

Kuźma-Markowska, Sylwia

Świadome macierzyństwo w praktyce : kliniki kontroli urodzeń w Stanach Zjednoczonych w dwudziestoleciu międzywojennym

Medycyna Nowożytna 15/1 - 2, 109-135

2008

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Świadome macierzyństwo w praktyce: kliniki kontroli urodzeń w Stanach Zjednoczonych w dwudziestoleciu międzywojennym

Amerykański ruch kontroli urodzeń¹ narodził się jako odpowiedź na uchwalone przez Kongres w 1873 r. „prawo Comstocka” zabraniające rozpowszechniania informacji na temat antykoncepcji. Stawiało ono środki zapobiegawcze na równi z innymi artykułami uznanymi za obsceniczne (np. pornografią). Przez ponad czterdzieści lat historia ruchu regulacji urodzeń w Stanach Zjednoczonych była związana z nazwiskiem Margaret Sanger (1879–1966)². Pochodzącą z irlandzkiej rodziny pielęgniarkę do zaangażowania się w ruch na rzecz świadomego

¹ Termin „kontrola urodzeń” powstał w 1916 r. w środowisku skupionym wokół Margaret Sanger i definiowany był jako: „świadoma kontrola wskaźnika urodzeń środkami, które zapobiegają poczęciu”; M. Sanger, *My Fight for Birth Control*, New York 1931, s. 84.

² Liczba opracowań na temat ruchu kontroli urodzeń, w tym biografii jego przywódczyni, jest znaczna. Wśród tych ostatnich warto wymienić: E. Chesler, *Woman of Valor. Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America*, New York 1992; P. Fryer, *The Birth Controllers*, London 1966; D. Kennedy, *Birth Control in America: The Career of Margaret Sanger*, New Haven 1970; M. Douglas, *Margaret Sanger: Pioneer of the Future*, New York 1970; C. McCann, *Birth Control Politics in the United States, 1916–1945*, Ithaca 1994; A. Baskin, *Margaret Sanger. The Woman Rebel and the Rise of the Birth Control Movement in the United States*, New York 1976.

macierzyństwa miała skłonić dramatyczna sytuacja życiowa wyczerpanych licznymi porodami nowojorskich robotnic³. Po początkowym, burzliwym okresie działalności (otwarciu nielegalnie funkcjonującej kliniki, aresztowaniu i procesie), Sanger przyjęła strategię aktywności organizacyjnej w ramach założonej w 1921 r. *Amerykańskiej Ligi Kontroli Urodzeń* (*American Birth Control League*, dalej: ABCL). Odcięła się od wcześniejszych powiązań z kręgami socjalistów i anarchistów i skupiła się na lobbyngu legislacyjnym. Sojusze z eugenikami i środowiskiem medycznym miały jej pomóc w pozbyciu się piętna „nieprzyzwoitości” z kontroli urodzeń. Taktyka ta przyniosła długo oczekiwane rezultaty, doprowadzając w 1936 r. do pomyślnej decyzji w sprawie: *US vs. One Package of Japanese Pessaries*⁴. Po II wojnie światowej organizacji propagujące regulację urodzeń skoncentrowały się na wynalezieniu środka hormonalnego dla kobiet zapobiegającego niechcianym ciążom. Zaowocowało to w 1960 r. pojawieniem się na rynku pigułki antykoncepcyjnej⁵.

Główną strategią organizacyjną ruchu w okresie dwudziestolecia międzywojennego było zakładanie przychodni udzielających porad medycznych na temat antykoncepcji. Pierwsza amerykańska klinika kontroli urodzeń powstała na nowojorskim Brooklynie w 1916 r. Idea założenia przychodni narodziła się w umyśle Sanger podczas podróży do Holandii, gdzie kliniki antykoncepcyjne istniały już od 1885 r., a w dwóch pierwszych dziesięcioleciach XX w. przeżywały bujny rozkwit⁶. W przeciwieństwie jednak do przychodni holenderskich, brooklińska klinika zakończyła swą działalność po kilku tygodniach,

³ M. Sanger, *Autobiography*, New York 1938.

⁴ Sprawa ta (w całości nazywała się *United States vs. One Package Containing 120, more or less, Rubber Pessaries to Prevent Conception*) dotyczyła opakowania środków antykoncepcyjnych wysłanych w 1932 r. pocztą do dr Hannah Stone, dyrektor medycznej Birth Control Clinical Research Bureau (Biura Badań Klinicznych nad Kontrolą Urodzeń) przez japońskiego lekarza (stad jej potoczna nazwa). Zostały one znalezione i zajęte przez amerykański urząd celny. W decyzji wydanej cztery lata później Sąd Apelacyjny stanu Nowy Jork ogłosił, że nielegalnym jest zajmowanie środków antykoncepcyjnych przeznaczonych do użycia w celach medycznych. Równało się to z nową interpretacją prawa Comstocka.

⁵ E. Chesler, *Woman of Valor*; A. Franks, *Margaret Sanger's Eugenic Legacy. The Control of Female Fertility*, North Carolina and London 2005; L. Gordon, *Woman's Body, Woman's Right. A Social History of Birth Control in America*, New York 1988; *Controlling Reproduction. An American History*, red. A. Tone, Delaware 1997; A. Tone, *Devices and Desires. A History of Contraception in America*, New York 2001.

⁶ M.S. Everett, *The Hygiene of Marriage. A Detailed Consideration of Sex and Marriage*, Cleveland and New York 1932, s. 184; H. Brandhorst, *From Neo-Malthusianism to Sexual Reform: the Dutch Section of the World League for Sexual Freedom*, w: „Journal of the History of Sexuality” 2003, R. 12, nr 1, s. 38.

zaś jej założycielka znalazła się w więzieniu za złamanie ustawy Comstocka. Próba otwarcia przychodni wskazała jednak kierunek, jaki w przyszłości przyjęła działalność na rzecz kontroli urodzeń w Stanach Zjednoczonych.

Według Millarda S. Everetta, amerykańskiego lekarza i autora książek medycznych, zakładanie klinik było charakterystyczną i najważniejszą formą aktywności drugiej fazy ruchu kontroli urodzeń w Stanach Zjednoczonych (pierwszą stanowiła wcześniejsza działalność propagandowa)⁷. „Kliniki, w których kobiety będą mogły otrzymać bezpośrednią i osobiście do nich skierowaną instrukcję na temat metod antykoncepcyjnych, są rozwiązaniem problemu z przekazywaniem informacji na temat kontroli urodzeń tym, które jej najbardziej potrzebują”⁸ – pisała w 1920 r. Sanger, zwracając uwagę na główną klientelę przyszłych poradni. Stanowiąc ją miały kobiety ubogie i niewykształcone, nie umiejące pisać i czytać i nie mające dostatecznych dochodów, by udać się po poradę do prywatnego lekarza.

W pierwszej połowie lat dwudziestych, liczba amerykańskich klinik rosła w bardzo wolnym tempie. Od założenia w 1916 r. centrum na Brooklynie minęło siedem lat zanim w Nowym Jorku (przy siedzibie ABCL) powstało *Biuro Badań Klinicznych nad Kontrolą Urodzeń* (*Birth Control Clinical Reserach Bureau*, dalej: BCCRB). Oprócz udzielania porad antykoncepcyjnych, miało także prowadzić badania nad środkami antykoncepcyjnymi oraz wyznaczać standardy działania amerykańskich klinik. W 1924 r. zostały otwarte dwa centra medyczne w Chicago. W lata trzydzieste ruch kontroli urodzeń wchodził z niewielką liczbą przychodni⁹. W 1930 r. było ich 31 na terenie całych Stanów Zjednoczonych. Poradnie skupiały się w kilku miejscach, nie obejmując swoim zasięgiem całego terytorium kraju. Były to przede wszystkim stany: Nowy Jork, Illinois, Kalifornia i Pensylwania¹⁰. Imponujący rozwój sieci klinik miał miejsce w czasie wielkiego kryzysu. W ciągu zaledwie trzech lat liczba przychodni wzrosła

⁷ M.S. Everett, *The Hygiene*, s. 189.

⁸ M. Sanger, *Clinics the Solution*, „Birth Control Review” 1920, lipiec, s. 6.

⁹ W raporcie ABCL z 1927 r. wymieniono dwanaście miejsc (oprócz Nowego Jorku), w których próbowano zaszcześcić ideę regulacji urodzeń i doprowadzić do otwarcia kliniki. Były to: Minneapolis i Rochester (Minnesota), Milwaukee (Wisconsin), Syracuse (Nowy Jork), St. Louis (Missouri), Cleveland (Ohio), Dallas, Houston, Austin i Galveston (Teksas), Detroit (Michigan) oraz Chicago (Illinois); Condensed Report of Organization Work for the Establishment of Birth Control Clinic, Margaret Sanger Papers-Smith College Collection (dalej: MSP-SSC), reel 22, frame 513.

¹⁰ *Birth Control Centers in the United States*, „Birth Control Review” 1936, marzec, s. 56.

czterokrotnie¹¹. Połowa z nich mieściła się jednak nadal w wyżej wymienionych stanach, co świadczy o nierównym rozwoju oraz słabości ruchu w pozostałych regionach kraju.

Okres kolejnych trzech lat przyniósł podwojenie liczby klinik. W lutym 1936 r., jeszcze przed pomyślnym dla działaczy kontroli urodzeń wyrokiem w sprawie *US vs. One Pack of Japanese Pessaries*, wynosiła ona 242¹². Przeważały jednak nadal stany: Nowy Jork (41 przychodni), Kalifornia (30), Pensylwania (24), Illinois (12), do których dołączyło Michigan (22). W tym czasie tylko w ośmiu stanach nie działała ani jedna klinika¹³. Tuż przed przystąpieniem Stanów Zjednoczonych do II wojny światowej porad antykoncepcyjnych udzielano w 637 punktach na terenie całego kraju¹⁴. Do tak dużego wzrostu liczby klinik przyczyniły się zmiany prawne, poparcie *Stowarzyszenia Lekarzy Amerykańskich* dla regulacji urodzeń, regularnie zwiększająca się aprobata opinii społecznej oraz działania setek społeczników, lekarzy i aktywistów, zaangażowanych w szerzenie informacji na temat planowania rodziny.

