

# **BULETIN**

## **eugenic și biopolitic**

Vol. III.

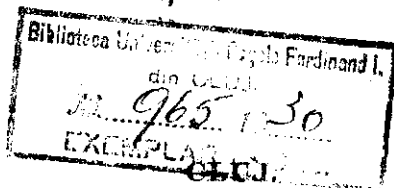
Ianuarie—Februarie 1929.

No. 1—2

\*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

- M. ZOLOG: **Influența mediului asupra inteligenței.**
- V. NOVEANU: **Căsătoria și originea familiei.**
- Dr. G. PEDA: **Foloasele ce ne-ar aduce dispensarele de igienă și profilaxie psihică.**
- Dr. D. STANCA: **Baza de plecare a înființării ambulatoriilor policlinice.**
- V. NOVEANU: **Mișcarea Eugenică în Franța.**
- GHIBU COMȘIA: **Legislație: Combaterea tuberculozei în Italia, Austria, Suedia.**
- V. MANUIĂ: **Munca generalizată și munca specializată în asistența socială și în asist. sanitară.**
- Z. COSTREȘ: **Impresii dintr'o călătorie de studii în America. Actualități. Informațiuni.**
- \*  
\*  
\*  
\*  
\*



279286

## Influența mediului asupra inteligenței.

În „The Twenty — Seventh Yearbook of the National Society for the Study of Education“ (al 27-lea anuar al Societății Naționale pentru studiul educației), Frank N. Freeman și colaboratorii, de la Universitatea din Chicago, publică un foarte documentat studiu despre: Influența mediului asupra inteligenței, progresului școlar și conduitei copiilor adoptați. (The influence of environment on the intelligence, school achievement and conduct of foster children).

Frank N. Freeman și colaboratorii în articolul susmenționat, tratează una dintre cele mai importante și cele mai interesante probleme a inteligenței.

Autorii prin investigațiile lor vor să precizeze dacă inteligența copilului poate sau nu poate fi influențată de mediul familial și social în care trăiește. Asupra acestei probleme părerile sunt foarte variate. Unii susțin că gradul de inteligență al unui individ este fixat pe cale ereditară și determinat deja la naștere. Alții susțin că inteligența este rezultatul a doi factori, capacitatea nativă și influența mediului (condițiuni familiare, educație etc.).

Divergența de păreri este bazată și în parte se explică prin diferența de concepție în definiția inteligenței.

Unii înțeleg și prin urmare măsoară inteligența cu ajutorul *reacțiilor* de care este capabil un individ în anumite situații date.

În înțelesul acesta inteligența nu este altceva decât, calitatea atitudinilor (reacțiilor) unei persoane în rezolvirea problemelor intelectuale, deci se poate măsura cu rezultatul obținut în rezolvirea unor teste de inteligență.

Alții cred că inteligența este ceva peste performanțele individului, ceva caracteristic, o calitate a creierului ori a sistemului nervos, care face individul capabil să acționeze într'un anumit fel

în rezolvirea problemelor intelectuale. Cei cari susțin definiția aceasta a inteligenței, totodată susțin că ea nu poate fi influențată nici prin mediul extern, nici prin educație. Chiar în cazul când performanțele individului arată astfel de influențe, ei cred că performanța este produsul compus atât al inteligenței, cât și al educației iar educația influențează performanța dar nu inteligența.

Autorii în investigațiile lor se bazează pe prima definiție a inteligenței și prin urmare măsoară inteligența cu ajutorul performanțelor obținute la anumite teste de inteligență. Ei recunosc că testele de inteligență nu sunt cele mai perfecte unități de măsurare a inteligenței, dar sunt cele mai bune posibile de care dispunem actualmente. Deci dacă performanța testelor este influențată de mediu, trebuie să admitem că și inteligența este influențată.

Autorii au întrebuințat pentru determinarea inteligenței scara metrică a lui Binet și Simon, modificată de Terman (Stanford) și testele internaționale de inteligență pentru grupuri, cari sunt cele mai independente de influențele mediului. Problema ridicată de autori în rezumat este deci următoarea: În ce măsură sunt influențate de mediu performanțele testelor Binet și Simon, modificate de Terman și testele internaționale de inteligență pentru grupuri? Problema secundară a fost să se determine influența mediului asupra progresului școlar și conduitei copiilor adoptivi. Pentru elucidarea acestei probleme s'au cules toate informațiile posibile asupra educației și conduitei părinților naturali, a copiilor lor și a părinților adoptivi.

Principala dificultate ce a survenit în cursul acestor investigații a fost greutatea de a separa influența mediului de capacitatea nativă. Dacă diferențele de mediu și diferențele de capacitate nativă se asociază, este imposibil a determina care este cauza și care este efectul. Pentru a evita această dificultate, este necesar să se compare pe de o parte persoane cu aceeași capacitate nativă, dar plasați în medii diferite, pe de altă parte, persoane cu capacitate nativă diferită, dar supuși influenței unui mediu similar. Prin determinarea coeficientului de inteligență să poate pune în evidență influența ambilor factori. Singura cale posibilă prin care am putea ajunge la rezolvirea acestei probleme importante, este cea experimentală. Fiind însă vorbă de oameni, chiar metoda aceasta cea mai sigură, nu se poate aplica. Pentru a lucra în condițiuni cât se poate de similare cu condițiunile experimentale, autorii au făcut o selecționare minuțioasă a părinților naturali, a

copiilor lor și a părinților adoptivi, în a căror familie s'au plasat copiii.

În această ordine de idei, autorii au făcut următoarele comparațiuni :

Au comparat copii din aceeași familie, cu aceeași capacitate nativă, dintre cari unul a fost plasat în o familie străină, altul a rămas la propria-i familie.

Au comparat copii din aceeași familie, cu aceeași capacitate nativă, dar plasați în 2 familii diferite. În modul acesta s'a putut separa factorul-ereditate și factorul-mediu.

A treia comparație s'a făcut între copilul adoptat și copilul propriu. Dacă adoptarea s'a făcut la o vârstă fragedă, factorul-mediul a fost similar pentru amândoi copii, factorul-ereditate însă diferit.

Afară de aceste probleme speciale s'a urmărit și problema generală, determinarea influenței mediului asupra inteligenței copiilor plasați în familii străine.

În total s'au examinat 823 copii dividați în mai multe grupuri, fiecare grup formând baza unui studiu special.

Grupul I, format din 74 copii, a căror capacitate intelectuală s'a determinat înainte înainte și după ce au fost plasați în familii străine, pentru a studia influența mediului asupra inteligenței.

Grupul II, format din 185 copii, cari toți au frați ori surori, de cari au fost separați. Acest grup a servit pentru a studia influența mediului diferit asupra aceleiași capacitate nativă.

Grupul III, format din 40 perechi de copii, copilul propriu și copilul adoptat, pentru a studia influența aceluiaș mediu asupra capacității native diferite.

Grupul IV, format din 484 copii, plasați în familii străine, pentru a studia influența diferiților factori ai mediului asupra inteligenței.

Cei 74 copii din grupul I. au fost plasați în familii străine imediat după determinarea coeficientului de inteligență, unde au și rămas până la a 2-a determinare.

Distribuția coeficientului de inteligență a celor 74 copii, înainte și după plasarea lor în familii străine se vede din tabloul de mai jos Prima determinare de inteligență s'a făcut la etatea medie de 8 ani, a doua la etatea medie de 12 ani, adică după un interval de 4 ani, timp trăit în mediul familiei adoptive.

Coeficientul de inteligență	La prima deter- minare (etatea medie 8 ani)	La a doua deter- minare (etatea medie 12 ani)
130—134	1	—
125—129	—	—
120—124	—	2
115—119	—	3
110—114	5	4
105—109	7	8
100—104	8	8
95—99	8	13
90—94	6	5
85—89	13	8
80—84	10	9
75—79	9	7
70—74	5	4
65—69	—	2
60—64	2	1
MEDIA	91·2±1·05	93·7±1·1
Deviația standard.	13·4	14·0

Din tabloul de mai sus vedem că până când la prima determinare media coeficientului de inteligență a fost 91·2, la a doua determinare a fost 93·7, deci o creștere de 2·5, sau cu eroarea probabilă calculată  $2·5 \pm 0·8$ , ceea ce foarte probabil se datorește influenței mediului nou din familia adoptivă.

Trebue luat în considerare și faptul că acești copii au fost plasați în familii străine dela etatea medie de 8 ani, până la 12 ani, deci nu în epoca cea mai receptivă pentru ori ce influențe a mediului.

Repartizând copiii după calitatea mediului familiar și după durata timpului petrecut în familia adoptivă, influența mediului se evidențiază și mai mult.

*Media coeficientului de inteligență după calitatea mediului familiar adoptiv :*

Mediul familiar adoptiv	Cazuri	Etatea medie în ani și luni		Media coef. de inteligență		Diferența	Deviația standard.	
		La I-a determ.	La a II-a determ.	La I-a determ.	La a II-a determ.		La I-a determ.	La II-a determ.
mai bun	33	7-8	11-11	95.2±1.7	100.5±1.5	+5.3±1.3	14.6	12.5
mai slab	41	8-3	12-4	88.0±1.2	88.1±1.3	+0.1±1.0	11.3	12.6

*Coeficientu. de inteligență după etatea copiilor :*

Etatea la a II-a determ. a coef. de int.	Cazuri	Intervalul între 2 determinări	Media coef. de int.		Diferența	Deviația standard.	
			La I-a de terminare	La II-a de terminare		I. determ.	II. determ.
Peste 12 ani și 4 luni	37	3 ani 9 luni	89.7±1.6	89.3±1.7	-0.4±1.1	14.3	15.1
Sub 12 ani și 4 luni	37	4 ani 6 luni	92.8±1.4	98.0±1.3	+5.2±1.1	12.2	11.3

*Din tabelele de mai sus vedem deci, că schimbarea mediului are influență asupra capacității intelectuale și anume cu cât calitatea mediului nou este mai superioară, cu atât câștigul în inteligență este mai pronunțat, mai departe cu cât schimbarea mediului se face la o vârstă mai fragedă, cu atât influențele mediului nou sunt mai pronunțate.*

Grupul al doilea de 185 copii, toți cu frați ori surori de cari au fost separați, a servit pentru a studia influențele mediului în cazul când capacitatea nativă este una și aceeași, mediul însă foarte diferit.

Separațiunea copiilor de frații și surorile lor a durat 2—13 ani, acesta fiind grupul principal. Selecționați din grupul principal copiii la cari separațiunea a durat mai mult ca 4 ani, avem grupul limitat, compus din 159 copii.

*Distribuția coef. de int. a copiilor separați de frați și surori:*

Coef. de int.	Grupul principal	Grupul secundar
125—129	2	2
120—124	1	—
115—119	5	5
110—114	14	11
105—109	11	8
100—104	24	20
95—99	17	17
90—94	23	19
85—89	21	19
80—84	18	14
75—79	18	15
70—74	18	15
65—69	5	7
60—64	6	5
55—59	2	2
Total	185	159
Media coef. de int.	90·9 ± 0·7	90·4 ± 0·8
Deviația standard.	15·0	15·0
Calitatea mediului fam.	16·7	16·7

Pentru a avea o bază sigură în toate comparațiile și pentru a putea face accesibili calculațiunilor matematice toți factorii mediului familiar adoptiv, autorii au exprimat calitatea acestui mediu în cifre. Calitatea mediului s'a apreciat după următorii factori:

- 1., starea economică
- 2., starea culturală
- 3., ocupația tatălui adoptiv
- 4., educația tatălui adoptiv
- 5., educația mamei adoptive
- 6., activitatea socială a părinților adoptivi.

Pentru fiecare factor al mediului familiar adoptiv, după gradul de perfecțiune, se dau 1—5 puncte, așa dar mediul familiar cel mai slab are 6 puncte, cel mai bun 30 puncte.

Pentru a stabili corelația între coeficientul de inteligență a

copiilor adoptați și ceilalți factori cari ar putea influența acest coeficient, autorii au calculat coeficientul de corelație în raport cu fiecare factor. Tabela de mai jos ne arată acești coeficienți de corelație.

Factori	1	2	3	4
Inteligență (coef.)				
Calitatea mediului familial adopt.	0.32±0.04			
Durata timpului petrecut în familia adopt.	-0.11±0.05	0.11±0.05		
Etatea la care copiii au fost plasați.	-0.30±0.05	-0.31±0.04	-0.51±0.04	
Etatea la determ. coef. de int.	-0.36±0.04	-0.20±0.05	0.44±0.04	0.56±0.03
Timpul petrecut în familie în % a vieții	0.8±0.05			

Vedem deci că coeficientul de corelație între inteligența copiilor adoptați și calitatea mediului adoptiv este de +0.32, ceea ce înseamnă că în mediu familiar mai bun, dezvoltarea intelectuală a copiilor este mai bună.<sup>1)</sup>

Coeficientul de corelație între inteligență și durata timpului petrecut în mediul familiar adoptiv, -0.11, nu este semnificativ, dar totuși ne arată tendința, cu cât stă mai mult cu atât influența este mai mare.

Mai semnificativă este corelația între inteligență și durata timpului petrecut în familia adoptivă, exprimat în % al etății fiziologice. (Așa de ex. un copil de 12 ani a petrecut 3 ani în familia adoptivă, adică 25% a vieții sale). Din acest coeficient de corelație și din coeficientul de corelație între inteligență și etatea la care a fost plasat copilul, reiasă că, cu cât copilul a fost plasat mai curând cu atât influența a fost mai mare, și că acelaș număr de ani înseamnă mai mult la o vârstă mai fragedă ca la o vârstă mai înaintată.

Din aceste și alte investigații mai detaliate, autorii trag concluzia că *coeficientul de corelație între inteligența fraților și surorilor separați și crescuți în diferite medii familiare este mai mic*

- 1 = corelație perfectă (pozitivă)  
 0 = corelație nulă  
 - = corelație perfectă (negativă)



ca a celor crescuți în acelaș mediu. Coeficientul de asemănare între frați este de obicei de 0.50, la cei separați însă, dacă separațiunea s'a făcut înainte de etatea de 6 ani, coeficientul de asemănare este de numai 0.25. Dacă calitatea mediului familiar adoptiv diferă, acest coeficient scade la 0.19. Acest fapt ne demonstrează că asemănarea dintre frați ori surori crescuți luolaltă în parte se datorește influenței mediului similar.

Un fapt și mai interesant iasă la iveală dacă facem separațiunea fraților (surorilor) așa că unul ajunge într'un mediu familiar adoptiv mai bun, celalalt într'unul mai slab. Determinând coeficientul de inteligență la 2 astfel de grupuri vedem, că media coeficientului de inteligență la copii mai slab plasați este de 86, până când a celor mai bine plasați este de 95, ceea ce înseamnă, că inteligența copilului este influențată în mod apreciabil de calitatea mediului familiar.

Aceeaș influență importantă a mediului familiar o arată cercetările făcute asupra asemănării în inteligență a copiilor adoptivi și a copiilor naturali crescuți în acelaș mediu familiar.

Tabela de mai jos ne arată distribuția coeficientului de inteligență în grupul copiilor legitimi și adoptivi.

Coeficientul de inteligență	Copii legitimi	Copii adoptivi
130—144	3	—
125—128	4	—
120—124	4	2
115—119	7	2
110—124	4	1
105—109	5	5
100—104	3	5
95—99	1	2
90—94	3	2
85—89	—	5
80—84	—	3
75—79	2	4
70—74	—	3
Total :	36	34
Media coef. de int.	112.4+1.6	95.1+1.7
Deviația standard.	13.9	14.8

Vedem deci că grupul copiilor legitimi, (proprii) are un coeficient de inteligență mai mare, nu numai ca cel al copiilor adoptați, dar chiar și ca a copiilor în general.

