

Łukasiewicz, Dariusz

Medizin Gesellschaft und Geschichte",
Hans-Christoph Seidel, "Jahrbuch des
Instituts für Geschichte der Medizin der
Robert Bosch Stiftung". Beiheft 11, 1998
: [recenzja]

Medycyna Nowożytna 6/1, 163-173

1999

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.



RECENZJE I OMÓWIENIA

Hans-Christoph Seidel, *Eine neue „Kultur des Gebärens“*. *Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland*, Seria: Medizin Gesellschaft und Geschichte, Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Beiheft 11, Franz Steiner Verlag, Stuttgart 1998, ss. 431.

Recenzowana dysertacja pochodzi z seminarium historycznego Uniwersytetu w Bielefeld, co jest już standardową praktyką w niemieckiej historiografii, gdzie prace z historii medycyny powstają w obrębie historii kultury¹. Wyjście poza wąskie ramy tradycyjnej historii medycyny powoduje, że Seidel sytuuje swoje badania w kontekście historiografii ogólnej. Jak zostało odnotowane w tytule, autor widzi problemy związane z położnictwem w XVIII-XIX wieku w związku ze zjawiskiem medykalizacji (s. 12). Rozumie ją jako część procesu modernizacji, procesu cywilizacyjnego, właściwego wszystkim społeczeństwom przemysłowym i postindustrialnym. Proces medykalizacji ma pewną negatywną konotację, jako narzucanie sieci społecznej kontroli profesjonalnej medycyny (a więc grupy lekarzy) nie tylko nad chorobą, ale także nad prewencją, a więc jako nieustanny nadzór sprawowany dla zachowania zdrowia. Kreśląc te ramy autor deklaruje dług zaciągnięty u Michela Foucault i Ute Frevert. Ważne pozostaje w takim razie pytanie o relację między medykalizacją i postępem. Otóż Seidel nie kwestionuje pozytywnego wymiaru rozwoju położnictwa z perspektywy ograniczania śmiertelności. Wskazuje natomiast, że postęp nie był jakimś samodzielny, działającym czynnikiem historycznym, a jedynie jednym (a nie jedynym) z

¹ Równoległe do pracy Seidla powstała książka Evy Labouvie *Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt* (Köln 1998).

rezultatów procesu medykalizacji, którego geneza i cele zostały już scharakteryzowane. W stosunku do epoki nowożytnej proces medykalizacji oznacza społeczny awans medycyny z pozycji marginalnej, do roli panującej, a zarazem degradację medycyny „tradycyjnej” do roli medycyny alternatywnej. Autor nie ogranicza się jednak do negatywnej definicji medykalizacji, twierdząc, że była ona równocześnie procesem rozwojowym, tj. prowadzącym do obiektywnego polepszenia jakości świadczonych usług medycznych.