Badacze i publicyści opisujący w dwudziestoleciu międzywojennym kliniki kontroli urodzeń dzielili je zwykle na dwa rodzaje. Pierwszym z nich były przychodnie samodzielne, działające w odrębnym budynku, założone wyłącznie w celu udzielania informacji na temat regulacji urodzeń: np. BCCRB w Nowym Jorku. Drugi rodzaj to kliniki funkcjonujące przy innej instytucji, zwłaszcza przy szpitalach i organizacjach społecznych, np. charytatywnych¹⁵. Zwykle wykorzystywano w tych przypadkach pomieszczenia, sprzęt oraz personel instytucji, przy której działano – zwłaszcza w przypadku szpitali. Zaletą przychodni przy szpitalnych był zwykle wysoki poziom usług medycznych. Nierzadko prowadziły one także badania nad środkami antykoncepcyjnymi. Kliniki samodzielne z kolei charakteryzowała przede wszystkim mniej oficjalna atmosfera, tworzona przez ideowo zaangażowany kobie-

¹¹ W 1933 r. było 121 przychodni (w tym 29 w Kalifornii, 9 – w Illinois, 24 – w Nowym Jorku, 11 – w Pensylwanii); 121 *Centers for Contraceptive Advice*, „Birth Control Review” 1933, styczeń, s. 14–16.

¹² *Birth Control Centers in the United States*, „Birth Control Review” 1936, marzec, s. 56.

¹³ Tamże.

¹⁴ M.S. Everett, *The Hygiene*, s. 192; na temat rozwoju sieci klinik kontroli urodzeń por.: C.M. Hajo, *What Every Woman Should Know: Birth Control Clinics in the United States, 1916–1939*, niepublikowana praca doktorska, New York Univeristy, 2006.

¹⁵ C.H. Robinson, *Seventy Birth Control Clinics. A Survey and Analysis Including the General Effects of Control on Size and Quality of Population*, Baltimore 1930, s. 5.

cy personel¹⁶. Od początku funkcjonowania przychodni przeważały wśród nich kliniki działające przy innych instytucjach. Były to przede wszystkim ośrodki przyszpitalne, np.: przy *Michael Reese Hospital* w Chicago, *Biuro Porad Antykoncepcyjnych* w Baltimore obsługiwane przez lekarzy z *John Hopkins Hospital* czy też dziewięć przychodni w Nowym Jorku, m.in. przy szpitalach żydowskich¹⁷. W latach trzydziestych nastąpił wyraźny wzrost klinik samodzielnych¹⁸. Tendencja ta uległa zahamowaniu na początku czwartej dekady XX w., kiedy proporcje pomiędzy klinikami samodzielnymi i działającymi przy innych instytucjach zmieniły się na korzyść tych drugich. Przeważały wśród nich przychodnie przyszpitalne i przy ośrodkach zdrowia¹⁹. Fakt ten może być traktowany jako dowód na stopniowe wpasowywanie się klinik kontroli urodzeń w amerykański system ochrony zdrowia. Może być także dowodem na zwiększającą się aprobatę lekarzy i społeczników dla planowania rodziny. Nie bez znaczenia były także kwestie praktyczne, czyli brak opłat za wynajmowanie lokalu, które musiały pokrywać kliniki funkcjonujące samodzielnie. Związane to było również z dążeniem do utrzymania jak najwyższych standardów medycznych, co jest szczególnie widoczne w przypadku ośrodków przyszpitalnych. Klinika przestawała być przestrzenią pół prywatną i pół oficjalną, obsługiwaną często przez wolontariuszki, w której panowała atmosfera kobiecej poufałości i, nierzadko, zwierzeń²⁰.

Przychodnia antykoncepcyjna, aby afiliować się z ABCL, musiała spełniać szereg standardów oraz działać zgodnie z polityką organizacji. Po pierwsze, celem kliniki miało być udzielanie informacji na temat kontroli urodzeń. Należało jasno zaznaczyć, że w przychodniach nie przerywa się ciąży oraz nie prowadzi działalności komercyjnej²¹.

¹⁶ A.C. Boughton, *To Start a Clinic*, „Birth Control Review” 1934, kwiecień, s. 1.

¹⁷ S.A. Knopf, *Various Aspects of Birth Control. Medical, Social, Economic, Legal, Moral and Religious*, New York 1928, s. 64–65; L.P. Morton, *Maryland's First Birth Control Clinic: the Bureau for Contraceptive Advice, 1927–1932*, niepublikowana praca magisterska, University of Maryland, 2006.

¹⁸ W 1935 r. na 231 klinik około 50 mieściło się w szpitalach i przy lokalnych ośrodkach zdrowia, 146 było afiliowanych przy lokalnych ligach kontroli urodzeń (czyli funkcjonowało samodzielnie), a 85 działało niezależnie; *Who? What? Why? How?*, „Birth Control Review” 1935, grudzień, s. 5.

¹⁹ W 1941 r. na 637 klinik 118 z nich mieściło się przy szpitalach, 206 przy lokalnych ośrodkach zdrowia, a 313 w innych miejscach (domy osiedleńcze, prowadzone przez organizacje dobrowolne, a także samodzielne); M.S. Everett, *The Hygiene*, s. 192.

²⁰ R. Holz, *Birth Control Clinic in America. Life Within, Life Without: 1923–1972*, niepublikowana praca doktorska, University of Illinois at Urbana-Chicago, 2002, s. 52–54.

²¹ Clinic Standards for Clinics Affiliated With Birth Control Clinical Research Bureau, MSP-SSC, reel 22, frame 593.

Ponadto, w klinice powinien przyjmować dyplomowany lekarz – ginekolog. Podkreślano, że lepiej, żeby była to kobieta²². Lekarzowi do pomocy mieli służyć pielęgniarka i pracownik społeczny. Klinika powinna była posiadać co najmniej dwa pomieszczenia, w tym poczekalnię, by zapewnić prywatność oraz utrzymywać wysokie standardy higieniczno-sanitarne, takie jak bieżąca woda i środki do sterylizacji. Zalecano, by przy przychodni działały dwie rady, jedna złożona z lekarzy, druga – z osób niezwiązanych z medycyną, np. z członków lokalnych stowarzyszeń społecznych. Ich zadaniem było zajmowanie się kwestiami administracyjnymi oraz zapewnienie płynności finansowej przychodni²³. W praktyce rady funkcjonowały zwykle przy lokalnych oddziałach ABCL, z którą medyczne centra antykoncepcyjne były afiliowane²⁴. Ważną kwestią było także zbieranie danych statystycznych na temat pacjentek przybywających do klinik (dotyczących sytuacji rodzinnej i finansowej, pochodzenia społecznego, stanu zdrowia, dotychczasowych praktyk reprodukcyjnych i antykoncepcyjnych) oraz na temat środków zapobiegawczych używanych przez przychodzące kobiety²⁵. Zalecano, aby kliniki przyjmowały takie nazwy, jak: centrum kontroli urodzeń²⁶, biuro porad dla matek, macierzyńskie centrum zdrowia²⁷.

Na koszty funkcjonowania kliniki składało się wynagrodzenie dla lekarza (oceniane na 5 USD za godzinę), dla pielęgniarki (2–2,5 USD za godzinę), koszty wynajmu pomieszczeń (50–70 USD na miesiąc)²⁸. Ostatni z wymienionych wydatków zmniejszał się w znaczny sposób, jeśli przychodnia działała przy innej instytucji, np. w domu osiedleń-

²² *Suggestions for the Establishment of Birth Control Clinics*, New York: Birth Control Clinical Research Bureau, b.r.w., s. 3.

²³ Tamże, s. 2.

²⁴ K. Lindenmeyer, *Expanding Birth Control to the Hinterland: Cincinnati's First Contraceptive Clinic as a Case Study, 1929, 1931*, „Mid-America” 77 (1995, wiosna/lato), s. 145–173; L.P. Morton, *Maryland's*, s. 17–19.

²⁵ Condensed Report of Organization Work for the Establishment of Birth Control Clinic, MSP-SCC, reel 22, frame 513.

²⁶ Clinic Standards, MSP-SCC, reel 22, frame 593.

²⁷ *Suggestions*, s. 3.

²⁸ Dla porównania, para butów w tym czasie kosztowała niecałe 2 USD; V.S. von Szeliński, L.J. Paradiso, *Demand for Boots and Shoes as Affected by Price Levels and National Income*, „Econometrica” 1936, R. 4, nr 4, s. 336. Na 8,8 USD w 1932 r. została określona minimalna suma mająca wystarczyć na tygodniowe jedzenie dla pięcioosobowej rodziny, przy czym musimy pamiętać, że w latach trzydziestych ceny jedzenia były dość niskie (chleb kosztował 14 centów, a mleko – 14), jednak bardzo niskie były także zasiłki dla bezrobotnych: w 1932 r. w Nowym Jorku wynosił on 6 USD tygodniowo; H.A. *Paradox of Plenty. A Social History of Eating in Modern America*, Berkley 2003, s. 7.

czym, przy organizacji społecznej czy szpitalu. Koszt odbywających się raz w tygodniu przez dwie godziny sesji, z wynagrodzeniem dla lekarza, pielęgniarki i sekretarki, z zapasem środków antykoncepcyjnych dla trzystu nowych pacjentek i stu pacjentek ponownie przychodzących po poradę, oceniony został na 2 tys. USD na rok, czyli więcej niż średni roczny dochód wynoszący około 1400 USD²⁹. O kwestie finansowe związane z funkcjonowaniem kliniki miała się troszczyć działająca przy niej rada. Jej członkowie powinni byli pokrywać wydatki z własnej kieszeni bądź też starać się o fundusze w inny sposób, np. urządzając zbiórki i zwracając się o datki do swoich znajomych. Koszty działania kliniki miały też częściowo pokrywać opłaty pobierane od pacjentek. Zalecano, by klinika współpracowała z opieką społeczną oraz organizacjami charytatywnymi. Przysyłając pacjentki, stowarzyszenia charytatywne miały pokrywać, chociaż częściowo, koszty wizyty i środka zapobiegawczego³⁰.

Środki antykoncepcyjne zalecane w klinikach powinny być zbadane i zaaprobowane przez BCCRB. W dwudziestoleciu międzywojennym w przychodniach antykoncepcyjnych powszechnie stosowano (zazwyczaj gumowe) *pessarium*, inaczej nazywane kapturkiem, w połączeniu z chemicznym środkiem plemnikobójczym. Według Millarda Everetta, metoda ta była „pewna, nieszkodliwa, prosta, tania i estetyczna”³¹ i, co najważniejsze, kontrolowana przez kobietę. Co do pewności metody, to jej skuteczność Everett szacował na 94–96%³². Wśród pacjentek jednej z chicagowskich klinik miała ona wynosić 99%. Podany wskaźnik miał bez wątpienia spełniać rolę propagandową³³. Pewność oraz nieszkodliwość *pessarium* poskreślała też Rachelle Yarros, lekarka i działaczka społeczna związana z ruchem kontroli urodzeń w amerykańskim stanie Illinois. Stwierdzała, że wbrew wysuwanym zarzutom, używające go pacjentki nie miały później żadnych problemów z zajściem w zaplanowaną ciążę³⁴. Do stosowanie *pessarium*, jak podkreślano, nie była potrzebna wysoka inteligencja³⁵. W opinii ówczesnych zwolenników „higieny rasy”, miało to istotne znaczenie eugeniczne.

