności niemowląt. Caumanns i Esch na całym pruskim wschodzie stwierdzali już między 1876 r. a początkiem XX w. widoczne obniżenie śmiertelności niemowląt. Jako przyczynę zgonów oprócz złych warunków materialnych, higienicznych, sanitarnych, mieszkaniowych podawano niski poziom medycyny. Widać ogromne różnice między zgonami niemowląt wśród matek z różnych grup społecznych. Wśród służby odsetek był o ok. 10-15% wyższy niż u mieszczaństwa. Podobnie ze względu na złą sytuację materialną matek i piętno hańby i też tym spowodowane zaniedbania, znacznie częstsze były zgony dzieci nieślubnych. Na przykład w Prusach w 1876 r. odsetek zgonów dzieci ślubnych wynosił 193 na 1000 urodzeń, a nieślubnych 353 na 1000. Do 1916 r. mimo trudnych wojennych warunków nastąpiła duża poprawa w obydwu grupach – 126 na 1000 i 248 na 1000. Wskazuje się jednak jako przyczynę pierwszorzędą i najważniejszą śmiertelności niemowląt brak karmienia piersią, ze względu na masową pracę kobiet w fabrykach, co prowadziło do chorób przewodu pokarmowego. Dariusz K. Chojecki stwierdza wśród przyczyn zgonów niemowląt wyraźne schorzenia pokarmowe, jak nieżyty i biegunki, związane z zarzuceniem karmienia piersią z powodu pracy matki. Przy tym ze względu na dramatycznie złą sytuację kobiet samotnych z nieślubnymi dziećmi, zgony na tym obszarze były tragicznie wysokie. Na ziemiach polskich było podobnie. W rejencji bydgoskiej w ostatniej ćwierci XIX w. średnia zgonów niemowląt wynosiła 22%⁶⁹.

Tab. 4. Odsetek zgonów dzieci ślubnych i nieślubnych w Prusach do pierwszego roku życia

Rok	Dzieci ślubne	Dzieci nieślubne
1889	20,5	54,9
1890	22,8	54,4
1891	19,7	49,2
1892	21,6	54,8
1893	21,2	45,2
1894	20,1	45,9

Źródło: W. Krystyna Korpalska, J. Szmytkowski, *Walka z chorobami zakaźnymi na ziemiach polskich pod pruskim zaborem w XIX wieku*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2005, 1-3, 68, s. 23; por. jeszcze niższe dane W.H. Hubbard, *Familiengeschichte. Materialien zu deutschen Familie seit dem Ende des 18. Jahrhunderts*, München 1983, s. 122.

⁶⁹ U. Caumanns, M.G. Esch, *op. cit.*, s. 269-272; A. Zielińska, *Przemiany struktur demograficznych w Toruniu w XIX i na początku XX wieku*, Toruń 2012, s. 200-201, 214-215; W.K. Korpalska, J. Szmytkowski, *op. cit.*, s. 23; D.K. Chojecki, *op. cit.*, s. 206-207, 210-211; H. Medick, *Weben und Überleben in Laichingen 1650-1900. Lokalgeschichte als Allgemeine Geschichte*, Göttingen 1997, s. 356; Źródło: W.H. Hubbard, *op. cit.*, s. 120, 122.