Cu toate că în ceea ce privește mediul familiar pentru aceste grupuri de copii este identic, durata timpului petrecut este diferit pentru copiii proprii, cari sunt acolo dela naștere și pentru copiii adoptați, cari în termin mediu a intrat la etatea de 4 ani, prin urmare nu au fost în acelaș mediu chiar în epoca de formațiune. Dar chiar dacă copilul adoptat ar fi în familie din primele zile ale vieții, totuși condițiunile nu sunt egale pentru amândoi luând în considerare atitudinea părinților față de copiii proprii și față de cei adoptați.

Cu toate aceste coeficientul de corelație între inteligența copiilor proprii și a celor adoptați este  $0.34 \pm 0.09$ , ceea ce ne indică o asemănare considerabilă.

Corelația între inteligența copilului propriu și calitatea mediului familiar este de 0.47, iar corelația corespunzătoare pentru copiii adoptați tot 0.47, ceea ce ne demonstrează o influență foarte mare a mediului.

*Din aceste investigații reiasă că chiar și copii neînrușiți devin asemănători în inteligență sub influența mediului similar.* Aceste rezultate sunt cu atât mai importante, fiindcă cei mai mulți dintre copiii adoptați sunt descendenți din părinți defectivi mintali, prin urmare dacă singurul factor determinant ar fi cel ereditar, ar fi de așteptat ca toți copiii să fie defectivi mintali, ori cel puțin sub medie. Media coeficientului de inteligență este însă egală cu media copiilor în general și numai 3.7% au un coeficient de inteligență sub 70. Acest fapt demonstrează indubitabil influența mediului asupra inteligenței.

26 copii au avut ambii părinți defectivi mintali. Dacă inteligența s'ar moșteni după legea mendeliană, ar trebui ca toți acești copii să fie defectivi mintali. Din 26 însă numai 4 au un coeficient de inteligență sub 70. Media coeficientului de inteligență este 81, sub media generală, dar peste media la care ne-am putea aștepta dacă inteligența s'ar moșteni după legea mendeliană. Acest fapt ne arată că inteligența este influențată de 2 factori, de mediu și ereditate.

La locul acesta, mai mult ca titlu de curiozitate dau coeficienții de corelație găsiți de autori între diferiți factori a-i mediului familiar.

## Coeficientul de corelație :

între inteligența tatălui și calit. mediului familiar	...	0.62
” ” mamei și ” ” ”	...	0.56
” ” tatălui și ocupația lui	...	0.57
” ” soților	...	0.49
” ” și educația tatălui	...	0.72
” ” ” ” mamei	...	0.63
” educația și vocabularul tatălui	...	0.69
” ” ” ” mamei	...	0.69

Un grup de 484 copii a fost studiat pentru a determina gradul de influență a diferiților factori ai mediului asupra inteligenței.

Distribuția coeficientului de inteligență a acestui grup este următoarea :

Coefi- cientul de inteligență	Frecvența			Procentul		
	Legitimi	Nelegitimi	Total	Legitimi	Nelegitimi	Total
160—169	—	1	1	—	0.7	0.2
155—159	—	—	—	—	—	—
150—154	—	—	—	—	—	—
145—149	—	1	1	—	0.7	0.2
140—144	—	—	—	—	—	—
135—139	2	—	2	0.6	—	0.4
130—134	1	—	1	0.3	—	0.2
125—129	4	9	13	1.2	6.0	2.7
120—124	2	8	10	0.6	12.7	2.1
115—119	9	19	28	2.7	5.3	5.8
110—114	20	13	33	6.0	8.7	6.8
105—109	23	17	40	6.8	11.3	8.3
100—104	45	19	64	13.4	12.7	13.1
95—99	32	23	55	9.6	15.2	11.4
90—94	40	17	57	12.0	11.3	11.8
85—89	38	7	45	11.4	4.7	9.3
80—84	37	6	43	11.1	4.0	8.9
75—79	32	4	36	9.6	2.7	7.4
70—74	25	4	29	7.5	2.7	6.0
65—69	10	1	11	3.0	0.7	2.3
60—64	10	—	10	3.0	—	2.1
55—59	4	1	5	1.2	0.7	1.0
Total:	334	150	484			
M. coef. de int.	91.5	103.7	95.3			
Dev. stand.	15.3	15.5	16.3			

Acești copii au fost plasați în familii străine, unde au fost educați și întreținuți. Corelația între gradul de inteligență al acestor copii și gradul de calitate a mediului familiar unde au fost plasați e de 0.48, iar corelația între inteligența părinților adoptivi și inteligența lor de 0.37. Aceasta înseamnă că *caracterul mediului familiar este un factor important în dezvoltarea inteligenței copilului*. Tot acest fapt îl demonstrează și corelația pozitivă ce este între plasamentul timpuriu și inteligență și între durata plasamentului și inteligență.

Mulți dintre acești copii au avut părinți defectivi morali. Cu toate că aveau o ereditate tarată, puțini au fost dintre ei defectivi morali. *Deci mediul e un factor important și în dezvoltarea conduitei și a moralei, nu numai a inteligenței*.

Rezumând și expunând lucrarea lui Freeman despre influența mediului asupra inteligenței, la acest loc cred necesar să accentuez că *teoria lui Freeman, după care mediul este un factor egal sau aproape egal cu ereditatea, nu este susținut de toți psihologii*. Nu numai că nu este susținută, dar este chiar vehement combătută. Cealaltă latură a problemei vom discuta-o într'un număr viitor al Buletinului.

M. Zolog.

## •Căsătoria și originea familiei.

Trecând în mod retrospectiv istoria familiei prin fața noastră, vom observa un întreg șir de fapte pozitive, care tind să facă o strânsă legătură între originea familiei în înțelesul social modern al cuvântului și căsătorie. Vom putea observa deasemenea nenumărate caractere recesive existente în societatea noastră și care pot fi răstrângerea obiceiurilor din epocile îndepărtate preistorice, — asupra familiei noastre.

Până pe la anul 1860 istoria familiei se reduce aproape cu totul la cele cinci cărți ale lui „Moise“. Stabilite în ele patriarhatul („Vaterrecht“-ul), sau dreptul de predominare al bărbatului în familie descris într'ânsele, fu nu numai primit deadreptul, fără nici o critică, dar, după introducerea strictei monogamii fu identificată cu familia actuală, în așa mod, încât aruncând o privire generală, puteam deduce, că nu există o istorie, sau mai bine zis o evo-

luție istorică a familiei. Se presupunea doar că înaintea formării patriarhatului, ar fi existat la diverse popoare „o perioadă de legături neregulate între sexe“.

Diversele obiceiuri existente și astăzi, în care membrii unei familii se socotesc după mamă, oprirea căsătoriilor în sânul anumitor grupe mai mari, erau cunoscute și pe atunci, totuși, însuși B. Taylor în lucrarea sa „Researches into the early History of Mankind“,... dela 1865 nu le socotește decât ca „obiceiuri ciudate“.

În 1861 însă Bachofen scoate la iveală o lucrare a sa „Matriarhatul“ lucrare cu care putem spune că intrăm în faza cercetărilor științifice ale istoricului familiei. Concluziile la care ajunge Bachofen sunt:

1. Că la început oamenii au trăit în raporturi sexuale nestăvilite pe care le numește heterism,

2. că aceste raporturi exclud orice paternitate sigură, că, deci înrudirea poate fi socotită numai după mamă, conform matriarhatului, și că la început așa s'a petrecut la toate popoarele din vechime,

3. că, deci femeilor, ca mame, prin urmare ca singurii părinți bine cunoscuți ai tinerei generații, li se acordă un înalt grad de respect și autoritate, care se transformă cu timpul într'o complectă domnie a femeilor (Gynaikokratia),

4. că trecerea la familia monogamă în care femeia era numai a unui singur bărbat, cuprinde în sine o violare a unei vechi porunci religioase (adică de fapt o violare a vechiului drept al celorlalți bărbați asupra aceleiași femei), — violare, care de multe ori este ispășită în societatea noastră.

Dovezi în baza cărora Bachofen a tras concluziile de mai sus, le găsește după cercetare amănunțită, nu numai în operele clasice, dar chiar în mitologia diverselor popoare. — De exemplu la Greci, el crede că evoluția dela heterism, la monogamie și dela matriarhat la patriarhat, s'a făcut în urma desvoltării continui a ideilor religioase. Interpretarea „Orestiei lui Eschyl“ este una din cele mai frumoase părți a operei lui.

Ca urmaș a lui Bachofen, și fără să fi cunoscut lucrările lui, ne apare în 1865 I. F. Mac Lennau. El observă existența așa numitei „căsătorie-răpire“, care era și este practică la unele popoare și în ziua de azi, — existența unor grupe mari (confundate atunci cu triburile), în care era oprită căsătoria între membrii aceleiași grupe, deci femeile bărbaților tribului trebuiau să fie streine, ca și bărbații femeilor din acel trib, numind aceste grupe-triburi

„exogame“ și alte grupe — în cari căsătoria nu se putea face decât în interiorul tribului — grupă, numindu-le pe acestea endogame. El își face din aceste norme, baza teoriilor sale, și cu ele explică, permanentul războiu, între triburi, dând aproape un aspect de selecțiune sexuală, acestei „căsătorii-răpire“.

După concepția lui Lennau, atât exogamia cât și endogamia au luat naștere prin o inegalitate numerică între cele două sexe dintr'un grup..., și mai mult la baza istoricului familiei triburilor exogame trebuie să admitem poliandria — precum și existența înrudirilor numai după mamă (Studies in Ancient History. — Primitive Marriage). Lennau cunoștea trei feluri de căsătorii, poligamia, poliandria, și monogamia, însă cercetările noi scoaseră la lumina zilei fapte care nu se puteau încadra teoriilor lui și astfel Lubback în lucrarea lui (The origin of Civilisation), recunoscuse așa numita căsătorie în grupe, în care un șir întreg de bărbați posedau, un întreg șir de femei.

Aceste fapte cunoscute lui Morgan, îl îndreptăți la o serie de noi cercetări, la care împinse deasemenea și pe conducătorii statelor americane, făcându-i să culeagă informațiuni asupra sistemelor de înrudire la alte popoare.

Din întreg materialul, el ajunsese la următoarele concluzii:

1. Sistemul de înrudire *american* este în ființă și în Asia și sub o formă întrucât-va modificată, în Africa și Australia la numeroase triburi-popoare,

2. că poate fi ușor explicat prin o formă de căsătorie a grupelor, aflătoare tocmai pe cale a se stânge în Hawai și alte insule australiene,

3. că alături de această formă de căsătorie a grupelor este în ființă pe aceleași insule, un sistem de înrudire care să poată explica numai prin o formă de căsătorie a grupelor și mai vechi, acum stinsă. (Systems of consanguinity and affinity).

Mac Lennau își apără teoriile sale atacate, într'o nouă ediție a cărții „Primitive Marriage“, apărare destul de slabă, însă care lasă în picioare cercetările lui asupra exo- și endogamiei. Dacă operele lui Morgan până aici au un rol important, partea de competență a lucrărilor lui consista, în justa interpretare a cercetărilor lui Lennau. În timpurile domniei căsătoriilor în grupe, tribul în mod normal era împărțit în grupe formate din rudenii de sânge după mamă, de așa numitele ginți, înlăuntrul cărora căsătoria era strict oprită, astfel că bărbații unei ginte trebuiau să-și ea femeii din altă gintă, care putea face parte din tribul său. Așa dar, în

timp ce ginta era strict exogamă, tribul era hotărât endogam. Și astfel teoriile lui Lennau căzură.

Tot lui Morgan i se datorește descoperirea formei primitive prin care se face trecerea dela matriarhat la ginta patriarhală, greacă, romană.

În drumul spre civilizație, Morgan, generalizând foarte mult datele ne dă următoarea împărțire: sălbătăcia este perioada precumpănitoarei apropierei a produselor naturale, produsele artificiale ale oamenilor sunt cu osebire sculele ajutătoare pentru această apropiere.

4. Barbaria — perioada născocirii creșterii vitelor și a agriculturii, a deprinderii metodelor de a crea produsele naturale prin activitatea omenească.

5. Civilizația, perioada în care se învățară oamenii să prelucraze produsele naturii, în care apare industria propriu zisă și arta.

Căutând să sintetizăm oarecum cunoștințele istorice asupra acestui subiect, vom vedea că formele de căsătorii, cari prin evoluția lor au dus la familia actuală sunt: căsătoria sau mai bine zis împerecherea neregulată numai în timpul rutului, familia între rude de sânge, familia Punalua, familia prin împerechere, familia poliandă, poligamă și monogamă.

Cercetările care au dus la aceste rezultate s'au făcut începând cu studierea felului de viață al Irokezilor, care formau vechii locuitori indieni a actualului stat New-York. La dânsii domnea familia monogamă în care desfacerea căsătoriei, divorțul era foarte ușor pentru ori care din soți, — urmașii unei atari legături puteau deci ușor să fie cunoscuți — însă între denumirea în înțelesul actual al cuvintelor tata, mama, frate și soră, constituie o contradicție cu înțelesul pe care îl dădeau ei acestor cuvinte. „Irokezul numește fii și fice nu numai pe proprii săi copii, ci și pe aceia ai fraților săi; iar aceștia îi zic tată; copiilor surorilor sale, însă le zice nepoți și nepoate, iar ei îl numesc unchiu. Dimpotrivă irokeza le spune atât copiilor proprii, cât și acelor ai surorilor ei, fii și fice, iar aceia o numesc mamă. Copiilor fraților ei însă le zice nepoți și nepoate, iar ea se numește mătușa lor. Tot așa copiii fraților și aceia ai surorilor își zic între dânsii frați și surori, pe când dimpotrivă copiii unei femei cu ai fratelui ei se numesc reciproc veri și vere.“ (Engels, originea Familiei). Acest sistem care ne arată gradul de rudenie așa numit de sânge, este în vigoare nu numai la toți Indienii americani, ci aproape

neschimbată la toți vechii locuitori ai Indiei, la triburile Oravidiene din Decan, la triburile Gaure din Hindustan.

Vedem deci, o contradicție în sistemul actual monogam practicat în aceste triburi, și denumirile de rudenie. Explicarea acestui fapt a fost găsită în existență în insulele Hawaii a unei forme de familie în care denumirea rudeniilor în forma de mai sus corespundea realității. Dacă însă denumirea Irokeză corespundea familiei Hawaiene, denumirile Hawaiene nu corespundeau formei lor familiare. Ei păstrau pentru familiile lor evoluat, o altă formă de numiri mai vechi, astfel „toți copiii, de frați și surori, fără excepție sunt frați și surori și sunt considerați drept copii comuni, nu numai ai mamei lor și surorilor acesteia sau ai tatălui lor și fraților acestuia, ci ai tuturor fraților și surorilor fără deosebire, pe care îi au părinții lor“. (Engels. — idem).

Deducerea reală din aceste date care nu mai aparțin istoriei decât prin forma lor, fondul fiind deja de mult dispărut este că în timpurile preistorice bărbații trăesc în poliandrie, iar în aceeași vreme femeile lor în poliandrie și copiii sunt priviți de drept comun al tuturor. Un pas în urma acestei forme de familie trebuie să admitem împerecherea neregulată făcută numai în timpul rutului. Acest larg cerc se strâmtorează încet încet până ajungem la monogamie. Aceste sisteme astăzi dispărute, pentru existența lor trebuiau să aibă autorizația tuturor membrilor din un atare grup. Deci *toleranța reciprocă* și *lipsa de gelozie* stau la baza primelor grupări familiare, în care se face trecerea dela omul feară la acela de om — în conformitate cu noțiunile noastre.