²⁹ A.C. Boughton, *To Start*, s. 2.

³⁰ *Suggestions*, s. 4.

³¹ M.S. Everett, *The Hygiene*, s. 203.

³² Tamże.

³³ Report of Birth Control Committee, 14.04.1937, Chicago Woman's Aid Collection, UIC Daley Library, Special Collections Department (dalej: CWA, UIC Daley), box 12, folder 135.

³⁴ R. Yarros, *Objections Disapproved by Clinical Findings*, „Birth Control Review” 1931, styczeń, s. 16.

³⁵ M.S. Everett, *The Hygiene*, s. 203.

Ważną zaletą był także niski koszt. W połowie lat trzydziestych wydatki na *pessarium* oceniano na około 50 centów, a tuby środka plemnikobójczego na 15 centów. Każda pacjentka miała średnio potrzebować od sześciu do ośmiu tubek na rok³⁶. Jeden kapturek miał służyć nawet na dwa lata. Stąd była to cena bardzo przystępna, także w przypadku kobiety, której mąż dostawał bardzo niską tygodniówkę, wynoszącą około 20 USD. *Pessarium* mogło być stosowane samodzielnie przez pacjentkę. Stanowiło to, według działaczy ruchu kontroli urodzeń, podstawową zaletę polecanego środka zapobiegawczego. Umieszczenie i pozostawienie decyzji reprodukcyjnych w rękach kobiety było jednym z głównych celów działań organizacji planowania rodziny.

W klinikach związanych z organizacjami ruchu kontroli urodzeń obowiązywało kilka reguł, jeśli chodzi o przyjmowanie pacjentek. Po pierwsze, poradę antykoncepcyjną mogły uzyskać tylko mężatki³⁷. Odsyłano także kobiety będące w ciąży. Odsetek pacjentek, które zgłaszały się do klinik, ale nie były w nich przyjmowane z powodu ciąży bądź stanu cywilnego wynosił kilkanaście procent (w latach 1924–1927 – 13% dla wszystkich klinik w Stanach Zjednoczonych³⁸). W przypadku niektórych stanów, zwłaszcza na wschodnim wybrzeżu, gdzie obowiązywało bardziej surowe prawodawstwo, pod uwagę brano także kwestie medyczne. By otrzymać poradę antykoncepcyjną, pacjentka musiała cierpieć na choroby serca, cukrzycę, gruźlicę, epilepsję, neurozy, psychozy, deformacje miednicy bądź inne choroby uważane w tym okresie za dziedziczne. Kontrola urodzeń miała w tym przypadku spełniać cele eugeniczne, zapobiegając przyjściu na świat chorych dzieci. Generalnie jednak o zasadności udzielenia porady antykoncepcyjnej decydował lekarz na podstawie osobistej oceny stanu zdrowia i kondycji psychicznej i fizycznej pacjentki³⁹. Jako że w klinikach pracowali doktorzy związani z organizacjami ruchu kontroli urodzeń, przyjmowano w nich praktycznie wszystkie pacjentki, o ile nie były w ciąży i stanu wolnego⁴⁰. Bardziej restrykcyjnie postępowano

³⁶ A.C. Boughton, *To Start*, s. 2.

³⁷ K. Lindenmeyer, *Expanding Birth*, s. 155; L.P. Morton, *Maryland's*, s. 44; M. Leung, 'Better Babies': *Birth Control in Arkansas during the 1930s*, w: *Hidden Voices of Women in the New South*, red. V. Bernhard et. al, Columbia and London 1995, s. 54–65; na temat Arkansas por. także: M. Leung, 'Better Babies'. *The Arkansas Birth Control Movement During the 1930s*, niepublikowana praca doktorska, The University of Memphis, 1996.

³⁸ Tzn. w Nowym Jorku, Chicago i Los Angeles.

³⁹ *Suggestions*, s. 5.

⁴⁰ Świadczy o tym przypadek, który w 1929 r. doprowadził do aresztowania personelu medycznego BCCRB i sprawy sądowej przeciwko niemu. Do kliniki zgłosiła się

w klinikach działających przy instytucjach publicznych, wspomaganych z państwowych funduszy. Zazwyczaj wymagano w nich zaświadczenia z innej placówki medycznej oraz opinii o konieczności udzielenia porady antykoncepcyjnej⁴¹. Bardziej liberalne były kliniki półprywatne, które udzielały porad także w mniej dramatycznych przypadkach, biorąc pod uwagę sytuację finansową pacjentek, a nie tylko ścisłe przeciwwskazania medyczne przed zachodzeniem w ciążę⁴².

Przykładem dla wszystkich przychodni miała być procedura obowiązująca w Biurze Badań Klinicznych nad Kontrolą Urodzeń, największej i najbardziej znanej amerykańskiej poradni antykoncepcyjnej⁴³. Wizytę rozpoczął w niej wstępny wywiad przeprowadzony przez pielęgniarkę, która miała za zadanie ocenić, czy pacjentka powinna zostać przyjęta. W przypadku jej zakwalifikowania, pielęgniarka przeprowadzała szczegółowy wywiad środowiskowy na temat zdrowia i dotychczasowych praktyk rodzicielskich kobiety. W specjalnym pokoju pacjentka otrzymywała następnie instrukcje na temat budowy kobiecych organów rozrodczych oraz aplikacji *pessarium*, m.in. przy pomocy wykonanego z gumy odlewu. Ta część wizyty, jak podkreślano, mogła być przeprowadzana w grupach od czterech do sześciu osób. Miała ona na celu przygotowanie pacjentki do kolejnego etapu – badania przez lekarza i praktycznej demonstracji użycia środka zapobiegawczego. Kobietom zalecano, aby po pewnym czasie (od tygodnia do miesiąca) wróciły na wizytę kontrolną⁴⁴. Co kilka miesięcy powinny były także przychodzić po zapas środków plemnikobójczych. *Pessarium*, zakupione bądź otrzymane w klinice, przy odpowiedniej dbałości w użytkowaniu, starczało nawet na dwa lata⁴⁵. Przychodnie

poliçantka *incognito*. Pomimo dobrego stanu zdrowia i braku wskazań (prawnych) do stosowania kontroli urodzeń, udzielono jej porady antykoncepcyjnej oraz wyposażono w środki zapobiegawcze.

⁴¹ *Suggestions*, s. 5.

⁴² Tamże.

⁴³ W BCCRB, mieszczącym się początkowo przy siedzibie ABCL, zaś później w samodzielnym budynku, pacjentki przyjmowano od poniedziałku do piątku przez osiem godzin, a w sobotę – przez cztery (czyli o wiele dłużej niż w klinikach w Chicago). Porad antykoncepcyjnych udzielało w nim kilka lekarek (w 1933 r. – 9, a w 1935 r. – 8). W drugiej połowie lat trzydziestych prowadzono w niej także porady przedmażeńskie. BCCRB było także ważnym ośrodkiem badawczym, gdzie testowano nowe środki antykoncepcyjne (m.in. przeprowadzono w nim na początku lat trzydziestych, po wydaniu encykliki papieskiej *Castii Conubii*, badania nad metodami naturalnymi). W Biurze uczono także stosowania metod antykoncepcyjnych lekarzy z innych państw (m.in. Chin, Indii, Japonii); Birth Control Research Bureau, Progress Report 1935, MSP-SCC, frame 685.

⁴⁴ *Suggestions*, s. 6.

⁴⁵ A.C. Boughton, *To Start*, s. 2.

zwykle bardzo dbały o to, by pacjentka odbyła wizytę kontrolną. Jedną z klinik w Chicago wysyłała w takich przypadkach ponaglący list. Podkreślano w nim m.in., że wizyta kontrolna jest bezpłatna. Ponaglenie listowne stosowano także wtedy, gdy pacjentka zapominała o uzupełnieniu zapasów środka plemnikobójczego. Zdarzało się także, że o ponownej wizycie przypominała osobiście jedna z wolontariuszek, które prowadziły przychodnię⁴⁶.

Organizacje ruchu kontroli urodzeń przykładały bardzo dużą wagę do prawidłowego i standardowego funkcjonowania klinik. Wpisywało się to w prowadzoną przez nie politykę uwiarygodniania i legitymizacji działań na rzecz planowania rodziny. Przychodnie antykoncepcyjne, by zyskać aprobatę środowiska lekarskiego oraz zaufanie pacjentek, musiały funkcjonować na kształt innych instytucji medycznych. Stąd wyznaczanie standardów i szczegółowych reguł postępowania, nadawanie certyfikatów, prowadzenie dokumentacji i badań. Działania te, mające przedstawić kontrolę urodzeń jako poważny problem naukowy i medyczny, spełniały swoją rolę. Świadczyła o tym chociażby wzrastająca liczba klinik działających przy szpitalach i ośrodkach zdrowia. Były one dowodem na to, że w końcu lat czterdziestych planowanie rodziny powoli stawało się częścią praktyki medycznej, dostępną w coraz większej liczbie ośrodków.

Bliższe przyjrzenie się działalności klinik kontroli urodzeń możliwe jest dzięki analizie przypadku, do której wybrany został stan Illinois. W omawianym okresie był to jeden z najważniejszych pod względem społecznym, politycznym i gospodarczym amerykański stan, położony na środkowym wschodzie. W dwudziestoleciu międzywojennym zamieszkiwało go ponad 6 milionów mieszkańców, z czego więcej niż połowa skupiała się w Chicago, największym mieście stanu, ośrodku wielokulturowym i wielonarodowościowym, o przemysłowym i imigracyjnym charakterze⁴⁷. Ruch kontroli urodzeń rozpoczął swą działalność w Illinois w 1916 r., zaś rok później narodziła się idea założenia przychodni antykoncepcyjnej w Chicago⁴⁸. Pomysł ten nie został jednak zrealizowany, zaś działania na rzecz kontroli urodzeń w Illinois utraciły impet. W 1923 r. przewodnicząca ABCL Margaret Sanger zorganizowała w Chicago konferencję skupiającą kilka grup

⁴⁶ Report of Birth Control Committee, 21.04.1931, CWA, UIC Daley, box 12, folder 135; tamże, 17.04.1934, CWA, UIC Daley, box 12, folder 135; tamże, 16.04.1935, CWA, UIC Daley, box 12, folder 135.

⁴⁷ H.M. Mayer, R.C. Wade, *Chicago. Growth of a Metropolis*, Chicago and London 1973, s. 290.