Starość

Od połowy wieku XIX na całym zachodzie Europy długość oczekiwanego życia rosła. Do dzisiaj dwukrotnie, ale głównie dzięki spadkowi śmiertelności niemowląt od początku XX w. Znaczący był też spadek śmiertelności wśród ludzi po 60. roku życia, co jest przecież całkiem odrębnym problemem. Coraz częściej uważano, że starość zaczyna się nie po 50., lecz po 60., także dzięki stopniowemu wypieraniu chorób epidemicznych, od ospy poczynając. Za to narastały w późnym wieku zachorowania na serce i choroby krążenia oraz raka, a także reumatyzm, schorzenia charakterystyczne już dla naszej współczesności⁷⁰. Wskaźniki średniej długości życia stwarzają mylne wrażenie, że w przeszłości nie było zbyt wielu ludzi w wieku starszym, po 60. roku życia. Nie jest to prawda, jako że głównym powodem niskiej średniej życia była śmiertelność niemowląt i dzieci, a następnie również wysoka śmiertelność przez cały okres życia. Na przełomie XIX i XX w. ta śmiertelność również spadała. W rezultacie seniorów było wprawdzie zdecydowanie mniej niż dzisiaj, ok. 10% w Toruniu połowy XIX w., jednak byli w społeczeństwie widoczni i odnotowywani⁷¹. Właśnie w tym czasie, między połową XVIII a końcem XIX w., starość zaczęła być przedmiotem bardziej ożywionej refleksji i działalności medycznej i socjalnej. Rozwój statystyki uświadomił rozmiary zjawiska.

Skok wzrostu długości życia nastąpił w okolicach 1900 r., a szczególnie przed I wojną światową, kiedy średnia długość życia wzrosła o 10-15 lat z 35 na 50, z pewnymi odchyleniami na korzyść kobiet⁷². Opowieści o eliksirach młodości i alchemii zapewniającej długowieczność oraz baśniowe i pokrępowane opowieści o długowieczności i namiętne sporządzone od stuleci rejestry prawdziwych i rzekomych stulatków zostały zepchnięte w sferę popularnych, ale jednak zabobonów, „paranauki” i obecnie *New Age*. Zastąpiły je bardziej realistyczne prace medycyny naukowej. Zmiany w zakresie medycyny naukowej pod koniec wieku XIX, przede wszystkim w Niemczech, były ogromne i przyczyniły się do zdecydowanej poprawy sytuacji. Jednak ewolucja wydłużenia długości życia dokonywała się i poza Prusami, we Francji, Szwecji czy Holandii, zdecydowanie jednak słabiej w Europie Wschodniej i południowej (Włochy)⁷³.

⁷⁰ R. Spree, *Der Rückzug des Todes – wurden wir gesünder? Erfüllt leben ß in Gelassenheit sterben. Geschichte und Gegenwart*, Hg. A.E. Imhof, R. Weinknecht, Berlin 1994, s. 101-103.

⁷¹ U. Caumanns, M.G. Esch, *op. cit.*, 259-260; A. Zielińska, *op. cit.*, s. 290-291.

⁷² *Ibidem*, s. 245-246.

⁷³ J.-P. Bois, *op. cit.*, s. 313-319.

Sytuacja zdrowotna warstw niższych

Zupełnie na marginesie medycyny akademickiej znajdował się bardzo poważny problem chorób zawodowych. Znane były jednak statystyki śmiertelności wykazujące jasno, że robotnicy żyli z powodu złych warunków pracy i chorób zawodowych zdecydowanie krócej od klasy średniej. W 1877 r. profesor ekonomii z Halle Conrad podzielił pracowników na cztery klasy zdrowotne. Do pierwszej należało wyżej wykształcone mieszczaństwo i kupiectwo, do drugiej rzemieślnicy, do trzeciej niżsi urzędnicy i drobni sklepikarze, a do czwartej robotnicy. W ostatnich dwóch grupach, ale przede wszystkim wśród robotników zdecydowanie niższa była średnia długość życia, wynikająca ze złych warunków pracy oraz problemów z żywieniem. Jedli zwykle jedynie ziemniaki, chleb i pili cieką kawę bez mleka, a na dokładkę wydawali pieniądze na alkohol, co zmniejszało możliwości finansowe na inne potrzeby. Zapomina się jednak zarazem, że fabrykanci czasami cenili wzrost produktywności powodowany przez alkohol w niewielkich dawkach i w różnych fabrykach robotnicy otrzymywali dzienny przydział wódki, podobnie jak wojsko. W fabrykach Kruppa było to np. 1/8 litra 40-procentowej wódki zbożowej gratis.