Din această formă se dezvoltă mai târziu „familia prin rude de sânge“. Aici grupele de căsătorii sunt despărțite după generații: toți bunicii și toate bunicele înăuntru hotarelor familiilor sunt între dâșii soți, tot așa copiii lor adică tatii și mamele, după cum la rândul lor copiii acestora, nepoții celor dintâiu constituie o a treia grupă de soți comuni. Aceasta formă familiară s'a stins, însă pentru existența ei pledează sistemul Hawaiez citat mai sus. Vedem aci că primul pas spre evoluție îl face excluderea părinților și copiilor dela raporturi sexuale reciproce — al doilea pas este făcut prin excluderea fraților și surorilor între dâșii dela aceste raporturi. Probabil că în ajutorul propagării acestui sistem au fost și observațiile făcute asupra progresului, pe care îl arătau triburile în care se introduseseră aceste noi sisteme față de cele conservatoare, în acest timp apare ginta împreună cu numita familie „Punalua“.



Un număr de surori după mamă sau mai îndepărtate erau femeile comune ale bărbaților lor comuni, dintre cari însă erau excluși frații acestora. Acești bărbați între ei nu se mai numesc frați ci „Punalua“ adică prieteni. Deasemenea un șir de frați după mamă sau mai îndepărtați, aveau mai multe femei, nu însă pe surorile lor, și aceste femei între ele se numeau „Punalia“ adică prietene. Oprirea deci a căsătoriilor între frați și surori a împărțit în două clase pe copiii de frate și de soră până aici tratați fără deosebire ca frați, și în acest mod se înființează noțiunile de nepot și nepoate, veri și verișoare. Acest sistem îndreptățește actualmente ordinea familiară a indienilor americani, cu toate că propriu zis el nu mai există. Cezar însăși în povestirile lui despre britani ne amintește de asemenea formațiuni familiare, iar Herodot dă noțiuni, asupra comunismului femeilor în existență pe atunci la diferite popoare sălbatice.

La copiii născuți din asemenea legături li se cunoaște precis numai unul singur dintre părinți și acela este „mama“. Această recunoaștere exclusivă a spiței neamului după mamă, Bachofen o numește „matriarhat“ (dreptul matern, Mutterrecht), precum și relațiile de moștenire, cari cu timpul decurg din aceasta. Din aceste relații familiare având ca punct de plecare mama, derivă originea „gintei“. Cele mai exacte cunoștințe în aceasta chestiune le datorim în bună parte misionarului Lormier Fison care a studiat în special negrii Australieni din jurul „Monat Gambier“, Australia de sud.

Tribul acestora este împărțit în două clase „Krachi și Ku-miți“, în care singular în o clasă sunt oprite căsătoriile, care nu se pot face decât prin combinarea copiilor noi născuți între ei.

Odată cu aceste legiuri, apare sub o formă obscură, noțiunea de incest.

Aparițiunea gintei și impulsionea pe care aceasta o da pentru a împiedeca căsătoria între rudele de acelaș sânge, făcu ca să ia naștere „familia prin împerechere“. Nenumăratele rudenii care nu se mai puteau căsătorii între ele aduseră o îngreunare extremă căsătoriilor în grupe — care trebuia să fie înlocuită, prin un sistem mai simplu și mai ușor de înfăptuit, fără a atinge sfîntența legilor și care fu căsătoria împerechere. Poligamia și adulterul în acest stadiu sunt apanagiul masculilor. Legătura de căsătorie poate fi însă ușor desfăcută de către ambele părți.

Asupra rezultatelor biologice născute din aceste noi sisteme (Morgan zice: „Căsătoriile între ginte neînrudite prin sânge dădură naștere unci rase mai puternice trupește și sufletește;

două triburi propășitoare se amestecară și craniile și creierii noilor născuți se dezvoltară în chip natural, până ce cuprinseseră însușirile amândouora“.

În aceste vremuri, departe ca femeia să fie considerată ca roabă, ea avea egalitate față de bărbați. Dar nu numai atât, deoarece toate treburile familiare erau lăsate în seama ei, de multe ori cuvântul ei era hotărîtor. La anumite triburi puterea masculilor scăzu treaptă pe treaptă și dela „Vaterrecht“ trecu la o „domnie a mamei“. Cu această atotstăpânire luă naștere așa numitul sistem „poliandric“, în care femeia avea în jurul său mai mulți bărbați de care dispunea nu numai în interesul economic al familiei ci chiar în dorințele sale sexuale.

Evoluția aduse însă cu dânsa noi efecte de civilizare, omul nu mai era nomad, începu a cunoaște cultivarea pământului de care se legă, el deveni stabil. Odată cu acestea se născu nevoia de brațe tari, neobosite pentru a desțeleni ogoarele; și astfel forța cu care era dotat bărbatul, începu să-i ridice prestigiul și autoritatea. Domnia femeilor scade rînd pe rînd în fața forței, femeia devine roabă. Adulterul aspru pedepsit, face ca paternitatea să fie recunoscută nu numai de fapt ci și de fond. Conveniențele sociale care pînă acum făceau din copii moștenitorii mamei, deci trecerea lor în altă gîntă, caută să fie înlocuită. Părintele caută să găsească o modalitate, ca acei care vor moșteni odată averea, patrimoniul lui, să fie proprii săi copii, și astfel se trece „de jure“ la recunoașterea „patriarhatului“ (Vaterrecht). Vedem deci, că în primul rînd forța și apoi necesități de ordin economic au distrus forma denumită „matriarhat“ înlocuind-o cu „patriarhatul“.

Întărirea dominării masculului, gusturile și sexualismul lui duseră la poligamie.

Civilizația, sentimentele de iubire care încep a lua mai întăiu forma preferinței, împușinarea rînd pe rînd a femeilor, sau mai bine zis echilibrarea celor două genuri, făcură ca poligamia cel puțin sub forma oficială să se rărească, dacă nu să dispară.

În acest mod se face trecerea la familia monogamă — a cărei existență durează și astăzi.

Sentimentele născute odată cu viața socială, greutățile tot mai mari, pe care le impunea lupta pentru existență — moravurile și legile pe care societatea și le-a format, întărește acest sistem, cu atât mai mult cu cât el se conformează științelor biologice, în liniile pe care aceasta le indică pentru progres. Reminiscentele de polimorfism legal, de formă adulterică și incestuosă pe care le

păstrează societatea noastră, pot fi doar fenomene recesive, din epocile îndepărtate de animalism, din epoca în care fiara se lupta cu progresul civilizator căutând să-l rețină.

Terminând expunerea diverselor forme de căsătorii, cari s'au perindat din timpurile îndepărtate — până la normele sociale actuale, nu putem fi complecși fără a face o critică biologică a acestor sisteme.

Intr'un articol viitor vom continua discuția problemei relevate, căutând să o privim prin prisma criticii actuale.

V. Noveanu.

\*

*Bibliografie:* Friderich Engels, Originea Familiei. Morgan, Systems of Consanguinity and Affinity. Girard Toulon: Origines de la famille. Letourneau: Evoluția căsătoriei și a familiei, etc.

## ~ Foloasele ce ne-ar aduce dispensarele de igienă și profilaxie psihică.

Am înaintea ochilor mei, ultima statistică a spitalului de boli mintale ce-l conduc și văd că în acest spital s'a îngrijit în cursul anului 1928; 655 bolnavi din care: 459 aflați și 196 întrați. Peste efectivul prevăzut în buget au fost îngrijiți zilnic circa 30 pacienți.

Faptul nu constituie o excepție, când știm că astăzi, toate spitalele similare, sunt supra încărcate de bolnavi, iar conducătorii lor sunt obligați de împrejurări, să primească peste efectivul bugetar, câți mai mulți pacienți.

Dar constatarea aceasta întrucâtva dureroasă, stă alături de o alta, îmbucurătoare. La un total de 655 bolnavi îngrijiți în cursul anului, au eșit: 18 vindecați și 96 ameliorați.

Cu toată aglomerația de bolnavi, cu tot amestecul de acuzi și cronici, cu toată promiscuitatea tristă dintre confuzi și maniaci; dintre melancolici și deliranti; cu toată lipsa de confort venită prin reducerile bugetare; cu toată imposibilitatea de a asigura fiecărui bolnav tratamentul necesar și cu toată prudența în prognostic a medicilor primari respectivi, numărul vindecaților și amelioraților se arată destul de pronunțat.

Dacă 114 vindecați și ameliorați au fost dați vieții normale, dacă ei au fost lăsați la casele lor, la ocupațiile sau profesiunile

lor, ne putem închipui, ce procente de vindecări și ameliorări s'ar obține, când ni s'ar da posibilități mai mari de îngrijire și tratament.

Fără a intenționa să revin cu detalii, asupra doleanțelor conducătorilor acestor spitale, (cunoscute de altfel autorităților noastre superioare), doleanțe cari s'ar rezuma în: acordarea unor mai largi credite bugetare, atunci când este vorba de a aplica progresele științifice la sănătatea publică și când se știe mai ales că sumele plasate, raportează destul de mult (statistica de față o dovedește); vreau totuși, să atrag atenția asupra modalităților prin care s'ar putea face mai ușor față, împrejurărilor de astăzi (lipsă de locuri în spitale și lipsă de bani pentru îngrijirea celor internați) prevenind pe de o parte ivirea psihozelor și ocrotind pe de altă parte societatea, față de acei ce se găsesc cu tulburări psihice.

Propunerea nu este nouă, ea reese din cunoștința faptului, că igiena fizică și psihică, educația pricepută, sobrietatea etc. poate îndepărta cauzele principale provocante de tulburări psihice și că o influență morală a medicului, ca și tratamentul organic aplicat la timp, poate preveni un acces psihopatic, care ar începe să se desemneze.

Susținem deci, crearea cât mai urgentă a dispensarelor de igienă și profilaxie psihică.

Această igienă și profilaxie împreună cu serviciile deschise de asistență psihiatrică, nu numai că ar difuza ideile moderne asupra tulburărilor psihice, multiplicând mijloacele de prevenire a lor, dar ar permite să se ușureze aglomerația din actualele spitale, prin: funcționarea serviciilor de consultații (adevărate dispensare de igienă psihică) și prin îngrijirea provizorie a diverselor categorii de pacienți (ne agitați) începând de la simplu neurastenic și mergând chiar până la delirant.

Un triaj apoi, ar putea fi mai ușor practicat în aceste servicii. De asemenea dosarul cu date asupra împrejurărilor, cari au declarat boala pacientului și asupra mediului său, poate fi lesne întocmit; iar examenul medicului specialist, ar veni să completeze și mai bine acest dosar.

Cel dintâi rezultat ce s'ar obține prin crearea acestor servicii și prin aplicarea măsurilor de igienă psihică, ar fi: desrădăcinarea prejudecăților populare, a acelor credințe false că spitalul de boli mintale este și astăzi închisoarea îngrozitoare, în care cineva este adus și ținut cu forța și în care și puțina rațiune a celui intrat, se întunecă sau se perde complet și definitiv.

Prin deschiderea acestor servicii, chiar medicul psihiatru ar

fi mai simpatizat de opinia publică. El ar putea să-și ia adevăratul rol de medic sufletesc, de sfătuitor moral. Apariția sa într-o familie, nu ar fi privită cu îngrijorare sau cu teamă.

De altfel, serviciile psihiatrice de acest gen, funcționează pe o scară întinsă în America. În Europa încă, iau o dezvoltare destul de mare. În special Franța le-a multiplicat în ultimul timp și afară de cel central din Paris condus de Profesorii: Claude și Toulouse avem în: Bordeaux (condus de Abadie), Lille (condus de Raviard), Lyon (condus de Lépine) etc.

Și dacă am urmări activitatea acestor servicii am putea vedea, cum numai cel din Paris, a putut da dela 15 Iunie 1922 și până la 30 Iunie 1923, un număr de 5237 consultații la 2872 bolnavi, din care: 532 au necesitat se fie internați, (138 din acești din urmă au trebuit să fie internați din oficiu).

Dar dacă numărul psihopaților și anormalilor mintali din țară este cu mult mai mare ca acel al paturilor bugetate în spitale (statistica din 1920, îmi arată că în Ardeal, ar fi circa 6000 de anormali mintali, față de circa 2000 paturi) și dacă prin deschiderea acestor servicii psihiatrice, nu s'ar ușura mult spitalele existente, totuși s'ar veni ușor în ajutorul acestor desmoșteniți ai soartei și s'ar ocroti mai mult societatea contra daunelor ce le-ar putea ei cauza.

Serviciul însă, de igienă și profilaxie psihică alăturat celui de asistență psihiatrică, ar contribui să reducă simțitor, numărul viitor al psihopaților.

Acest serviciu s'ar ocupa în adevăr, de toate chestiunile susceptibile de a preveni dezechilibrul mintal, semnalând atenției autorităților respective: principalele cauze materiale și morale ale psihozei, măsurile inspirate de observațiunile medico-psihologice, precum și mijloacele prin cari s'ar putea preveni psihozele și obține cel mai bun procent social de indivizi cu sănătate psihică.

Citez principalele scopuri ce le-ar putea realiza crearea acestor servicii:

a) Cercetarea și urmărirea cazurilor de surmenaj școlar, surmenaj care poate ocaziona dezvoltarea neurasteniei și chiar a unor anumite psihoze, ca demența precoce.

b) Cercetarea și urmărirea cazurilor de surmenaj profesional, în special în uzine. Orientarea profesională și adoptarea individului la meșteșugul adecuat.

c) Selecția personalului însărcinat cu servicii speciale de siguranță publică (mecanici, șoferi, conducători de vehicule etc),

iar în armată a aviatorilor și altor specialiști ce utilizează metodele moderne de armament și luptă.

d) Studiul criminalității și al apărării sociale. Supravegherea psihiatrică a închișorilor și a mediurilor de represiiuni penitenciare.

e) Igiena sexuală, factor foarte important în profilaxia nevrozelor zise constituționale, comportând în special pentru adolescenți, învățământul fiziologiei sexuale.

f) Eugenia sau Profilaxia, căsătoriile dintre cei cu tare hereditare și cari pot sfârși cu o degenerare.

g) Lupta contra alcoolismului și boalelor veneriene.

h) Profilaxia contagiunii morale publice prin literatură, teatru, dans, cinema. Supravegherea sporturilor etc.

i) Ingrijirea copiilor anormali și arieraiți (creerea de institute speciale).

j) Recrutarea din anumite ramuri ale armatei etc.

Pentru ajungerea acestor scopuri, se pot întrebuița ca mijloace, pe lângă oficiile centrale din orașe: publicațiuni, broșuri, conferințe precum și orice alt mijloc ce poate difuza acțiunea binefăcătoare a dispensarului și face o mai bună educație a publicului.

S'ar părea că proiectul de lege întocmit *din inițiativa vrednicului secretar general al Ministerului Sănătății publice Prof. Dr. Moldovan*, (care cuprinde și această problemă) va deschide o cale nouă, către realizarea unei profilaxii și asistențe psihiatrice mai perfecționate, corespunzătoare multiplelor exigențe ale civilizației contimporane.

Înlăturarea dificultăților provenite prin formele de internare; crearea de instituții psihiatrice; îmbogățirea spitalelor cu material, cu personal medical și îngrijitoresc; încredințarea conducerii instituțiilor psihiatrice la oameni specialiști; precum și igiena și profilaxia psihică, complectate cu serviciul sterilizării și acel al anchetelor psihiatrice din închișori, școli, armată etc., atât de necesare pentru ocrotirea socială, sunt punctele principale prevăzute în proiectul, intitulat de altfel: *Legea pentru ocrotirea și îngrijirea alienaților și anormalilor mintali*.

Rămâne numai, ca acest proiect se fie votat și aplicat. Ca cele scrise să se înfăptuească. Ca spitalele existente să fie înzestrate cu cele necesare, ca instituțiile și serviciile psihiatrice nou create să funcționeze cum trebuie și să progreseze. Aceste realizări pot mulțumi destul de mult pe medicii psihiatri, căci s'a putut câștiga un întins teren în deșertul infinit al nenorocirii omenești, rămâne

ca ei să-l poată cultiva prin mijloacele științifice venite prin evoluția vremii, — în direcția unei expansivități psihice sănătoase, a libertății morale și a protecției și ocrotirii societății noastre.