⁴⁸ *Birth Control Clinic Here, Sanger Plan*, „Chicago Daily Tribune” 22.04.1917, s. 9.

zainteresowanych propagowaniem kontroli urodzeń: lekarzy, pracowników socjalnych, duchownych niektórych wyznań (takich jak np. reformowany judaizm), działaczki stowarzyszeń kobiecych. Konferencja miała być wyrazem poparcia dla inicjatywy założenia przychodni antykoncepcyjnej w Chicago. Idea ta wyszła od grupy miejscowych działaczy, takich jak lekarka Rachelle Yarros, profesor demografii z University of Chicago James A. Field czy aktywistka kobieca Helen Carpenter, którzy na początku 1923 r. założyli *Ligę Kontroli Urodzeń Illinois (Illinois Birth Control League, dalej: IBCL)*.

Impulsem do powstania kliniki antykoncepcyjnej w Chicago była m.in. zastraszająco wysoka liczba aborcji, której miały poddawać się miejscowe Żydówki⁴⁹. Caroline Robinson podaje, że 47% chicagowianek wyznania mojżeszowego, które były pacjentkami centrum medycznego przy *Żydowskim Biurze Usług Socjalnych*, miało za sobą doświadczenie przerywania ciąży⁵⁰. Podobne dane na temat Żydówek przytacza Leslie Reagan⁵¹. „Imigrantki są doskonale zaznajomione z tematem aborcji, lecz idea środków zapobiegawczych nie dotarła jeszcze do tych, które jej najbardziej potrzebują”⁵², pisano w raporcie IBCL rok po założeniu pierwszej kliniki w Chicago. Przytaczano w nim także historie kobiet będących w ciąży i zgłaszających się do kliniki:

„Mamy wiele kobiet błagających o aborcję, wiele z nich opowiada tragiczne historie; jedna z najbardziej smutnych to ta, dziewczyny w wieku 17 lat, która wyszła za mąż mając 15 lat, z jednym dzieckiem w wieku 1 rok i 8 miesięcy, ponownie w ciąży; opuszczonej przez męża. Oczywiście, nie jesteśmy w stanie nic zrobić w takich przypadkach, lecz tylko zachęcić je, by przez to przeszły i próbować zapewnić im odpowiednią opiekę”⁵³.

Lekarka Alice Hamilton, pisząc o praktykach ubogich mieszkanek Chicago, stwierdzała: „[k]ontrola urodzeń jest przeprowadzana w imigranckich dzielnicach bez przerwy, w formie gorszej niż zapobieganie ciąży, którego biedni nie rozumieją. Ma ona miejsce w formie aborcji,

⁴⁹ *Birth Control Clinic Backers Outline Aims*, „Chicago Daily Tribune” 02.08.1923, s. 3.

⁵⁰ C.H. Robinson, *Seventy Birth*, s. 65.

⁵¹ L. Reagan, *When Abortion Was a Crime: Women, Medicine and Law in the United States, 1867–1973*, Los Angeles 1998, s. 23.

⁵² *The Annual Report of the Illinois Birth Control League*, 29.04.1925, Welfare Council of Metropolitan Area Papers, Chicago Historical Society (dalej: WC: CHS), box 390, folder 8.

⁵³ Tamże.

o której każda kobieta, jeśli chce, może się z łatwością dowiedzieć”⁵⁴. Hamilton przytaczała także opowieści kobiet na temat metod przeprowadzania aborcji, takich jak rzucanie się w dół po schodach⁵⁵. Świadczenia tego typu miały wywrzeć wrażenie na opinii publicznej i uświadomić konieczność propagandy na temat antykoncepcji, która stawała się lekarstwem na masowo przeprowadzane zabiegi spędzania płodu⁵⁶. Sanger i inni aktywiści w bardzo wyraźny sposób czynili rozróżnienie między antykoncepcją a aborcją. Zmusiły ich do tego m.in. ataki ze strony przeciwników planowania rodziny, którzy celowo stawiali znak równości pomiędzy przerywaniem ciąży i kontrolą urodzeń.

Planowana w Chicago klinika miała udzielać bezpłatnych porad antykoncepcyjnych, co pociągało za sobą konieczność uzyskania pozwolenia miejscowego komisarza zdrowia. IBCL wystąpiła o zgodę na założenie przychodni w lutym 1923 r. Sprawujący funkcję komisarza zdrowia dr Herman N. Bundesen odwołał się do decyzji biura prawnego miasta⁵⁷. Bundesen, ojciec sześciorga dzieci, sprzeciwiał się planowaniu rodziny z przyczyn ideowych i religijnych⁵⁸. Pomimo pozytywnej dla IBCL opinii, stwierdzającej, że żaden akt prawny nie byłby w stanie uzasadnić odmowy wydania licencji, komisarz podjął negatywną decyzję⁵⁹. Motywował ją m.in. kwestiami sanitarno-medycznymi, których w jego mniemaniu nie dopełniła Liga⁶⁰. Wystosowane miesiąc później drugie podanie IBCL o nadanie koncesji darmowej klinice urodzeń ponownie spotkało się z negatywną decyzją komisarza zdrowia. Poza powtórnie podnoszonymi argumentami religijno-ideowymi (przywoływaniem prawa boskiego czy też twierdzeniem, że planowanie rodziny jest niemoralne), Bundesen powołał się na federalne prawo Comstocka i miejskie ustawodawstwo Chicago,

⁵⁴ A. Hamilton, *Exploring the Dangerous Trades. The Autobiography of Alice Hamilton*, Boston 1985 (1st ed.: 1943), s. 112.

⁵⁵ Tamże.

⁵⁶ L. Reagan, „About to Meet Her Maker“. *Women, Doctors, Dying Declarations, and the States' Investigation of Abortion, Chicago, 1867–1940*, „The Journal of American History” 1991, R. 44, nr 4, s. 1240–1264.

⁵⁷ Application for Membership. Chicago Council of Social Agencies, 25.02.1925, WC: CHS, box 390, folder 8; *Birth Control Clinic Plans Strike a Snag*, „Chicago Daily Tribune” 31.07.1923, s. 1.

⁵⁸ Tamże, s. 2.

⁵⁹ Helen Carpenter do William E. Dever, 27.09.1923, Planned Parenthood Association – Chicago Area Papers, Chicago Historical Society (dalej: PPA-CAP, CHS), box 8, folder 1.

⁶⁰ Application for Membership; *Birth Control Clinic is Legal, Bundesen Balks*, „Chicago Daily Tribune” 18.08.1923, s. 3.

zabraniające rozpowszechniania obscenicznej literatury⁶¹. Skłoniło to IBCL do odwołania się do sądu, który w osobie sędziego Harry'ego M. Fishera wydała pozytywną decyzję. Stwierdził, że otwarcie kliniki nie pogwałciłoby prawa i nie byłoby sprzeczne z polityką publiczną i dobrem społecznym⁶². Bundesen nie zgodził się jednak z wydanym przez Fishera *writ of mandamus*⁶³, odwołując się do sądu apelacyjnego. W styczniu 1924 r. pozytywna dla IBCL decyzja została podtrzymana⁶⁴. Jednakże komisarz zdrowia i adwokat biura prawnego miasta utrzymywali, że otwarte w międzyczasie centrum medyczne udzielające porad antykoncepcyjnych za nominalną opłatą, którego funkcjonowanie nie wymagało wydania licencji, stanowi zagrożenie dla porządku publicznego. Stało się to podstawą do kolejnego odwołania⁶⁵. W kończącej całą sprawę decyzji sądu apelacyjnego podtrzymano prawo komisarza zdrowia do odmownej decyzji⁶⁶. Jak pisała oburzona przewodnicząca IBCL Helen Carpenter, sąd stwierdził, że dr Bundesen mógł zdecydować o odmowie wydania licencji z powodu własnych przekonań⁶⁷. Fakt ten potwierdzał „Chicago Daily Tribune” stwierdzający, że komisarz zdrowia podjął decyzję kierując się poglądem, że „ogólnie dostępna wiedza na temat metod kontroli urodzeń przyniesie skutki w postaci szerzącej się niemoralności”⁶⁸. W rezultacie, ponad półtoraroczne starania na rzecz otwarcia darmowej kliniki zakończyły się porażką.

Legislacyjne zwycięstwo przeciwników kontroli urodzeń nie zahamowało jednak procesu zakładania tzw. centrów medycznych (*Medical Center*, dalej: MC), gdzie personel medyczny związany z IBCL oferował porady antykoncepcyjne za symboliczną opłatą. Pierwsze z nich – MC nr 1 zostało założone w 1924 r. w biznesowym centrum Chicago, w budynku, gdzie miały swoją siedzibę Liga oraz wiele in-

⁶¹ *Birth Control Clinic Again Barred by City*, „Chicago Daily Tribune” 20.09.1923, s. 21.

⁶² *Birth Control and Public Policy. Decision of Judge Harry M. Fisher of the Circuit Court of Cook County, Chicago, Illinois, November 23, 1923*, Chicago 1924, s. 8–9; PPA-CAP, CHS, box 8, folder 1; *Birth Control Clinic Is Given Court Approval*, „Chicago Daily Tribune” 24.11.1923, s. 3.

⁶³ *Writ of mandamus* – oficjalne zarządzenie wystosowane przez sąd, nakładające na urzędnika podjęcie określonych działań.

⁶⁴ *Birth Control League Again Court Victor*, „Chicago Daily Tribune” 23.01.1924, s. 3.

⁶⁵ *Seek Ordinance Against Birth Control League*, „Chicago Daily Tribune” 25.10.1924, s. 12.

⁶⁶ *Application for Membership*.

⁶⁷ Tamże.

⁶⁸ *Birth Control Clinic Loses License Fight*, „Chicago Daily Tribune” 4.02.1925, s. 21.

nych chicagowskich organizacji społecznych⁶⁹. Pacjentkami MC nr 1 były przede wszystkim zamożne kobiety z klasy średniej, urodzone w Stanach Zjednoczonych, głównie protestantki, które dowiadywały się o przychodni z prasy lub od swoich znajomych⁷⁰. Wnoszone przez nie opłaty umożliwiały funkcjonowanie innych klinik, odwiedzanych przez ubogie kobiety. Swoje klientki do MC nr 1 przysyłały także organizacje charytatywne. W 1924 r. stanowiły one 16% wszystkich pacjentek⁷¹. MC nr 1 było na początku czynne codziennie, przez dwie godziny, co stanowiło ewenement w porównaniu do innych klinik, otwartych często raz czy też dwa razy w tygodniu. W 1929 r. zmniejszyło częstotliwość działania do trzech razy w tygodniu⁷²; część jego pacjentek przeniosła się zapewne do innych centrów medycznych, założonych w tym okresie.