Wśród przyczyn zgonów dorosłych mężczyzn również wyodrębnił cztery grupy. Cholera wśród robotników stanowiła aż 12,4% zgonów, ale wśród urzędników tylko 6,5%. Z kolei według badań wrocławskiego uczonego Kaysera na temat zgonów z powodu gruźlicy z lat 1874-1877, stanowiła ona 34% zgonów wśród wykształconej inteligencji, 39% wśród inteligencji technicznej, 53% wśród rzemieślników i 50% wśród robotników. Podobnie we Francji, w 1860 r. 233 na 1000 zgonów przypadało wśród biedaków, a tylko 68 wśród zamożnych⁷⁴. W sumie średnia długość życia robotników była 1/3-1/2 niższa od klas wyższych. Nic dziwnego, że mówiono, iż jedyne pierwszeństwo, prymat i uprzywilejowanie ludności fabrycznej stanowiły epidemie i śmierć⁷⁵.

Problemem był także brud i brak higieny panujący w fabrykach, a powiększany przez brak nawyków higienicznych u robotników. W pierwszym rządzie problemem były choroby skóry jak świerzby i wrzody. Prócz tego robotnicy rzadko chodzili z problemami do lekarza. Wraz z powstaniem obowiązkowych kas chorych ta sytuacja stopniowo zaczęła się zmieniać, a ich stan zdrowia poprawiać⁷⁶. Trzeba jednak pamiętać, że była to ludność wiejska pochodząca z masowych migracji, która na wsi zatopiona była w najgłębszych zabobonach. Stabilność i bezpieczeństwo zapewniała religia i poganiańskie przesady, jak to nazywali lekarze „prawdziwie turecka” wiara w przeznaczenie i „wola boża” oraz „kara za grzechy”. Włóścianie te wyroki niebios o życiu i śmierci

⁷⁴ G. Vigarello, *op. cit.*, s. 212.

⁷⁵ U. Frevert, *op. cit.*, s. 220-223, 230.

⁷⁶ *Ibidem*, s. 234-235.

przyjmowali cierpliwie i z pokorą, co było jeszcze najlepszym wyjściem w tej sytuacji. Owszem, znano i stosowano środki zielne, magię i rytuały, rodzinne sposoby przechodzące z pokolenia na pokolenie. W każdej wsi była „mądra kobieta” (weise Frau), pomocna w trudnych sytuacjach, byli owczarze i pasterze zajmujący się leczeniem, którym przypisywano szczególne zdolności i moce, a nawet kat, którego proszono o pomoc w sprawach chirurgicznych. Wizyta u lekarza medycyny naukowej była dla chłopa kosztem horrendalnym, podobnie lekarstwa w aptece. Odporność finansowa rodziny na chorobę była zasadniczo niska, a ona sama stanowiła ogromny, często nieprzezwycięzalny problem, tak że leczenie najczęściej kończyło się u znachora⁷⁷.