**Dr. G. Preda,**  
medic-primar, director.

## Baza de plecare a înființării ambulatoriilor policlinice.

Consecutiv erupției vulcanice și întinderii bruște a boalelor venerice — mai cu seamă a sifilisului — în veacul XV—XVI s'au născut și măsuri de apărare. Aceste măsuri de combatere s'au concentrat însă aproape exclusiv în scopul de a strâmpi prostituția, în sarcina căreia se arunca vina marelui dezastru. (Wiedmann 1560 „A prostitutis mulieribus hoc tempore maxima cavendum est“.

Măsurile de apărare luându-se aproape numai în centre urbane — deci măsuri parțiale — satele erau cu desăvârșire abandonate. Iar aceste măsuri de apărare fiind dictate mai mult de ordin moral, decât igienic, e firesc că, rezultatul din punct de vedere igienic a fost minimal. Tratamentul bolnavilor sifilitici se mărginea la tratamentul forțat al prostituatelor, accidental aflate, bărbații fiind scutiți de ori și ce măsură restrictivă. Tratamentul acestor prostituate accidental aflate, nu avea nici o importanță generală. (În Paris p. p. bolnave erau internate în Spit. S. Lazare, unde li se făcea o cură, numită „blanchir des malades“).

Din aceste măsuri de apărare s'a născut „reglementarismul“ care însă neavând la bază cunoștințele moderne igienice de azi, era unilateral aplicat, impus mai mult de observația că, prostituția este cauza transmisiunii virusului și se baza mai mult pe latura morală a prostituției, nevăzând în prima linie pericolul venerian. Acestui fapt i-se datorește că, în „reglementarismul“ secolilor trecuți și chiar și în prezent primează, măsurile de ordin polițienesc — greșala fatală a „reglementarismul“. Acest „reglementarism“ supune în mod absolut disciplinar — polițienesc numai femeile prostituate unor măsuri de ordin sanitar-polițienesc, cu scopul de a scoate din circulație focarul de infecțiune reprezentat de prostituata bolnavă, pe timpul cât ea prezintă pericol de transmisiune

Cum însă prostituția reglementată, cât și cortegiul infinit al prostituției clandestine, în realitate este o *problemă igienico-medicală*, iar nu polițienească, este natural că, măsurile reglementarismului de ordin polițienesc nu au putut duce și *nu vor putea duce* nici când la un rezultat mulțumitor. Chiar eșecul acestor măsuri polițienești au dat naștere unui curent care cere imperios abolirea acestei măsuri reglementariste. În anul 1875 s'a și constituit la Liverpool o organizație aboliționistă, contestând dreptul poliției de-a înscrie în mod benevol, sau forțat, femeii în registrul prostituatelor, a le încazarma și a le supune unor măsuri disciplinare, cum e vizita periodică, susținând că, numai *educația, ridicarea moralului* va putea lupta cu succes contra veneriilor.

Este cert că, intenția „reglementarismului“ de-a diminua pericolul venerian, nu a confirmat așteptările și dorințele legate. Însă suntem convingși că, precum a eșuat „reglementarismul“ sanitar-polițienesc, tot așa nici „aboliționismul“ intransigent nu va putea rezolva problema arzătoare. Avem pildele atâtor state aboliționiste, în cari nu s'a ameliorat cu nimic starea generală igienică prin ridicarea măsurilor de „reglementarism“. În America aboliționistă azi asociații particulare încearcă să diminueze pericolul boalelor venerice prin, vizita medicală benevolă a prostituatelor. În Cehoslovacia — procese verbale luate dela prostituate venite din acea țară arată că — numărul infecțiilor au crescut în urma ridicării măsurilor de reglementarism (și chiar acestea prostituate cer re-introducerea „reglementarismului“).

Azi două sisteme diametral opuse încearcă rezolvarea marelui probleme sociale a prostituției și boalelor venerice. Reglementarismul polițienesc mai mult din motive de ordin moral, decât igienic și aboliționismul mai mult din motive de sentiment, fără considerațiuni serioase igienice.

Azi prin avansarea igienei sociale, prin cunoașterea adevărată a bolilor se deschid orizonturi noi în delăturarea cauzelor, cari, nasc și perpetuiază plăgile sociale și pentru rezolvarea favorabilă a prostituției. Tocmai din aceste motive, azi, când atât „reglementarismul“ polițienesc, cât și „aboliționismul“ intransigent și-au dovedit ineficacitatea, noi bazați pe cunoștințele igienice-sociale trebuie să căutăm altă cale de rezolvare.

Este natural că, nici unul din aceste sisteme duse în extrem nu corespund, iar tot așa nici unul dintre acestea nu e potrivit în ori și ce condițiuni. „Aboliționismul“ recere o situație cultural-morală avansată, perfecționarea simțului de responsabilitate, organizații



perfecte sanitare-igienice și sociale, stând la dispoziția ori și cui, și ori și când. „Reglementarismul“ recere organizații sanitare excelente, medici bine pregătiți și conștiincioși, personal sanitar auxiliar select, sistem bine precizat, muncă intensivă și continuă.

Iar cum nici unul dintre acestea sisteme aplicate în extrem nu corespund și nu sunt potrivite în ori ce condițiuni, este necesar a adapta sistemul de combatere a situației speciale a țării respective. Deci, altfel va fi rezultatul „abolitionismului“ în Anglia, Olanda, țări cu o cultură superioară, cu un procent disparent de analfabeți, cu un simț de responsabilitate avansat, decât într-o țară lipsită de simțul de răspundere și cultură. Și totuși pe lângă toată cultura avansată a Angliei, prostituția și boalele venerice se răspândesc în mod înspăimântător. În America opoziția dărză a feministelor a reușit să anuleze legea „Paget Bill“ desființând „reglementarismul“ și azi totuși numărul boalelor venerice sunt în creștere. La noi „abolitionismul“ intransigent și avea urmări fatale, dat fiind nivelul inferior al prostituatelor, cât și a clienților lor.

Deci, pentru a remedia favorabil răul, este necesar o combinație reală a acestor sisteme și a adapta măsurile, potrivit stărilor noastre cultural-social-igienice. Un fapt trebuie evidențiat: reglementarea polițienească trebuie cu desăvârșire eliminată, căci *pericolul venerian numai prin muncă medicală se poate stârpi*. Prostituția este de fapt o „problemă igienico-socială“, deci, rezolvarea ei cade în competența medicului.

Odată cu intrarea în conștiința publică a valorii capitalului uman — reprezentat de individ — și progresul respectului acestui capital, a început a domni convingerea că, nu prostituția, ci *boalele venerice* — sursele de infecțiune — *trebuie reglementate*. Deci se impun măsuri generale, nu numai locale pentru a suprima răul social, isvorit din perpetuarea și înmulțirea boalelor venerice în întreg corpul societății umane, cari devalorizează capitalul uman, scade producția atât intelectuală, cât și fizică, prezintând un mare pericol social. Deci, fiindcă întreg corpul societății este periclitat prin întinderea acestor boli sociale, măsurile trebuie să fie generale, nu numai centrele urbane — centrele de prostituție — ci, și restul țării trebuie reglementat și supravegheat.

Odată cu aceasta constatare a intrat tot mai mult în convingerea societății principiul că, în lățirea boalelor venerice mobilul principal este un *defect moral* — lipsa conștiinței sociale, a răspunderii față de sănătatea proprie și a altora. Aceasta constatare determină măsuri pentru întărirea disciplinei morale, pentru anga-

jarea colaborării efective a celor periclitați, sau bolnavi, deci o imperioasă problemă de educație. (Prof. Moldovan).

Eșecul măsurilor de combatere se datorează, înafară de principiile greșite, mai mult măsurilor defectuoase de apărare. Căci, în fața unui pericol general, care interesează din zi în zi tot mai mult populațiunea, nu erau instituțiunile organizate astfel, ca să poată lua lupta decisivă față de acest pericol general. Defectul principal al instituțiunilor sanitare — spitale, dispensare — era, și este că, se limitează numai la tratamentul individului bolnav și prezentat de bună voie la consultație, sau spital, sau maximum când e prins accidental din partea poliției, și internat ca bolnav, pentru tratament, altfel ceilalți bolnavi — majoritatea — scapă de îngrijirea specială și de controla continuă, iar marea mulțime a bolnavilor chiar și azi scapă de îngrijirea medicală, purtând germenii boalei și transmițându-i, nesupărați de nimeni. Deci, pentru a putea remedia răul, este necesar și singur ducător la țintă: depistarea acestor bolnavi în mod general, evidența severă, tratamentul obligator, controla continuă și urmărirea în caz de nesupunere.

Această măsură se impune azi primordial în sanarea acestei arzătoare probleme social-igienice, afară de aceasta, sanarea prostituției prin controlă severă — binevoitoare, a face inofensivă prostituția prin închiderea focarelor de infecțiune, prin tratament continuu, prin educație, propagandă igienico-social-culturală. Iar cum educația nu poate fi numai sexuală, căci și lățirea boalelor venerice se bazează pe un defect moral, nu numai sexual, se impune și o educație morală generală, nu numai sexuală.

Iar cum plăgile sociale se bazează în lățirea lor pe existența aceluiaș substrat morbid social (în special veneriile — tuberculoza, alcoolismul — având o covârșitoare influință asupra mortalității infantile) să impune o luptă comună, intensivă, atât educativă, cât și de asistență socială.

Acest rezultat îl poate atinge numai o organizație specială. În favorul acestui rezultat se cere imperios înființarea unor instituțiuni cu caracter general igienic-social, nu numai cu caracter individual și terapeutic. Organizația acestor instituțiuni se bazează în prima linie pe serviciul extern: *anchete, controlă, urmărire, educație, propagandă*. Acestea instituțiuni trebuie să vadă în individul bolnav, membrul colectivității, care direct, sau indirect poate interesa sănătatea publică, deci, vindecarea lui este dictată de sănătatea și viața colectivității, a patriei.

Lupta aceasta se poate baza deci, numai pe instituțiuni speciale, formate direct pentru acest scop, anume *dispensarii integrale* (venerii, tuberculoză, boli de copii) interesându-se în mod sincer de toate boalele și problemele condiționate de stările morbide social-igienice.

Aceste condițiuni le întrunește într'un mod absolut real *ambulatorul policlinic*, institut, creație românească, născut în anul 19.9 din necesitatea imperioasă a reformei stărilor social-igienice la noi.

Prin organizarea ambulatorului policlinic ideal să repară în mod definitiv greșala fatală a „reglementarismului“ polițienesc, se contrabalansează efectul dezastruos al „abolitionismului“, cari au zădărnicit până acum rezolvarea favorabilă, a pericolului venerian.

Dr. Dominic Stanca.

### · Mișcarea Eugenică în Franța\*).

După ce am cunoscut, felul cum se prezintă mișcarea Eugenică în calea ei evolutivă în America și în Anglia, ne rămâne să ne aruncăm privirea asupra Franței. Dela început însă, trebuie să spunem; Franța din punct de vedere al mișcării eugenice, nu stă în frunte, cu toată necesitatea pe care o simte în aceasta direcție. Comparând-o cu America, Anglia, putem spune că stă chiar slab. De mai bine de un secol și jumătate s'a putut observa în Franța o descreștere a natalității. Montaigu în o lucrare a sa spune, vorbind de familiile care trebuie să aibă mai mulți sau mai puțini copii: „Nu trebuie să se căsătorească prea de tineri... Eu zic aceasta în special pentru nobili, care au în viață condițiuni speciale, trebuind să trăiască din rentă. Cât despre familiile care duc o viață questuară, pluralitatea și asociațiunea copiilor este un adiacent al menajului, căci fiecare din ei este un instrument de utilitate și îmbogățire“.

Grija pe care o aveau nobilii, de a căuta mijloace de micșorare a numărului ascendenților, după revoluția franceză trece și în sarcina burgheziei. Până aici vedem ca bază a diminuării numărul nașterilor o chestiune economică difuză. Dată însă cu pătrundere maltusianismului, această limitare a nașterilor deveni un

\* Urmare a articolelor „Mișcarea Eugenică în America și Anglia“.

fapt necesar, bazat pe ipoteze științifice. S'a creiat chiar o „Ligă pentru generația umană“, sub prezidenția lui Paul Robin, care își începe în 1900 prima conferință internațională de limitarea nașterilor, ligă care avea ca bază principiile neo-maltusianiste, care nu a fost suprimată decât odată cu votarea legii. „Interzicerii propagandei anticoncepționale“ din 1920. În 1913 se formă ca o contrapondere a sus zisei asociații, „Societatea Franceză de Eugenie“. Afară de această instituțiune mai avem „Secțiunea Franceză de eugenie dela institutul internațional de antropologie“. Alături de aceste organizațiuni, trebuie să ținem cont de cursurile dlui Dr. Sicard dela Sorbona ținute sub auspiciile „Comitetului național de propagandă higienică socială și educațiune profilactică“. Acestea sunt cele două mari instituțiuni, și auxiliarul lor, cari sub conducerea unor savanți consacrați ca Ed. Perier, Pinard, Landouzy, Apert, formează nucleul tuturor organizațiilor franceze.

Ele au de luptat cu o serie întreagă de dificultăți pe care M. N. Tisot le împarte: 1. amenințarea depopulației care are ca consecință:

a) împedecarea de către stat a oricărei măsuri de natură a împedeca oficial numărul nașterilor.

b) conservarea a tot ceia ce se poate conserva pentru existență, neținând seamă de indicile biologic.

c) favorizarea căsătoriilor ori între cine ar fi făcute pentru a ajuta creșterea numerică.

d) primirea și naționalizarea, streinilor, a căror imigrare amenință să compromită unitatea națională.

2. Starea opiniei publice care repugna tot ceea ce ar putea fi preconizat ca măsuri mai radicale sub cuvântul: atentat la libertatea individuală.

Nisot — căutând motivarea eugeniei — găsește patru motive principale.

1. Ravagiile cauzate de către războiu.
2. Depopulația cauzată prin imigrație.
3. Marele număr al țarașilor.
4. Diminuarea natalității în clasele superioare.

Cu 1,500.000 morți, 800.000 invalizi — este lipsit pământul francez de tineri, deci elemente generatoare. În 1922 au intrat în Franța 180.000 streini și au eșit 50.000, deci au rămas pe pământul francez, 130.000 de elemente streine, capabile să se strecoare în unitatea națiunii.

Profesorul Leon Bernard declară că 20% din bolnavii spi-

talelor sunt streini, deci iată care este rezultatul imigrărilor. Marie, directorul azilului de alienați Sft. Ana, raportează societății de medicină din Paris, că din 4000 de bolnavi din serviciul său 60 sunt streini și aceasta cu tot controlul medical, care se face la intrarea acestor streini în țară.

140.000 decese anual sunt atribuite sifilisului. Din 38.000 de copii născuți, morți după 6 luni de gestațiune, 19.000 sunt sifilitici. Sunt în Franța, 30.000 surdo-muți, 40.000 idioți din care marea majoritate sunt sifilitici, deasemenea sunt 28.000 orbi din cauza celorlalte maladii veneriene.

700.000.000 franci francezi sunt cheltuiți pentru aceste rămășițe umane, cărora li se poate adăoga 500.000.000 franci, pierderea capitalului uman, incapacitatea de muncă, produse de sifilis. Mijloacele eugenice preconizate în Franța pentru atingerea scopurilor pe care și le propune eugenia, după Nisot sunt următoarele:

1. Educațiunea morală.
2. Studiul heredității.
3. Desvoltarea familiilor numeroase.
4. Sterilizarea.
5. Educațiunea eugenică și educația sexuală.
6. Reglementarea căsătoriilor.
7. Măsuri de igienă sexuală.
8. Reeducarea anormalilor.
9. Selecțiunea naturală.
10. Reglementarea imigrației și asimilării streine.
11. Lupta contra metisajului.
12. Limitarea nașterilor.