W 1924 r. powstało także MC nr 2, otwarte w zamieszkałej głównie przez polskich imigrantów północno-zachodniej dzielnicy Chicago⁷³. Jego pacjentki były w przeważającej mierze osobami urodzonymi poza Stanami Zjednoczonymi, głównie Polkami, Litwinkami, Słowaczkami, Niemkami, których mężowie trudnili się przede wszystkim rzemiosłem. W MC nr 2 dominowały katoliczki⁷⁴. Także ta klinika pod koniec lat dwudziestych zmniejszyła częstotliwość przyjęć z czterech do trzech razy w tygodniu, prawdopodobnie z tych samych przyczyn co MC nr 1⁷⁵.

MC nr 3, otwarte w 1925 r.⁷⁶ i działające raz w tygodniu przez dwie godziny⁷⁷, mieściło się w domu osiedleńczym *Henry Booth*. W klinice tej obowiązywała segregacja rasowa; kobiety białe i czarne przyjmowano w innych dniach i o innych porach⁷⁸. Podobnie działało np. w przychodni w Little Rock, prowadzonej przez *Stowarzyszenie Eugeniczne Arkansas*⁷⁹. Klientelę MC nr 3 stanowiły przede wszystkim czarne pacjentki oraz ubogie katoliczki. W 1931 r. centrum to prze-

⁶⁹ C.H. Robinson, *Seventy Birth*, s. 30.

⁷⁰ Brief Summary of the Class and Character of Service Rendered by Illinois Birth Control League at its Six Medical Centers, 08.11.1928, WC: CHS, box 390, folder 8.

⁷¹ Application for Membership.

⁷² *The Annual Report of the Illinois Birth Control League. April 30, 1930. Summary of Financial Statement Fiscal Year 1929-1930*, Chicago 1930, s. 2.

⁷³ „Birth Control Review” 1931, luty, s. 48.

⁷⁴ Brief Summary.

⁷⁵ Application for Membership; *The Annual Report*, s. 2.

⁷⁶ C.H. Robinson, *Seventy Birth*, s. 15.

⁷⁷ Brief Summary; *The Annual Report*, s. 2.

⁷⁸ Tamże.

⁷⁹ M. Leung, ‘Better Babies’, s. 63-65.

stało funkcjonować⁸⁰. Mieszczące się w *Domu Usług Socjalnych MC nr 4* powstało w 1926 r. w dzielnicy zamieszkałej głównie przez czarnych⁸¹. Stąd klinika przyjmowała przede wszystkim pacjentki z tej społeczności⁸². W 1931 r. przeżywała prawdziwe obłężenie – zapewne Amerykanek dotkniętych skutkami wielkiego kryzysu. Pracujący w niej lekarz musiał przyjmować cztery godziny dłużej niż zwykle (do tej pory przyjmował dwa razy w tygodniu po dwie godziny)⁸³. W MC nr 4 używano pomieszczeń i narzędzi *Chicago Lying-In Hospital*⁸⁴. Szpital ten był jednym z najbardziej aktywnych ośrodków medycznych w działaniach na rzecz kontroli urodzeń w stanie Illinois. Kilka lat później powstała przy nim kolejna chicagowska klinika.

MC nr 5, mieszczące się w *Instytucie Żydowskim*, powstało w 1927 r.⁸⁵ na West Side. Było ono prowadzone przez kobietą żydowską organizację charytatywną i przyjmowało przede wszystkim Żydówki. Założone w tym samym roku MC nr 6 miało swoją siedzibę w *Mary Crane Nursery* w najsłynniejszym chicagowskim domu osiedleńczym *Hull House*⁸⁶. Także ta klinika miała swoją siedzibę na West Side. Przyjmowano w niej przede wszystkim katoliczki, m.in. Włoszki i Meksykanki. Pacjentki tych narodowości przyciągała zapewne do MC nr 6 obecność także doktor Franceski Mollenaro, mówiącej w ich ojczystych językach⁸⁷. W tej klinice liczba pacjentek gwałtownie wzrosła na początku wielkiego kryzysu. Wtedy też podwojono częstotliwość przyjęć z jednego do dwóch razy w tygodniu po dwie godziny⁸⁸.

Przychodnie antykoncepcyjne IBCL nie bez powodu nazwane zostały „centrami medycznymi”. W ich oficjalnej nazwie zabrakło słowa „klinika”, której funkcjonowanie było obwarowane specyficznymi warunkami sanitarnymi, medycznymi i prawnymi. Nie miały one także w swojej nazwie hasła „kontrola urodzeń”. Ośrodek, o którego otwarciu IBCL starała się w 1923 r., określany był jako *Klinika Rodziców*, przynosząc konotacje związane z posiadaniem, a nie ograniczaniem liczby potomstwa. „Centrum medyczne” – termin, który w Illinois funkcjonował do końca lat trzydziestych – było nazwą neutralną. Kojarzyło się z profesjonalnymi usługami lekarskimi, a nie z intymną

⁸⁰ Brief Summary.

⁸¹ C.H. Robinson, *Seventy Birth*, s. 15.

⁸² Brief Summary.

⁸³ *The Annual Report*, s. 2.

⁸⁴ Tamże, s. 7.

⁸⁵ C.H. Robinson, *Seventy Birth*, s. 15.

⁸⁶ Tamże.

⁸⁷ Brief Summary; *The Annual Report*, s. 6.

⁸⁸ Tamże, s. 2.

sferą życia ludzkiego i seksualnością. W doskonały sposób wpisywało się w zamierzenia działaczy kontroli urodzeń w Illinois, przedstawiających planowanie rodziny jako kwestię naukową i poważną.

Z powyższych opisów wyłania się następujący obraz centrów medycznych, otwartych w drugiej połowie lat dwudziestych w Chicago: po pierwsze, nie funkcjonowały one ciągle, lecz tylko w wyznaczonych dniach i godzinach. Do zwiększenia czasu otwarcia kilka z nich zmusił wielki kryzys. Po drugie, zakładano je głównie w dzielnicach zamieszkałych przez imigrantów oraz mniejszości rasowe i religijne⁸⁹. Wiele przychodni było organizacyjnie związanych ze stowarzyszeniami społecznymi, zwłaszcza z domami osiedleńczymi. Wszystkie były afiliowane z IBCL. Pewną trudność sprawia zakwalifikowanie chicagowskich centrów medycznych do przychodni samodzielnych bądź działających przy instytucjach. Badacze zajmujący się klinikami kontroli urodzeń w dwudziestoleciu międzywojennym traktowali je jako odrębne ośrodki⁹⁰. Do takiego wyboru skłaniałoby jednolite nazewnictwo, afiliacja z IBCL, własny (poza MC nr 4) personel. Z drugiej jednak strony klinikami funkcjonującymi zupełnie samodzielnie, w odrębnych budynkach, były tylko MC nr 1 i MC nr 2, czyli 1/3 wszystkich. Do uznania centrów medycznych za samodzielne kliniki skłania jednocześnie istnienie ośrodków niezwiązanych z IBCL i zupełnie zależnych od organizacji społecznych bądź szpitali. Z powodu tych ostatnich skłaniałabym się jednak do traktowania centrów medycznych jako samodzielnych klinik.

W Chicago na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych powstało także kilka ośrodków niezwiązanych organizacyjnie z IBCL. Były to otwarte w 1924 r. *Usługi Higieny Seksualnej* działające przy Żydowskim Biurze Usług Socjalnych⁹¹, *Przedmażeńskie, Mażeńskie i Rodzicielskie Usługi Poradnicze* powstałe w 1932 r. przy Lidze Higieny Społecznej Illinois (*Illinois Social Hygiene League*, dalej: ISHL) i określane przez ich założycielkę, Rachele Yarros, „kliniką rodzinną”⁹² oraz dwa centra przyszpitalne. Pierwsze z nich, nazywane *Mendel Clinic*, działało już od 1927 r.⁹³ przy *Oddziale Zdrowia*

⁸⁹ Należy przy tym pamiętać, że Żydzi byli nie tylko mniejszością religijną, ale także narodową. Jako grupę religijną klasyfikowały ich raporty organizacji ruchu kontroli urodzeń.

⁹⁰ C.H. Robinson, *Seventy Birth*, s. 15; S.A. Knopf, *Various Aspects*, s. 64–65.

⁹¹ C.H. Robinson, *Seventy Birth*, s. 15.

⁹² Rachele Yarros do Margaret Sanger, Margaret Sanger Papers – Library of College Collection (dalej: MSP-LCC), reel 91, frame 440A.

⁹³ C.H. Robinson, *Seventy Birth*, s. 15; S.A. Knopf, *Various Aspects*, s. 64–65.

Macierzyńskiego i Kontroli Urodzeń chicagowskiego *Michael Reese Hospital* – jednej z głównych instytucji żydowskiej społeczności Chicago⁹⁴. W klinice tej nie tylko udzielano porad antykoncepcyjnych, ale także, pod kierownictwem doktora Irvinga F. Steina, przeprowadzano badania nad środkami antykoncepcyjnymi⁹⁵. W *Mendel Clinic* przyjmowano również pacjentki z problemem bezpłodności, podobnie jak w przychodni działającej przy *John Hopkins Hospital* w Baltimore⁹⁶. Pracownik społeczny zatrudniony przez klinikę pół swojego czasu pracy spędzał na odwiedzinach u pacjentów i sprawdzaniu, czy poprawnie stosują zalecony im środek kontroli urodzeń⁹⁷. Liczba pacjentek *Mendel Clinic* była niewielka. Od 1927 do 1929 r. zmalała ze 102 do 58, m.in. za sprawą zabiegów sterylizacyjnych, którym została poddana część pacjentek⁹⁸. Klinika ta pełniła bardziej rolę ośrodka badawczego, nastawionego na eksperymenty niż na codzienną działalność. Smutnym przejawem tego było sterylizowanie kobiet chorych na gruźlicę, syfilis, mających poporodowe komplikacje⁹⁹. Stały się one ofiarami eksperymentów badawczych doktora Steina, decydującego o zasadności i potrzebie praktyk reprodukcyjnych badanych przez niego pacjentek. Druga z przychodni przyszpitalnych działała od 1934 r. w *Chicago Lying-In Hospital*¹⁰⁰.

