https://doi.org/10.56514/cch.123.01.02

STUDIE

Španělská chřipka v Čechách perspektivou úmrtních matrik v letech 1910–1925

TEREZA KOPECKÁ

Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, Praha

TEREZA KOPECKÁ: The Spanish Flu in Bohemia through the Perspective of Death Registers in 1910–1925

The Spanish flu pandemic hit Prague in the autumn of 1918, killing thousands. With World War I ending and the collapse of the Austro-Hungarian Empire, the least favourable conditions for its peaceful management and thorough documentation had been created. The result of these circumstances is a number of questions that we will probably never answer, because the impact of war and pandemic on society is very difficult to distinguish. The regional specificity of the course of the pandemic and its experience is enormous. The death register of the General Hospital in Prague can help to clarify some questions related to Prague and Bohemia. To be able to distinguish the impact of war and pandemic as best as possible, this study expanded its interest to the years 1910–1925 and specifically monitored the pre-war, war, flu, and post-flu conditions. Based on the data provided in the

registers, it points to social factors that probably influenced the course and experience of the Spanish flu.
Keywords: Spanish flu – death register – historical demography – social scheme – maids

„Dr. Prusík: Pneumonie při chřipce jeví se i se stanoviska klinického jinak, než pneumonie typická kruposní: na klin. prof. Thomayera[1] bylo léčeno 114 př., z nichž 39 zemřelo, je tedy mortalita velmi značná (29% oproti 12% při pneum. crouposa); nápadným je mimo to poměrně nepatrný nález fysikální, takže je velký nepoměr s path. anat. nálezem na mrtvole. – Therapie je posud více méně bezmocná."

(Časopis lékařů českých, 21. 12. 1918)[2]

Španělská chřipka nebyla jen jednou z mnoha pandemií v historii lidstva. Odehrála se ve vypjaté době a stala se fenoménem, který se údajně promítl do biologického života světové populace více než první světová válka.[3] Sociální a kulturní dopad španělské chřipky se ale s tragickou první světovou válkou, krizí humanity, nemohl rovnat. A jaký měla chřipka vliv na populaci, pokud na ni nahlédneme v horizontu dekád a proměn struktury populace, je prozatím velkou neznámou.

Tato studie nahlíží na společnost zasaženou španělskou chřipkou prizmatem smrti, s použitím metod historických, sociologických a historicko-demografic-

1 Tehdejší II. interní (přesněji řečeno „lékařská") klinika Lékařské fakulty české Karlo-Ferdinandovy univerzity.

2 Časopis lékařů českých (dále ČLČ) 57, č. 51, Praha 21. 12. 1918, s. 873.

3 Těžko lze konfrontovat počet obětí války a pandemie napříč zeměmi, které měly odlišný systém rekrutace a odlišný průběh pandemie. Velké oborové instituce uvádějí dnes již kanonická globální čísla – 50 milionů obětí pro španělskou chřipku a 25 milionů jako bezprostřední důsledek války. Tato čísla ale mohou být zavádějící. V českých zemích, kde byla vojenská služba povinná, ztráty vojska velké, v některých oblastech doslova hladomor a k tomu všeobecný obrovský pokles porodnosti, je výsledná demografická ztráta vypočítána na 910 000 osob, z toho 300 000 padlých. Viz *Demografický obraz zemí Koruny české za první světové války v publikaci ČSÚ*, https://www.czso.cz/csu/czso/demograficky_obraz_zemi_koruny_ceske_za_prvni_svetove_valky_v_publikaci_csu (26. 4. 2023). Podle H. Salfellnera je rozpětí jednotlivých odhadů počtu obětí španělské chřipky od 44 000 do 82 648 úmrtí civilního obyvatelstva, válka je tedy v českých zemích jednoznačně významnější. Viz Harald SALFELLNER, *Odhad počtu obětí španělské chřipky v českých zemích v letech 1918 až 1920*, Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje 62, 2020, č. 3, s. 182–196. Tyto dva údaje se liší téměř přesně o řád, ve prospěch války.

kých. Hrubou demografickou strukturu obětí sice známe už z dobových statistik, ta ale nebrala v potaz řadu faktorů, které nás dnes zajímají, a navíc udělala řadu chyb. V úvahu vzala evidentně pouze povinně hlášené případy, pohlaví obětí posuzovala takřka naivně (bez věkové struktury) a detaily jako sociální status obětí nebo rizikové faktory nám zůstaly zcela utajeny.[4]

Má smysl sledovat průběh pandemie a sociální determinanty, ovlivňující její průběh, v jediné nemocnici, která poskytuje péči nevelkému regionu uprostřed Evropy? Rozhodně ano. Důvodem je končící první světová válka, která nuceně dislokovala masy obyvatel napříč Evropou, bránila obchodu, cestování a migraci, a zásadním způsobem tak pozměnila cesty šíření infekčních onemocnění.

Předpoklady pro regionální specificitu průběhu pandemie, která byla obrovská,[5] byly ovšem vytvořeny ještě dříve. Už od začátku první světové války se hospodářská a zásobovací situace v Evropě vyvíjela různě. Zvláště rizikové byly oblasti uzavřené za „hladovou blokádou" – ústřední mocnosti.[6]

Regionální porovnání válečného hladovění můžeme nepřímo nalézt ve *Zprávě o zdravotních poměrech hlav. města Prahy*, a to v grafu znázorňujícím mortalitu tuberkulózou v různých evropských městech. Tuberkulózu můžeme považovat za spolehlivý marker malnutrice (podvýživy).[7] Mortalita tuberkulózou podle grafu nejvýrazněji stoupala v Plzni (kterou tedy považujme za nejhladovější), o něco méně ve Vídni. Zde stojí za povšimnutí, že notoricky známý vídeňský hladomor není „vítězem" tohoto porovnání. Méně stoupala mortalita tuberkulózou v Praze, ještě

4 Tyto výtky se vztahují především ke statistickým údajům, které uvádí *Zpráva o zdravotních poměrech hlav. města Prahy v letech 1910 až 1925*, Praha 1928.

5 Přehledně a srozumitelně ukazuje průběh pandemických vln v USA například Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hlavním rozdílem oproti „české" španělské chřipce jsou tři vlny namísto dvou. Více zde: https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/three-waves.htm (26. 4. 2023). Detailní údaje nacházíme v níže citované práci Andrewa Noymera a Michela Garenne. Podobnou situaci s určitým zpožděním prožila Velká Británie. Shrnuje ji například tento článek z BBC: https://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-46265074 (26. 4. 2023). Situace ve Francii se podobala českému průběhu. Berlín zaznamenal opět jiný průběh elevace mortality.

6 O hladové blokádě detailně pojednává řada recentních publikací, například: Mary Elisabeth COX, *Hunger Games: Or How the Allied Blockade in the First World War Deprived German Children of Nutrition, and Allied Food Aid Subsequently Saved Them,* The Economic History Review 68, 2015, č. 2, s. 600–631.

7 Vliv podvýživy na incidenci tuberkulózy z biologického i historického hlediska excelentně shrnuje tento článek: Pranay SINHA – Juliana DAVIS – Lauren SAAG et al., *Undernutrition and Tuberculosis: Public Health Implications*, The Journal of Infectious Diseases 219, 2019, č. 9, s. 1356–1363, https://doi.org/10.1093/infdis/jiy675.

méně v Brně a nejmenší ze všech zakreslených vzestupů je přiřazen k Londýnu.[8] Asociace malnutrice a vnímavosti vůči všem typům infekcí je zcela akceptovaná věc.[9]

Dosavadní zpracování tématu

V západní Evropě a USA byly v uplynulých dekádách publikovány četné studie a monografie na téma španělské chřipky jak s globálním, tak s lokálním zaměřením. Zajímavé na nich je, že práce publikované před pandemií SARS-CoV-2 obvykle srovnávají španělskou chřipku s AIDS, zatímco ty pozdější s onemocněním COVID-19. Zvláštní místo mezi monografiemi zaujímá práce *The Spanish Influenza of 1918–1919: New Perspectives*, jejímiž editory byli Howard Phillips a David Killingray.[10] Dílčí studie, ze kterých se skládá, vytvářejí pestrý obraz konceptů a metod a mapují pandemii po celém světě, ačkoli jdou poměrně málo do hloubky.

Mnoho dalších knih se demografickým změnám věnuje velmi okrajově anebo vůbec, pravděpodobně s ohledem na globální měřítko, ve kterém o pandemii pojednávají.

Průběh pandemie na pozadí irské revoluce a války brilantně popsala Ida Milneová v knize *Stacking the Coffins*.[11] Tato kniha ovšem prezentuje diametrálně odlišný průběh a prožívání pandemie – v zemi, která neprožívá těžkou existenční krizi, v zemi, která není pod informačním embargem a kde volně vychází tisk a důsledně se vykazují údaje.

Články časopisecké se pandemií zabývají i z hlediska kvantitativního – epidemiologického,[12] ale jejich slabinou je, že pracují s povinně hlášenými údaji a na problematiku se dívají poněkud „z dálky", tj. bez zohlednění sociální reality v pozadí čísel. Matematizované údaje vytvářejí klamnou iluzi pravdivosti, přesnosti a vý-

8 *Zpráva o zdravotních poměrech hlav. města Prahy*, s. 379–380.

9 Marwa K. IBRAHIM – Mara ZAMBRUNI – Christopher L. MELBY – Peter C. MELBY, *Impact of Childhood Malnutrition on Host Defense and Infection*, Clinical Microbiology Review 30, 2017, č. 4, s. 919–971.

10 Howard PHILLIPS – David KILLINGRAY (eds.), *The Spanish Influenza Pandemic of 1918–19: New Perspectives,* London 2003.

11 Ida MILNE, *Stacking the Coffins: Influenza, War and Revolution in Ireland, 1918–19*, Manchester 2018.

12 Slavojka BESTIC-BRONZA, *Spanish flu 1918–1919: Aspects of demographic implications*, Scripta Medica 51, 2020, s. 110–119.

povědní hodnoty, ačkoli jsou ve skutečnosti fiktivní a přinejmenším reduktivní.[13] Přestože některé z těchto prací zohlednily problematický koncept povinného hlášení, žádná se nevydala cestou analýzy velkého primárního pramene ve smyslu historické demografie – kromě jediné, která analyzovala velmi omezený soubor dat.[14] I přesto některé docházejí k zajímavým výsledkům.

Největší přínos, zvláště proto, že do hloubky studuje interferenci španělské chřipky a tuberkulózy, má pojednání Andrewa Noymera a Michela Garrenne.[15] Tito autoři pracují s oficiálními statistikami, ale zacházejí s nimi velice obezřetně a poučeně. Andrew Noymer o devět let později upřesnil fenomén interference španělské chřipky a tuberkulózy v další studii.[16] Na precizně zpracované a promyšlené výsledky obou autorů navazuje studie Ashley Brennamanové,[17] která se zaměřuje mimo jiné na otázku komorbidit, a její výsledky do značné míry odpovídají jevům pozorovaným v této práci. Demografickou strukturu obětí v západní Evropě přehledně shrnuje text Antona Erkoreky.[18]

Na sociální jevy v pozadí pandemie se velice invenčním, ačkoli do našich podmínek neaplikovatelným způsobem zaměřila práce Kyry Grantz a jejích kolegů.[19] Autoři zvolili k analýze negramotnost, která v českých zemích v první třetině dvacátého století nehrála klíčovou roli. Inspirativní je na této práci využití Poissonovy regrese.[20]

---

13 Trefně tento jev popisuje Arthur Stinchcombe ve své monografii, kritizující nepromyšlené přístupy ke kvantitativní historii a vytváření analogií. Viz Arthur L. STINCHCOMBE, *Theoretical methods in social history*, New York 1978, s. 4–7.

14 S úmrtní matrikou pracuje jedna z níže citovaných studií, bere však bohužel v úvahu pouze údaj o místě úmrtí. Viz Matteo MANFREDINI, *The Spanish flu and the health system: Considerations from the city of Parma, 1918*, Demographic Research (dále jen DemRes.) 47, 2022, článek 32, s. 1009–1018.

15 Andrew NOYMER – Michel GARENNE, *The 1918 influenza epidemic's effects on sex differentials in mortality in the United States*, Population and Development Review 26, 2000, č. 3, s. 565–581.

16 Andrew NOYMER, *Testing the influenza-tuberculosis selective mortality hypothesis with Union Army data*, Social science & medicine 68, č. 9, 2009, s. 1599–1608.