Proces ten zapoczątkowany został w II poł. XVIII w. przez sojusz między oświeceniowo-absolutystycznym państwem a lekarzami. W dziedzinie niemieckiego położnictwa centralnym zagadnieniem w XVIII stuleciu stała się śmiertelność okołoporodowa kobiet. W teorii kameralistycznej wzrost demograficzny stawał się przejawem siły państwa, stąd prowadziło ono politykę populacjonistyczną, tj. m.in. zmierzającą do ograniczenia śmiertelności. Takie było podłoże zjawiska medykalizacji w obszarze położnictwa, której elementem stała się profesjonalizacja, rozumiana jako zawodowa autonomia i monopolizacja rynku usług, a wreszcie standaryzacja naukowego wykształcenia (s. 16). W obszarze położnictwa nastąpił proces „paraprofesjonalizacji” położnych. Oznacza to, że posiadające dawniej niezależną pozycję położne poddane zostały autorytetowi i nadzorowi lekarza, a zarazem wprowadzono w stosunku do nich wymagania ukończenia szkoły położniczej i złożenia egzaminu, co służyło też ochronie położnictwa (s. 274–276). Wbrew występującym w historiografii feministycznym radykalnym tezom Seidel dowodzi, że położne nie uległy „marginalizacji” i „degradacji”, ponieważ aż do końca XIX stulecia zachowały daleko idącą niezależność w stosunku do lekarzy, którzy wzywani byli jedynie w wypadku komplikacji porodowych (s. 255–258). Na wsi położne cieszyły się bardzo często – ze względu na brak lekarzy – całkowitą niezależnością, a we wschodnich prowincjach Niemiec znaczna część z nich nie spełniała nawet kryteriów profesjonalnych i wykonywała swoje zajęcia bez odpowiedniej edukacji. Ograniczenie autonomii położnictwa nastąpiło dopiero w XX w. wraz z całkowitym przeniesieniem porodu do szpitala. Kolejne odnotowywane zjawisko, zauważone przez Maxa Webera, Gerharda Oestreicha i Michela Foucault, to „dyscyplinowanie”, oznaczające zmuszanie określonych grup ludności do korzystania z opieki położniczej, zwalczanie i wykluczenie lekarzy-laików. Tutaj centralnym problemem jest kwestia przymusu stosowanego w części zakładów położniczych wobec matek dzieci nieślubnych – podawano wówczas jako powód oba-

wę przed dzieciobójstwem. Np. w Marburgu w 1789 r. kara za złamanie nakazu wynosiła dla panien 20 rtl. albo 3 miesiące więzienia – rodzić miały w zakładach położniczych. Podobne zarządzenie w Bambergu funkcjonowało do 1859 r. (s. 165–166). Autor zauważa jednak, że przymus nie miał charakteru powszechnego i częściej kobiety korzystały z zakładów położniczych dobrowolnie.

W kwestii porównania modeli położnictwa tradycyjnego i nowoczesnego Seidel jest niezwykle ostrożny, ostrzegając przed „romantyzowaniem” tradycyjnego położnictwa (s. 75–82, 263). Zwraca uwagę, że również tutaj stosunek do położnych był niezwykle ambiwalentny – ze względu na kontakt z krwią uchodziły za nieczyste, zajmowały się też myciem zwłok, co uchodziło za zajęcie podłe.

Zasadniczą cechą modelu tradycyjnego położnictwa był wybór przez kobiety położnej ze społeczności lokalnej. Musiała ona spełniać pewne warunki, nie posiadała natomiast żadnego profesjonalnego wykształcenia. Autor przyznaje, że położnictwo było jedynym obszarem praw wyborczych i autonomii zawodowej kobiet, nie odmawia im też znacznych kwalifikacji praktycznych. Wskazuje jednak, że towarzyszyła im równa liczba przesądów i złego stosowania środków (np. przy dawkowaniu sporyszu). Uzasadniony był też zarzut, że tradycyjne położne chętnie przerywały poród naturalny przez ingerencję mającą na celu przyśpieszenie rozwiązania, np. przez podawanie pobudzających środków, ucisk brzucha, etc. Nie zmienia to faktu, że punktem wyjścia do medykalizacji było stworzenie negatywnego stereotypu tradycyjnej położnej wśród lekarzy, przez wysunięcie na plan pierwszy jej przesądów.

Autor wskazuje również, że medykalizacja nie była wyłącznie procesem narzuconym. Ze względu na ogromną umieralność niemowląt, liczne martwe urodzenia, śmiertelność matek, było na nią silne zapotrzebowanie – jej skutki w większym zakresie stały się jednak widoczne dopiero po roku 1880 (s. 72).