Kasy chorych

W XIX w. narastała obiektywna konieczność utworzenia zorganizowanego systemu opieki zdrowotnej. Wiązało się to ze zmianą wyobrażeń na temat zdrowia, z „pauperyzmem” oraz „proletaryzacją” ludności. Organizacja ruchu robotniczego i socjaldemokracji wokół kwestii robotniczej i problemów społecznych, w tym zdrowotnych, wzbudzała zaniepokojenie elit, szczególnie aktywnością strajkową, i powodowała restrykcje władz. Siła socjaldemokratów rosła szczególnie po zjednoczeniu dwóch partii socjaldemokratycznych w 1875 r., kiedy ich programem stała się poprawa warunków płacowych, walka z wyzyskiem i nierównością polityczną. W aparacie państwowym na początku lat 70. ustaleń o rozwiązaniu kwestii ubezpieczeń jeszcze nie było. Wówczas podjęto jednak decyzję o represjach wobec socjaldemokratów, powiązanych z reformami społecznymi. Konferowano z tajnym radcą i prawnikiem z ministerstwa handlu Theodorem Lohmannem (1831-1905) czy z Hermannem Wagnerem, którzy byli specjalistami rządu w sprawach społecznych. Było wiele konferencji, rozmów i spotkań, także międzynarodowych. Sprawa traktowana była bardzo poważnie. Punktem węzłowym było stabilizowanie społeczeństwa wobec zagrożenia socjalistycznego przez rozwiązanie problemu pracy, związków zawodowych, mieszkań, kas chorych, ochrony pracy i in.⁷⁸ Lohmann i Wagner w latach 1870-1880 wypracowali nowe rozwiązania w zakresie ubezpieczeń społecznych. Do zwolenników reform etatystycznych należało wielu urzędników i uczonych, na czele z Gustavem Schmollerem, którzy utworzyli w 1873 r. „Verein für Socialpolitik” i przedstawiali się jako opozycja wobec partii manchesterskiej⁷⁹. Socjaldemokraci otrzymali zakaz działalności w 1878 r. i w ten sposób możliwości zwiększania przez nich wpływów zostały powstrzymane, a niezadowolenie mogło być skanalizowane przez reformy

⁷⁷ *Ibidem*, s. 272-273.

⁷⁸ E. Reidegeld, *Staatliche Sozialpolitik in Deutschland*, Bd. 1, Wiesbaden 2006, s. 170-174; S. Hähner-Rombach, *op. cit.*, s. 118-119.

⁷⁹ U. Frevert, *op. cit.*, s. 179.

prowadzone przez „socjalistów z katedry”, czyli socjalnych konserwatystów. Ci za Sismondim nie akceptowali amoralnego charakteru ekonomii Smitha i chcieli wprowadzić komponent etyczny do gospodarki. Praca w niedziele i praca dzieci miały być zakazane, a czas pracy ograniczony. Pracodawca płacić też miał chorobowe, emeryturę oraz zasiłek dla bezrobotnych. Państwo powinno przeciwdziałać nędzy wzmagającej się w miastach i wspierać przez interwencjonizm państwowy i etatyzm warstwy niższe. Samo określenie „Kathedersozialisten” pochodzi od przeciwnika kierunku Heinricha Bernharda Oppenheima (1819-1880), który był zwolennikiem manchesteryzmu⁸⁰.

Celem socjalnych konserwatystów było „poprawić położenie klas niższych, wykształcić i usynowić, aby w organizmie państwa i społeczeństwa zapanowała harmonia i pokój”⁸¹. Bez kas zdrowotnych, jak uważał Gustav Schmoller, robotnicy będą szukali jedynie drogi do strajku. Wskazywano, że kasy mogą odgrywać nie tylko rolę praktyczną, ale i ogromną rolę edukacyjną. Jak chciał Gustaw Schmoller, silne państwo stać miało ponad interesami klasowymi i działać w interesie swoim i wszystkich obywateli: „eine Starke Staatsgewalt, welche über den egoistischen Klasseninteressen stehend, die Gesetze gebe, mit gerechter Hand die Verwaltung leite, die Schwächen schütze, die unteren Klassen hebe”⁸². Schmoller i jego organizacja tworzyła zaplecze, które dzisiaj nazwalibyśmy nowoczesnym think-tankiem dla reform socjalnych, w tym utworzenia kas chorych. Kwestią kas zajęto się już w 1874 r., gdzie temat prowadził fabrykant Fritz Kalle z Nadrenii, który proponował wprowadzenie przymusu ubezpieczeń. Ostatecznie wprowadzenie kas chorych 15 czerwca 1883 r. było rozbrojeniem miny, która mogła wysadzić w powietrze kapitalizm, tak to w każdym razie wiele osób ówczesznie odczuwało⁸³.