17 Ashley BRENNAMAN, *Doomed to Die?: An Examination of Demographics and Comorbidity During the 1918 Influenza Pandemic in Milwaukee, Wisconsin*, Field Notes: A Journal of Collegiate Anthropology 10, 2019, článek 13.

18 Anton ERKOREKA, *The Spanish influenza pandemic in occidental Europe (1918–1920) and victim age*, Influenza Other Respir Viruses 4, 2010, č. 2, s. 81–89.

19 Kyra GRANTZ – Madhura S. RANE – Henrik SALJE et al., *Disparities in influenza mortality and transmission related to sociodemographic factors within Chicago in the pandemic of 1918*, Proc Natl Acad Sci USA 113, 2016, č. 48, 13839–13844.

20 Poissonova regrese, také známa pod názvem log-lineární regrese, je statistická metoda, která analyzuje data vznikající například na základě událostí, které se odehrají v dlouhých časových inter-

Problematikou španělské chřipky a umírání v nemocnici se zabývá studie Mattea Manfrediniho, která popisuje situaci v italské Parmě.[21] Zajímavé je, že v tomto prostředí měli „chudí" (což je souhrnný pojem zcela jistě označující nejen hmotně, ale i jinak slabé, ohrožené a marginalizované osoby a skupiny) vyšší šance na to, že zemřou doma, zatímco ve výsledcích ze všeobecné nemocnice uvidíme spíše opačný trend: nejchudší a nejohroženější osoby se do nemocnice dostaly častěji, pravděpodobně následkem sociální exkluze.[22]

Specificky českému prostředí se věnuje relativně recentní dizertační kniha *Španělská chřipka* Haralda Salfellnera,[23] která je prakticky jedinou velkou českou publikací, zaměřující se čistě na španělskou chřipku, ale vzhledem k jejímu odlišnému zaměření zde detailní demografické detaily nenacházíme. Ty jsou naopak soustředěny v další Salfellnerově práci.[24]

Velice důležitou úlohu hrají v této studii služky coby profesní a sociální skupina. Souhrn západoevropského bádání v uplynulých padesáti letech poskytuje práce Raffaelly Sarti.[25] Avšak literatury, která by se věnovala historii okrajových sociálních skupin, není mnoho, jak správně vystihla Ludmila Fialová.[26] Cenným počinem pro téma služek je dizertační práce Naděždy Machkové Prajzové.[27] Na mno-

valech. Výsledky této analýzy poskytují „prostorový" a velmi přesný obraz poměru rizik za různých situací. Detailní údaje o Poissonově regresi zde: https://stats.oarc.ucla.edu/r/dae/poisson-regression/ (1. 5. 2023).

21 Matteo MANFREDINI, *The Spanish flu and the health system: Considerations from the city of Parma, 1918,* DemRes. 47, 2022, článek 32, s. 1009–1018.

22 Zde je potřeba dávat pozor na konotaci „úmrtí doma". Tento pojem měl v historii mnoho významů: ve starší době především „zemřít bez pomoci" anebo „zemřít neléčen". Institucionalizace umírání se problematizovala až ve zcela nedávné době a teprve tehdy se objevil nový význam, a sice úmrtí v kruhu rodiny jako symbol dobré smrti. Manfredini ovšem svou studií adresoval dříve zmíněné významy. Pro tuto studii je citovaný diskurz významný zejména proto, že pro pražské služky se zjevně stala nemocnice „odkladištěm", kam je posílali jejich zaměstnavatelé, kteří jim odmítli poskytnout péči. Pro ně ovšem protiváhou nemocnice nebyl domov, který často neměly, ale rodina zaměstnavatele.

23 Harald SALFELLNER, *Španělská chřipka. Příběh pandemie z roku 1918*, Praha 2018.

24 TÝŽ, *Odhad počtu obětí španělské chřipky,* s. 182–196.

25 Raffaella SARTI, *Historians, Social Scientists, Servants, and Domestic Workers: Fifty Years of Research on Domestic and Care Work*, International Review of Social History 59, 2014, č. 2, s. 279–314.

26 Ludmila FIALOVÁ, *Domácí služebnictvo v českých zemích na přelomu 19. a 20. století ve světle statistik*, Historická demografie 26, 2002, s. 147–166.

27 Naděžda MACHKOVÁ PRAJZOVÁ, *Služebná v pražské měšťanské domácnosti na přelomu 19. a 20. století. Identita, sociální mobilita a životní styl*. Dizertační práce, Filozofická fakulta UK, Praha 2009.

ha místech svých děl zmiňuje služky Milena Lenderová.[28] V obecnější rovině je přínosná i její publikace věnovaná válečnému dětství.[29]

Protože v pozadí zdravotního stavu obyvatel Prahy a Čech stála ve významné míře výživa, je relevantní i práce Rudolfa Kučery *Život na příděl*,[30] jež se primárně věnuje problematice dělnické třídy, ale nezapomíná ani na širší pojetí sociálně slabých skupin včetně promíchání sociálních tříd během první světové války. Do značné míry osvětluje některé sociální determinanty podvýživy a následného špatného zdravotního stavu.

Prameny a metodologie

Stěžejní pramen této studie představují úmrtní matriky Všeobecné nemocnice v Praze, z nichž jsem excerpovala veškeré relevantní údaje z let 1910–1925.[31] Výběr tohoto období měl hned několik důvodů.

Prvním důvodem byla nutnost rozeznat čtyři etapy vývoje: dobu předválečnou, válečnou, chřipkovou a pochřipkovou. Základní hypotéza, určující strukturu a prameny této studie, je, že výše uvedená období se významně lišila ve smyslu demografické struktury zemřelých ve Všeobecné nemocnici a že tato množina zemřelých široce vypovídá o tehdejším životě, společnosti a zdravotních rizicích.

Na první pohled se může zdát, že úmrtní matrika je jako sériový pramen jen souhrn položek, které se hodí výhradně k numerickému zpracování, ale ve skutečnosti tomu tak není. Osobní příběh zemřelého ze zápisu někdy doslova vyzařuje, protože úmrtní diagnóza může vypovídat o jeho životě i na desítky let zpět. Také profese[32] a případná poznámka matrikáře může říct hodně. Snadno se vžijeme do tragického osudu Anny Friesové, která zemřela 29. 4. 1911 na následky těžkého

28 Kupříkladu Milena LENDEROVÁ, *K hříchu i k modlitbě. Žena devatenáctého století,* Praha 2016.

29 Milena LENDEROVÁ – Martina HALÍŘOVÁ – Tomáš JIRÁNEK, *Vše pro dítě! Válečné dětství 1914–1918*, Praha – Litomyšl 2015. (rec. ČČH 114, 2016, č. 3, s. 855–856.)

30 Rudolf KUČERA, *Život na příděl. Válečná každodennost a politiky dělnické třídy v českých zemích 1914–1918*, Praha 2013. (rec. ČČH 112, 2014, č. 1, s. 141–143.)

31 Archiv hlavního města Prahy (dále jen AHMP), fond (dále jen f.) 156, Sbírka matrik, katolické, vnitřní obvody, Praha II – Nové Město, Všeobecná nemocnice, NEM Z7 (1907–1911), NEM Z8 (1911–1915), NEM Z9 (1915–1918), NEM Z10 (1918–1920), NEM Z11 (1920–1922), NEM Z12 (1922–1926).

32 V této studii označuji pojmem „profese" jakékoli povolání. Nejde tak o označení specifického povolání, které prošlo procesem profesionalizace, ale o „profesi v širším slova smyslu".

kraniocerebrálního poranění (*dilaceratio cerebri*, doslova roztržení mozku) s poznámkou „utlučená od šíleného muže".[33] Příběh v pozadí úmrtí třináctileté Majdalény Hudlické, která 2. 10. 1916 podlehla komplikacím pohlavní choroby (peritonitida z gonoroické parametritidy), už je více tušený než čtený, ale těžko se ubráníme myšlence na proběhlé násilí.[34] Můžeme opatrně nahlížet i na profesní dynamiku. O Anně Suché, která 28. 10. 1914 podlehla jaterní cirhóze a luetickému zánětu aorty, můžeme s určitou mírou pravděpodobnosti prohlásit, že než se vdala za kupce, prožila divoké mládí.[35] Tyto průhledy do životních příběhů dodávají matrice jakožto prameni plasticitu a autenticitu. Lze namítnout, že Všeobecná nemocnice v Praze se nespecializovala na léčbu infekcí. K tomuto účelu měla Praha specializovaná pracoviště: infekční pavilony nemocnice Na Bulovce a Vinohradské nemocnice. Dokonce od roku 1913 platil zákon, který tuto alokaci infekčních nemocných stanovoval. Na seznamu infekcí, kterými se zabýval, ale chřipka není.[36]

Pozorováním dobových událostí dojdeme k závěru, že zdaleka ne všechny infekční stavy se soustředily na specializovaných pracovištích za standardních podmínek.[37] Nemocní také nemuseli přijít do Všeobecné nemocnice, aby se léčili na španělskou chřipku. Chřipka byla i běžnou nozokomiální infekcí.[38] A na vrcholu pandemické vlny, kdy téměř 100 % zemřelých ve Všeobecné nemocnici umíralo na španělskou chřipku, je zbytečné uvažovat o alokaci nemocných. Zřejmě se nacházeli úplně všude. Metodologickým předpokladem této studie je, že „otevřený systém" nemocnice umožňuje o to přesněji reflektovat situace a trendy ve společnosti.

Druhým důvodem k výběru těchto matrik je existence lokálního referenčního pramene, kterým je *Zpráva o zdravotních poměrech hlav. města Prahy v letech*

33 AHMP, f. 156, Sbírka matrik, katolické, vnitřní obvody, Praha II – Nové Město, Všeobecná nemocnice, NEM 27, s. 374, http://katalog.ahmp.cz/pragapublica/permalink?xid=F444A0EF286-A4563A73BC62E4887EE48&scan=380#scan380 (1. 5. 2023).

34 Tamtéž, NEM Z9, s. 143, http://katalog.ahmp.cz/pragapublica/permalink?xid=BDF6E8CE-98DE41829DF9CCD171440BB6&scan=146#scan146 (1. 5. 2023).

35 Tamtéž, NEM Z8, s. 279, http://katalog.ahmp.cz/pragapublica/permalink?xid=7EAF13396-AB241F78BF7E10AAA6AE41B&scan=284#scan284 (1. 5. 2023).

36 Zákonník říšský pro království a země v radě říšské zastoupené. Vídeň: Císařská královská tiskárna dvorní a státní 1913, č. 67, 25. 4. 1913, Částka XXXII, s. 221.

37 Zde narážím na svou práci o endemické nákaze břišním tyfem, která postihla studentskou menzu na Albertově v létě roku 1922. Přestože břišní tyfus byl už tehdy jednoznačně diagnózou indikovanou k léčbě na specializovaném infektologickém pracovišti, většinu dokumentovaných obětí jsem dohledala právě ve Všeobecné nemocnici. Viz Tereza KOPECKÁ, *Břišní tyfus v albertovské menze*, ČLČ 157, 2018, č. 8, s. 432–438.

38 ČLČ 58, 26. 4. 1919, č. 17, s. 372.

1910–1925.[39] Její kontinuita a použitelnost samozřejmě není dokonalá vzhledem ke vzniku Velké Prahy v roce 1922, který omezuje souměřitelnost dat. Přesto je přínosná a na několika místech této studie ji využívám.

Třetím důvodem je existence referenčního pramene na celostátní úrovni.[40] V roce 1925 byla Státním úřadem statistickým publikována *Statistická příručka republiky Československé*,[41] která obsahuje relevantní referenční údaje z let 1910 až 1925, nazírané optikou roku 1925. Pokrývá tak zcela, ať datově nebo koncepčně, sledované období (nicméně z důvodu válečného výpadku a bezradnosti v některých poválečných záležitostech, třeba právě v otázce španělské chřipky, tam řada zásadních údajů chybí).

Rovněž výběr stěžejního pramene má své opodstatnění. Všeobecná nemocnice v Praze byla velká a velmi ambiciózní fakultní nemocnice s vysokou (podle charakteru zápisu prakticky stoprocentní) propitvaností,[42] její diagnózy tedy nejsou orientační nebo anamnestické, ale „jisté"; tak, jak je dobová patologická anatomie dokázala diagnostikovat. Nemocnice přitom neměla specifické oborové zaměření, a proto v jejím provozu můžeme vidět koncentrát společnosti (kromě dětí) s jejími klíčovými zdravotními problémy. Poskytovala přitom zdravotní péči nejen Pražanům, ale i obyvatelům celých Čech.