Dokładniej wypada zreferować ustalenia autora na temat bardzo istotnych barier w awansie położnictwa do niezależnej dziedziny medycyny, a także w opanowaniu rynku usług położniczych przez lekarzy mężczyzn. Proces medykalizacji akuszerii opóźniała znacznie pogarda, jaką otoczona była ona na uniwersytetach, jako rzemiosło „krwawe” i poślednie. Wśród lekarzy trwało było przekonanie, że poród jest sprawą kobiecą. Określenie „męski położnik” miało w środowisku lekarskim charakter inwektywy. Bariera miała też ścisły związek z moralnością w dzie-

dzinie seksu i tabu wstydu. Kiedy w prywatnej praktyce nie dochodziło z jego powodu nigdy do badania kobiet przed porodem, w zakładach i klinikach położniczych stało się to standardem, ponieważ przyjmowane tam kobiety musiały się podporządkować narzucanym im decyzjom. Autor zdecydowanie odrzuca jednak tezę, że stosunek lekarz – pacjent kształtował się tu jedynie na bazie przemocy. Podejmowano dziwaczne nawet przedsięwzięcia mające na celu odseksualnienie badania i zachowanie szacunku dla wstydu pacjentki – konstruowano przepierzenia osłaniające ciało badanej, izolowano ją od studentów, w czasie kontaktu z lekarzem miała też być, na ile to możliwe, ubrana (s. 141, 149–152, 286–291).

Zakłady położnicze miały niezwykle złą opinię, jako miejsca nierządu i występku, co wynikało z faktu, że powszechnie zdawano sobie sprawę, że trafiają do nich panny w ciąży, że – co uważano za haniebną – badania (w opinii publicznej były interpretowane jednoznacznie seksualnie) prowadzone są przez mężczyzn i że studenci mają tam ćwiczenia. Ograniczało to napływ kobiet do tych zakładów, w których n.b. z powodu gorączki połogowej występowała również znaczna śmiertelność (80% zgonów), a pacjentki traktowane były jak więźniarki (s. 167–168, 201, 291). Występowało tu swego rodzaju sprzężenie – zakłady miały opinię zdemoralizowanych, więc zaostrzano w nich dyscyplinę, aby tę opinię poprawić, co z kolei ponownie pogarszało napływ kobiet (s. 190–191). Aż do pocz. XX w. występowała tam wysoka śmiertelność okołoporodowa wynosząca 10–15% porodów, wynikająca przede wszystkim z dokładności statystyk zgonów, ale też z fatalnej kondycji przebywających tam kobiet – należących do najuboższych warstw społeczeństwa matek dzieci nieślubnych. Podobnie wysoka była jednak umieralność nieślubnych dzieci poza zakładami (s. 220–222).

Wyłącznym modelem porodu w położnictwie tradycyjnym był poród w domu. Od połowy XVIII stulecia pojawił się nowy model porodu przeprowadzanego w zakładzie położniczym, którego wzorem było jednak raczej więzienie, niż przytułek. Jego źródła nie miały jednak związku z profesjonalizacją zawodu. Ośrodki te miały w Niemczech zapobiegać dzieciobójstwu. W istocie matki nieślubne stanowiły gros klienteli zakładów położniczych, a z perspektywy zawodowej były to przede wszystkim służące, głównie pochodzące ze wsi (s. 181–188, 189–190). Również z tego względu zakłady miały umoralniać położnice a podstawowym modelem było „wychowanie przez pracę” na wzór „domów pracy”, będących po prostu więzieniami (s. 196).

Jak stwierdza Seidel dzieci nieślubne i dzieciobójstwo stały się wehikulem medykalizacji położnictwa (s. 112–113). Dopiero po 1830 r. zaczęły się pojawiać przypadki wskazań medycznych przy przyjmowaniu do zakładów położniczych (s. 172), a znaczny wzrost liczby mężatek wystąpił po roku 1860. Jednak jeszcze w 1890 r. w 10 pruskich uniwersyteckich zakładach położniczych zaledwie 16,5% kobiet stanowiły mężatki (s. 177–178).