Asesor Hiltrop z Dortmundu głosił, że kasy stanowiąc będą „narzędzie awansu klasy robotniczej”. Fabrykant z Nadrenii Fritz Kalt zwracał uwagę na ograniczanie przez kasy wpływów socjaldemokracji, nawołującej do buntu i nieposłuszeństwa. Robotnik mający zapewnioną stabilność na wypadek choroby i stałą pracę był znacznie bardziej konserwatywny i powodowało to u niego zmniejszanie się ducha rewolucyjnego. Za kasy musi jednak odpowiadać państwo, które ma do tego odpowiednie struktury i aparat oraz środki. Takie głosy były jednak odosobnione i wśród fabrykantów panowała wrogość wobec obowiązkowych ubezpieczeń, a w najlepszym razie interesowali się kwestią ubezpieczeń przed wypadkami, które mylnie wydawały im się ważniejszą sprawą. Lekarz pracy Ludwig Hirt oceniał w 1877 r., że jedynie 10% pracodawców

⁸⁰ F.-W. Henning, *Deutsche Wirtschafts- und Sozialgeschichte im 19. Jahrhundert*, Paderborn 1996, s. 787-789; J.C.L. Sismone de Sismondi, *Nowe zasady ekonomii politycznej*, t. 1-2, Warszawa 1955.

⁸¹ U. Frevert, *op. cit.*, s. 180.

⁸² *Ibidem*, s. 178.

⁸³ S. Hähner-Rombach, *op. cit.*, s. 117.

jakoś troszczy się o zdrowie swoich pracowników. Jak wspomiano, podobnie tylko nieliczni z lekarzy domagali się zmian i poprawy sytuacji zdrowotnej robotników oraz angażowali się w medycynę pracy. Większość uznawała zajmowanie się zdrowiem klas niższych za zbyt niedochodowe, słabo się orientowała w panującej tam sytuacji i nie miała nawet kontaktu „z tymi obszarami”.

Władze państwowe i medyczne wiedziały zaś, że robotnicy dobrowolnie niechętnie wstępowali i wstępują do zdrowotnych kas ubezpieczeniowych i że konieczny jest w tej sprawie przymus⁸⁴. Nawet Otto von Bismarck w 1871 r. rozdzielał wyraźnie niebezpieczną dla państwa agitację lewicową od jego zdaniem słusznych postulatów ruchu robotniczego, które mogły sprzyjać rozwojowi produkcji. W 1872 r. doszło do wielkiego spotkania 180 przedstawicieli świata gospodarczego, administracji i nauki w Eisenach, gdzie również omawiano „soziale Frage”⁸⁵.

Należy przypomnieć, że ubezpieczenia dobrowolne w Prusach w tym czasie już istniały, ale nie rozwiązywały problemu z powodu ograniczonej liczby zainteresowanych. Formalnie wprowadzono je w 1845 r., ale realnie kasy w poszczególnych firmach istniały już wcześniej. W fabryce Kruppa już w 1836 r. dla 80 robotników, a w fabryce Friedricha Harkorta nawet w 1820 r.⁸⁶ W okresie 1860-1874 liczba czeladników ubezpieczonych w dobrowolnych kasach chorych w Prusach wzrosła o 74%, robotników fabrycznych o 166,7%, a w kolejnych dziesięcioleciach rozwijało się to coraz bardziej⁸⁷. Robotnicy w tych kasach otrzymywali pomoc lekarską i lekarstwa bez dodatkowych dopłat. Niezdolny do pracy z zaświadczeniem lekarskim otrzymywał od pracodawcy 40-60% pensji⁸⁸.