Kdyby to bylo možné, bylo by ideální konfrontovat úmrtní matriky s knihami „života", například s přijímacími protokoly nebo evidenčními knihami pacientů. Fond č. 1095 *Všeobecná fakultní nemocnice Praha* v Archivu hlavního města Prahy sice podobné dokumenty obsahuje, je ale fragmentární a ke sledovanému období se vztahuje minimum dokumentů, což není přínosné.

Jak jsem naznačila v kapitole věnované dosavadnímu stavu bádání, k některým subtématům získáváme prameny velmi obtížně. Často se hovoří o této nesnázi v případě marginalizovaných skupin, které jsou z historie absencí pramenů prakticky vymazány. A právě to platí u profesně-sociální skupiny služek, která se v této studii jeví jako významná. K vysvětlení jevů pozorovaných v matrikách je tedy nutné vystačit si s dříve publikovanými pracemi, uměním,[43] memoáry[44] a analogiemi.

39 *Zpráva o zdravotních poměrech hlav. města Prahy v letech 1910 až 1925*, Praha 1928.

40 Termín „celostátní úroveň" se vztahuje k období po roce 1918.

41 *Statistická příručka republiky Československé*, Praha 1925.

42 Ve sledovaném období počítala zdravotnická legislativa s automatickým souhlasem k pitvě. Automatický nesouhlas byl v zákoně zakotven teprve nedávno.

43 Gabriela ZAPOLSKA, *Morálka paní Dulské,* Praha 2022; Josef SKRUŽNÝ, *Denník Kačenky Strnadové, služebné v Praze*, Praha 1923.

44 Stefan ZWEIG, *Svět včerejška. Vzpomínky jednoho Evropana*, Praha [4]2019.

Údaje z úmrtních matrik pražské Všeobecné nemocnice jsou v této studii citovány ze skenů dostupných on-line na webových stránkách Archivu hlavního města Prahy.[45] Matriky obsahují údaje o 21 452 zemřelých; je v nich zaznamenáno jejich jméno a příjmení, rodinný stav, povolání, náboženství, věk a úmrtní diagnóza. Analýzu počtu úmrtí v daných obdobích bylo možné provést se všemi údaji, při dalších analýzách vždy docházelo k redukci počtu vzorků, protože v každém parametru byl částečný výpadek.

Nejméně kompletní údaj představovalo povolání, které v některých obdobích zapisovala pouze část matrikářů. Zde není možné dosáhnout plné konzistence dat i z toho důvodu, že ve sledované době neměl každý občan svoji profesní identitu. Ženy byly většinou identifikovány profesí manžela, mladí lidé profesí rodičů nebo jako studenti, případně označením „u rodičů". U některých žen byla vepsána jejich vlastní profese, což lze snadno poznat díky přechýlenému tvaru (dělnice) nebo specifické ženské profesi (služka, chůva). Při této analýze jsem v případě absence vlastního údaje respektovala profesní identitu živitele rodiny nebo rodiče. Profesní identitu jsem nezkoumala u dětí (osob do 18 let) a seniorů, protože způsob formulace údaje byl kromě zmíněné inkonzistence víceetážový.

Hlavní výzkumné otázky znějí takto:

1. Jak se měnily počty zemřelých ve Všeobecné nemocnici v Praze v letech 1910–1925? Jak tyto počty a trendy korespondovaly s mortalitou na úrovni Prahy a Čech? Jak se dá na základě těchto počtů a trendů charakterizovat zdrojová populace kohorty zemřelých ve Všeobecné nemocnici?
2. Jak se proměňovaly poměry zemřelých mužů a žen během první světové války a během pandemie? Jak se měnil věk zemřelých? Vrátily se po válce a pandemii tyto hodnoty k předválečným hodnotám? Pokud ne, proč?
3. Jaká byla skladba úmrtních diagnóz před válkou, během války, během pandemie a po válce?
4. Které sociální a profesní skupiny byly v době pandemie zvláště ohroženy úmrtím na španělskou chřipku v nemocnici?
5. Je možné podle získaných informací navrhnout/upřesnit údaj o počtu obětí španělské chřipky? Vedla pandemie k devastaci českého obyvatelstva?

45 AHMP, f. 156, Sbírka matrik, katolické, vnitřní obvody, Praha II – Nové Město, Všeobecná nemocnice, http://katalog.ahmp.cz/pragapublica/permalink?xid=83fc94308db56234ce83f8c77b386260 (25. 3. 2023).

Sociální škála

Vzhledem k omezené výpovědní hodnotě standardně používaných sociálních škál jako například Goldthorpova revidovaného schématu[46] jsem se rozhodla navrhnout vlastní schéma, které nemá povahu škály, ale je založeno na přítomnosti sociálních determinant a jejich kombinaci. Profese jsem tak rozdělila na:

1. Manuální a nemanuální (manuální profese se prolínají s profesemi vykonávanými v nepříznivých podmínkách, na noční služby nebo v přítomnosti jiných závažných rizik)
2. Podle velikosti kolektivu na práce individuální (jednotlivci), týmové (desítky osob) a davové (stovky osob). Tento faktor by měl mít velký vliv na přenos infekcí.
3. Podle přítomnosti nebo nepřítomnosti profesního přístupu k jídlu na profese „hladové" a „syté".

Hodnocení profese u rodinných příslušníků má opodstatnění nejen z hlediska podoby dat v použitém prameni, ale je skutečně věcné, protože profesní orientací živitele se řídil život všech.

Velikost pracovního kolektivu živitele měla vliv na celou rodinu, pokud ji vnímáme prizmatem epidemické infekce v kolektivu šířené. Pro infekci je pak živitel vstupní branou do rodiny, mezi jejímiž členy už pak její šíření zpravidla není možné regulovat. Velikost kolektivu se tak odrážela v šanci na nákazu celé rodiny, jejíž izolaci v době zvýšeného rizika rozhodně nepředpokládáme.

Profese jsou rozdělené na manuální a nemanuální – fyzicky více a méně náročné, protože fyzická náročnost práce přímo ovlivňuje nutriční potřebu organismu a ve válečných podmínkách, i obecně za podmínek jakékoli nouze (včetně osobní) činí tyto osoby náchylné k nemocem, zejména infekcím.

Najít dělicí čáru mezi těmito profesemi nebylo vždy snadné, protože řada povolání slučuje nutnost vzdělání, odbornou a přitom velmi fyzicky náročnou práci, která má zároveň složku administrativní. Typickým příkladem je četnictvo, mezi jehož povinnosti patřily, kromě fyzicky náročných mnohahodinových služeb, fy-

46 Goldthorpovo schéma dělí společnost na 7 (relevantně 5) skupin: bohatí a vysokoškoláci / nemanuální pracovníci a úředníci/ obchodníci, služby / zemědělství / dělnictvo různé kvalifikace. V přirozených společnostech se početnost vrstvy shora dolů zdvojnásobuje. Toto schéma lze aplikovat na celé 20. století. Detaily o Goldthorpově schématu například zde: Geoffrey EVANS, *Testing the Validity of the Goldthorpe Class Schema*, European Sociological Review 8, č. 3, 1992, s. 211–232.

zické detence osob a neustálých přesunů i práce kancelářské, a kompetence uvnitř pracovních kolektivů nejsou čitelně vymezené. K těmto profesím jsem přistupovala tak, že jsem měla na zřeteli primární hledisko této práce, a to její vliv na zdravotní stav jedince, zejména z hlediska nutrice a imunitního systému. Proto jsem nejen četnictvo, ale i jiné armádní organizace rozdělila tak, že jsem všechny nižší pracovníky, jejichž práce byla spojená s vyšším fyzickým výkonem, častým pobytem v nepříznivých podmínkách a spánkovou deprivací, zařadila mezi manuální, zatímco velitele s předpokládanou převážně administrativní náplní práce mezi nemanuální.

Tímto způsobem jsem postupovala všude a co nejkonzistentněji, aby klasifikace využila své možnosti a splnila svoji funkci. Do nemanuálních jsem dále zahrnula lehké práce ve službách (například holiče) a profese umělecké, ale i některá řemesla, protože mezi řemesly jsou z hlediska výkonu profese velké rozdíly. Profese poukazující na řemeslnou nebo manufakturní výrobu mohou být jednak vysloveně rukodělné (například cvokař, kolovrátkář), jednak zaměřené spíše na obchod, pokud se nakládá s drahými surovinami (zlatník, kožešník). Speciální postavení mají profese, které jsou sice manuální, nevyžadují drahé suroviny, ale přesto je pro práci daleko důležitější odbornost než síla, což platí například pro hodináře. Každé ze zmíněných prostředí je velmi specifické i po stránce životního stylu a rizik.

Neznámé profese jsem vyhledávala v Národní soustavě povolání[47] a pomocí kvalifikačních požadavků zde uvedených jsem hodnotila jejich fyzickou náročnost. Jedna jediná profesní identita mi zůstala zcela neznámá – konsektor.

Při určování individuálního nebo kolektivního charakteru profese bylo nutné zvážit nejen velikost pracovního kolektivu, ale prakticky vzato především počet osob, se kterými přichází pracovník během práce do kontaktu. Ti všichni se mohou stát zdrojem nákazy a mění prognózu z hlediska pravděpodobnosti kontaktu a velikosti infekční dávky. To samozřejmě závisí i na dalších faktorech, jako je prostředí (otevřené, uzavřené, dusné apod.) a charakter interakce (blízkost, dotek), ale ty většinou nejde z matričního záznamu jednoznačně hodnotit. U povolání řemeslnických a úředních je kontaktních osob v řádu desítek denně, v továrnách, školách a divadlech v řádu stovek. Profese zemědělské a domácí jsou zařazeny k individuálním – zpravidla probíhají ve stejně velkém kruhu, v jakém by daná osoba žila, i kdyby nebyla pracovně aktivní. Jde tedy o to, kolik kontaktů denně profese přidává k soukromému životu studovaných osob.[48]

47 Viz https://www.nsp.cz/ (3. 5. 2023).

48 Jedná se o pracovní rozdělení, k němuž neexistuje přesná metodická opora.

Pracovní prostředí (například hotel nebo restaurace) samo o sobě není ovšem rozhodující a může se u různých povolání v rámci jednoho podniku výrazně lišit. Zatímco pokojská potká desítky lidí denně, číšnice jich potká stovky, a šéf (hoteliér, restauratér, kavárník) je spíše v roli majitele a reprezentanta podniku, který se setkává s jednotlivci. V malých podnicích jsou ovšem tyto role sdruženy, takže hostinský může zastávat i všechny zmíněné profese a potkávat stovky lidí denně. V případě sdružení rolí jsem brala v potaz to číslo, které vyjadřuje nejvyšší riziko – stovky.

Specificky jsem se stavěla k osobám, které měly v povolání uvedeno „dělník", ať už s jakýmkoli přívlastkem. Dělnictví je spojené s masovostí, uniformitou a často nerespektováním původní kvalifikace, proto jsem každého s heslem dělník zařadila do skupiny se stovkami kontaktů.

Nelehké bylo stanovit velikost kontaktní skupiny u povolání obchodnických a ve službách. Jako základní variantu jsem zde volila desítky. Od této varianty jsem se odchylovala pouze v indikovaných případech, jako jsou restaurační zařízení, kde bývá zpravidla větší ruch i horší vzduch než například v drogerii.

Přístup k potravinám nebylo možné vzhledem k prameni určit jednoznačně, protože mnoho záznamů není dostatečně konkrétních. U zemědělců, o které šlo v první řadě, je přístup nesporný, ale ti tvořili pouze velmi malou část kohorty zemřelých. U velkého množství obchodníků a prodavačů nebylo skoro nikdy uvedeno, s jakým zbožím obchodovali. U osob označených jako „kupec" nebo „hokynář" se dá sortiment zaměřený mimo jiné i na potraviny předpokládat, proto jsou zahrnuti k těm, kdo měli profesní přístup k potravinám. Označení „soukromník" už je ovšem příliš nekonkrétní a neumožnuje poukázat na přístup k potravinám. Cílem při zpracování tohoto typu dat je získat z pramene co nejvíce, i když svým charakterem není ideální.