Mimo że zakłady położnicze stały się zjawiskiem nowym, to nie objęły szerszego kręgu kobiet. W połowie lat 30-tych XIX w. na obszarze Niemiec 0,5% dzieci rodziło się w tych placówkach, co też stanowiło zaledwie 3,5% urodzeń nieślubnych i w dalszych dziesięcioleciach ten wskaźnik nie ulegał istotnym zmianom. Dopiero w 1896 r. dzieci urodzone w szpitalach przekroczyły liczbę 1% wszystkich urodzonych (s. 160–162). Inaczej wyglądała sytuacja z perspektywy wielkich miast, gdzie koncentrowały się urodzenia nieślubne. Np. w Berlinie lat 1829–1841 30% dzieci nieślubnych urodziło się w zakładach położniczych (s. 176).

Istotnym czynnikiem aktywizującym medykalizację było wytworzenie się w XIX w. koncepcji „charakteru płci”, które uczyniło z macierzyństwa centralny punkt w życiu kobiety². Ginekologia, która kielkowała w początku XIX w. a wykształciła się w jego połowie (zaczęły powstawać oddziały ginekologiczne jako konkurencyjne wobec położniczych) stała się silnie nasączoną ideologią nauką o spełnieniu kobiecego powołania. Zawierała tezy o psychice i możliwościach intelektualnych kobiety. Cięża, poród i pólóg określone zostały jako patologia, narażająca zdrowie kobiety i wymagająca ciągłego nadzoru lekarskiego. Nowo powołany „lekarz kobiecy” objął następnie kontrolą całość życia kobiety pod kątem jej funkcji rozrodczych (s. 117–121, 121–123, 309–310).

Warunkiem medykalizacji położnictwa było jego unaukowanie. Na uniwersytetach w Halle, Tybindze, Erlangen i Getyndze wykłady z położnictwa pojawiły się w I poł. XVIII stulecia, jednak jako inicjatywa poszczególnych chirurgów i anatomów, a nie władz. Odbywała się też recepcja wzorów francuskich. W II poł. XVIII w. i pocz. stulecia XIX następowało zakładanie klinik położniczych na uniwersytetach, w 1791 r. wprowadzono w Prusach egzaminy położnicze dla lekarzy (po ukończeniu dodatkowego kursu położniczego), którzy zgłosili chęć praktykowania akuszerii, a dopiero w 1852 r. jako obligatoryjne dla wszystkich lekarzy w tym państwie (s. 133–140, 276). Proces wyodrębniania

² Ute Frevert, *Mąż i niewiasta. Niewiasta i mąż. O różnicach płci w czasach nowoczesnych*, Warszawa 1997 (1995), s. 61–97.

położnictwa z chirurgii następował w XVIII w. W Getyndze już w 1786 r. lekarz uzyskiwał, jako odrębne, tytuły doktora medycyny, chirurgii i położnictwa (w Prusach stało się to dopiero w 1852 r.). Takie wyodrębnienie było jeszcze rzadkością, wykłady z położnictwa jako nieprestżowe były słabo uczęszczane (s. 281–285).