Były to jednak paliatywy. Liberalny dogmat burżuazji gospodarczej (*Wirtschaftsbürgertum*) wstrzymywania się od jakiegokolwiek ingerencji długo blokował wszelkie możliwości działania i poprzestawano na akcentowaniu potrzeby odpowiedzialności robotnika za własne zdrowie i decyzje o posiadaniu dzieci. Wsparcia i pomocy mógł szukać tylko w Bogu i w swej wierze, a materialnego w kościelnej opiece nad ubogimi i chorymi. Jednocześnie stawało się jasne, że paternalistyczne wyobrażenia o opiece coraz mniej przystają do współczesności⁸⁹. Polityka zakładania kas ubezpieczeniowych była krytykowana przez liberalną burżuazję jeszcze w latach 60. XIX w., ale zakładano kasy prywatne i władze obligowały fabrykantów do ubezpieczania robotników z funduszu płacowego. W rezultacie w Prusach w 1872 r. było 776 563 robotników i czeladników ubezpieczonych w 4763 kasach, tak więc były one bardzo niewielkie. Z tego wolnych kas w 1873 r. było tylko 600-700 z 50 tys. pracowników.

⁸⁴ *Ibidem*, s. 180-190.

⁸⁵ E. Reidegeld, *op. cit.*, s. 176-177.

⁸⁶ R. Zilch, *op. cit.*, s. 193, 199-201.

⁸⁷ *Ibidem*, s. 271.

⁸⁸ *Ibidem*, s. 278.

⁸⁹ U. Frevert, *op. cit.*, s. 149-152.

W prowincji poznańskiej w okresie 1885-1913 liczba kas chorych wzrosła ze 138 do 211. W rejencji bydgoskiej w 1910 r. na 763 tys. mieszkańców 167 tys. było członkami kas chorych⁹⁰.

Ustawa z 1883 r. zakładała składkę zdrowotną, która w połowie płacona była przez pracodawcę, a w połowie przez pracownika. Kasy miały strukturę zawodową i fabryczną, a udział pracodawców w ich administracji zależał od wielkości struktury wkładu⁹¹. Jak uważa Ute Frevert, ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych sytuowała się między patriarchalną troską pańską a państwowym obowiązkiem wsparcia obywatela w potrzebie. W 1876 r. w powiecie Bielefeld na 31 przedsiębiorstw, w których pracowało 4380 robotników, z tego 1524 kobiet, 14 miało kasy chorych (Krankenkasse), w których ubezpieczonych było 3395 robotników. W jednej z fabryk tekstylnych w Bielefeld w latach 1872-1876 składki do kasy chorych pracodawcy stanowiły poniżej 1% pensji robotnika⁹².

Tab. 5. Czeladnicy i robotnicy w kasach chorych w Prusach 1860-1874

Rok	Kasy czeladników	Czeladnicy członkowie	Kasy robotników	Robotnicy członkowie
1860	2219	157 664	779	170 847
1864	2273	191 193	966	248 112
1865	2336	215 189	1050	281 178
1866	2331	196 330	1086	274 710
1867	2343	208 539	1157	311 891
1868	3110	314 215	1452	337 902
1870	2957	234 77	1533	358 232
1872	2819	245 172	1672	431 079
1874	2710	275 145	1931	455 583

Źródło: opracowanie własne.

Dariusz Łukasiewicz

ZDROWIE I CHOROBA W PRUSACH 1871-1918

Streszczenie. Druga połowa XIX w. oznaczała przyspieszoną industrializację w Niemczech, a zwłaszcza w zachodniej części Prus i w Berlinie, także na Śląsku. Bardzo szybko powstawały wielkie aglomeracje miejskie z zagęszczeniem ludności robotniczej, w znacznym stopniu posiadającej zdrowotnie nieodpowiednie warunki mieszkaniowe i zbyt niskie wynagrodzenia. Przedsiębiorcy i władze komunalne oraz państwowe dostrzegały narastanie niebezpieczeństwa wybuchu epidemii oraz narastanie napięć społecznych, które mogły się przekształcić w krwawe starcia. Aby poprawić sytuację, rozwijano system ubezpieczeń zdrowotnych (Kasy Chorych). Przyspieszeniu uległ rozwój sieci nowoczesnych już szpitali (*Krankenhaus*). Następowало rozszerzanie sieci opieki zdrowotnej

⁹⁰ W.K. Korpalska, J. Szmytkowski, *op. cit.*, s. 21-22.