Některé profese jsou z hlediska přístupu k potravinám sporné, což platí například o službách. Tato profese, dle dobového označení „samostatně prováděná domácí pomocná práce" se velmi lišila podle pracoviště. Z mnoha pramenů i beletrie známe pojem „dobrá služba", ve které služka nebyla bita, dostávala dobrou stravu (a mohla dojídat) a měla svůj osobní prostor. Mnoho dalších žen (jejichž podíl si netroufám kvantifikovat) ale vytvořilo v kolektivním vědomí představu služky jako osoby šikanované, krácené na právech a snad i okrádané. Vyšší válečný životní komfort s přístupem k jídlu bych u služebných nehledala.[49]

49 Jazyková zajímavost je v pojmech „sluha" a „služka". Zatímco sluha byla běžná a důstojná pracovní pozice, spočívající v pomocných manuálních pracích v kancelářích, obchodech, na úřadech

V mnoha rodinách se příběhy ze života služek dědily z generace na generaci a vytvářely sdílenou představu o služebném povolání jako takovém, ale je nutno mít na paměti, že každý společenský jev má určité statistické rozdělení (základní předpoklad je, že tzv. normální, Gaussovské), a situace tudíž nebyla a není černobílá. Nicméně vzhledem k množství přirozeně zemřelých i suicidovaných služek v kohortě rozhodně nevzniká dojem, že by šlo o spokojenou sociální skupinu, a šokující je i množství „zvláštních úrazů".[50] Relativně velký počet abortů a poporodních komplikací ukazuje na možnost sexuálního násilí, ačkoli nesmíme zapomínat, že přes veškeré životní strasti byly služkami především mladé ženy. Do jejich světa, jehož hlavním motivem je láska, můžeme s určitou rezervou nahlédnout například v dobové knížečce *Denník Kačenky Strnadové*.[51]

K zamyšlení je ovšem i fakt, že dívky, které se vydávaly do služby, relativně častěji pocházely z neutěšených poměrů (sirotčinců, nalezinců, dysfunkčních rodin) a je otázkou, jestli pro ně nepříznivá situace v rodině zaměstnavatele znamenala újmu. Některé pravděpodobně navázaly na svou předchozí existenci, nebo si dokonce polepšily. Autoritativní (až násilný) způsob jednání ze strany rodičů byl i ve funkčních rodinách běžný. Z důvodů metodických i lidských není správné nazírat na tehdejší život dnešníma očima. Situace tedy není snadno hodnotitelná. Faktem zůstává, že služky ze statistiky vyčnívaly a jejich akumulace v době první pandemické vlny je alarmující.

Využití klasifikace

Konzistentní použití sociální klasifikace jsem validovala konkordancí na základě dvojího čtení dat s týdenním odstupem. U rozhodování o manuálním/nemanuálním charakteru profese se nálepky shodovaly v 97,87 %, u velikosti kolektivu

apod., pojmy „služka" nebo „služebná" se vztahují specificky k profesní skupině vykonávající „špinavé" pomocné práce v domácnosti. Zatímco sluha v úřadě přichází do kontaktu s desítkami lidí denně, služka sama uklízí, pere prádlo a pomáhá vařit.

50 Krvácení do mozku u mladých služek se objevuje v datasetu opakovaně (v tomto věku je netraumatické intracerebrální krvácení vzácné; ve skutečnosti šlo pravděpodobně o kraniocerebrální poranění způsobené bitím). Děly se ale i jiné tragédie. Šokující je případ z 25. 2. 1915, kdy služka Barbora Běchová zemřela na následky sepse při omrznutí obou nohou a potratu ve třetím měsíci těhotenství. Viz AHMP, f. 156, Sbírka matrik, katolické, vnitřní obvody, Praha II – Nové Město, Všeobecná nemocnice, NEM Z8, s. 390, http://katalog.ahmp.cz/pragapublica/permalink?xid=7EAF13396AB241F78BF7E10AAA6AE41B&scan=325#scan325 (3. 5. 2023).

51 J. SKRUŽNÝ, *Denník Kačenky Strnadové*, zvláště kapitola *Zápas o milence* (s. 108).

v 97,16 % a u přítomnosti profesního přístupu k potravinám jsem nalezla shodu v hodnocení v 99,5 %, což je vyhovující (cílová hodnota byla 96 %). Odlišnosti jsem nacházela zejména u profesí nesoucí přechodné znaky, ale prostřednictvím dvojího čtení jsem odhalila i několik vyslovených omylů nebo překlepů.

Nutnost použití schématu je samozřejmě diskutabilní. Lze postupovat i jinak: například porovnávat jednotlivé profese, což by byl z hlediska srozumitelnosti (zejména laické) velmi sdělný způsob analýzy, ale neumožňoval by nalezení obecně platných zákonitostí, tj. kauzální analýzu, která je pro sociologii zásadní.

Dělení profesí mým schématem se zdá být demograficky spravedlivé. Medi-ány věku všech podskupin jsou mezi 40 a 47 roky, propastné rozdíly se tu nevyskytují. Naproti tomu při dělení na jednotlivé profese jsou rozdíly značné a srovnání velmi obtížné.

Zpracování numerických údajů

Některé údaje ve zdrojovém prameni, například věk zemřelých, bylo možné zpracovat v syrové podobě. V některých analýzách napomohla přehlednosti kategorizace na věkové skupiny po dvaceti letech. Jiné údaje ovšem nebylo možné zpracovat v syrovém stavu, byla nutná matematizace – a nešlo jen o výše probranou profesní klasifikaci nebo snadno matematizovatelné pohlaví. Důležitým prvkem tu byly úmrtní diagnózy. Kategorizaci úmrtních diagnóz jsem provedla s ohledem na cíle této studie, tedy tak, aby bylo možné odlišit skupinu úmrtí s možnou souvislosti se španělskou chřipkou a velmi důležitou skupinu významně tuberkulózních.[52]

Chřipka

Specifické označení pro španělskou chřipku v matrice chybí, proto mimo jiné není možné přesně určit, kdy byli ve Všeobecné nemocnici zaznamenáni první zemřelí

52 Tuberkulóza je specifické onemocnění, které může být v organismu přítomno po desítky let bez jakýchkoli projevů, aby se stalo svědkem, jak jeho hostitel umírá na něco úplně jiného. U většího počtu diagnóz v příčině úmrtí jsem tedy za „významně tuberkulózní" považovala pouze ty, u kterých byly uvedeny vážné formy tuberkulózy (bazilární meningitida, miliární TBC) nebo pouze TBC.

na španělskou chřipku.[53] Případy akutních respiračních nemocí jsou zde zaznamenány pod různými diagnózami a odlišit je s jistotou nelze. Není to důsledek nedbalosti – v tehdejší době nebylo možné s jistotou určit etiologii klinického nálezu, který je u respiračních infekcí do značné míry uniformní. Badatel se pak dostává do svízelné situace – která akutní respirační onemocnění ještě zahrnout do španělské chřipky a která už ne?

Po dlouhém váhání jsem se rozhodla zahrnout do souboru akutních respiračních úmrtí diagnóz termíny „influenza", „bronchitis", „chřipka", „bronchopneumonie", „gangraena plic" a „pneumonie" (u tohoto souboru předpokládám v době pandemie významnou účast španělské chřipky). Naproti tomu diagnózy, u kterých mohlo docházet k významné kolizi s jinými klinickými stavy, jsem z této skupiny vyřadila. Zde mám na mysli především pleuritidu (zánět pohrudnice). Španělská chřipka samozřejmě pleuritidu způsobovala, ale docházelo k ní progresí zánětu *per continuitatem* z těžkého akutního zápalu plic, který byl při influenze (i bez ní) bohužel běžný. Od tehdejších lékařů navíc víme, že u pacientů docházelo k velmi časné bakteriální superinfekci;[54] v tom případě by ovšem v zápisu pitevního nálezu měla dominovat bronchopneumonie anebo pneumonie – zápal plic. Naopak pleuritida bez významného (anebo bez akutního) plicního nálezu byla typická pro tuberkulózu.

Podle strohého záznamu „pleuritis" nelze mnoho zjistit, ale je možné tento závěr potvrdit demograficky – prozkoumat věkovou strukturu obětí pleuritidy v době pandemie – a ta typické struktuře chřipkových obětí neodpovídala.

Větší problém jsem měla s otitidou (zánětem středního nebo vnitřního ucha). Při chřipce sice docházelo k zánětům horních cest dýchacích a otok Eustachovy trubice se mohl komplikovat zánětem středouší, a tyto položky se v matrice nacházejí. Fatální průběh otitidy ze všech příčin byl v dané době bohužel běžný, především u dětí a u mladých lidí.[55] Typický chřipkový nález to ale nebyl, proto jsem se nakonec rozhodla otitidu rovněž vyřadit a přičlenit k diagnózám septickým.

53 Díky covidové zkušenosti už alespoň víme, že není přínosné hledat jednotlivé případy onemocnění před vznikem velkých pandemických vln, proto tuto otázku záměrně neotevírám.

54 Dobové odborné publikace hovoří o pneumokokové, streptokokové, stafylokokové a další superinfekci. ČLČ 57, 21. 9. 1918, č. 38, s. 687.

55 Notoricky se tento úmrtní nález opakoval u dětí z nalezince U Apolináře.

TBC

Dle pramenů byla promořenost tuberkulózou ve smyslu prevalence pozitivního tuberkulinového testu obrovská. Pohybovala se už v dětském věku kolem 70 %.[56] Míra reálného klinického postižení tuberkulózou je u promořených spojitá veličina a vyšetřovaný jedinec se může nacházet kdekoli mezi inaktivním primárním komplexem a nejtěžšími formami, jako je miliární TBC, bazilární meningitida (tehdy se 100 % letalitou), nebo obávaná *phthisis gallopans* alias rychlé souchotiny, při kterých dochází ke kolikvaci (zkapalnění) velkých okrsků plicní tkáně. K úmrtí jednotlivce TBC mohla, ale nemusela přispět.

Tuberkulózní afekce plic je zmiňována u velkého počtu nemocných. Při pitvě lze tyto změny (kromě zcela diskrétních) snadno najít, ale jako bezprostřední příčina smrti figuruje TBC pouze u části těchto nálezů. Interpretaci kauzální role jednotlivých úmrtních diagnóz jsem prováděla individuálně.

Pro účely této studie nebylo možno využít úmrtí stářím,[57] degenerativními změnami obecně a kardiovaskulárními chorobami. Stejně tak nebyla z hlediska výzkumných otázek relevantní úmrtí traumatická, ani suicidia. Velmi zajímavé ovšem bylo sledovat, jak se proměňovaly počty fatálních sepsí a zda tyto změny souvisely s pandemií. O sepsi se velmi často (a oprávněně) mluvilo v souvislosti s onemocněním COVID-19 a váže se k ní i dobový diskurz,[58] ale překvapivě v této kohortě septická úmrtí křivky španělské chřipky nekopírovala.

Nepřímo sledované údaje

Některé údaje nebyly důležité z hlediska asociace se španělskou chřipkou, ale o to lépe vypovídaly o dění uvnitř nemocnice při vysoké obložnosti[59] v době pandemických vln. Velkou výpovědní hodnotu má podle této studie počet úmrtí na „akutní břicho“ (náhlou příhodu břišní jako takovou anebo komplikace po břišních opera-

56 *Zpráva o zdravotních poměrech hlav. města*, s. 368a.

57 Ačkoli jsem si vědoma, že i k nim mohlo docházet za sociálně alarmujících okolností.

58 H. SALFELLNER, *Španělská chřipka*, s. 20–21.

59 Obložnost, anglicky *bed occupancy*, je pojem označující míru obsazenosti nemocničních lůžek. Vyjadřuje se v procentech a patří k základním provozním parametrům nemocnic.

cích), který je asociovaný s provozem chirurgických jednotek.[60] V diskurzivní rovině známe tento efekt i přímo ve studovaném prostředí a období.[61]

Hlavní příčinou úmrtí po břišních operacích byla pooperační infekce v místě výkonu (což byla před rokem 1945, tj. před uvedením antibiotik do praxe, nejvážnější hrozba chirurgických oborů obecně). Pooperační infekce vždy byly a jsou důkladně sledovány a regulovány. Jedná se o jeden ze stěžejních indikátorů kvality péče s významným dopadem na bezpečnost pacientů i ekonomický prospěch instituce. To vše bylo ve sledovaném období dobře známo a výskyt pooperačních infekcí se pravidelně objevoval ve výkaznictví.[62] Nejedná se o náhodnou veličinu nabývající různých hodnot, naopak: procento infekčních komplikací mívá, kromě situací, které dnes nazýváme *outbreaky*,[63] stabilní hodnotu. Ta vyplývá z charakteristik daného provozu (postupů a metod, důslednosti jejich provádění a erudice personálu), jeho oborového zaměření, pacientské populace, regionu (klimaticky, ekonomicky, kulturně definovaného) a typu výkonu (s otevřením střeva anebo bez něj, spontánní perforace atd.).[64]

Dlouhodobé příznivé změny, zvláště v době preantibiotické, můžeme jen těžko přisuzovat náhodě, avšak úmyslné systémové intervenci je v tomto exponovaném období také přisoudit nemůžeme: končí válečný konflikt provázený nedostatkem a drahotou všeho zboží, probíhá pandemie a problematické je i získat dostatek

60 Milton I. ROEMER – Jerome L. SCHWARTZ, *Doctor slowdown: Effects on the population of Los Angeles county, Social Science & Medicine*. Part C: Medical Economics 13, 1979, č. 4, s. 213–218.