Podobnie kształcenie położnych w niektórych krajach niemieckich stało się normą już w II poł. XVIII w., a upowszechniło się w pocz. XIX w. (s. 239). Wielkość szkół określana była przez zapotrzebowanie na położne, tak by można było zrealizować je w ciągu 20–30 lat (s. 240–242). Autor zwraca uwagę, że sposób naboru do szkół często powielał wzorce tradycyjne i tak np. w Westfalii wybory kandydatki do szkoły dokonywały kobiety w danej gminie, w Hesji musiała być przez nie zaakceptowana. Ważna też pozostała nadal praktyka zawodowa – w Hesji między ukończeniem szkoły a uzyskaniem atestu przez położną mijало 5–10 lat (s. 243–244). Cechy te wymagane od kandydatek w szkołach pokrywały się w znacznym stopniu z dawnymi warunkami przyjęcia do zawodu. Należały do nich: delikatne, smukłe ręce, wysokie kwalifikacje „moralne” (jeszcze w 1883 r. w Prusach powtórzono zakaz przyjmowania do zawodu kobiet – dzieci nieślubnych), dobra konstytucja fizyczna (trwałość dawnego przesądu o „zapatrzeniu się”) – doszła do nich natomiast zdolność uczenia się, umiejętność czytania i pisania. Zlikwidowany został natomiast dawny główny warunek przyjęcia do zawodu – położna nie musiała już być kobietą, która sama rodziła. Jak zauważa Seidel, stało się to oczywiste w momencie, w którym nad położnymi przejęli nadzór lekarze-mężczyźni. W praktyce jednak chętniej przyjmowano do zawodu kobiety zamężne i wdowy i dopiero pod koniec XIX w. wzrosła liczba kobiet samotnych i młodszych. Charakterystyczne, że w poł. XIX w. wiek uczennic wynosił średnio 30–35 lat. Walory doświadczenia ścierały się z poglądem, że ważniejsze od praktyki jest odcięcie uczennic od tradycyjnych przesądów (s. 246–248). Ostatecznie autor wyraża wątpliwości, czy powstanie szkół położniczych poprawiło stan akuszerii. Zwraca uwagę na fakt niezwykle niskich uposażeń. Położne pobierały nierzadko nawet zapomogi z kasy ubogich, a ich pensje nie przewyższały uposażeń robotników dniówkowych – w epoce położnictwa „tradycyjnego” sytuacja nie przedstawiała się zresztą wcale lepiej. Ten stan rzeczy powodował, że do zawodu trafiały kobiety z nędzy, a nie ze zdolnościami, często trzeba je było najpierw poddać alfabetyzacji i powszechnie były narzekania na ich ograniczenie umysłowe. Sytuacja ta pobudziła długotrwałą dyskusję o potrzebie poprawy wynagradzania położnych, z której wszakże nic nie wynikło (s. 266–269). Autor zwraca również uwagę na

zjawisko „degeneracji” położnych – po powrocie na wieś wracały one mianowicie do praktyk tradycyjnych i przesądów, które cieszyły się dużą aprobatą ze strony ludności wiejskiej (s. 271–272). Już od pocz. XIX w. toczyła się wszakże dyskusja, czy nie należy kształcić lekarzy-kobiet. Hamująco wpływał na nią stereotyp płciowy, uznający kobietę za istotę niezdolną intelektualnie do sprostania tym funkcjom. Lekarze-mężczyźni obawiali się też powstania konkurencji (s. 268).

Zasadniczą kwestią z punktu widzenia historii ogólnej jest wyjaśnienie wpływu rozwoju niemieckiego położnictwa, a następnie ginekologii na zmniejszenie ogromnej umieralności noworodków i niemowląt oraz zmarłych na skutek porodu i w okresie połogu matek. Stwierdzić należy, że ta demograficzna strona problemu została przez autora bardzo zaniedbana. Jako kluczowy sposób ograniczania umieralności niemowląt uznał on karmienie piersią (s. 53–56). Jak zauważył, umieralność niemowląt geograficznie wzrastała z północy na południe. Stwierdza, że jej geografia związana była z przynależnością do protestantyzmu albo katolicyzmu. Wśród katolików mianowicie miało następować zaraz po urodzeniu przechodzenie na pokarmy nienaturalne i krowie mleko, co prowadziło do chorób infekcyjnych i przewodu pokarmowego, a w rezultacie zgonów. Długotrwałe – do dwóch lat – karmienie piersią wśród protestantów miało również poważny wpływ na zmniejszenie płodności kobiet, co z kolei dawało im szansę na lepszą opiekę nad dziećmi narodzonymi. Warto zauważyć, że centralnym tematem analizowanych poradników dla matek już od poł. XVIII w. było właśnie propagowanie karmienia piersią (s. 124) i że, jak zauważa autor, umiejętność czytania była powszechniejsza wśród protestantów niż katolików. Należy stwierdzić, że jak na tak zasadnicze kwestie, analiza Seidla jest nazbyt lakoniczna. Wyjaśnienie różnic w kulturze karmienia jest również połowiczne. Autor powiada jedynie, że katolicy częściej zdawali się na wyroki niebios wobec przyszłości własnego dziecka, co wydaje się wyjaśnieniem bardziej, niż powierchownym. Ogólną interpretację roli karmienia piersią potwierdza natomiast sytuacja wśród dzieci nieślubnych matek, które zwykle nie mogły spełnić tego zadania, a gdzie występowała ogromna umieralność niemowląt (s. 56). Niejako przy okazji autor przyznaje, że karmienie było uwarunkowane względami ekonomicznymi – kobiety z warstw niższych zmuszone były je przerywać, aby zająć się pracą (szczególnie często w wypadku matek dzieci nieślubnych) albo po prostu traciły pokarm.