W klinikach niezwiązanych z IBCL zaobserwować można było dużą dozę innowacyjności i rozszerzenie spektrum działania. Przychodnie te nie udzielały tylko porad na temat antykoncepcji; zdarzało się im także przyjmować pacjentki z problemami bezpłodności. Traktowały one swoją działalność w szerszym kontekście, określały ją np. jako usługi higieny seksualnej (klinika *Żydowskiego Biura Usług Socjalnych*). W klinice przy ISHL udzielano także porad na temat życia małżeńskiego i wychowania dzieci oraz instruowano pacjentki jeszcze przed ślubem, na co stanowczo nie zgadzano się w klinikach IBCL. Zakładaniu przychodni towarzyszyły niekiedy hasła o nowoczesności, podkreślające ich pionierski charakter. Na przykład R. Yarros okre-

⁹⁴ Report of Birth Control Committee, 03.01.1928, CWA, UIC Daley, box 12, folder 135; L. Wirth, *The Ghetto*, Chicago 1928, s. 224–225.

⁹⁵ The Birth Control Conference of the Chicago Woman's Aid held Thursday, December 5, 1929, at luncheon, twelve o'clock, CWA, UIC Daley, box 12, folder 135.

⁹⁶ L. Morton, *Maryland's*, s. 17–19.

⁹⁷ C.H. Robinson, *Seventy Birth*, s. 31.

⁹⁸ The Birth Control Conference.

⁹⁹ Tamże.

¹⁰⁰ Helen Carpenter do Mary Ware Dennett, 26.07.1930, Mary Ware Dennett Papers – Schlesinger Library (dalej: MWD-SL), reel 23, frame 461.

ślała poradnię ISHL jako „nowoczesną klinikę kontroli urodzeń”¹⁰¹. Nowatorstwu sprzyjał zapewne fakt, że przychodnie te nie były afiliowane z IBCL i nie musiały spełniać wyśrubowanych standardów. Na przykład w *Żydowskim Biurze Usług Socjalnych* lekarz nie miał stałych godzin przyjęć, tylko umawiał się z pacjentami – bo przyjmował pary małżeńskie – na wizytę. Stosowania środka antykoncepcyjnego uczyła pacjentów w domu pielęgniarka środowiskowa. Przychodnie miały także ułatwione funkcjonowanie dzięki związkom ze znanymi i szacownymi instytucjami, mniej kontrowersyjnymi niż działająca krótki okres czasu IBCL. Wyprzedzały one późniejsze inicjatywy klinik afiliowanych z organizacjami ruchu kontroli urodzeń.

Tak jak w innych regionach Stanów Zjednoczonych, w Illinois szybki rozwój sieci klinik miał miejsce w latach trzydziestych. Powstały wtedy dwa kolejne centra medyczne (MC nr 7 i MC nr 8). Pierwsze z nich zostało otwarte w 1935 r. w katolickiej części *South Chicago Center*. Jego założenie, według raportu IBCL, nie spotkało się ze sprzeciwem mieszkańców, a liczba przybywających pacjentek – głównie imigrantek, katoliczek – powoli się zwiększała¹⁰². *Abraham Lincoln Center* (MC nr 8) zostało otwarte w 1938 r. w South Side, w dzielnicy zamieszkałej przez czarne Amerykanki, które stanowiły główną klientelę kliniki¹⁰³. W 1940 r. została założona przychodnia w Albany Park. Z jej porad korzystały przede wszystkim zamieszkałe w tej dzielnicy Żydówki, które wcześniej stanowiły klientelę przeciążonego w tym okresie MC nr 5.

W latach trzydziestych zaczęto także otwierać przychodnie na chicagowskich przedmieściach i w miasteczkach stanu Illinois. Pierwsza z nich funkcjonowała już od 1931 r. w zamożnym, „cichym i konserwatywnym”¹⁰⁴ podchicagowskim Evanston. Była prowadzona przez grupę miejscowych wolontariuszek, które chciały zmniejszyć ciężar, jaki dla opieki społecznej stanowiły wielodzietne rodziny na zasilku¹⁰⁵. Inicjatywa ta wpisywała się w działania filantropijne kobiet z klasy średniej, służące Amerykankom będącym w gorszej sytuacji materialnej i życiowej¹⁰⁶. Przychodnia w Evanston była najbardziej aktywną z klinik poza Chicago. Już na początku swego działania odnotowała znaczny wzrost liczby pacjentek – w ciągu czterech lat z 40 do

¹⁰¹ Rachele Yarros do Margaret Sanger, MSP-LCC, reel 91, frame 440A.

¹⁰² *State Progress – The Year's Report*, „Birth Control Review” 1936, kwiecień, s. 4.

¹⁰³ „Birth Control Review” 1938, marzec, s. 64.

¹⁰⁴ H.M. Mayer, R.C. Wade, *Chicago*, s. 334.

¹⁰⁵ „Birth Control Review” 1934, luty, s. 3.

¹⁰⁶ K. McCarthy, *Noblesse Oblige: Charity and Cultural Philanthropy in Chicago, 1849–1929*, Chicago 1982.

340 osób. Stanowiło to zapewne znaczne obciążenie dla kliniki, która była otwarta raz w tygodniu przez dwie godziny¹⁰⁷. Znaczyłyoby to, że w okresie największej aktywności na jedną pacjentkę przypadało około dwudziestu minut, co było bardzo krótkim czasem w porównaniu ze standardowymi czterdziestoma minutami. Mogło się także zdarzyć, że w późniejszym okresie klinika zwiększyłaby czas swego funkcjonowania, czego jednak nie udało mi się potwierdzić w źródłach.

W 1934 r. pod auspicjami IBCL znalazła się wcześniej niezależna klinika w Chicago Heights¹⁰⁸. Dwa lata później *Liga Kontroli Urodzeń Illinois* przyjęła program ekspansji¹⁰⁹, w wyniku którego powstało wiele małomiasteczkowych klinik. W 1938 roku założono centra w Centralii i Danville, działające w siedzibach lokalnych związków zawodowych¹¹⁰ oraz w stolicy stanu Illinois – Springfield¹¹¹. *Centrum Zdrowia Macierzyńskiego Springfield* (*Springfield Maternal Health Center*, dalej: SMHC) miało szesnastoosobową radę dyrektorów złożoną wyłącznie z kobiet. Inicjatywa jego założenia wyszła od miejscowych społeczniczek, Amerykanek z klasy średniej¹¹². W 1939 r. powstały centra w Downer Grove i Peorii¹¹³. Do 1941 r. otwarto także przychodnie antykoncepcyjne w Alton i Champaign¹¹⁴. W sumie dawało to osiem klinik poza Chicago pod formalnymi auspicjami IBCL. Za przychodnie w Downers Grove, Chicago Heights, Peorii i w Evanston *Liga Kontroli Urodzeń Illinois* nie ponosiła jednak odpowiedzialności finansowej i administracyjnej¹¹⁵. W klinikach poza Chicago przyjmowano stosunkowo niewiele pacjentek. Dla porównania, w 1935 r.: w MC nr 1 – 504, MC nr 2 – 545, MC nr 4 – 409, MC nr 5 – 304, MC nr 6 – 209, Evanston Center – 135, Chicago Heights – 50, Downers Grove – 46¹¹⁶. Wyraźnie na ich tle wyróżniało się Evanston, być może dzięki bliskości Chicago i przenikaniu tamtejszych „prądów” ideowych.

¹⁰⁷ Evanston Center of the Illinois Birth Control League, MSP-LCC, reel 91, frame 84.

¹⁰⁸ „Birth Control Review” 1934, październik, s. 5.

¹⁰⁹ Tamże, 1939, luty–marzec, s. 6.

¹¹⁰ Tamże, 1938, marzec, s. 64.

¹¹¹ Maternal Health Center Corporate Application and Certificate, University of Illinois at Springfield Archives, Planned Parenthood Springfield Area Records, dalej: UISA, PPSAR, box 1, folder 1; „Journal of Contraception” 1939, styczeń, s. 18.

¹¹² Maternal Health Center.

¹¹³ „Journal of Contraception” 1938, październik, s. 288.

¹¹⁴ *Birth Control League Name, Aims Change*, „Chicago Daily Tribune” 11.03.1941, s. 17.

¹¹⁵ Application for Membership of the Illinois Birth Control League, 21.02.1936, WC: CHS, box 390, folder 8.

¹¹⁶ Summary of Case Report – 1935, Illinois Birth Control League, WC: CHS, box 390, folder 8.

W późniejszym okresie pewne znaczenie miało *Centrum Zdrowia Macierzyńskiego Springfield*. Liczba jego pacjentek na początku działalności nie była jednak imponująca. W 1939 r. było ich 105, w 1940 – 103, a w 1941 – 140¹¹⁷. Stanowiło to niewiele w porównaniu z największymi klinikami chicagowskimi, które w tym okresie przyjmowały po kilkadziesiąt pacjentek (MC nr 5, w 1939 r. – 664)¹¹⁸. Pewnym wytłumaczeniem tego faktu może być sprzeciw katolików, z jakim spotkało się założenie kliniki kontroli urodzeń w stolicy Illinois¹¹⁹. Bez wątplenia istotną przewagą klinik chicagowskich była długa tradycja ich działalności oraz miejskie warunki funkcjonowania, zapewniające większą anonimowość i ułatwiające udanie się po poradę w kontrowersyjnej sprawie. Założenie centrum antykoncepcyjnego w niewielkich, często konserwatywnych miasteczkach było zapewne aktem dużej odwagi i sprzeciwem wobec panujących konwenansów. Przychodnie poza Chicago miały także potencjalnie mniejszą liczbę pacjentek, gdyż liczyły mniej mieszkańców.

Jedną z głównych wytycznych przy zakładaniu kliniki kontroli urodzeń była jej działalność *non-profit*. Przychodnia miała służyć społeczności, w której powstała, a nie funkcjonować dla zysku. Dlatego też nikt z personelu kliniki nie mógł mieć związków z komercyjnym wytwarzaniem środków antykoncepcyjnych. Wytyczne tego typu miały w wyraźny sposób rozgranaczyć działania klinik „niekomercyjnych” i „komercyjnych” czy też „prywatnych”, jak określa je amerykańska badaczka Rose Holz¹²⁰. Do przychodni „niekomercyjnych” należały kliniki opisywane powyżej: samodzielne centra medyczne, ośrodki przyszpitalne i działające przy organizacjach społecznych, przychodnie funkcjonujące w miasteczkach Illinois. Oprócz nich w Chicago istniały kliniki działające dla zysku, „komercyjne”, niezwiązane z IBCL, lecz bardzo pomysłowo się pod nie podszywające.

Funkcjonowanie tego typu przychodni było znacznym problemem dla ABCL. „Wzrastająca aktywność nieodpowiedzialnego biznesu antykoncepcyjnego”¹²¹ miała być jednym z argumentów na rzecz zakładania „niekomercyjnych” klinik kontroli urodzeń. Podkreślano, że przychodnie afiliowane z ABCL i działające przy szpitalach oraz or-

¹¹⁷ Patient Load, 1939–1956, UIS, PPSAR, box 1, folder 3.