61 Lékaři pražské Všeobecné nemocnice prosluli svojí chirurgicko-interní rivalitou, kterou zachytily i dobové publikace, humoristické i vážné. „*… Druhý den při visitě, když Thomayer s celým průvodem přišel na onen pokoj, hlásil mu Pelnář, že paní se žloutenkou má být přenesena na Kukulovu kliniku* (pozn.: 1. chirurgickou kliniku VN) *a operována. „Nač to?" prohlásil Thomayer, „Mně tady na světě nepřekáží!" A dodal na adresu chirurgie" To je nějaká therapie? Vždyť je to učiněná šlachta. Co jsme tam dosud poslali, všechno umřelo!"* Viz Jan z KOCOURKOVA, *Aesculap v bačkorách*, Praha 1947, s. 55.

62 Například v nemocnici ve Vysokém nad Jizerou vykazoval primář Vladimír Píša (ve funkci 1928–1938) procento infekčních komplikací srovnatelné s Prahou. Tento údaj nacházíme ve výroční zprávě, adekvátně interpretovaný jako důkaz kvality péče a kompetence vedení nemocnice. Státní okresní archiv Semily, fond č. 1492 Státní okresní nemocnice Vysoké nad Jizerou 1920–1946, složka MUDr. Vladimír Píša.

63 Termín *outbreak* se z angličtiny nepřekládá, protože češtině schází substantivum vhodné k popisu situace, kdy něco propukne, nebo se vymkne kontrole. Během outbreaku se náhle zvýší výskyt komplikací následkem nepříznivých okolností, jako je zavlečení infekce na lůžkové oddělení, kontaminace nástrojů apod.

64 Celestin DANWANG – Jean Joel BIGNA – Joel Noutakdie TOCHIE et al., *Global incidence of surgical site infection after appendectomy: a systematic review and meta-analysis*, BMJ Open 10, 2020, č. 2, e034266.

uhlí na topení, natož zdravotnický materiál k vylepšení parametrů, které nejsou akutně zhoršené a které není důvod v dané situaci řešit. Jedná se tedy pravděpodobně o důsledek dění v nemocnici – pandemie.

Velký tlak na hospitalizaci akutních stavů zvyšuje „laťku" k příjmu méně akutních diagnóz,[65] a jak jsme se sami nedávno přesvědčili, v případě masového výskytu nemoci se také zvýší angažovanost lékařů jiných oborů v dané problematice. V případě naléhavé potřeby jsou pacienti také umístěni na jiná oddělení než za standardních podmínek.

Tyto jevy jsme všichni zažili v podobě pandemie COVID-19 a pozorovali/praktikovali jsme tytéž záchranné postupy napříč celým světem. Víme tedy, že při pandemii se realizuje méně operací (chybějí pacienti-operanti, operatéři i lůžka pro pooperační péči). Nemocnice jsou přeplněny nakaženými pacienty a elektivní operace a stavy, které nejsou akutní, se neoperují – léčí se konzervativně, anebo čekají na zlepšení situace.

Zcela nepochybně se v této personálně-provozní situaci ocitly i nemocnice bojující s pandemií španělské chřipky. Proto můžeme jako marker tlaku na hospitalizaci, a tím pádem i marker morbidity populace, použít počet úmrtí na akutní břicho. Návrat počtu fatálních komplikací břišních výkonů na předpandemickou úroveň pak signalizuje úpravu všeobecných poměrů a návrat k původním funkčním vzorcům nemocnice.

Tento parametr přitom není jen jakousi bezúčelnou „hračkou", díky které navazujeme kolegiální empatii s tehdejšími lékaři. Každá nemocnice má limitní kapacitu, kterou už není možné navýšit, a kdyby byl tlak na příjem dalších pacientů sebevětší, není možné mu vyhovět. V tuto chvíli počty hospitalizovaných/zemřelých v nemocnici přestávají odrážet pandemickou situaci. Tu můžeme v takto vypjatém období hodnotit pouze pomocí ukazatelů, jako je poměr počtu zemřelých na akutní respirační infekce a jiné nemoci. A ona „hračka" v podobě chirurgického útlumu nám může toto období celkem přesně vymezit.

Markerová funkce popsaného parametru je o to silnější, že v závěru první světové války nápadně stoupl výskyt cholelitiázy a apendicitidy, což jsou klinické jednotky spadající do problematiky náhlých příhod břišních a tradičně vytvářející významnou část chirurgických případů. Dobová statistika tento efekt připisovala špatné válečné stravě, pravděpodobně adekvátně.[66] Relativní pokles počtu úmrtí asociovaných s břišními operacemi je tedy ve skutečnosti ještě výraznější, než kdyby

65 A zároveň sníží laťku k propuštění hospitalizovaných.

66 *Zpráva o zdravotních poměrech hlav. města*, s. 381.

tento jev v pozadí nefiguroval, protože počet nemocných, kteří potřebovali operaci, byl zvýšený.

Zobecnění výsledků a zpracování kvantitativních údajů

Hlavním cílem této studie je zachytit a popsat sociální determinanty španělské chřipky, tedy zjistit, jak se sociální nerovnosti v době pandemie promítaly do nemoci a smrti. Úmrtní matrika, ani se všemi nepřímo sledovatelnými jevy, neumí tyto otázky zcela zodpovědět, může však pomoci odhalit sociální faktory, které způsobovaly, že větší podíl určité sociální skupiny na chřipku zemřel, ve smyslu, že zemřel v nemocnici. Úmrtnost na chřipku mimo nemocnici pozorovat nemůžeme. Pramen k tomu totiž neposkytuje prostor a jiné adekvátní zdroje neexistují. Nekvalitní výstupy oficiální dobové statistiky tato data neobsahují, navíc jsou velmi kusé a metodicky problematické. Slibně se nejeví ani představa replikování daných metod v matrice na komunitní úrovni, a to nikoliv proto, že by v nich nebyly zapisovány příčiny úmrtí.

Nahlédnutím do úmrtních matrik pražské Všeobecné nemocnice zjistíme, že údajů o zemřelých můžeme získat velké množství. Nesouměřitelnost komunitních matrik s matrikou nemocniční (i vzájemná) je ovšem zásadní. V některých matrikách nacházíme velké množství chřipkových úmrtí, v jiných naopak jako by vůbec žádná pandemie neprobíhala. Umírají sice mladí lidé, ale na stejné „orientační" diagnózy jako před pandemií. Každý má přece nějakou tu tuberkulózu, bronchitidu, bolesti břicha nebo něco podobného. A v tom je svízel farních matrik: ohledání mrtvého probíhá na základě zevní aspekce těla a odběru anamnézy, je-li od koho. Kromě úmrtí z příčin, jako je zranění neslučitelné se životem, je ohledání velmi nepřesné. Ani zdaleka se nevyrovná několikadenní observaci v nemocničním prostředí, natož pitvě, a srovnání farní matriky s matrikou nemocniční je tudíž naprosto nemožné. Navíc u matrik terénních vstupuje do hry problematika uzavřených komunit, které spadaly do jednotlivých farností, a tedy určitá sociální selekce. Farní matrika není otevřený systém, do kterého může vstoupit kdokoli, a jeho extrapolace na celou společnost je problematická.

Získaná data byla matematizována tak, aby v konečném řešení poskytla výsledky kvalitativní (kupříkladu lokalizaci zdrojové populace či popsání společnosti jako urbánní/rurální) a kvantitativní. Kvantitativní analýza využívá řadu metod popisných, které jsou snadno uchopitelné a interpretovatelné a umožňují hlubší

porozumění celé problematice; byla by ovšem škoda zůstat u popisné analýzy, proto je zde provedena také analýza kauzální – statistická, která není pro běžného čtenáře tolik transparentní a u níž je nutné se spolehnout na poskytnutou interpretaci. Teprve tato metoda umožňuje vysvětlit vazby sociálních determinant uvnitř daného systému. K tomu je použita Poissonova (log-lineární) regrese. Statistická analýza byla provedena na platformě Jamovi. Metody jsou sestaveny tak, aby zůstala zachována hmatatelnost skutečných lidí uvnitř datového souboru a byly zodpovězeny všechny otázky, a to při zachování maximální odborné kvality i srozumitelnosti.

Výsledky

Zdrojová populace

Zjištění zdrojové populace je stěžejní krok, bez kterého data nemají žádnou relevanci. Z dosud publikovaných údajů víme, že spádovou oblastí Všeobecné nemocnice byla primárně Praha, sekundárně prakticky celé Čechy. Povšimnout si toho můžeme i při vypisování dat.[67] Přestože hospitalizovaní a zemřelí zdaleka nejsou totožní, o zdrojové populaci se můžeme dozvědět i z úmrtní matriky, protože (a to je velká výhoda) „smrt si nevybírá". Není důvod domnívat se, že pacienti z Českého Krumlova zemřou ve Všeobecné nemocnici spíše než rodáci z Krušných hor. Jediný relevantní parametr, který může zdravotní prognózu pacientů pozměnit, je podvýživa vinou válečného nedostatku, a ta se napříč Čechami tak dramaticky nelišila. Výživa navíc neměnila ani rozhodnutí nechat se hospitalizovat, ani výběr nemocnice.

Z využitých pramenů[68] víme, jak ve sledovaném období umírala nemocnice, jak umírala Praha a jak umíraly Čechy a můžeme tyto údaje snadno porovnat ani ne tak z hlediska hodnot, ale především trendů – tvarů křivek. Křivka nemocnice je téměř identická jako křivka Prahy, pouze se zvýšením počtu hospitalizovaných zemřelých oproti zemřelým Pražanům v době války a v době pandemie – to ukazuje, jak správný je předpoklad, že nemocnice představuje odraz a koncentrát společenského dění. U křivek nemocnice vs. Čechy je shoda méně přesná, ale stále obsahuje

67 Studovat domovskou obec zemřelých systematicky ovšem není výtěžné vzhledem k jejímu problematickému dobovému konceptu, který způsobil, že někdy nebyla totožná s bydlištěm nebo místem původu dané osoby.

68 Tj. úmrtní matriky Všeobecné nemocnice v Praze, *Zpráva o zdravotních poměrech hlav. města Prahy 1910–1925* a *Statistická příručka republiky Československé 1925*.

tytéž zlomy a tytéž trendy. Můžeme tedy říct, že zvolené metody potvrzují předpokládaný regionální původ zdrojové společnosti.

Pandemie

Z oficiálních statistik se dozvídáme pouze velmi malou část reality, jak výstižně popsal Salfellner[69], kdežto ze státní ročenky téměř nic. Čísla, popisující válečné epidemiologické poměry, statistická ročenka neobsahuje vůbec, zatímco v datech poválečných úplně ignoruje existenci chřipky.[70] Zpráva pražského fyzikátu věnuje pandemii celé čtyři věty a v jejím podání se situace jeví, jako by vlastně vůbec žádná pandemie neproběhla. Pečlivě a starostlivě rozebírá výskyt extrémně vzácných onemocnění, zatímco tisíc mrtvých na španělskou chřipku opíše jednou strohou větou, podle které Prahu postihla zhoubná epidemie s letalitou přes 20 %, která zahubila 1 176 osob.[71] Oceňme autory *České vlastivědy*, která vycházela v letech 1928–1936, že alespoň bez okolků přiznali, že počet obětí neznají.[72]Taková koncepce zdravotnického výkaznictví nutně vede k selhání, které je ve věci španělské chřipky zjevné. Ve zprávě fyzikátu se dokonce objevuje prohlášení, že v době pandemie „velmi potěšitelně klesalo absolutní číslo úmrtnosti (tuberkulózou)“,[73] což je v situaci, kdy tisíce osob umírají na jiná respirační onemocnění, poněkud morbidní. Pojďme si sami odpovědět na základní otázky ohledně pandemie a jejího dopadu na Prahu a Čechy.