Warto zauważyć, że Hans Medick to samo zjawisko – wzmożonej umieralności niemowląt z powodu przerwania karmienia

piersią (poświęcił mu dwadzieścia stron!) – zauważa w Wirtembergii. Szczegółowo analizowana przezeń społeczność miejscowości Laichingen była wszakże wyznania protestanckiego w formacji pietystycznej. Umieralność niemowląt osiągała i przewyższała tutaj w XVIII-XIX w. niewyobrażalną stopę 40%. Autor odnotowuje nawet opinie, że karmienie niemowląt papkami i krowim mlekiem było tu ukrytą formą dzieciobójstwa, a w każdym razie miało prowadzić do eliminacji dzieci słabszych. Z perspektywy religijnej zauważa, że śmierć dziecka w wieku niemowlęcym uważano za rzecz stosunkowo łatwą do zaakceptowania, ze względu na szczęście czekające je w niebie. Rodzice koncentrowali się natomiast na wychowaniu dzieci starszych³.

Warto wskazać na odsetek zgonów niemowląt w Wielkopolsce w latach 1800–1802 – 28,7% i 1875–1876 – 25,2%, znacznie przewyższający średnią w skali Niemiec z tego okresu⁴. Znacznie wyższą śmiertelność niemowląt w Wielkopolsce i na Pomorzu niż w zachodnich prowincjach Rzeszy odnotowuje Stefan Kowal⁵, co wiąże również z wyższą dzietnością (autor ten odnotowuje wyraźnie większą dzietność katolików w stosunku do protestantów w obrębie Wielkopolski i Pomorza).

Osobną kwestię stanowi sprawa sezonowości zgonów niemowląt, którą autor kwituje jednym zdaniem w przypisie (s. 54), a która wcale nie jest jasna. Np. wg badań Teresy Krotla w parafii bielawskiej na Śląsku w okresie 1766–1830 najmniejsza częstość zgonów niemowląt przypadała na okres sierpień – grudzień (najwyższa wiosną) i można to tłumaczyć ekonomicznie, natomiast miesiące zimowe nie wyróżniały się⁶. Z kolei w Warszawie (1760–1799) w parafii św. Krzyża sezonowa umieralność niemowląt zwiększała się w okresie letnim ze względu na zatrucia pokarmowe. Autor wskazuje również na oczywiste występowanie korelacji między sezonowością urodzeń i zgonów⁷.

Dodatkowej konfuzji dostarcza nam kwestia dzieci martwo urodzonych. Nieudanych porodów było mianowicie więcej na ob-

³ Hans Medick, *Weiben und Überleben in Laichingen 1650–1900*, Göttingen 1997, s. 355–377.

⁴ Mieczysław Kedelski, *Umieralność i trwanie życia ludności Wielkopolski w XIX wieku*, Poznań 1996, s. 30, 123.

⁵ Stefan Kowal, *Spółczesność Wielkopolski i Pomorza Nadwiślańskiego w latach 1871–1914*, Poznań 1982, s. 20–24, 219–225.

⁶ Teresa Krotla, *Ludność parafii bielawskiej w latach 1766–1830*, Sobótka, 4, 1991, s. 435; całkiem podobną zależność uzyskał dla Skandynawii Arthur Erwin Imhof, *Aspekte der Bevölkerungsentwicklung in den nordischen Ländern 1720–1750*, Bern 1976, Bd. 1, s. 475.