Douăzeci și șapte lucrări principale au fost date publicității cu concursul lui Apert, Lagrange, Ch. Leroux, Hugels, tratând despre cancer, tuberculoză, keratodermie, hereditatea patologiei oculare, ereditatea morbidă, legile lui Naudin-Mendel.

M. B. Roussy voia în interesul rasei, luptând contra depopularizării să facă a se instaura:

1. Un serviciu de maternitate obligator ca serviciu militar.
2. Un corp de reproducători voluntari remunerați larg și recompensați.
3. Admiterea legală a poligamiei.
4. Obligativitatea pentru celibatari de a îndeplini îndatoririle sociale.

În 1922 se creiază prin lege „Consiliul superior al natali-

tății" și Ministerul Instrucțiunii hotărăște a ajuta în școli copiii familiilor numeroase.

Iată pe scurt prevederile legislației Franceze, care tind să dea posibilitate dezvoltării numerice a poporului, păstrându-și în acelaș timp capitalul biologic.

Legea din 14 Iulie 1913, relativ la asistența familiilor numeroase, prevede acordarea de alocațiuni șefului de familie a cărui resurse sunt insuficiente. Prevede moartea părinților și asigurarea tutorelui, ba mai mult, consideră ca șefi de familie, în posibilitate de a se servi de avantajile legii, pe toți părinții care și-au luat copiii de suflet.

Legea din 22 Iulie 1923, spune, în art. 1. Orice familie de naționalitate franceză și rezidată în Franța, care are mai mult de trei copii vii, legitimi sau legitimați, mai mici de 13 ani, primește dela stat o alocațiune anuală.

Primele de natalitate, care se dau ori cărui familist dela nașterea celui de al doilea copil, nu implică sărăcia, ele sunt atribuite ori care ar fi situația materială a părinților.

Reducerile de impozit trecute și ele în diferite legi privesc:

1. Contribuțiile mobiliare.
2. Impozitul general pe venit.
3. Impozitele cedulare.
4. Taxele municipale.
5. Taxele succesiunilor și donațiunilor, etc.

Un decret din 26 Mai 1920 instituește „Medalia familiei franceze“ care se acordă numai mamelor.

Găsim în Franța opt mari asociațiuni, dintre care o parte recunoscută de utilitate publică, pentru protecția familiilor numeroase și șapte reviste de propagandă în acelaș scop.

Chestiunea sterilizării din punct de vedere eugenic, studiată atât de mult în America și Anglia, în Franța nu a produs un prea mare interes. Pentru propaganda higienică și profilaxiei sociale, există în Franța „Societatea franceză de profilaxie socială și morală“, sub egida căreia a apărut până acum o serie de cărți îngrijite și bine scrise în acest sens.

Căsătoria în Franța cu toată lupta titanică pe care o depun eugenistii, păstrează încă numai vechea reglementație napoleoniană, care în art. 161, 162, 163, 164, reglementează căsătoria chiar mai puțin restrictiv decât codicele: Manou.

Examenle medicale înainte de căsătorie nu au reușit să fie introduse sub formă de lege. Totuși chestiunea se studiază asiduu

de cei mai renumiți savanți, găsind în acest sens o literatură bogată.

lată și articolele de lege propuse spre votare de către „Comisiunea de igienă“ parlamentului francez, în 24 Noembrie 1926:

Art. 1. Orice cetățean francez care dorește să se căsătorească, nu va putea fi înscris în registrele stării civile decât, dacă este prevăzut cu un certificat medical, de dată recentă, apreciind, că nu prezintă nici un simptom apreciabil de boală infecțioasă.

Ca măsuri de igienă sunt în Franța foarte multe societăți propagandiste. Cităm: „Societatea de profilaxie sanitară și morală“ 22 comisii de stat, ocupă 22 secțiuni, care au în sarcina lor asistența și igiena publică.

Protecțiunea copilăriei și maternității se bucură de o serie nenumărată de legi, dintre care 20 sunt principale, fără a socoti proiectele care tind să se legifereze. Numai pentru copii avem 19 asociațiuni și organizații de protecție, fără a socoti filialele lor.

Datorită Dr-ului Toulouse organizația igienei mintale este foarte avansată. Trei mari officii subîmpărțite în comisii își dispută munca pe acest teren.

Nu facem decât să cităm lupta pe care Francezii o duc contra tuberculozei, aceasta fiind de notorietate publică.

Pericolul veneric nu este nici el uitat; 3.700.000 franci francezi, cam 21.000.000 lei au fost votați în bugetul anului 1925 pentru lupta contra veneriilor. În 1924 erau în Franța:

239 servicii, tratând sifilisul.

14 servicii, tratând blenoragia.

45 servicii, tratând heredosifilisul la femeile însărcinate și la copiii de sân.

78 servicii, pentru tratarea maladiilor venerice în închisori.

În interval de un an numărul lor s'au mărit cu 62 servicii noi. Toate acestea ca locuri speciale, fără a socoti munca medicilor practicieni, și oficiali, propaganda revistelor științifice și de popularizare, congresele ținute, rezoluțiile lor și munca depusă de toți acei, care doresc binele țării lor.

Mai avem în Franța opt mari asociațiuni contra alcoolismului, două din ele „Liga națională contra alcoolismului“ și „Crucea albastră“, recunoscute chiar de utilitate publică, plus patru societăți de abstenență totală: „Federația abstenenților francezi“ „Crucea de aur“, „Panglica albă“ și „Ordinul bunilor templieri“. Legislația antialcoolică nu este încă perfecționată, însă până la sfârșit inițiativa publică va învinge.

Reeducarea anormalilor, reglementarea imigrației, și asimilarea

streinilor, și lupta contra metișajului, au dat și dau mult de lucru statului francez. Tratatate cu naționalitățile care produc un număr mai mare de imigranți, asociațiuni franceze de supraveghere, a așezării și evoluției lor pe pământul francez, a naționalizării lor, sunt chestiuni mereu la ordinea zilei.

Și acum, când în mod sumar cunoaștem situațiunea eugenică a Statelor Unite, a Angliei și a Franței care după cum am văzut, nu mai stă în fruntea națiunilor, din acest punct de vedere să ne gândim, să comparăm dacă este posibil, și vom vedea că noi românii nu puțin mai avem de făcut în aceste vaste domenii.

Păstrarea rasei și naționalității noastre în această parte a Europei, înconjurați din jur în jur de naționalități diferite ca rasă, cu numărul mare de streini așezați în ținuturile noastre, trebuie să ne dea de gândit, să ne facă să ne mișcăm pentru a putea păstra pe pământul nostru românesc, capitalul nostru biologic.

V. Noveanu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## Legislație.

### Combaterea tuberculozei în Italia.<sup>1)</sup>

#### Evoluția luptei anti-tuberculoase în Italia.

Unul dintre scopurile fundamentale ale regimului fascist este desigur ocrotirea sănătății populațiunei italiene.

Combaterea tuberculozei în Italia antebelică, suferea de o totală lipsă de organizare, iar ocrotirea publică și privată împotriva boalei acționa desorientată, risipind bani și energie zadarnică.

După război însă, când cu reîntoarcerea soldaților contaminați, numărul îmbolnăvirilor a suferit o remarcabilă ascensiune, guvernul s'a sesizat, ordonând înființarea „consorțiilor anti-tuberculoase comunale și provinciale“, menite să-și concentreze toate forțele în vederea organizațiunei metodice a profilaxiei anti-tuberculoase. Mijloacele disponibile erau datorite inițiativei particulare și prea puțin celei publice. Cele particulare se susțineau fie pe cont propriu,

<sup>1)</sup> Italo Cattarini: K. H. Blümel-Handbuch de Tuberculose-Fürsorge Bd. II. pg. 442.



fie că primeau subvenții parțiale din partea statului. Unele dintre aceste organizații particulare, s'au putut distinge în lupta anti-tuberculoasă, însemnând calea care trebuie urmată mai târziu. Astfel a fost „comitetul pentru combaterea tuberculozei“, care a înființat primul dispensar în Italia. În cartierele ce dispuneau de astfel de instituții, s'a remarcat ca prim efect, o apreciabilă diminuare a mortalității.

Primul scop al dispensariilor, era supravegherea ambulatorie a tuberculoșilor și micul ajutor material celor lipsiți. Cu toate acestea, nu s'a neglijat nici ajutorul medical corespunzător.

Propaganda dusă de primele organizații, a atras după sine înființarea altora. În scurt a reușit „fedeerațiunea națională pentru lupta contra tuberculozei“ și mai târziu Crucea roșie italiană, să înființeze numeroase sanatorii pentru tratamentul medical al tuberculozei pulmonare, iar în timpul din urmă mici spitale pentru tuberculoși, îndepeđe sau afiliate spitalelor mari. Ele sunt puse sub conducerea specialiștilor.

Alături de aceste instituții cu caracter general, înflorea și „opera paratuberculoasă“ ca organizațiune profilactică.

Încă în anul 1881, au luat ființă primele colonii școlare de vacanță, întâi la Milano, apoi succesiv la Bologna, Torino (1892), Verona, Udine etc. Subvențiile veneau dela comună, dela comitetul orașănesc, sau chiar dela micii pacienți.

Numărul acestor instituții a crescut mult în anii următori totuși încă mic pentru primirea tuturor solicitanților. „Ricreatori“-le unde se întrețineau copiii numai în timpul zilei, au încercat să compenseze acest neajuns.

Mai trebuie să amintite și școlile la aer liber, conduse fie de comitetele anti-tuberculoase sau Crucea roșie italiană.

Toate aceste instituții nu existau însă decât în marile orașe. Provincia fiind cu desăvârșire neglijată. Până la 1915 s'au înființat în Italia 32 comitete împotriva tuberculozei, conduse de cele două organizațiuni centrale: „Federazione italiana delle opere anti-tuberculosi“ și Liga nazionale contra la tuberculosi.

La această dată existau :

24 dispensarii în 20 orașe ;

10 sanatorii, dintre cari numai 5 pentru populația săracă ;

7 spitale pentru tuberculoși ;

51 colonii și ospicii maritime,

colonii și ospicii la munte, în număr variabil ;

50 școli la aer liber,

numeroase grădini de recreație și câteva institute de helioterapie.

Campania sistematică, amplificată și organizată pe baze moderne, încearcă abia după război, stăvilirea acestei epidemii sociale. Ea culminează în 1925 când la Genua se înființează „Primul institut clinic pentru îmbolnăviri tuberculoase“, prima școală în genul ei, din întreaga Europă, unde medicii pe lângă cunoștințe teoretice asupra patologiei și clinice, sunt familiarizați cu profilaxia socială a boalei.

#### Măsuri legale.

Prima măsură legală reușită, s'a luat abea în 1916—1917 pe baza căreia s'au înființat „consorțiile anti-tuberculoase comunale și provinciale“, cu următoarele atribuții:

1. Declarațiunea obligatorie a cazurilor de tuberculoză pulmonară:

a) din ospiciile pentru săraci, azilele pentru săraci, închisori etc.

b) spitale și ospicii de alienați,

c) lăptării,

d) locuri de recreație.

2. Luarea de măsuri în consecință.

Măsurile ce vizau pe bolnavii vârstei școlare erau următoarele:

Declararea și îndepărtarea din școli a bolnavilor cu tuberculoze deschise, până la vindecarea acestora.

O vizită medicală lunară cu considerațiuni speciale asupra predispușilor la tuberculoză.

Iniințarea în scop profilactic, de colonii școlare maritime, sau la munte.

Excluderea dela școală a bolnavilor cari tușesc și expectorează.

Această lege, modificată și amplificată (1919) e piatra unghiulară a arsenalului de combatere, a tuberculozei.

La 1920 (30 Iulie) s'a votat proiectul de lege intitulat „Fonduri pentru prevenirea tuberculozei în urma războiului“, bugetat cu 80 milioane Lire, care trebuie să se îngrijească de cei îmbolnăviți, sau de cei a căror boală s'a agravat în urma greutăților campaniei. Ocrotirea se extinde și asupra mebrilor familiei, acestei categorii de bolnavi.

Activitatea acestor organizațiuni a fost dintre cele mai fruc-

tuoase. Dispensare s'au înființat în număr considerabil, Milano singur având 17; pe lângă acestea, un mare număr de sanatorii și spitale pentru tuberculoși. Diferitele societăți acordă și subvenții bănești, pentru înființarea școlilor de aier liber și a coloniilor școlare de vacanță, tipăresc broșuri de propagandă, organizează conferințe publice, cursuri pentru surori vizitatoare etc.

### Organizațiunea actuală a luptei anti-tuberculoase.

Italia dispune astăzi de următoarele instituții pentru combaterea tuberculozei:

1. Sanatorii și spitale pentru tuberculoși.
2. Dispensare.
3. Ospicii maritime și colonii.

### Organizarea sanatoriilor și spitalelor.

Numărul paturilor disponibile pentru tuberculoșii pulmonari, atinge astăzi cifra de 8000. Însă numărul bolnavilor se evaluează la 250.000—300.000. Insuficiența terapiei e deci demonstrată. Sanatoriile sunt mult mai dese în regiunile nordice, rare sau foarte rare în sud. Lombardiei spre exemplu îi revine un pat pe 456 locuitori, provinciei Latium 1 pat pe 2617 locuitori, Piemont 1 pat pe 3494 locuitori, iar Campania ne oferă proporție ridicolă de 1 pat pe 29.000 locuitori.

Aceste cifre vorbesc dela sine: Italia de astăzi, are 21 sanatorii dintre cari o mare parte a fost clădită după război, din inițiativa Crucii roșii. Puține dintre ele sunt la munte, majoritatea lor la mici altitudini, sau la șes, căci după avizul statistic, cifra vindecărilor nu pare a fi deloc proporțională cu altitudinea.

Fiecare sanator e în strânsă legătură cu dispensarul regiunii corespunzătoare, supraveghează și furnizează pacienții. Pe această cale se face desigur cea mai echitabilă selecțiune.

Sanatorul nu este numai o instituție de cură și profilaxie, ci are și un important rol educativ. Internarea în sanatorii e relativ scurtă; ca medie se dau 4—6 luni. Acest lucru e necesar din cauza numărului mare al noilor solicitanți.

*Spitalele pentru tuberculoși* sunt confortate pentru orice fel de tuberculoză, mai ales pentru formele ei grave. Ele sunt fie în orașe, fie în vecinătatea lor, în liniștea locurilor împădurite. Toate sunt prevăzute cu galerii pentru zăcut.

Numărul actual acestor spitale în Italia, e de 13.

### Dispensarul.

Această instituție trece azi drept cel mai activ element în campania anti-tuberculoasă, datorită dublei ei funcțiuni: *medicală* și *socială*. Activitatea medicală a dispensarului, constă în depistarea boalei și întocmirea măsurilor de combatere, stabilindu-se felul curei: ambulant, sanatorial sau spitalicesc.

În acelaș timp se cercetează vecinătatea bolnavului, pentru a afla eventualele noi izvoare de boală.

Activitatea socială a instituției, se resumă în împărțirea de sfaturi igienice, de subvenții bănești celor lipsiți și în fine la izolarea în regiuni necontaminate — muntoase sau maritime — a copiilor amenințați.

Dispensarele au toată aparatul materială și științifică pe care o necesită o luptă sistematică. Numărul lor este foarte mare: aproape fiecare oraș posedă unul sau mai multe astfel de dispensare, ireproșabil dotate, considerate modele, între instituțiile similare.

Tot ele au încercat și vaccinarea anti-tuberculoasă, după sistemul cunoscut. Efectul acestor vaccinări a avut o durată de 7—8 ani.

Dela 1907—1914 s'au supus vaccinațiunei 3.702 bolnavi, dintre aceștia erau în viață 1819 la 1915; 63 au murit de boli netuberculoase, 11 de tuberculoză; 1809 nu au putut fi regăsiți.