Základní fakta o španělské chřipce ve Všeobecné nemocnici

První významný vzestup počtu zemřelých na akutní respirační onemocnění, který můžeme asociovat s pandemií španělské chřipky, je ve Všeobecné nemocnici zaznamenán v říjnu 1918, tedy právě ve dnech, kdy končila první světová válka. První pandemická vlna se pak v nemocnici projevovala v zimě 1918/1919, vrchol vlny se

69 H. SALFELLNER, *Odhad počtu obětí španělské chřipky*, s. 182–196.

70 Výskyt infekčních onemocnění sumarizují tabulky na s. 451 a 452, ale chřipka se v nich poprvé objevuje až v roce 1922. Viz *Statistická příručka republiky Československé 1925*, s. 451 a 452.

71 *Zpráva o zdravotních poměrech hlav. města*, s. 378.

72 *Československá vlastivěda*, Praha 1929–1936. sv. 2, s. 480.

73 *Zpráva o zdravotních poměrech hlav. města*, s. 379

ale i následkem velmi krátké inkubační doby[74] odehrál ještě v říjnu roku 1918, druhý drobný vrchol byl v závěru první vlny[75] v březnu 1919. Zbytek roku 1919 byl relativně klidný a druhá vlna se objevila v zimě 1919/1920, velikostí už se ale nedala srovnat s vlnou první ani co do počtu zemřelých, ani co do časového rozsahu. Tvar křivek v těchto obdobích koresponduje s výše citovanou evropskou statistikou a se Salfellnerovým popisem v *Odhadu počtu obětí španělské chřipky*.[76]

Informační embargo, které mělo během první světové války strategický význam a které vlastně přisoudilo španělské chřipce její bizarní název, je příčinou mnoha pochybností a konspirací. Mimo jiné může vést k pochybnosti, zda letní vlna roku 1918 ve skutečnosti nezasáhla i Čechy, aniž by byla zaznamenána nebo vykázána dobovou statistikou, kterou měl v rukou rakouský státní aparát. Letní vlna roku 1918 se Všeobecné nemocnice podle těchto výsledků nedotkla, stejně jako ji většinou statisticky nezaznamenaly ostatní státy kontinentální Evropy[77](odlišné byly retrospektivně zaznamenané zážitky z bojišť).[78]

Zajímavé je sledovat také dynamiku počtu zemřelých s procentuálním zastoupením různých skupin diagnóz v každém časovém úseku. V poměru počtu akutních respiračních úmrtí jsou patrné dvě vlny španělské chřipky; zcela nepochybný je souběžný pokles podílu TBC, který začíná během pandemie a pokračuje i po ní až do konce období. Nápadný je pandemický propad podílu úmrtí na akutní břicha, který interpretuji jako důležitý ukazatel (viz výše). V podílu septických diagnóz vidíme zrcadlení pandemických vln (pravděpodobně buď sdílením hostitelů, nebo z indikačních/kapacitních důvodů při nástupu k hospitalizaci), jinak je jejich trend jasně stacionární.

74 Podle dobových údajů méně než tři dny. ČLČ 57, 21. 12. 1918, č. 51, s. 873.

75 Vlny s několika vrcholy jsou při pandemiích běžné a u španělské chřipky byly zaznamenány na mnoha místech Evropy.

76 H. SALFELLNER, *Odhad počtu obětí španělské chřipky,* s. 182–196.

77 Jak ukazuje notoricky známý dobový graf. Viz https://www.moaf.org/exhibits/pandemics/spanish-flu-1918/chart (2. 11. 2024). Vyšší a kolísající berlínskou mortalitu, která nemá charakteristickou pandemickou podobu, připišme spíše důsledkům války a nerovnoměrné statistice úmrtnosti v Německu.

78 Alois ŽIPEK, *Domov za války (svědectví účastníků)*, díl 5., Praha 1931, s. 113. Dostupné také na: https://ndk.cz/uuid/uuid:769bd430-5e86-11e4-8b87-001018b5eb5c (29. 4. 2023).

Charakteristika zastoupené společnosti

Z logiky věci předpokládáme, že zatímco ve farních matrikách najdeme vždy specifickou komunitu s relativně limitovanou sociální (a regionální) mobilitou, v nemocnici nacházíme členy všech společenských skupin. V referenčních letech 1910 a 1921 jsem tuto skutečnost ověřila pomocí Goldthorpovy sociální škály, jejíž rozvrstvení jak v úmrtní matrice, tak ve zdrojové společnosti odpovídá struktuře přirozených společností – se stoupajícím číslem označujícím třídu se vrstva zdvojnásobuje. Dobovým oborovým škálováním, které jsem replikovala podle statistické ročenky,[79] jsem zjistila, že zemřelí ze Všeobecné nemocnice měli v porovnání s celostátními hodnotami typické charakteristiky urbánní společnosti, s malým zastoupením zemědělství, zato s výrazným průmyslovým zaměřením, mnoha zástupci profesí úřednických a uměleckých a zhruba stejným zastoupením pomocných profesí jako na venkově (na vsi děvečka, ve městě služka).

Demografické charakteristiky

Analýza kohorty zemřelých přináší řadu zajímavých poznatků. Na prvním místě se poměrně výrazně měnil roční počet zemřelých. Během první světové války jich významně přibylo, zvláště v letech 1917 a 1918. Přesto v krizovém roce 1918 bylo mrtvých asi jen o 10 % více, což může reprezentovat výše zmíněné dosažení stropu kapacity nemocnice, nad kterým přestává odrážet realitu v komunitě (nebo se redukuje tato její schopnost).

Proměňují se také poměry zemřelých mužů a žen. Před válkou se podíl žen pohyboval lehce nad 50 %, což je zcela racionální a očekávatelné, a nemůžeme to prohlásit za důsledek diskriminace nebo sociální nerovnosti, alespoň ne *sensu stricto*. Ženy v reprodukčním věku nesou velká zdravotní rizika spojená s těhotenstvím, potratem a porodem, která u mužů chybějí. Ve sledované době je důležité z hlediska společenského (a svým způsobem to můžeme interpretovat jako nerovnost, nicméně v zásadě stále biologicky determinovanou), že při neplánovaném otěhotnění nesly svobodné ženy hlavní díl odpovědnosti a byly vystaveny velkému sociálnímu tlaku. Mnohdy se ocitaly v bezvýchodných existenčních situacích, ve kterých někdy volily, mimo jiné i vlivem gravidity, která činí psychiku žen zranitelnější – suicidální řešení, což je v matrice také patrné.

79 *Statistická příručka republiky Československé 1925*, s. 99.

Po začátku války umíralo více mužů, protože do nemocnice proudili ranění vojáci (to víme nejen z čísel, díky ručnímu výpisu dat). Toto zjištění není nijak překvapivé – rozhodování o místě hospitalizace probíhalo *ad hoc* podle potřeb armády; v hlubokém zázemí se ocitali například vojáci, jejichž zranění vyžadovala složitou chirurgickou léčbu, případně psychiatričtí pacienti. Mohlo ale jít i o krok směřující k vyřešení kapacitních problémů frontových nemocnic. Ve druhé polovině války zničehonic začaly výrazně převládat ženy. Muži byli dávno odvedeni na frontu, příliv vojenských osob do nemocnice podle matriky ustal. Pacientkami nemocnice tedy byly ženy, a na straně mužů jen ti, kterých se netýkala vojenská služba. Snad se zde odrazil i špatný zdravotní stav žen následkem válečného zápasu o existenci.

Po začátku pandemie opět umíralo více žen. Stovky tisíc českých mužů v nejrizikovějším věku byly v zahraničí, mnozí padli. V úvahu musíme vzít i selekční tlak války, který se týkal těch, kdo se časně po válce vraceli domů. Krušné podmínky a frontové nemoci nebo zranění spíše přežili silnější, odolnější a zdravější muži, kteří pak snáze odolali i španělské chřipce. V roce 1922 bylo zastoupení žen zpět na předválečné míře kolem 50 %.

Důvod vymírání žen

Rozdíl mezi umíráním žen a mužů na španělskou chřipku je zásadní otázkou. Tohoto jevu si samozřejmě všimla už dobová statistika, ačkoli, bohužel, neanalyzovala, v jakých věkových kategoriích se tento rozdíl především objevuje, natož aby se ho pokoušela nějak vysvětlit. V dnešní době je vymírání žen na španělskou chřipku považováno za zcela známý fakt, stejně jako specifická demografická struktura obětí, která má tvar písmene W.[80] Tyto dva údaje však (vzhledem k absenci standardních pramenů) kupodivu nikdo nepropojil s válkou.

Předchozí autoři ovšem vysvětlení hledali, a tak se například v knize Mileny Lenderové, Martiny Halířové a Tomáše Jiránka dočteme, že častější umírání žen ve věku 20–29 let svědčí „o vyčerpanosti žen v důsledku stresu z neustálého shánění potravin“.[81] Toto tvrzení skutečně velmi trefně popisuje realitu. Sehnat jídlo bylo zvláště v druhé polovině první světové války velmi těžké především pro matky, které potřebovaly dětem dávat hodnotnější stravu. Obtížně dostupné bylo například

80 Na rozdíl od běžné sezónní chřipky, které nejčastěji podlehnou nemladší a nejstarší pacienti, měla španělská chřipka další vrchol v mladé dospělosti. Mladí lidé tak patřili k nejohroženějším.

81 M. LENDEROVÁ – M. HALÍŘOVÁ – T. JIRÁNEK, *Vše pro dítě!*, s. 170.

mléko, ale samozřejmě i maso, cukr a tuky, sehnat kvalitní chléb nebo bílou mouku bylo téměř nemožné. Všechny tyto úkoly spočívaly na ženách, které po odvedení mužů do armády zůstaly samy, aby zastaly roli mateřskou, otcovskou, roli živitele rodiny i dělníka v průmyslu a zemědělství. Stání ve frontách na jídlo přitom zabralo několik hodin denně, a pokud je nemohly zastat větší děti nebo služky, musela žena obětovat svůj čas a třeba i spánek. Muži, kteří zůstávali doma, zřejmě neměnili své vzorce chování, alespoň četné fotografie válečných front na potraviny tomu nasvědčují. Muži v nich nejsou zachyceni vůbec či vzácně. Ženský úděl rozhodně nebyl lehký, ženy zcela jistě vyčerpané byly a matky dětí často i podvyživené, protože se vzdávaly kvalitních potravin, aby mohly co nejlépe nakrmit děti.

Demografické jevy se ale nerozhodovaly jen v zázemí. Naprosto zásadním způsobem do života českého obyvatelstva zasáhla válka sama. Na frontách padlo 300 000 českých vojáků. Tato demografická ztráta nemá obdobu na straně žen a nutně se musela promítnout do mortality na onemocnění, které postihuje ve výrazně míře branecké ročníky. Zda se do ní promítla zcela přiměřeně, je ovšem otázka, kterou s těmito daty zodpovědět nelze. Je také potřeba vzít v úvahu, že i muži, kteří ve válce nepadli, byli v době největší pandemické vlny dislokováni mimo dosah této nemocnice a z války se mohli vrátit již promoření.

Nicméně se dá konstatovat, že tento dataset potvrzuje vymírání žen a snižování věku úmrtí během pandemie španělské chřipky a že snižování věku zemřelých žen zrcadlí tvar pandemických vln. Data týkající se akutních respiračních infekcí pak ukazují, že významný *gender gap* se vyskytuje pouze v braneckých ročnících a pouze ve dvou časových úsecích – na vrcholech pandemických vln. Není tedy pochyb, že souvisel s chřipkou.

Odhad počtu obětí?