⁹¹ U. Frevert, *op. cit.*, s. 182.

⁹² *Ibidem*, s. 193.

na większą część populacji, wzrastało też poczucie prawa do opieki lekarskiej ze strony ludności. Wdrażano racjonalizację zachowań zdrowotnych przez implantację szczepień ochronnych. Upowszechnianie szkolnictwa i alfabetyzacja ułatwiały zmiany w mentalności i poprawiały zachowania zdrowotne. Przede wszystkim jednak postępowała organizacja administracji centralnej, prowincjonalnej i komunalnej. Rozwijała się sieć szkolnictwa medycznego, farmaceutycznego i położniczego. W 1870 r. było w Prusach 7531 studentów medycyny, a w 1909 – 24 407. Stanowili oni 1/3-1/5 ogółu studentów. Ustalone komisje udzielały koncesji na prowadzenie aptek i praktyki lekarskiej, chirurgów, akuszerki i balwierzy. W 1825 r. zlikwidowano cechowy charakter chirurgów i wprowadzono ujednoczone wykształcenie lekarskie. W 1901 r. było w Prusach 519 lekarzy powiatowych. W 1855 r. Prusy posiadały 681 szpitali, 942 szpitale w 1871 i 1913 – 1042. Najczęściej były to placówki komunalne. W 1913 r. koszty leczenia 56% pacjentów w Prusach pokrywane były przez kasy ubogich, w 36,5% z ubezpieczenia społecznego, w 8,3% opłacone były prywatnie, a w 1,2% z innych źródeł. Na przełomie XIX i XX w. nastąpiły kolejne odkrycia medyczne, np. w zakresie bakteriologii, aseptyki i higieny, pojawiły się aparaty rentgenowski, odkrycia w zakresie chorób dróg płciowych, gruźlicy i wiele innych, które dokonały rewolucji w leczeniu i długości życia.

Słowa kluczowe: szpital, Prusy epidemic, położne, lekarz

HEALTH AND ILLNESS IN PRUSSIA IN 1871-1918

Summary. The second half of the 19th century was a time when industrialisation accelerated in Germany, particularly in the west of Prussia, Berlin and Silesia. Large urban centres developed rapidly, densely populated by labourers whose housing conditions were largely inadequate and their wages insufficient. Business owners, town councils as well as state authorities noticed the growing risk of an epidemic and increasing social unrest which could lead to bloodshed. To alleviate the problems they developed a system of social insurance (Health Funds). The network of hospitals (singular *Krankenhaus*), which were already quite modern, was developed faster. The healthcare system was becoming available to a larger part of the population. Moreover, an increasing number of people felt entitled to access to healthcare. Health-seeking behaviour was also improved owing to the implementation of vaccinations. The popularisation of education and teaching of literacy skills facilitated the process of changing people's mindset and improved the state of health-seeking behaviour. Above all, the organising of central, provincial and town administration made a progress. Medical, pharmaceutical and midwifery schools were being opened. In 1870 in Prussia there were 7531 medicine students, while in 1909 there were as many as 24.407 of them. They comprised a fifth to a third of the entire student population. There existed boards that issued permits to run pharmacies and clinics of physicians, surgeons, midwives and barber surgeons. In 1825 the guild-based system of the surgeon profession was abolished and common regulations in the medical profession implemented. In 1901 in Prussia there were 519 local practitioners. In 1855 Prussia had 681 hospitals, in 1871 942 hospitals and in 1913 1042 hospitals. Most of them were municipal health centres. In 1913 the treatment costs of 56% of patients in Prussia were covered by poverty funds, 36.5% by social security, 8.3% by private funds and 1.2% came from other sources. At the turn of the 19th and 20th c. medical discoveries, e.g. in bacteriology, aseptic technique and hygiene, the invention of the X-ray machine, discoveries in the areas of STDs, tuberculosis and many other illnesses brought about a revolution in treatment and changed life expectancy.

Keywords: Hospital, Prussia, epidemic, midwife, doctor