Unele din aceste dispensarii au câte un pavilion, numit sanator de zi, unde se primesc copiii cu tuberculoze externe, mai ales chirurgicale. În acestea domină cura helioterapică, pneumotoraxul și radioterapia.

Activitatea profilactică revine surorilor de ocrotire vizitatoare, cu o solidă educațiune sanitară. Sunt cinci școli în Italia, cari se îngrijesc de educațiunea surorilor (Roma, Milano, Florenza, Torino, Bologna), înființate de Crucea roșie italiană. Din aceste școli ies anual 50 surori bine pregătite.

Dispensarele italiene, pe lângă educație și desinfecție, mai oferă bolnavilor o riguroasă profilaxie în familie și o alimentație substanțială corespunzătoare. O mare atenție se fixează asupra copiilor cari sunt smulși din mediul infecțios și depuși în colonii speciale. În cazuri desperate însă, se izolează împreună cu părinții în propriul lor domiciliu.

### Colonii și ospicii maritime.

Acestea sunt instituțiile pentru izolarea copiilor din mediul infectat.

Ocrotirea copiilor de sân e mai slab organizată, căci dintr'o

sută de astfel de colonii și ospicii, prea puține revin micilor infectați. Cele cari există însă, sunt model de confort; „Institutul de ocrotire al copiilor de sân împotriva tuberculozei“ dela Milano care poate susține 500 copii de sân, de origine infectată, e unul dintre acestea. Cu începerea primei copilării, ei sunt repartizați ospiciilor adeguate.

*Colon ile*, — spre deosebire de institutetele amintite, cari primesc numai copii de sân sănătoși — primesc copii contaminați însă neinfecțioși, îndată ce au trecut vârsta de 2 ani. Sunt preferați copiii părinților tuberculoși, pentru a-i scoate dintr'un mediu pururea amenințător.

Aceste colonii dezvoltă în același timp o activitate profilactică și curativă. Ele dispun astfel de un medic specialist, care conduce somptuasele instalații de helioterapie. Fiecare azil dispune de o școală, cu învățători plătiți de comună, încât copiii pot petrece în mediul lor de izolare, până la etatea 12-14 ani.

Nici unul dintre institutete nu e instalat pentru vârsta superioară celor 14 ani; lipsește și organizațiunea medico-școlară corespunzătoare, precum și ocrotirea social-sanitară a muncitorimeii.

Spre deosebire de aceste colonii cu funcțiuni mai mult profilactice decât curative, sunt *ospiciile maritime* pentru tuberculozele active. Multe dintre ele au atins supremul grad de perfecțiune, dispunând de instalații chirurgicale, radiologice, electro-, talaso- și helioterapeutice complete.

Durata internării în colonii, oscilează între 2 și 3 luni în cele temporare și între 2—10 ani în coloniile definitive; în ospiciile maritime, până la însănătoșare completă, sau aproape completă.

Succesele terapeutice în ospiciile maritime sunt admirabile. Unele dau cifra de 8)—90 ca procentuație a vindecărilor definitive.

Statisticile disponibile arată că, în timpul anului 1923 s'a dat azil la 99.250 copii, adică 255 copii la 10.000 locuitori.

În rezumat se poate spune că, Italia e una dintre țările cari stau în fruntea campaniei anti-tuberculoase. Prezentul îi justifică speranța, că în cel mai apropiat viitor populațiunea Peninsulei va fi pusă la bun adăpost față de acest flagel ce decimează societatea.

## Combaterea tuberculozei în Austria.<sup>1)</sup>

Și în Austria, ca în majoritatea, celorlalte țări, lupta sistematică împotriva tuberculozei, a avut ca punct de plecare, inițiativa privată. Doctorul Schrötter a fost primul, care își propusese ridicarea de institute antituberculoase, totuși cel dintâi dintre ele se construște abea la 1898 la Viena, dată la care Germania, spre exemplu, dispunea de un număr considerabil. Dar nu numai în capitala Austriei, ci și în alte orașe ale țării, s'au aflat oameni de inițiativă. Astfel ridicarea celor două sanatorii din Stiria — Hörgas și Enzenbach — revin meritului internistului Pfeifer.

Ceva mai târziu începe o vie campanie pentru înființarea dispensarelor. Primul a fost orașul Brünn, care la 1905, din inițiativa *Asociațiunii generale pentru combaterea tuberculozei*, înființează prima instituție de felul acesta, numită „Hilfsstelle“. Celelalte mari orașe ale Monarhiei au înființat și ele instituții similare, având însă toate, o restrânsă rază de activitate.

A treia direcție a campaniei antituberculoase din Austria, a fost izolarea bolnavilor gravi, în secțiile speciale alăturate spitalelor mici. Acestea s'au ridicat din subvenția Statului.

Primul semnal legal, în lupta antituberculoasă, s'a dat la 1902. El prevede atât măsuri profilactice, cât și curative între primele se cuprinde: *disciplina sputei, măsurile de disinfectie și declarațiunea obligatoare* a cazurilor mortale. Declarațiunea obligatoare se mai face în cazul bolnavilor infectați din colectivitățile mai mari, exceptând pe cele spitalicești. Prevederi speciale pentru localitățile de cură, cari trebuie să ia toate măsurile dictate de postulatele igienice, pentru a împiedeca propagarea boalei.

Măsurile curative se iau prin ridicări de sanatorii și spitale pentru tuberculoși, din partea comunelor, întreprinderilor industriale. căsilor cercuale, etc.

La anul 1911 s'a înființat *Comitetul central austriac pentru combaterea tuberculozei*, compus la început din 16 asociațiuni, dintre cari 4 cu sediul la Viena, 2 în Boemia, 2 în Moravia și Krain. Scopul care a unit aceste asociații a fost *combaterea socială științifică a tuberculozei*.

Așa numitul „Lupusheilstätte“ ridicat la 1903 la Viena, transformat la 1913 într'un institut cu renume mondial, a aparținut dela început, comitetului central.

La 1917 apare revista lunară *Tuberculose-Fürsorgeblatt*, me-

<sup>1</sup> Alfred Götzl: Blümel — Handbuch der Tuberculose-Fürsorge Band II



Ospitalizarea tuberculoilor e foarte mare în Austria, lucru ce se poate constata din marele număr de decese prin tuberculoză, în toate spitalele acestei țări :

*Mortalitatea prin tuberculoză și ospitalizarea (1923).*

Țara federală	Populația	Cazuri mor- tale prin tu- berculoză	Pe 10.000 locuitori	Morți în spitale	Procentuația deceselor
Viena	1,866.146	4.630	25	2598	58
Austria de jos	1,480.452	2.662	17	388	14,6
Austria de sus	875.918	1.696	19	317	18,7
Salzburg	223.023	390	17	98	25
Stiria	978.845	1.990	20	515	25,8
Carintia	370.748	602	16	105	17,4
Tirol	314.836	580	18	124	21,6
Voralberg	139.999	321	23	10	3,1
Burgenland	286.925	593	21	—	—
Total	6,536.893	13,464	21	4155	31,1

Mult mai grea e problema internării tuberculoșilor incurabili. Până acuma nu a putut-o rezolvi, decât numai Capitala. Această casă numită „Versorgungshaus“, dispune azi de 250 paturi pentru gravii bolnavi, număr ce se va dubla în cel mai apropiat viitor.

Pentru cazurile, curabile de tuberculoză, Austria dispune astăzi, de 5544 paturi, dintre cari pentru :

tuberculoza internă			tuberculoza chirurgicală		
bărbați	femei	copii	bărbați	femei	copii
1425	1568	1074	164	68	382

La acestea se mai adaugă 597 locuri pentru tbc. internă și 261 pentru tbc. chirurgicală, disponibile în stațiunile de recreație.

Stațiunile de recreație, școlile de aer liber, compensează până la un punct insuficiența organizațiunei de combatere.

Austria are 21 institute de recreație, cu 1748 locuri, dintre cari 5 pentru copii, cu un total de 553 locuri.

Numeroasele dispozițiuni de ordin general, luate de legislația social-politică a Austriei, sunt menite să contribuie și ele la profilaxia tuberculozei. Dintre acestea amintesc următoarele :

Legea privitoare la munca de 8 ore, din 17 Dec. 1919 ; legea care interzice munca nocturnă, femeilor și tinerilor, din 14



Mai 1919; legea din 30 Iulie, cu privire la concediile muncitorilor; legea dela 7 Iulie 1922, prin care se interzice vinderea de spirituoase tinerilor, etc.

Departa încă de ași fi ajuns perfecțiunea, lupta antituberculoasă în Austria, este bine organizată și cu drept se poate spera într'o grabnică diminuare a frecvenței boalei.

\* \* \*

### **Combaterea tuberculozei în Svedia.<sup>\*)</sup>**

Mortalitatea prin tuberculoză în Svedia, pare a fi diminuat în anii din urmă. Dela 1911 încoace, această țară dispune de statistici exacte, nu numai la orașe ci și la țară.

La 1911 au murit de tuberculoză 10.596 persoane, ceeace dă cifra proporțională de 1.91 la 1000 de locuitori. La 1922 mortalitatea a fost numai de 8.923, scăzând la proporția de 1.42 la 1000 de locuitori.

S'a constatat în același timp, că diminuarea mortalității a avut loc mai mult la orașe decât la țară, căci în primul caz a scăzut dela 2.60 la 1.65, iar într'al doilea, numai dela 1.75 la 1.42.

În Svedia, ca pretutindeni, lupta sistematică împotriva tuberculozei are două direcții: terapie și profilaxie. Cu toate că nu se poate fixa o limită precisă între aceste două câmpuri de activitate, se spune totuși că, prima parte revine sanatoriilor, spitalelor și azilelor pentru tuberculoși, precum și sanatoriilor maritime; a doua, dispensarelor.

Cele mai vechi instituții pentru îngrijirea tuberculoșilor pulmonari în Svedia, au fost sanatoriile populare ale fondului iubilar. Ele au fost în număr de 4, înființate la anul 1897 cu ocazia împlinirii a 25 de ani de domnie al Regelui Oscar al II-lea. Aceste sanatorii populare erau destinate exclusiv pentru cazuri recente de tuberculoză. Ele stau sub administrația unui comitet comun, având însă fiecare o conducere proprie; dispun împreună de aproximativ de 456 paturi. Dintre acestea se rețin 120 pentru bolnavii tuberculoși ai armatei, a marinei, a funcționarilor etc.

Dela anul 1908—1909, când guvernul a început să acorde subvenții pentru clădirea și exploatarea de institute antituberculoase la țară, numărul acestora s'a înmulțit foarte mult mai ales în anumite părți ale țării. Cele mai multe se țin de „Landsting”. Deosebim mai multe feluri de institute pentru îngrijirea tuberculo-

<sup>\*)</sup> Gustav Neander: Blümel-Handbuch der Tuberkulose-Fürsorge, Bd. II.

șilor pulmonari. Cele mai mari, cari au mai mult de 40 paturi poartă numele de spitale tuberculoase, conduse de un medic specialist; ele au menirea să diagnostizeze exact cazurile de boală și să indice terapia necesară. Institutele mai mici, cu mai puțin de 40 paturi, poartă numele de azile pentru tuberculoși. Sunt mai simplu instalate și sunt conduse de medici, pentru cari aceasta nu este decât o ocupație colaterală. Acestea sunt locuri de primire unde intră bolnavii înainte de-a trece la institutele mari. La unele spitale s'a atașat secții speciale pentru tuberculoșii pulmonari.

Pe lângă acestea, mai sunt în Svedia așa numitele sanatorii de zi și de vară, de obicei în apropierea orașelor mai mari, destinate acelor pacienți, cari cu greu își pot părăsi complet familia și cari totuși au nevoie de o îngrijire temporară. Pacienții petrec aici ziua, pentru a-și face curele de zăcut și-a lua masa, iar seara se re'ntorc în familie, unde își petrec noaptea. Toate aceste tipuri de instituții sunt deschise bolnavilor în orice stadiu al boalei s'ar afla. În felul acesta, se face un tratament serios și se împiedcă în același timp întinderea boalei la membrii familiei, prin izolarea izvorului de infecție. În aceste sanatorii, pe lângă că se practică toate metodele de terapie modernă, se experimentează în același timp și medicamentele noi.

Cererea pentru a fi primit în sanator, se adresează direct conducerei sanatorului. Unele dintre sanatorii au formulare speciale în vederea acestui lucru. Totalul locurilor, asupra cărora dispun diferitele institute antituberculoase, este următorul:

Spitalele pentru tuberculoși	...	...	...	4318 locuri
Azilele pentru tuberculoși	...	...	...	899 "
Secțiile alăturate spitalelor	...	...	...	369 "
Sanatoriile fondului iubilare	...	...	...	456 "
Sanatoriile de zi și vară	...	...	...	136 "
Sanatoriile private	...	...	...	211 "
<hr/>				In total: 6409 locuri

Numărul acesta nu este însă suficient în toate regiunile țării. În unele părți solicitanții trebuie să aștepte prea mult până pot fi primiți, ceea ce influențează defavorabil perspectivele unei vindecări, și mărește pericolul infecțiunii în familie.

O grupă specială de institute pentru combaterea tuberculozei sunt acelea, cari primesc cazuri de tuberculoză chirurgicală. Ele sunt 6 la număr dintre cari 3 pe coasta apuseană a țării. Aceste 6 institute dispun împreună de un total de 1031 locuri.

Fondul de stat pentru clădirea și confortarea institutelor anti-tuberculoase se urcă cel mult la 2000 Cor. pentru un loc. Ceeace revine la zi, la suma de 1,75 Cor. pentru spitalele de tuberculoși, 1,25 Cor. pentru azilele de tuberculoși și secțiile speciale ale spitalelor și 1,35 Cor. pentru sanatoriile maritime.

Am amintit că *dispensarele* sunt cel mai important factor pentru prevenirea tuberculozei. Primul dispensar clădit la Edinburgh la anul 1887 a fost introdus de către Robert Philip; 4 ani mai târziu, 1891, s'au construit instituții asemănătoare de doctorul Calmette la Lille în Franța.

Datoria primordială a dispensarelor este depistarea cazurilor de tuberculoză, apoi de a găsi în însăși familia bolnavului posibilitatea de combatere, pe deoparte dând bolnavului posibilitatea de vindecare, apărând în același timp membrii familiei de infecțiune, pe de-altăparte, împiedecarea întinderii infecțiunii din domiciliu.

Primul dispensar svedez s'a ridicat a anul 1905 în Upsala. În anii următori s'au înființat multe astfel de institute, așa încât în Svedia de azi există 211 dispensarii. Acestea sunt întreținute de „Landsting“ sau de comune, subvenționate fiind de Stat sau de *Asociațiunea națională împotriva tuberculozei*. Subvenția Statului corespunde astăzi unei treimi a cheltuielilor totale făcute de dispensarii. Subvenția asociațiunii naționale se distribuie după principii identice. Activitatea dispensarelor subvenționate de Stat e demonstrată de următoarele date pentru anul 1924:

Numărul locuințelor vizitate de surori	...	...	25291
Predări de bolnavi sanatoriilor și spitalelor	...	...	5936

Totalul cheltuielilor acestor dispensarii s'a evaluat pentru anul 1924 la suma de 1.687.755 Cor.

Educațiunea surorilor vizitatoare, se face sub auspiciile „Asociațiunii naționale“, care ține în acest scop 26 cursuri.

„Asociațiunea națională svedeză împotriva tuberculozei“, s'a înființat la 1904. Scopul ei este, răspândirea cât mai largă a problemelor ce privesc tuberculoza, organizează astfel o mulțime de conferințe, tipărește broșuri de propagandă etc. Tot ea, a mai înființat unele institute de igienă socială, cu scopul de a experimenta eficacitatea măsurilor luate. Cu deosebită atenție se privesc copii sănătoși ai familiilor tuberculoase. În acest scop asociația, ea asupra sa jumătatea speselor, pentru întreținerea copiilor de săn — de condițiile amintite — în regiuni necontaminate, până la vârsta de

doi ani. Această sumă de bani se solicită la dispensare și tot ele o distribuie; controlul asilelor sau domiciliilor cari primesc copii de sân amenințați, e făcut deasemenea de dispensar.