⁷ Cezary Kuklo, *Rodzina w osiemnastowiecznej Warszawie*, Białystok 1991, s. 157–159.

szarach protestanckich. Seidel wyjaśnia (s. 47), że wynikało to z odmienności religijnych – w katolicyzmie uniemożliwiano pochowanie na cmentarzu dzieci nieochrzczonych, że często fałszowano rezultaty porodu i podawano, że dziecko urodziło się żywe. Warto zauważyć, że w grę mogły wchodzić i inne względy – w świetle badań Jana Baszanowskiego w Gdańsku II poł. XVIII w. odnotowywano poniżej 3% urodzeń martwych, ponieważ często nie wyodrębniano ich w formularzach spośród innych zgonów. Już w latach 1841–1846 odsetek martwych urodzeń wzrósł tu do 5,5%, co tłumaczy się jakością rejestracji⁸. Dodać można wreszcie, że autor pomiął kwestię chorób dziecięcych wieku niemowlęcego, które stanowiły przecież również przedmiot zainteresowania położnictwa.

Kwestią całkiem elementarną jest stwierdzenie przez autora utrzymywania się w długiej perspektywie od schyłku XVIII do końca wieku XIX wysokiej umieralności niemowląt – w Prusach wynosiła ona w I poł. XIX w. 16,7%–18,9% urodzonych, by wzrosnąć nawet do roku 1870 do 21,2% i spaść dopiero w pierwszym dziesięcioleciu XX w. do 16,7%. I w wypadku martwych urodzeń ich liczba utrzymywała się na podobnym w różnych rejonach Niemiec poziomie – 3–5% przez cały XIX w. Podobnie było z śmiertelnością okołoporodową kobiet. W rezultacie autor zasadniczo przychylił się do wniosku, że oznaczało to brak większych rezultatów w skuteczności funkcjonowania położnictwa. Są to jednak uwagi rozproszone, nie ujęte z jedno zagadnienie, a w zakończeniu kwestia nie została nawet odnotowana. Problem tymczasem występuje. Autor bowiem wskazuje – również mimochodem – że ocena rozwoju położnictwa za pomocą analizy umieralności niemowląt i martwych porodów byłaby nazbyt uproszczona. Wynika to z wzrostu demograficznego XIX stulecia, pogorszenia sytuacji części kobiet na skutek procesów urbanizacji, a więc migracji, czy gwałtownego wzrostu liczby dzieci nieślubnych. Autor mógłby zapytać (ale nie zapytał) w jakim stopniu wzrosła umieralność, gdyby nie rozwój położnictwa?

Ostatecznie analizę rozwoju położnictwa otrzymujemy za pomocą być może bardziej adekwatnych wskaźników, niż ocena liczby zgonów w początkowym okresie życia. Seidel zauważa, że gruntowna poprawa sytuacji do połowy XIX w. nastąpiła w pierwszym rządzie w dużych miastach, co łagodziło powstawanie w ciągu XIX stulecia silnie zagęszczonych niezdrowych aglomeracji,

⁸ Jan Baszanowski, *Przemiany demograficzne w Gdańsku w latach 1601–1846*, Gdańsk 1995, s. 246–247.