¹¹⁸ Report of Birth Control Committee, 04.04.1940, CWA, UIC Daley, box 12, folder 135.

¹¹⁹ C.H. Lanphier do Charlesa L. Wagnera, 27.11.1939, UISA, PPSAR, box 1, folder 2; John C. White do Charlesa L. Wagnera, 28.11.1939, UISA, PPSAR, box 1, folder 2; Charles A. Wagner do C.H. Lanphiera, 04.12.1939, UISA, PPSAR, box 1, folder 2.

¹²⁰ R. Holz, *Birth Control*.

¹²¹ A.C. Boughton, *To Start*, s. 1.

ganizacjach społecznych polecają skuteczne i naukowo zbadane środki zapobiegawcze, w przeciwieństwie do niepewnych i często szkodliwych środków reklamowanych w prasie czy też sprzedawanych „na ulicy”¹²². Nieskuteczność metod polecanych przez „szarlatanów” miała przyczyniać się także do wzrostu liczby aborcji wykonywanych przez kobiety, u których te środki zawiodły¹²³.

Holz podaje, że w latach trzydziestych w Chicago istniały co najmniej trzy „prywatne” kliniki, które rocznie przyjmowały około 1300 pacjentek. Wszystkie one w przeciwieństwie do klinik „niekomercyjnych” miały w nazwie określenie „kontrola urodzeń”. Był to doskonały sposób na bezpośrednie poinformowanie o profilu ich działalności. Jednocześnie wykorzystywały one termin, który w jednoznaczny sposób utożsamiany był z ruchem regulacji urodzeń. Dwie z wymienionych prywatnych przychodni mieściły się w bardzo bliskim sąsiedztwie MC nr 1 i siedziby IBCL. Nazewnictwo i lokalizacja miały je upodobnić do centrów medycznych IBCL. Ten sam cel chciano osiągnąć naśladowując retorykę charakterystyczną dla ruchu kontroli urodzeń czy też zatrudniając lekarki, a nie lekarzy¹²⁴.

Oprócz celowych podobieństw, mających przyciągnąć pacjentki, kliniki „prywatne” różniły się znacznie od przychodni „niekomercyjnych”. Po pierwsze, przyjmowały także pacjentki niezamężne. Porad, oprócz lekarek, udzielały także pielęgniarki¹²⁵. Oferowano w nich szeroką gamę środków antykoncepcyjnych, nie tylko *pessarium*, ale także gąbki, żele, pianki, płyny do irygacji. Miały w swojej ofercie także pogadanki na temat edukacji seksualnej. W przeciwieństwie do przychodni „niekomercyjnych”, dużą uwagę przykładaly do reklamowania swoich działań. Ich stałą praktyką było rozrzucanie ulotek i umieszczanie ogłoszeń, czego nie robiła IBCL, z obawy, by nie wpadły one w ręce nieletnich oraz osób wolnego stanu. Kliniki „prywatne” wysyłały także listy do kobiet, zachęcając do odwiedzin oraz sponsorowały rozmowy radiowe¹²⁶.

Holz twierdzi, że kliniki „komercyjne” stanowiły kontynuację wczesnych radykalnych działań Sanger. Pionierski okres aktywności dzia-

¹²² A. Tone, *Contraceptive Consumers, Gender and the Political Economy of Birth Control in the 1930s*, w: „Journal of Social History” 1996, R. 29, nr 3, s. 485–506; Eadem, *Devices and Desires. A History of Contraception in America*, New York 2001.

¹²³ R. Holz, *Birth Control*, s. 78.

¹²⁴ Tamże, s. 81–82.

¹²⁵ Eadem, *Nurse Gordon on Trial. These Early Days of the Birth Control Movement Reconsidered*, w: „Journal of Social History” 2005, jesień, s. 112–140.

¹²⁶ Eadem, *Birth Control Clinic*, s. 78–87.

łaczki charakteryzował się walką z lekarskim monopolem, publikowaniem ulotek i broszur z rysunkami narządów płciowych, oferowaniem szerokiego wachlarza środków zapobiegawczych. Cechy te widoczne są m.in. w pierwszym wydaniu broszury dotyczącej antykoncepcji zatytułowanej *Family Limitation*¹²⁷. W stwierdzeniu Holz bez wątpienia kryje się sporo prawdy. Większy konserwatyzm w działalności klinik ruchu kontroli urodzeń brał się w dużej mierze z warunków społecznych. Przychodnie „niekomercyjne” musiały legitymizować swoją działalność, także poprzez odcięcie się od klinik „komercyjnych”. Dla przeciwników regulacji urodzeń nie istniała żadna różnica między jednymi a drugimi. Obie były dla nich siedliskiem rozpusty i hedonizmu. Aby zminimalizować te kontrowersyjne konotacje, kliniki ruchu kontroli urodzeń przyjmowały tylko mężatki, polecały jeden typ (naukowo zbadanego i skutecznego – a stąd – zmniejszającego liczbę aborcji) środka antykoncepcyjnego. Jako odwrotność swoich działań i celów przedstawiały z kolei przychodnie „prywatne”, oferujące pogadanki na temat edukacji seksualnej i rozrzucające ulotki z „nieprzyzwoitymi” rysunkami. W przeciwieństwie do klinik „komercyjnych”, nastawionych na zysk, przychodniom ruchu kontroli urodzeń miały przyświecać idee: wprowadzenie zmian społecznych, pomoc kobietom i rodzinom dotkniętym wielkim kryzysem, starania o poprawę kondycji narodu i „rasy”. Konserwatyzm i standaryzacja były bronią klinik ruchu kontroli urodzeń w walce o legitymizację swoich działań i ustanowienie monopolu w dziedzinie planowania rodziny.

Kolejną z kwestii, która odróżniała kliniki „komercyjne” od przychodni *non-profit*, były opłaty pobierane za wizytę. W przychodniach „prywatnych” wahały się one zwykle od 8 do 11 USD¹²⁸. O wiele większe zróżnicowanie miało miejsce w pozostałych klinikach w Illinois. Najbardziej porównywalna stawka obowiązywała w MC nr 1. Na początku działania tej przychodni opłata za wizytę wynosiła 4,10 USD (3 USD dla lekarza i 1,1 USD za środek antykoncepcyjny), później zaś 5 USD¹²⁹. Od końca lat dwudziestych opłaty wzrosły, a większość kobiet płaciła 7,5 USD za wizytę (dokładnie: 87% pacjentek w 1939 r., zaś żadna z nich nie uiściła opłaty mniejszej niż 5 USD)¹³⁰. Wysokie

¹²⁷ Tamże, s. 88.

¹²⁸ Tamże, s. 85.

¹²⁹ Application for Membership.

¹³⁰ Report of the Membership Committee of the Chicago Council of Social Agencies. Reapplication for Membership of the Illinois Birth Control League, 1929, WC: CHS, box 390, folder 8; Received from New Patients, March – 1939, CWA, UIC Daley, box 12, folder 135.

koszty w MC nr 1 miały, według działaczy IBCL, umożliwić niskie stawki w pozostałych klinikach. Powszechnie mówiło się o tym, że MC nr 1, dzięki opłatom wnoszonym przez jego zamożne pacjentki z klasy średniej, utrzymuje wszystkie pozostałe przychodnie.

Spore zróżnicowanie w przypadku wnoszonych opłat (od 5 USD do braku jakiegokolwiek opłaty) miało miejsce w MC nr 2, mieszczącym się w dzielnicy polskiej, oraz MC nr 5, przyjmującym głównie Żydówki¹³¹. Największa liczba pacjentek, które nie były w stanie wnieść żadnej opłaty bądź tylko minimalne, przychodziła do MC nr 4, 6 i 8¹³². Ogólnie obowiązującą stawką dla kobiet z niższych warstw społecznych było 2 lub 2,5 USD¹³³. Opłata ta została zmniejszona o połowę w latach wielkiego kryzysu¹³⁴. O wysokości kwoty bądź też o całkowitym anulowaniu opłaty decydowała zwykle pielęgniarka przyjmująca w klinice, po ocenie sytuacji finansowej pacjentki¹³⁵. Kwota 1 czy 2 USD pozwalała pokryć właściwie tylko koszt środka antykoncepcyjnego. Suma ta i tak była poważnym wydatkiem w przypadku wielu kobiet z rodzin dotkniętych kryzysem gospodarczym czy też takich, w których pracujący na pół etatu mąż zarabiał nie więcej niż 20 USD dolarów tygodniowo. Personel klinik (choćby MC nr 5) i działacze ruchu kontroli urodzeń nalegali jednak, by pacjentki płaciły chociaż symboliczną cenę za środki, które otrzymały. W myśl znanego mechanizmu psychologicznego, miało to zwiększać prawdopodobieństwo stosowania *pessarium* przez kobietę, która partycypowała finansowo przy jego nabyciu¹³⁶.

Już w 1927 r. 50% pacjentek nie było w stanie uiścić żadnej opłaty¹³⁷, a odsetek ten utrzymywał się na wysokim poziomie przez całe lata trzydzieste. W 1933 r. żadnej opłaty nie wniosło 32,5% pacjentek przybywających do klinik, a wiele innych uiszczało od 25 centów do 2,5 USD, czyli sumy mniejsze niż opłata nominalna¹³⁸. Dwa lata później 32,3% wszystkich pacjentek otrzymało porady za darmo, a 18% zapłaciło mniej niż ogólnie obowiązująca stawka 2,5 USD¹³⁹. Razem daje to ponad 50% pacjentek. Nawet pod koniec lat trzydziestych, gdy skutki wielkiego kryzysu były już nieco mniej odczuwalne, prawie

¹³¹ Tamże.

¹³² Tamże.

¹³³ Report of the Membership Committee.

¹³⁴ *The Annual Report of the Illinois Birth Control League. April 1931*, s. 4-5.

¹³⁵ Application for Membership.

¹³⁶ A.C. Boughton, *To Start*, s. 2; Report of Birth Control Committee.

¹³⁷ Report of the Membership Committee.

¹³⁸ „Birth Control Review” 1934, luty, s. 3.

¹³⁹ Summary of Case Report.

39% kobiet otrzymywało porady i środki antykoncepcyjne za darmo. Spośród nich 55% było na zasiłku bądź zostało objętych programem robót publicznych¹⁴⁰.