V této otázce se jeví jako velice výhodné, že studie disponuje daty, která se neomezují jen na období pandemie, ale vidíme v nich také vývoj v pozdějších letech. Noymer a Garenne na základě vlastních dat zjistili, že v roce 1918 měly osoby trpící tuberkulózou vyšší pravděpodobnost, že zemřou na španělskou chřipku než osoby, které tuberkulózou netrpěly. Chřipka tak vyvolala selekční tlak a následkem jejího působení na populaci došlo paradoxně k jejímu „ozdravení", protože přednostně zemřely osoby tuberkulózní.[82]

82 A. NOYMER – M. GARENNE, *The 1918 influenza epidemic's effects*, s. 565–581.

Analogický efekt je patrný i na datech této studie. Počet zemřelých na tuberkulózu ve všeobecné nemocnici po pandemii dlouhodobě poklesl hluboko pod předválečnou úroveň, a do konce sledovaného období se nezvýšil. Situace tedy vyhlíží, jako by španělská chřipka urychlila vymírání tuberkulózní podskupiny, a ta následně umírala pro změnu pomaleji než obvykle, a nejen to.

Patofyziologicky vnímáno, když se v populaci snížil počet osob s aktivní tuberkulózou, muselo dojít i ke snížení pravděpodobnosti nákazy (jedná se o situaci analogickou kolektivní imunitě, jejímž hlavním principem je zamezení šíření infekce populací na podkladě snížení prevalence a tedy i snížení pravděpodobnosti kontaktu a nákazy). Cíleně navozujeme kolektivní imunitu například pomocí očkování. A protože tuberkulóza byla jednou z nejčastějších úmrtních diagnóz té doby, jednalo se o interferenci velmi důležitou.

V rámci kohorty bychom se mohli pokusit kvantifikovat tuto interferenci porovnáním očekávaných a reálných hodnot počtu zemřelých. Očekávanou hodnotou může být aritmetický průměr předpandemických hodnot. Nadúmrtí v době pandemie je poloviční oproti podúmrtím v době postpandemické, neboli pochřipkový pokles počtu mrtvých je silnější než chřipkový vzestup.

Jestliže se vydáme cestou zkoumání specifických příčin úmrtí, docházíme prakticky k témuž výsledku, a tím je interference španělské chřipky s tuberkulózou. Chřipková selekce populace, která vedla k jejímu ozdravení a záchraně životů následující generace.[83]

Interpretace sociálního schématu

Důležitým údajem je podíl úmrtí na akutní respirační onemocnění a na jiná onemocnění. V běžných, mimopandemických podmínkách tvořily akutní respirační infekce příčinu cca 20 % úmrtí, ale v době pandemie pozorujeme naprosto neobvyklé chování datového souboru a je zcela zřejmé, že byl obrovský přetlak nemocných k hospitalizaci.[84] Přestože tušíme, že v době první vlny, která probíhala v českých zemích od října 1918, španělská chřipka „smetla" vše, co jí přišlo do cesty (nárůst počtu úmrtí byl bezprecedentní a údaje v úmrtní matrice jsou v tomto ob-

83 Očkování proti chřipce bylo vynalezeno v roce 1921, ale ve větší míře se začalo uplatňovat až po druhé světové válce, tento dataset tedy nemohlo ovlivnit.

84 Toto je údaj, který by bylo před rokem 2020 nutné citovat. Po sdílené osobní pandemické zkušenosti to považuji za bezpředmětné.

dobí prakticky uniformní), je nutné počítat s tím, že úmrtní matriky promlouvají pouze prizmatem smrti, ve chvíli takové uniformity záznamů zcela neprůhledným. O životě neříkají nic (rozhodně neexistovala 100 % prevalence infekce v komunitě) a tušené souvislosti mohou být iluzorní.

Sociální faktory v jednoduché matematické analýze

Klíčová otázka je, jak a u koho se výrazně urychlilo vymírání v době pandemických vln. Rychlost vymírání získáme rozdělením kohorty na kalendářní měsíce, počet zemřelých v každém měsíci se vyjádří jako procento celkového počtu dané skupiny osob.

Manuálně pracující zaznamenali v době pandemie vyšší vzestup než nemanuální pracovníci, ačkoli jejich dlouhodobé údaje před pandemií byly srovnatelné. Navíc díky proložení křivek lineárním trendem vidíme, že mají opačný trend, jehož křížení vychází cca do prostřední partie časového období – rok 1918. Z hlediska perspektivy manuálních pracovníků prozatím řekněme, že podle tohoto základního zpracování se jeví manuální práce jako nevýhodná z hlediska pravděpodobnosti na úmrtí na španělskou chřipku v nemocnici.

Dále konfrontujme pracovníky v kolektivech různých velikostí. Přestože předpokládáme, že z hlediska pandemické nákazy je nejhorší pracovat ve stovkovém kolektivu, výsledky jsou zcela opačné: v době první vlny naprosto bezprecedentním způsobem stoupl počet pracovníků v kolektivech jednotlivců.

Je to vzestup tak nápadný, že se badatel musí ptát proč, přičemž odpověď získá okamžitě, jakmile se vrátí do hrubých dat.[85] Pouhým pohledem lze zjistit, která profese mezi zemřelými Všeobecné nemocnice během první vlny dominovala: byly to služky. Nárůst počtu zemřelých služek se nedá srovnávat s jinými profesními skupinami. Porovnání rychlosti vymírání podle kolektivu je problematické (pokud vůbec možné), protože služky data výrazně deformovaly.

Poslední základní porovnání se věnuje rychlosti vymírání osob s profesním přístupem k potravinám a bez něj. Hypotézou v pozadí tohoto srovnání je snazší přístup k potravinám v době nedostatku, anebo vliv aktivního aktérství na černém

85 Návrat na úroveň členů kohorty a jejich osobních charakteristik je možný pouze u studie tohoto typu, která spojuje (badateli známé) jednotlivce do velkých a statisticky popsatelných populačních skupin. U statistických hlášení a podobných pramenů by to samozřejmě možné nebylo, pouze by se otevřel prostor pro spekulace, vyztužené racionalizačními manévry všeho druhu. Považuji to za silnou stránku této studie a satisfakci za nekonečnou a úmornou práci s daty.

trhu a z něj vyplývající status a nutriční stav jako zvýhodňující faktory. Osob s přístupem k jídlu je ovšem tak málo, že při tomto zpracování data pouze oscilují.

Služky a posluhovačky

Služky tvořily v pandemických vlnách velkou část zemřelých. Zhotovením detailního datasetu s procentuálně vyjádřeným měsíčním vymíráním vidíme, že jen během října 1918 vymřelo 7 % (n = 42) ze všech služek v kohortě. A zatímco v červenci 1918 zbývala v kohortě ještě necelá polovina služek, o pouhý rok později už to byla jen třetina. Dá se tedy říct, že místo jedné šestnáctiny, kterou bychom očekávali, vymřela více než jedna čtvrtina, a došlo tedy ke čtyřnásobné akceleraci vymírání služek.

Měl by nás tedy zajímat i graf měsíčního procentuálního vymírání samotných služek. V něm je peak v první vlně pandemie španělské chřipky tak vysoký, že nutně musí deformovat data celé podskupiny profesí s jednotkovým kolektivem.

Tento výsledek je nečekaný, přesto by snad nebylo dobré ponechat ho bez pokusu o vysvětlení, přestože tato studie nemůže jako přívažek je svému tématu zpracovat spektrum pramenů, které by byly k přesné argumentaci potřeba.

Prvním navrhovaným řešením je věk. Služky byly mladé, a představovaly tedy cílovou skupinu chřipky. Tato odpověď má ale několik zádrhelů. Nebyla to jediná možnost pracovního uplatnění mladých dívek bez vzdělání, stejně tak se mnohá děvčata vydávala na dráhu „fabriček“ (továrních dělnic) a ve velkých továrních kolektivech měly jistě větší šanci na nákazu než služky, které se dostaly nanejvýš do obchodu (a tam by musely, i kdyby žily u rodičů, nebo byly doma s dětmi). Nebo snad hrálo roli i společenské postavení služek, které neměly vlastní zázemí a dobré zacházení ve smyslu kvalitní stravy a vlídného jednání nebylo samozřejmostí?

Na to můžeme do určité míry odpovědět přímo daty této studie, a to porovnáním rychlosti procentuálního vymírání citovaných skupin, kde se ukazuje neporovnatelně rychlejší vymírání služek než všech ostatních skupin.

Obrovský nárůst počtu zemřelých služek tedy nemůžeme vysvětlit ani věkem, ani nízkým sociálním statusem. Zbývá ale ještě jedno specifikum, a sice životní styl. Existuje ovšem profesní skupina, která se na první pohled od služek liší jen zcela nepatrně – posluhovačky. Posluhovačka vykonávala stejnou profesi jako služka, ačkoli byla obvykle vdaná a do domácnosti zaměstnavatele pouze docházela. Srovnání je ale problematické: posluhovačky byly vyššího věku (zde průměr 54 let),

měly vlastní domov a tedy výrazně klidnější život, a navíc služka, která byla v domácnost zaměstnavatele akceptována pouze jako pracovní síla a neměla vlastní zázemí, měla šanci, že v případě nemoci poputuje do nemocnice i ve stavu, ve kterém by posluhovačka zůstala doma – ve chvíli, kdy není schopná práce. Nutno doplnit, že vymírání posluhovaček se prakticky vůbec nezrychlilo.

Dalším návrhem je podpora okolí, která služkám chyběla. Legislativa sice služkám garantovala určitá základní práva, ale právní stránka a žitá realita mají jen částečný překryv. Vyvazování služebných z čeledního řádu bylo zdlouhavé, a ačkoli *de iure* měl zaměstnavatel k domácím zaměstnancům určité povinnosti, jejich vymahatelnost ze strany služebných byla někdy obtížná. Do služby se často dostávaly dívky a ženy s minimálním vzděláním, bez zastání a kontaktů, neorientované ve státní infrastruktuře a rozsahu právní ochrany své osoby.

Služky nerozhodovaly ani o kvalitě své stravy. Během první světové války se stalo záchranou různých vrstev obyvatelstva včetně dělnictva veřejné stravování (válečné kuchyně),[86] které ale služky využívat nemohly, neboť na volný pohyb neměly právo. Bez svolení zaměstnavatelky nesměly opustit pracoviště. Strava tvořila smluvní část mzdy, ale neexistoval mechanismus, který by dohlížel na to, aby reálná situace tomuto ujednání odpovídala. Služka se mohla bránit pouze změnou místa, ale to bylo jednak spojeno se stigmatem nestálosti, jednak nebylo vždy jisté, že si na jiném místě polepší. Bývalo celkem běžné, že služky se vracely i na relativně špatná místa.[87]

Třetím návrhem na faktor ohrožující zdraví služek jsou válečné fronty před obchody, které v rodinách majících služku pravděpodobně nestála paní domu.[88] V rodině, kde byla služka i kuchařka, byla možná určitá dělba o tuto povinnost, ale v řadě rodin na více než jednoho zaměstnance tohoto druhu prostředky nebyly. Zatímco ještě ve třetí třetině 19. století většina služebnictva pracovala v domácnostech osob, vázaných na zemědělství, od začátku 20. století nejvíc služebnictva zaměstnávaly domácnosti zařazené v nevýrobní sféře (60–66 %).[89] Šlo především o domácnosti obchodníků a úředníků, ale i pracovníků ve školství, lékařů nebo duchovních. Právě převaha tohoto (nepříliš zámožného) typu zaměstnavatele byla

86 R. KUČERA, *Život na příděl*, s. 48.

87 N. MACHKOVÁ PRAJZOVÁ, *Služebná v pražské měšťanské domácnosti, s. 14.*

88 Vzorce chování viz G. ZAPOLSKA, *Morálka paní Dulské*: Služka chodí s deštníkem, aby nepršelo na slečny, když jdou do školy atd.

89 Ludmila FIALOVÁ, *Domácí služebnictvo v českých zemích na přelomu 19. a 20. století ve světle statistik*, Historická demografie 26, 2002, s. 147–166.

důvodem, proč průměrně byla v domácnosti pouze jedna služebná.[90] V mnohahodinových frontách stála za každého počasí, a to už od noci, takže na zaměstnavateli závisel i její spánkový režim s možností vzniku velkého deficitu.

Služba v domácnostech nebyla ani v ostatních ohledech snadná, zvlášť pokud v bytě nebyl vodovod, kanalizace a ústřední vytápění. Vysoké patrové domy, schodiště, kýble WC, kýble vody čisté a špinavé, kýble uhlí, kýble popela. Do služby se mohla pustit jen děvčata fyzicky zdatná a při nízkých platech si málokterá dovedla našetřit peníze k založení rodiny.[91] Na jejich zdravotním stavu se fyzická dřina nutně musela odrazit. Určit validitu, případně vzájemný poměr těchto faktorů z těchto dat nelze. Víme pouze, že věk a pracovní náplň samy o sobě pozorovaný jev nevysvětlují.