Pentru copiii mai mari, sunt azile speciale, în toate părțile țării, unde ei pot petrece tot timpul necesar pentru evitarea pericolului în familie. Multe dintre aceste azile, primesc întreținerea completă dela asociațiunea națională. Numărul acestora e de 26, cu un total de 523 locuri.

Prescripțiunile legale pentru combaterea tuberculozei (1914) sunt următoarele:

1. Certificat medical pentru personalul de serviciu al lăptăriilor; contravențiunile se pedepsesc cu suma de 5—500 Coroane.

2. Femea tuberculoasă nu poate fi angajată ca doică sau bonă;

3. Hainele și albiturile folosite de pacient în timpul boalei, nu pot fi supuse curățirii, fără să fi suferit o prealabilă desinfecție.

4. Cazurile mortale de tuberculoză sunt declarate în scris, iar locuința bine curățită și desinfectată.

O. Comșia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## Munca generalizată și munca specializată în asistența socială și în asist. sanitară.

Cristalizarea principiului național biologic și eugenic, după care unitatea biologică nu este individul ci familia, a dat o nouă orientare dezvoltării științelor sociale și biopolitice.

Această nouă orientare privește în prima linie asistența socială, care pătrunsă de adevărata valoare a acestui principiu și-a schimbat numai decât centrul de preocupare dela individ la familie.

Asistența socială de tip vechiu, avea ca principală preocupare asistarea *individilor* dependenți, ramificându-și activitatea după diferite categorii de dependență, cari se întâlneau în practica zilnică.

Astfel s'au născut în Germania ramificările de Säuglingsfürsorge (asistența infantilă) Tuberkulosefürsorge (asistența tuberculoșilor), Armenpflege (asistența săracilor), Jugendfürsorge (asistența tinereții), Schulpflege (asistența școlariilor), etc. Pentru fiecare pro-

blemă specială există o soră (Fürsorgerin) *specializată* în ramura respectivă. Acest sistem de specializare nu s'a dovedit prea complicat, fiindcă fiecare ramură lucrează independent cu individul său și era răspunzătoare pentru munca sa exclusiv organelor superioare proprii. Avansarea științelor asociate ale asistenței sociale și avansarea asistenței sociale însăși, a schimbat aspectul vechiului sistem. S'a dovedit că diferitele cauze de dependență socială sunt în funcție una de alta; s'a mai dovedit că dependența socială prezintă întotdeauna un complex de cauze și nu una singură, izolată; s'a mai dovedit că bolile sunt adesea rezultatul unei situații economice nenorocite, și nu se pot trata, ignorând această situație. Că tuberculoza, boalele de cord, malnutriția, etc., nu se pot trata fără schimbarea condițiilor sociale ale clientului, pentru motivul că, ele sunt provocate de viciozitatea acestor condițiuni. Deci în aceste cazuri asistența sanitară, fără asistența economică va fi ineficace. Iată cum se leagă două ramuri importante ale asistenței sociale: asistența sanitară și asistența economică.

Dar nici colaborarea acestor două ramuri nu este suficientă. Alături de ele mai este nevoie de concursul unui al treilea factor social important: educația. Tuberculosul trebuie educat: cum să trăiască, ca să se însănătoșeze și să-și mențină sănătatea, cum să-și împartă bugetul ca să poată trăi după indicațiile medicului; cum să facă un menaj ordonat, conform cerințelor igienice, etc. Educația sanitară și economică devine astfel indispensabilă.

Cercetările deceniilor din urmă au pus în evidență, că atât din punct de vedere calitativ cât și cantitativ familia determină perpetuarea rasei.

În fața importanței biologice covârșitoare a familiei, individul are un rol secundar, și o valoare momentană personală și trecătoare. În urma individului dispărut fără urmași nu rămâne decât: moștenire, retorică sau chiar numai un mormânt simplu sau împodobit. Familistul lasă după sine ceea ce are cea mai mare valoare pe pământ: *viața!* Din punct de vedere național economic, individul reprezintă o pierdere. Statul nu-i poate acorda prin urmare o importanță prea mare în programul său biopolitic. Acestea sunt motivele principale, cari au determinat noul program de muncă în asistența socială, program care unifică și transformă diferitele ramuri de activitate socială după interesul și cerințele familiei.

Pornind de la aceste principii fundamentale, asistența socială și-a îndreptat tot interesul spre familie și astfel s'a născut o nouă ramură de asistență socială: asistența familiei.

Asistența familiei se ocupă de protecția familiei, rezolvând toate problemele de dependență, din familie, fie aceste probleme sanitare, economice, etice sau de educație. Toate cercurile competente sunt unanime în a recunoaște suveranitatea ideii de asistență familiară, care este o necesitate imperioasă, și care influențează încontinuu și în mare măsură progresul social.

Se pune însă o întrebare de ordin tehnic: cum să se execute această asistență? Să între în familie în același timp mai multe surori pentru rezolvirea unui complex de probleme? Cum își vor coordona ele activitatea lor? Care va fi criteriul de colaborare? Cum se vor evita dispozițiile contradictorii? Cum se va fixa limita competențelor fiecăruia? Cum se vor acorda ajutoarele? Cu alte cuvinte: este posibil stabilirea unui program de muncă prin specializare și nu înseamnă specializarea fărâmițarea energiilor și întronarea confuziei dăunătoare? O altă posibilitate de muncă ar fi: să se stabilească un program generalizat, care să fie executat integral prin o singură soră, „sora de ocrotire“.

În cazul acesta sora de ocrotire trebuie să cunoască bine toate problemele sanitare, sociale și economice. Ea trebuie să aibă cultură socială și capacitate intelectuală superioară, fiind adeseori arbitrul suveran al unei situații dificile și fiind încredințată ei existența și bună starea unui întreg district sau comune. Ea trebuie să judece cu mult calm și competență cele mai variate situațiuni și să dea soluțiile practice cele mai bune. Răspunderea ei este enormă, munca ce o depune, grea și istovitoare. Este aproape cu neputință de a aprecia dela distanță, ce muncă enormă și dificilă trebuie să depună o soră de ocrotire în îndeplinirea atribuțiilor ei, — admitând chiar că ar avea la dispoziție toate mijloacele necesare. Să refaci o familie desorganizată! Să coordonezi activitatea unor membri de familie cari adeseori sunt niște vechi clienți ai poliției sau penitenciarelor. Proveniența lor este din cecece omnia are mai josnic, mai demoralizat! Or, dependenții sociali sunt în 40% astfel de elemente. Iată pentru ce preocupă azi toate cercurile de asistență socială problema tehnică: muncă generalizată sau specializată?

Penru ambele sisteme există argumente practice bogate, atât pro cât și contra.

Cel mai bun exemplu de muncă generalizată ni-l oferă Germania. Germania în trecut a muncit pe bază de specializare, având surori speciale pentru diferite probleme. Dela 1908 încoace, s'a început o lentă transformare, când pătruși de importanța și nece-

sitatea asistenței familiare, propagată cu atâta entuziasm de Marie Baum <sup>1)</sup>, Dr. W. Polligkeit <sup>2)</sup>, Alice Salomon <sup>3)</sup> și alții, au făcut o contopire a tuturor specialităților, în trei ramuri principale: Gesundheitsfürsorge (asist. sanitară), Allgemeine u. wirtschaftliche Wohlfahrtspflege (asist. socială generală și economică) și Jugendwohlfahrtspflege (asist. tineretului).

Fiecare asistentă, studiază întâiu în școală toate trei ramurile în mod general și pe urmă își alege o ramură, pe care o studiază mai temeinic, spre a se specializa. În 1920 Marie Baum și Dr. Polligkeit cer contopirea asistenței sanitare (Gesundheitsfürsorge) și asistenței social-economice (Wohlfahrtsfürsorge), în *asistență familială* (Familienfürsorge), urmând ca asistența tineretului să fie trecută la Ministerul de Instrucție și Educație Publică și să fie executată de surori speciale, numite Jugendfürsorgerin. Deci noțiunea de asistență socială modernă în Germania include și asistența sanitară; ambele sunt practicate de Familienfürsorgerin (asistența de familie) care corespunde sorei noastre de ocrotire. Acest sistem este azi aplicat pe teritoriul Rheinlandului și al Westfaliei, însă nu este atât de generalizat cum s'ar crede. În majoritatea orașelor mari se lucrează cu cele trei tipuri de asistente. Natural că timpul scurt de când s'a introdus acest sistem, nu permite încă vre-o apreciere în ce privește rezultatul acestei activități. Sunt însă mulți adversari cari susțin că, acest sistem nu va da roadele dorite. Se admite, că reducerea specialităților simplifică mult administrația, ușurează bugetul administrativ, și simplifică munca practică în familie. Clienții nu sunt deranjați cu mai mulți sau mai multe anchetatoare în acelaș timp, iar sora va avea posibilitatea să judece mai bine situația, cunoscând toate problemele. Munca va fi mai coordonată și perspectivele asistenței, de a câștiga confidența și prietenia clientului, mai mare. Cu toate acestea Polligkeit prevede că, o ramificare și specializare în asistarea criminalilor, a psihopaților, a alcoolicilor și a prostituatelor va fi inevitabilă.

Chiar și Marie Baum crede că o specializare limitată este necesară. Un caz de tuberculoză avansată, de boli venerice, de alcoolism, de delicvență a tinerilor mai mari, de prostituție și în general de asistența tineretului, cere cunoștințe speciale, și nu pot fi rezolvate prin surori, cari au cunoștințe generale. Hedwig Lands-

<sup>1)</sup> Dr. Marie Baum: Familien Fürsorge 1928.

<sup>2)</sup> Dr. W. Polligkeit: Familie u. Fürsorge 1926.

<sup>3)</sup> Dr. Alice Salomon: Die Ausbildung zum Sozialen Beruf 1927.

berg<sup>1)</sup>, atacă vehement concentrarea muncii în mâna unei singure persoane și cere ca asistența sanitară să fie făcută de o soră sanitară; iar asistența socială de asistente sociale. Aceeași atitudine o au și Dr. Grube<sup>2)</sup>, și Gerda Simons<sup>3)</sup>. Toți susțin, că asistența familiară este o necesitate absolută; dar nu admit exagerarea acestui sistem. Va fi nevoie și de specializare, care să fie însă mai limitată și mai bine organizată ca în trecut. Față de sistemul general german avem sistemul de specializare din Statele-Unite. În Statele-Unite, Mary Richmond și grupul ei, au pus bazele asistenței familiare. Dânsa nu a simțit nevoie de a contopi ramurile de asistență și nu a găsit nici o dificultate în faptul că în aceeași familie colaborează sora sanitară (Public health nurse), cu asistenta socială familiară (Family case worker) și adeseori cu asistenta sau nursele infantilă (Child Welfare worker și Child Welfare nurse etc.). În Statele-Unite asistența sanitară și medicală (nursing) este o profesiune cu totul independentă de asistența socială (social work). Între aceste două profesii nu există nici o legătură oficială, ci numai de colaborare între agențiile de muncă. Atât nursingul cât și asistența socială s'au ramificat. Cele mai importante ramuri ale asistenței sanitare sunt: Child Welfare nurse (nursele infantilă); Prenatal nurse; Visiting Maternity nurse; School nurse (nursele școlare); Tuberculosis nurse; Industrial nurse (lucrează în fabrici și prăvălii unde controlează și face educație sanitară); Mentalhygiene nurse (nursă de igienă mentală) și Rural nurse (care face toate serviciile sanitare în circumscripții rurale). Asistența socială are următoarele ramuri: asistența familiei (Family case work); asist. infantilă (Child Welfare work); asist. psihiatrică (Psychiatric social work); asist. criminalilor (Probation and institutional work); Serviciul social al spitalelor (Hospital social work). Aceste ramuri lucrează aproape independent, ca autorități oficiale, însă sunt în strânsă colaborare practică și munca lor este coordonată prin directiva diferitelor comitete centrale. Acest sistem de specializare a dat rezultate foarte frumoase, însă întreținerea lui este costisitoare. Avansarea științifică a acestor profesii se datorește incontestabil acestei vaste specializări. În ultimii ani s'a propus în Statele-Unite o verificare a acestui sistem, părându-se, că sumele cheltuite de aceste două organizări vaste, nu sunt în proporție cu rezultatul

<sup>1)</sup> Hedwig Landsberg: Allgemein oder Spezialfürsorge. Zschr. f. Schulgeschpfl. Jg. 38 Nr. 150. 1925

<sup>2)</sup> Dr. Grube: Spezialfürsorge u. Familienfürsorge 1925, Berlin.

<sup>3)</sup> Gerda Simons: Familienfürsorge oder Spezialfürsorge. Sociale Berufsarbeit. Jg. 5 H. 1—2 1926.



lor practic. În acest scop s'a început în suburbiul East Harlem, al oraşului New-York în 1920, un studiu comparativ al sistemului de muncă specializat şi generalizat între condiţiuni identice de muncă şi pe teren similar. Centrul de demonstraţie ales a fost împărţit în două părţi egale în ce priveşte suprafaţa, numărul de populaţie, situaţia economică şi standardul social.

Forţele de muncă angajate în acest studiu sunt aproximativ de acelaş calibru, cu aceeaşi pregătire şi în acelaş număr cu diferenţa, că într'o parte se lucrează cu sistem de specializare, fiind angajate persoane specializate pentru diferite tipuri de muncă; iar în cealaltă parte cu sistem generalizat, o singură persoană fiind angajată pentru un district. Rezultate din această demonstraţie au început să fie publicate încă din 1926 şi sunt urmărite cu interes viu pretutindeni. Rezultatele publicate oficial de acest centru de demonstraţie<sup>1)</sup>, militează pentru avantajul sistemului de muncă general, atât din punct de vedere calitativ, cât şi cantitativ. În ce priveşte rezultatele cantitative se remarcă următoarele diferenţe:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Numărul familiilor şi indivizilor vizitaţi:**

*familii*

Sist. special 1075



Sist. general 1370



*Indivizi*

Sist. special 2816



Sist. general 4116



*Nr. vizitelor*

Sist. special 19.052

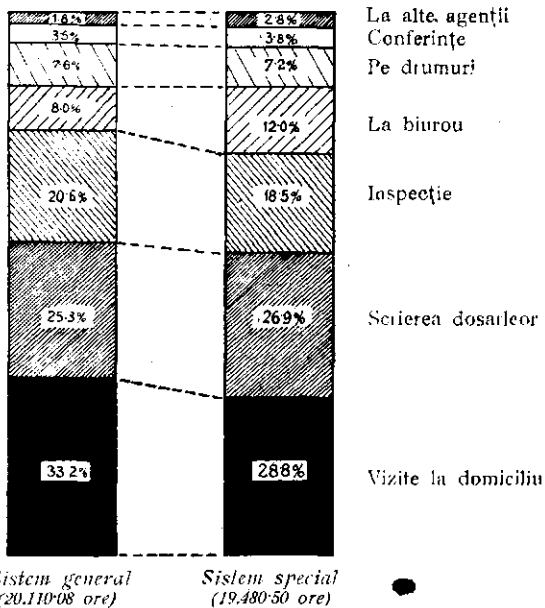


Sist. general 26.704.