tak że zwolna niwelowana nawet była dawna prawidłowość wyższej niż na wsi umieralności w miastach. Np. w Saksonii w 1819 r. jeden lekarz (działali głównie w miastach) przypadał na 9992 osoby, a w 1855 r. 1/3439 osób; w Prusach w 1824 r. – 1/9312, w 1852 – 1/4573 (s. 315). Ogromne i trwałe dysproporcje występowały na linii wschód-zachód. W 1824 r. w rejencji królewieckiej 1 lekarz przypadał na 1321 km kw., gdy w Düsseldorfie na 71 km kw. W Nadrenii w 1887 r. 1 położna przypadała na 10, 37 km kw., w prowincji poznańskiej na 45,82 km kw. W Prusach Wschodnich w tym czasie wręcz tylko część porodów przyjmowana była przez położne licencjonowane (s. 316–317, 324). Z kolei w wypadku położnych wzrost demograficzny wyprzedzał ich liczbę – Seidel tłumaczy to faktem przypisanej im rejonizacji i braku konkurencji. Sytuacja ulegała więc poprawie w miastach, a położne pracowały przede wszystkim na wsi. Pogorszenie stosunku liczbowego zarówno położnych, jak i lekarzy do liczby mieszkańców (widoczne szczególnie w Prusach) nastąpiło w II poł. xix w. i trwało aż do 1880 r. (s. 319–322). Kolejnym wskaźnikiem jest liczba porodów przyjmowanych przez lekarzy. W I poł. XIX w. było ich 3–6%, w 1905 r. ich liczba wzrosła, np. w Prusach do 7,98%. Odpowiednie różnice występowały na osiach wschód-zachód oraz miasto-wieś (s. 326).

Ważnymi innowacjami, podnoszącymi poziom położnictwa ale zarazem stanowiącymi handicap lekarzy w stosunku do położnych stały się najpierw kleszcze porodowe odkryte w latach 1721/1723, następnie odkrycie, że stetoskop umożliwia kontrolę bicia serca dziecka (1821 r.), odkrycie infekcyjnego charakteru gorączki połogowej (1847 r.), a następnie antyseptyka upowszechniona po roku 1870 (s. 140, 200–201, 215, 217). Seidel wskazuje też na występowanie okresowych regresów spowodowanych modą na innowacje techniczne. Pojawienie się kleszczy doprowadziło do ich bardzo znacznego nadużywania. Już w pocz. XIX stulecia wykształciły się dwie przeciwstawne szkoły na ten temat. F.B. Osiander optował za używaniem kleszczy, L.J. Boer był zwolennikiem porodu naturalnego i odwoływania się do tego narzędzia wyłącznie w ostateczności. I on jednak w świetle dzisiejszych standardów znacznie go nadużywał (s. 294–296). Brak dostatecznej wiedzy powodował, że przy zastosowaniu kleszczy gwałtownie wzrastała śmiertelność okołoporodowa. Wynosiła ona 15–35% urodzeń w różnych miastach; podobnie przy dokonaniu obrotu płodu – 42–65%. Gruntowna poprawa w tym zakresie nastąpiła po roku 1870 (s. 357–359).

Starania autora o ocenę zmian jakościowych w położnictwie wychodzą znacznie poza znane metody demografii historycznej,

które pozwalają stwierdzić jedynie rolę czynników mentalnościowych, gospodarczych, czy klimatycznych w śmiertelności okołoporodowej. Równocześnie właśnie z tego powodu kwestia oceny znaczenia położnictwa, w stosunku do innych przesłanek umiERALNOŚCI i jej ograniczania jest w pracy słabo opracowana, na co niewątpliwie rzutuje cała koncepcja medykalizacji, ogarniająca zjawiska różnego rodzaju. Biorąc pod uwagę wysunięte zastrzeżenia, pracę Seidla ocenić należy jednak pozytywnie. Umiejscawia ona dzieje położnictwa w procesie dziewiętnastowiecznej modernizacji, a więc w szerszym kontekście badań historycznych. Wychodzi dalece poza tradycyjne formy badań polegające na referowaniu innowacji technicznych, ustaleń prawnych i instytucjonalnych odnoszących się do historii medycyny, podawaniu biografii jej wybitnych przedstawicieli, wreszcie, w bardziej modernistycznej wersji, mechanicznego odnotowywania wzrostu statystycznych wskaźników poziomu zdrowotności. Z polskiego punktu widzenia recenzowana monografia daje istotny kontekst dla oceny rozwoju tej dziedziny medycyny na ziemiach polskich pod zaborem pruskim.

Dariusz Łukasiewicz

(Poznań)