Kauzální analýza

Po průzkumové analýze dat jsem se rozhodla využít Poissonovu regresi. Základní poučka říká, že tento typ regrese se hodí k předpovědi či vysvětlení diskrétních dat, tvořených kladnými čísly. Ideálním datovým souborem jsou pak události, které se odehrají v určitém časovém úseku. Pomocí Poissonovy regrese je možné spočítat pravděpodobnost, že se daná událost odehraje. Zkoumaná veličina musí mít Poissonovo rozdělení, které popisuje situaci, kdy lze číselné hodnoty určité množiny proložit v log-lineárním grafu přímkou. Log-lineární graf má na jedné ose logaritmickou stupnici a na druhé lineární. Tento dataset zmíněné podmínky splňuje, informaci o přiléhavosti modelu potvrdila i platforma Jamovi.

Očekávaný přínos Poissonovy regrese je dvojí, přičemž první je vlastně nedůležitý: popisuje data jako taková a udává frekvenci výskytu daných znaků (jednotlivých hodnot sociálního schématu). Samotné frekvence těchto znaků také nejsou důležité, protože je nemůžeme vztáhnout na zdrojovou populaci. Důležitá je teprve kombinace výskytu hodnoty sociálního schématu a znaku, který popisuje pandemii španělské chřipky. Tím pozorujeme umírání s ní asociované.

Po dlouhé úvaze, zda analýzu provedu na bázi dichotomie „úmrtí na akutní respirační infekci / úmrtí ze všech ostatních příčin“, anebo „úmrtí v době chřipkové pandemie / úmrtí v ostatních časových etapách“ jsem se rozhodla pro druhou mož-

90 Tamtéž.

91 Pavla HORSKÁ, *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*, Praha 1990, s. 369.

nost. Ani jedna nevystihuje realitu dokonale, ale úmrtí během pandemie ve srovnání s úmrtím v ostatních obdobích je přece jen ilustrativnější.

Dataset byl rozdělen na čtyři období:

A. Předválečné (1. 1. 1910 – 27. 7. 1914)
B. Válečné (29. 7. 1914 – 30. 9. 1918)[92]
C. Chřipkové (1. 10. 1918 – 30. 4. 1920)
D. Pochřipkové (1. 5. 1920 – 31. 12. 1925)

Srovnáváno bude období:

1. Chřipkové s předválečným
2. Chřipkové s válečným
3. Chřipkové s pochřipkovým

Nejdůležitější informací ze všech tří analýz je výstižnost Poissonova regresního modelu pro tento dataset. A ta je ve všech třech variantách podle R^2_{McF} vyhovující.

Dalším úkolem je podívat se na odhady koeficientů, které zachycují interakci porovnávaných období a znaků sociálního schématu. Interpretujeme pouze ty, které se potvrdily jako statisticky významné (jejichž p hodnota je menší než 0,05).

V konfrontaci chřipkového a předválečného umírání je statisticky významné srovnání velikosti kolektivu, stejně tak v konfrontaci chřipkového a válečného. V konfrontaci chřipkového a pochřipkového jsou tyto dvě kombinace rovněž významné, navíc je důležité i srovnání manuální a nemanuální profese.

V zásadě se bude jednat zase jen o jiné vyjádření dříve pozorovaných jevů, že osoby pracující v kolektivech umíraly v době pandemie více než osoby z jiných skupin a že se po válce snižoval počet zemřelých manuálně pracujících. Oba tyto jevy jsem už zaznamenala v popisné analýze, ale nyní díky Poissonově regresi je můžeme kvantifikovat:

1) V konfrontaci chřipkového a předválečného období *rate ratio* činí 0,2199 pro desítkový vs. jednotkový kolektiv a 0,1787 pro stovkový vs. jednotkový kolektiv. Můžeme tedy říct, že pokud vztahujeme pandemii na předválečné období, pak osoby pracující v jednotkových kolektivech v nemocnici umíraly v době chřipkové

92 Dne 28. 7. 1914 v nemocnici nikdo nezemřel.

pandemie 4,5krát častěji než osoby pracující v desítkových kolektivech a 5,6krát častěji než osoby pracující ve stovkových kolektivech.

2) V konfrontaci chřipkového a válečného období *rate ratio* činí 0,3191 pro desítkový vs. jednotkový kolektiv a 0,2678 pro stovkový vs. jednotkový kolektiv. To lze interpretovat tak, že vztahujeme-li pandemii k válečnému období, pak osoby pracující v jednotkových kolektivech umíraly v nemocnici v době chřipkové pandemie 3,1krát častěji než osoby pracující v desítkových kolektivech a 3,7krát častěji než osoby pracující ve stovkových kolektivech.

3) V konfrontaci chřipkového a pochřipkového období *rate ratio* činí 1,683 pro manuální vs. nemanuální profese, kdežto 0,406 pro desítkový vs. jednotkový kolektiv a 0,238 pro stovkový vs. jednotkový kolektiv. Interpretujme to tak, že vztahujeme-li chřipková data k pochřipkovým, pak osoby pracující manuálně umíraly v nemocnici 1,683krát častěji než osoby s profesí nemanuální, zatímco osoby pracující v jednotkových kolektivech umíraly 2,5krát častěji než osoby pracující v desítkových kolektivech a 4,2krát častěji než osoby pracující ve stovkových kolektivech.

Závěr

Španělská chřipka byla událostí světového významu. Práce, které se jí v našem prostoru dosud zabývaly, stavěly většinou na velkých souborech dat z úředních hlášení, na jednotlivých případech, hygienických opatřeních či kulturní reflexi. Cílem této studie bylo podívat se na průběh a prožívání pandemie očima těch, kteří na ni zemřeli, a vystopovat vliv sociálních faktorů v pozadí.

Za použití kvalitativních metod a v kvantitativním oboru analýz popisných i kauzálních (Poissonovy regrese) odpovídám na výzkumné otázky takto:

1. Počty zemřelých ve Všeobecné nemocnici v Praze byly před první světovou válkou nejvyšší v roce 1911, což byl druhý nejvyšší počet zemřelých v tomto ústavu. Během války se čísla zvyšovala a kulminovala v roce 1918, především na vrub pandemie španělské chřipky, jež nemocnici zahltila v říjnu toho roku. Po skončení pandemie počet zemřelých klesal pod předválečnou úroveň.
2. I tento výzkum, stejně jako předchozí práce, zaznamenal rozdíly v umírání žen a mužů. Nejvýznamnější bylo zesílení umírání žen v době chřipkové pandemie. Pomocí věkového rozvrstvení dat se ukázalo, že rozdíl

v umírání na akutní respirační infekce se odehrával v braneckých ročnících, tedy korespondoval s válečnou demografickou ztrátou mužů (300 000 padlých). Vzhledem k četným dobovým fotografiím, které ukazují fronty před obchody, tvořené z naprosté většiny ženami, ovšem neodmítám ani vysvětlení, že do zdravotního stavu žen se promítla válečná nouze o potraviny.

3. Při rozdělení daného období na čtyři úseky a sledování nejzajímavějších skupin příčin úmrtí bylo zjištěno, že: V předválečné době byla velmi častou příčinou úmrtí tuberkulóza, jejíž podíl se během války zvyšuje, během pandemie začne klesat a do konce sledovaného období zůstane její zastoupení nízké. Tento jev už byl dříve popsán jako interference španělské chřipky a tuberkulózy a je nejspíše výsledkem selekčního tlaku na populaci. Úmrtí následkem akutní respirační infekce můžeme pozorovat během předválečného, válečného i pochřipkového období na stabilní a relativně nízké úrovni. Během pandemie španělské chřipky jejich zastoupení pochopitelně stoupá a během krizového období (říjen 1918) se zastoupení chřipky blížilo 100 %. Během války (pravděpodobně následkem kapacitních problémů a nutnosti redukce operativy) poklesl podíl úmrtí na skupinu diagnóz, které označuji jako „akutní břicho". Relativně stabilní bylo zastoupení úmrtí následkem sepse, docházelo pouze k drobné redukci (doslova zrcadlení křivek chřipky) během pandemických vln (opět pravděpodobně z kapacitních důvodů).
4. K zodpovězení otázek, týkajících se sociálního podtextu nemoci a smrti, jsem sestavila vlastní sociální schéma. S jeho pomocí jsem jako klíčové faktory, ovlivňující vyhlídky na smrt v nemocnici, určila velikost pracovního kolektivu (nejrizikovější byly kolektivy jednotlivců) a charakter práce (rizikovější byla práce manuální). V interpretaci jsem zdůraznila, že výrazné zkreslení přinesla obrovská akumulace zemřelých služek v pandemickém období. Masové nemocniční vymírání služek si vysvětluji jako kombinaci nepříznivých faktorů, kde dominuje nízký sociální status, osamocení, závislost na zaměstnavateli a těžká manuální práce.
5. Vzhledem k tomu, jak věcný odhad počtu obětí s citem pro různé prameny a metody provedl můj předchůdce, nemá podle mého soudu valný význam pokoušet se tento údaj vylepšit. Zaměřila jsem se tedy na interferenci španělské chřipky a tuberkulózy a popsala demografický efekt pandemie na zdrojovou populaci v horizontu dekád. Výsledky naznačují, že

selekční tlak obyvatelstvo ozdravil a zachránil v pozdějších letech mnoho životů.

V nedávné době jsme prožili koronavirovou pandemii a každý z nás má na ni specifický pohled, který odráží především jeho osobní zážitky a emoce. Koronavirovou optikou se (někdy nevědomky) díváme i na španělskou chřipku a hledáme analogie, abychom svoji současnou situaci nějak vysvětlili a odpověděli na otázky, které vyvolává. Na některé otázky odpovědět nedokážeme, například jak často se takové pandemie budou opakovat a jestli budeme příště lépe připraveni, na jiné bychom odpovědět chtěli, například jestli z této globální katastrofy vzejde alespoň něco dobrého. Na základě výsledků mé studie navrhuji hypotézu, že tragický průběh koronavirové pandemie nabízí do budoucna určitou naději: na dlouhodobé ozdravení populace, které bylo tehdy i dnes draze zaplacené.

The Spanish Flu in Bohemia through the Perspective of Death Registers in 1910–1925

TEREZA KOPECKÁ

The present study maps the impact of the Spanish flu pandemic on Czech society using data from the death registers of the General Hospital in Prague in 1910–1925. In addition to logical and completely expected data, such as the increase in the number of deaths in the hospital, it confirms the previous observation about the predominance of women among the dead during the pandemic waves, as well as attempting to explain it.

The significantly higher number of women who died is due to the fact that young people typically died from the Spanish flu – conscripts. Of these, only women were present in the hinterland. The few dead men are mainly due to their absence, both as fallen in the war and as deployed beyond the reach of this hospital, and then also because they may have contracted the Spanish flu beyond the reach of this hospital. However, it is probably also related to the difficult life of women responsible for providing for their families in difficult times of war.

Based on the data obtained, this work proposes the use of the decrease in deaths from acute abdomen as a marker of increased hospital occupancy due to pandemic causes. This decrease in the presented data covered the entire period of the pandemic. It also notes the interference of the Spanish flu with tuberculosis, which confirms and explains the previously observed decrease in the number of deaths from TB after the First World War. Its basis is the higher susceptibility of tuberculous people to a severe course and death from the Spanish flu, which is a result in the post-pandemic recovery of society.

Using an original social scheme, the study examines the influence of the nature of the occupation on the chance that the person concerned will die of the Spanish flu in the hospital. According to the analyses, manual work increased this chance. The analysis of the influence of the size of the work collective was distorted by the enormous number of deceased maids. The analysis based on the professional access to food was not conclusive, probably due to the small numbers.

The maids had tragic outcomes probably due to a specific combination of reasons – higher age, problematic facilities, in which they had no space of their own, no free time, nor the possibility of deciding on their diet or the length of their

sleep. They had to perform hard work that exhausted and weakened them, but for their experience of the Spanish flu, the worst was probably the helplessness in the confrontation with their employer, if he/she did not feel obliged to help her otherwise than by taking her to the hospital. The number of maids who died in the hospital, abandoned by everyone, is striking.

Translation by Sean Miller

Creative Commons

Toto dílo podléhá licenci Creative Commons – Uveďte původ – Neužívejte komerčně – Nezpracovávejte 4.0 Mezinárodní. Licenční podmínky jsou dostupné zde: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.cs.