Niezrozumiały, na pierwszy rzut oka, spadek liczby pacjentek, które nie były w stanie wnieść żadnej opłaty (z 50 do 30 kilku %), miał związek z włączeniem się prywatnych organizacji charytatywnych w działalność ruchu kontroli urodzeń w Illinois. Przysyłając do klinik swoje pacjentki, które zwykle stanowiły kilkanaście procent, uiszczają za ich wizytę nominalną opłatę 2 USD¹⁴¹. Stąd liczba kobiet niebędących w stanie zapłacić jakiegokolwiek sumy utrzymywała się na podobnym poziomie około 50% przez praktycznie całą trzecią dekadę XX w. Czyniło to z klinik ruchu kontroli urodzeń niemalże organizacje charytatywne¹⁴². To właśnie ten fakt, a nie przyjmowanie mężatek czy też brak reklamy, stanowił największą różnicę w porównaniu z przychodniami „komercyjnymi”.

Deklarowany brak reklamy nie do końca zgadzał się jednak z prawdą. Kliniki „niekomercyjne” nie chciały publicznie informować o swojej działalności. Ta powściągliwość w propagowaniu planowania rodziny miała pomóc w uniknięciu oskarżeń o demoralizowanie nieletnich. Kreowała ona także obraz kliniki jako szacownej i poważnej instytucji, której działania nie skłaniały do moralnego zepsucia. Stworzenie takiego wizerunku było istotne zwłaszcza w początkowym okresie aktywności na rzecz kontroli urodzeń. Strategia ta została zastosowana m.in. jako oddźwięk na artykuły prasowe, które pojawiły się po wizycie Sanger w Chicago w 1916 r. Gazety takie jak „Chicago Daily Tribune” pisały o tłumach nastolatków, które pojawiły się na wykładzie działaczki¹⁴³. Skłoniło to IBCL do zaniechania działalności propagandowej, co miało zapobiec dostaniu się informacji na temat planowania rodziny w ręce dzieci i młodzieży.

Jednocześnie jednak, brak reklamy odbijał się negatywnie na funkcjonowaniu klinik. W 1925 r. Helen Carpenter przyznawała, że pacjentki napływały do centrów medycznych bardzo wolnym strumieniem i stwierdzała: „jeśli chcemy, by nasza praca przyniosła jakiegokolwiek rezultaty, musimy w przyszłości poświęcić więcej uwagi pracy edukacyjnej wśród najuboższych”¹⁴⁴. Jak trafna była ta diagnoza okazało

¹⁴⁰ Received from New Patients.

¹⁴¹ Application for Membership; *The Annual Report*, s. 4–5.

¹⁴² R. Yarros, *Objections*, s. 16.

¹⁴³ *Birth Control Way to Welfare – Mrs. Sanger*, „Chicago Daily Tribune” 26.04.1916. s. 17; *Mrs. Sanger’s Lecture*, „Chicago Daily Tribune” 27.04.1916. s. 6.

¹⁴⁴ *The Annual Report*.

się po zamieszczeniu wzmianki o klinice w lokalnej prasie¹⁴⁵, po której liczba pacjentek znacznie wzrosła. Mimo stwierdzeń, że IBCL nie reklamuje swoich klinik¹⁴⁶ i tym m.in. różni się od „prywatnych” przychodni, Liga zaczęła stopniowo propagować działalność związanych z nią poradni. Służyły temu pośrednie kanały informacji, budowane dzięki organizacjom charytatywnym i agencjom społecznym. Organizacje społeczne zaznajamiały z klinikami kontroli urodzeń swoje klientki. Nierzadko wysyłały je bezpośrednio do przychodni. Podobną rolę pełniły spotkania i wykłady w ośrodkach opieki nad dziećmi, szkołach, klubach kobiecych, ambulatoriach, szpitalach, organizacjach charytatywnych¹⁴⁷. Najważniejszym źródłem i przekazicielami wiadomości na temat klinik były zaś same pacjentki, które polecały przychodnie swoim znajomym i rodzinie.

W latach trzydziestych IBCL zaczęła w swojej wciąż nieśmiałej działalności propagandowej korzystać z nowoczesnych środków masowego przekazu, takich jak radio i film. W 1930 r. planowanie rodziny było nadal kwestią zbyt kontrowersyjną, by można było o niej dyskutować na antenie radiowej¹⁴⁸. Czasy wielkiego kryzysu oraz umiejętne przedstawienie regulacji urodzeń jako lekarstwa na związane z nim problemy zmieniły nieco to zapatrywanie. Działania klinik w Illinois zyskiwały na rozgłosie m.in. dzięki komentarzom słuchaczy. Na przykład w 1935 r., podczas programu radiowego *March of Time*, jeden z nich nazwał „barbarzyństwem” odmowę udzielenia informacji na temat środków zapobiegawczych bezrobotnym¹⁴⁹. Organizacje ruchu kontroli urodzeń wykorzystały także najpopularniejszą ówczesnie formę rozrywki, jaką był film. Nakręcony według wskazówek *Ame-rykańskiej Federacji Kontroli Urodzeń* propagandowy obraz *Czemu pozwolić im umrzeć? (Why Let Them Die?)* z 1939 r. został zakupiony na potrzeby klinik w Illinois przez *Pomoc Kobięcą Chicago* – organizację charytatywną chicagowskich Żydówek, które prowadziły MC nr 5¹⁵⁰. W ciągu trzech miesięcy film został pokazany ponad 2600 osobom, ciągle zaś napływały prośby o kolejne seanse¹⁵¹. Widownia na pokazach wynosiła nawet kilkaset osób. Film stanowił doskonały

¹⁴⁵ Tamże.

¹⁴⁶ Report of the Membership Committee; Application for Membership of the Illinois Birth Control League, 21.02.1936, WC: CHS, box 390, folder 8.

¹⁴⁷ The Annual Report; Report of Birth Control Committee.

¹⁴⁸ *The Annual Report of the Illinois Birth Control League. April 1930. Summary of Financial Statement Fiscal Year 1930–1931*, Chicago 1931, s. 3.

¹⁴⁹ „Birth Control Review” 1936, czerwiec, s. 7.

¹⁵⁰ Report of Birth Control Committee.

¹⁵¹ *New Film Aid Birth Control*, „Birth Control Review” 1939, maj, s. 6.

środek propagandowy. Po seansach, na których obecny był personel medyczny z chicagowskich przychodni, przeznaczono czas na dyskusję i zadawanie pytań¹⁵². Pozytywna reakcja na *Why Let Them Die?* pokazywała, jak bardzo w ciągu dwudziestu lat zmienił się stosunek amerykańskiego społeczeństwa i władz do regulacji urodzeń. Pierwszy film propagandowy zatytułowany *Birth Control*, który Sanger nakręciła w 1917 r. z przyjaciółmi: socjalistą z Cleveland Frederickiem Blossomem i Johnem Lopezem, został zakazany przez cenzurę. Nie doszło do realizacji planów działaczki, która z *Birth Control* chciała uczynić ważny element kampanii propagandowej na rzecz planowania rodziny¹⁵³.

Reasumując, kliniki kontroli urodzeń stanowiły punkt, w którym spotykały się wszystkie grupy zainteresowane ideą planowania rodziny: nadzorujące pracę przychodni działacze, udzielające porad lekarzki, przychodzące na wizytę pacjentki. W klinikach stykały się ze sobą dwa światy: aktywistów i profesjonalistów z klasy średniej oraz pochodzących z niższych warstw społecznych Amerykanek szukających informacji na temat środków zapobiegawczych. Liczba przychodni wzrosła zwłaszcza w latach trzydziestych, w okresie kryzysu ekonomicznego. Ich bezprecedensowy rozwój w tym czasie był dowodem na prawdziwość argumentacji działaczy ruchu kontroli urodzeń, twierdzących, że informacji na temat środków zapobiegawczych potrzebują przede wszystkim ubogie Amerykanki.

Jak widać na przykładzie Illinois, różnorodność była jedną z cech, która najbardziej charakteryzowała działalność klinik kontroli urodzeń w międzywojennych Stanach Zjednoczonych. Do centrów medycznych zakładanych od połowy lat dwudziestych przez *Illinois Birth Control League* bardzo szybko dołączyły przychodnie otwierane przez organizacje społeczne i szpitale. Pacjentki dysponujące nieco większymi środkami finansowymi mogły zasięgnąć porady w klinikach „komercyjnych”. Od połowy lat trzydziestych sieć przychodni zaczęła obejmować chicagowskie przedmieścia i miasteczka stanu Illinois, w których działaczki z klasy średniej stawiały sobie za cel pomoc uboższym Amerykankom, utrzymującym się często z zasiłków dla bezrobotnych. Charakterystyczna była także współpraca ze stowarzyszeniami społecznymi. Organizacje charytatywne przysyłały do klinik kontroli urodzeń swoje klientki. Centra medyczne działały

¹⁵² Report of Birth Control Committee.

¹⁵³ M.F. Norden, *Reproductive Freedom, Revisionist History, Restricted Cinema. The Strange Case of Margaret Sanger and Birth Control*, w: *Cultural Sutures: Medicine and Media*, red. L.D. Friedman, Durham 2004, s. 263–276

w budynkach domów osiedleńczych. Kliniki były prowadzone przez wolontariuszki ze stowarzyszeń charytatywnych. Organizacje społeczne zakładały swoje własne przychodnie. Stąd możemy stwierdzić, że kliniki kontroli urodzeń były częścią składową ówczesnej działalności charytatywnej, mającej na celu pomoc ubogim i najbardziej potrzebującym. Wpisywały się one także w tradycję kobiecego zaangażowania w rozwiązywanie problemów społecznych, zapoczątkowaną już w II połowie XIX w.

SUMMARY

Conscious Motherhood in Practice: Birth Control Clinics in the Interwar United States

The article presents and analyzes the establishment and development of a chain of birth control clinic in the United States. It argues that the main factors that contributed to the expansion of clinics offering contraceptive advice for married women were: the Great Depression and worsening economic conditions that affected American families at that time; engagement of social and professional groups such as doctors, social workers, Protestant clergy, female activists, judges; professionalization and standardization procedures that were employed in the clinics, medicalization of birth control. Contraception, presented as a means for solving salient social problems such as poverty, degeneracy, or poor housing conditions, started to be accepted by the broad public at the end of the 1930s.

The detailed description of clinics is presented on the basis of the sources pertaining to the state of Illinois and specifically its biggest city – multicultural, multiethnic, and industrial Chicago. The clinics that were set up in Chicago by the Illinois Birth Control League, social associations, charity organizations, settlement houses and hospitals were characterized by diversity and innovation. Clinics' patients background varied. The majority of women who sought contraceptive advice came from the lowest and poorest strata, from the families affected by unemployment or diseases. At large, they obtained contraceptives (*pessary*) free of charge. The dominance of women doctors and nurses in the clinics allow for treating them as a female sphere of medical expertise.