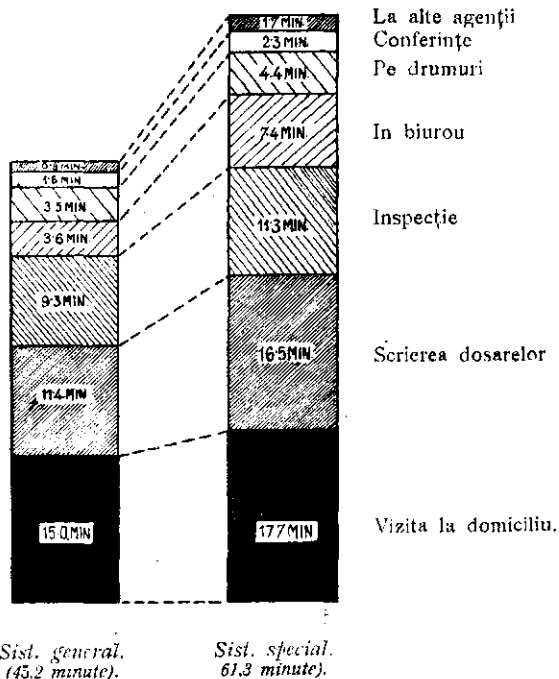
<sup>1)</sup> A Comparative study of Generalized and Specialized nursing and Health Services New-York. 1926—27.

### Intrebuințarea orelor de serviciu în procente :



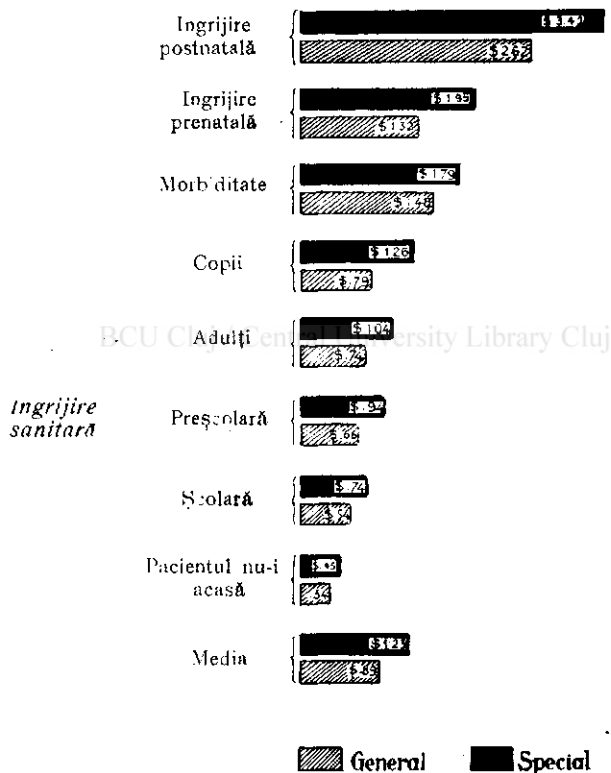
Grafica aceasta demonstrează că în sistemul de specializare se consumă mai mult timp cu munca de birou și scrierea dosarelor, până când în munca generală se insistă mai mult asupra contactului cu publicul.

### Durata vizitei la fiecare sistem :



Este evident, că din punct de vedere al marelui public sistemul general se dovedește mai util, consacrand intereselor publicului mai mult timp ca sistemul special. În favorul sistemului general pledează și grafica următoare, care demonstrează reducerea bugetului prin acest sistem.

**Costul unei vizite în dolari, după tipul de muncă prestată :**



O vizită după sistem general costă 0,89 dolari, iar cu sistem de specializare 1,23 dolari. Diferența este foarte mare, iar publicul primește pentru 0,89 dolari același serviciu, sau poate chiar mai bun.

Rezultatele cercetărilor de până aci pledează în favorul generalizării muncii. Natural că nu se poate prevedea limita rațională a acestei concentrări de activitate. Rămâne însă stabilit că între

*împrejurările economice dezastruoase de după război singurul sistem rațional este sistemul de generalizare.*

Numai după ce s'a introdus pe scară întinsă și se va fi organizat bine acest sistem, se va pune problema ramificării muncii de asistență sanitară și asistență socială. Iar mai târziu evoluția socială va determina mersul acestor două profesii.

V. Manuila.

## Impresii dintr'o călătorie de studii în America.

Fiind bursieră a fundației Rockefeller, am petrecut 12 luni în America de nord, Canada și Statele Unite, studiind probleme de asistență socială, ocupându-mă în special de organizațiile de Public Health Nursing, cu un program de activitate generalizat, ceea ce ar corespunde Instituției surorilor de Ocrotire dela noi, cu diferența că la noi, sora de ocrotire îndeplinește în plus, și atribuțiile de Social Worker (Asistentă Socială). Pentru acest scop, am urmat un curs la Universitatea din Toronto, Canada, timp de 8 luni. Am vizitat diferitele organizații, dispensarii, (Health Centers, Demonstration Centers) în New-York, Providence, New-Haven, Philadelphia, Alabama, am lucrat în cadrul acestor instituții, punând în practică teoria învățată.

Un an este scurt, dar petrecut în America pare lung, ziua de muncă este de 7—8 ore pentru muncitor ori funcționar la fel, dar așa muncă este intensivă, nu se pierde nici un minut din orele de muncă. Apoi când mai ești și departe de țară, simți mai mult greutatea răspunderii, vrând nevrând reprezinti țara, ești considerat ca atare, numele tău să uită, ba nici nu se știe. Aceasta și dorința de a contribui la ridicarea Instituției Surorilor de Ocrotire dela noi mi-a dat puterea să înving toate greutățile într'o lume nouă, singură, între oameni noi, cu limbă și obiceiuri necunoscute. Noroc că acolo omul este apreciat după munca sa, și în scurtă vreme mi-am câștigat încrederea lor, dându-mi tot concursul, pentru a profita cât mai mult din acest an de studii.

Instituțiile de Asistență, nenumăratele organizații de prote-



jare a mamei, a copilului, a tinerelor fete, a copiilor de școală, a tuberculoșilor, societățile de infirmiere vizitatoare (Visiting nurse), Spitale Sanatorii, preventorii s. a. toate sunt organizate de inițiativă particulară. Comitetele sunt compuse din oameni harnici, cari jertesc timp și bani, ca să discute probleme mai importante, prezentate lor de cei chemați: medici, surori de ocrotire, infirmiere vizitatoare, asistente sociale, studii făcute pe teren (nu în birouri) în dispensarii, clinici, spitale, școli, fabrici, dar mai ales prin vizite la domiciliu, căci numai acolo la fața locului se poate cunoaște adevărul. Americanului practic ca în totdeauna nu-i este frică de adevăr, știe, că numai cunoscând bine inamicul poți să te aperi. Observă, studiază, caută cauza, dar nu se grăbește cu remediul, care luat în pripă numai paliativ ar putea fi. Rădăcina răului, cauza situației prezente trebuie înlăturată și remediul vine dela sine, ca o urmare firească. Diferitele organizațiuni prin personalul lor foarte bine pregătit au găsit soluții eficace.

Un exemplu: Un bolnav cere să fie primit în sanatoriu de tuberculoși. În ziua când cererea este primită, este anunțat biroul Public Health Nurse (corespunde aproape Surorilor de Ocrotire). Ziua următoare sora de ocrotire face vizita la domiciliu, află că bolnavul are soție, 3 copii minori, un frate, o soră în aceeași locuință, că nici un membru nu a fost examinat de medic. Sora de ocrotire (P. H. N.) explică importanța examinării medicale periodice pentru adult și copil în general, dar în special în cazurile când au fost în contact cu bolnavi tuberculoși. Se recomandă totdeauna consultarea unui medic particular, iar când situația materială nu permite aceasta, sunt îndrumați la dispensar pentru morburii de piept Chest clinic (nu se folosește numirea de dispensar tuberculos). Odată luați în evidență sunt urmăriți nu cu forță, ci cu blândețe, căutând ca fie care vizită a sorei să aibă valoare educativă, căutând a convinge familia că este în favorul lor de a avea supravegherea medicală pentru a preveni ori trata boala la început. Copiii sunt îndrumați, dacă sunt debili la preventorii, la școli în plin aer ținute în păduri (Forest school), dar cum numărul acestora este limitat, majoritatea sunt în școli în aer liber (Open air school), anume aprovizionate cu geamuri mari cari sunt deschise iarna vara, (ce ușor ar fi ca toate școlile să aibă o aerisire continuă, având mereu geamurile deschise). Copiii sunt provăzuți cu haine mai calde, de comitetele școlare, li-se dă lapte și cacao cald cu unt și pâine de 2 ori la zi, au improvizate mici paturi unde se odihnesc. Ei stau în aceste

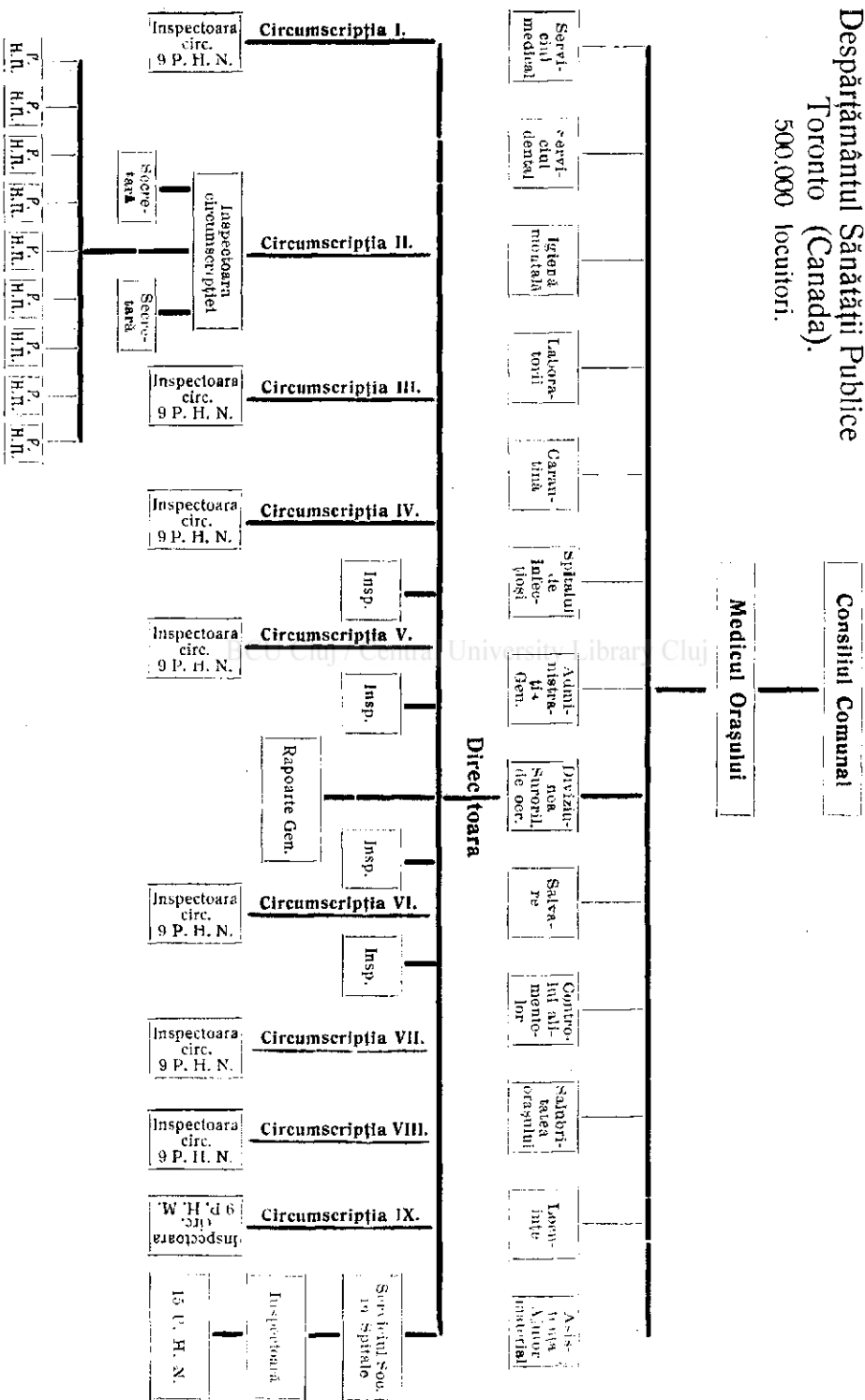
școli de dimineața până seara. Este o plăcere să vezi ce mult să schimbă copiii, în câteva luni, din debili, palizi, indispusi se fac rumeni, vioi, devin iar copii normali. Sportul, educația fizică sunt unele din cele mai importante părți ale educației. Înainte ca bolnavul să fie lăsat acasă cu o tuberculoză închisă (tuberculozii cu afecțiuni deschise nu sunt lăsați la domiciliu) terenul în familie este pregătit de către Public Health Nurse, aspectul casei schimbat, curățenie peste tot, nevasta capabilă să dea îngrijirea necesară, să urmărească starea bolnavului și să anunțe pe cei chemați, la o eventuală recidivă. Sora supraveghează mereu familia întreagă, căutând prin sfaturi și demonstrații să facă educația necesară.

Atitudinea unei Public Health Nurse este aceeași când face o vizită pentru ori care motiv, consideră familia ca o unitate, și caută să cunoască necesitățile fie cărui membru în parte, aptitudinile lui, pentru ai înlesni o cât mai corectă manifestare, căutând să schimbe mediul, făcându-l cât mai prielnic, pentru o dezvoltare sănătoasă morală și fizică.

Toate organizațiile de asistență, instituții, colaborează în cea mai perfectă armonie, deși sunt susținute de fonduri diferite. Au un birou central unde se țin în evidență numele tuturor familiilor asistate de către diferitele societăți de binefacere, ori societăți de asistență. (Social Exchange.)

Opinia publică este deja formată în favorul asistenței sociale, experiența și rezultatele obținute de instituțiile particulare au fost așa de bune, încât unele Municipii și State au preluat și susținut diferitele organizațiuni formând un mecanism complex. Departamentul Sănătății Publice, cu toate ramurile necesare având ca director general pe medicul șef al orașului (respectiv Statului), acesta este ales de Consiliul Comunal la propunerea asociației medicale. Alături o diagramă a despărțământului de sănătate publică a orașului Toronto, Canada.

Departamentul Sănătății Publice  
 Toronto (Canada).  
 500.000 locuitori.



Despărțământul „Public Health Nursing“ este arătat în întregime. Directoara, 4 inspectoare speciale, 9 inspectoare de circumscripție, plasate în cele 9 circumscripții având în fiecare circumscripție câte 9 P. H. N. Surori de ocrotire.

Intr'un articol viitor voi arăta cum a evoluat actuala propagatoare a igienei din infirmiera vizitatoare de altă dată.

Z. Costreș.

---

## Actualități.

### Coeficientul de inteligență în raport cu numărul membrilor de familie.

Una dintre cele mai noi arme cu cari luptă diferite asociații, ori ligi, pentru limitarea nașterilor, este observația că, coeficientul de inteligență a copiilor proveniți din familii cu mai puțini copii este în general mai mare ca a copiilor proveniți din familii cu mai mulți copii. *Fără ca să luăm o atitudine pro sau contra față de argumentele acestor asociații ori ligi pentru limitarea nașterilor, reproducem pur și simplu datele furnizate de ei.*

Așa Th. Lentz, publică în *The Journal of Educational Psychology* (Boston, Oct. 1927) rezultatele obținute de el cu ocazia determinării coeficientului de inteligență a unui grup de 4330 copii. Repartizând copiii după coeficientul de inteligență și numărul fraților și surorilor, Lentz ajunge la concluzia că, *media coeficientului de inteligență este cu atât mai mare, cu cât numărul fraților ori surorilor este mai mic și invers.* (Trebue să accentuez că este vorba de *media* coeficienților de inteligență, ceea ce evident nu exclude ca și în familii cu mulți copii să fie copii cu un coeficient de inteligență foarte mare).

Th. Lentz a găsit că *media* coeficienților de inteligență a 415 copii, fără frați ori surori este 107·9, pânăcând *media* coeficienților de inteligență a 15 copii cu 12 sau mai mulți frați ori surori este numai de 79·9.



Tabela de mai jos de altcum ne arată raportul între media coeficientului de inteligență și numărul copiilor din familie.

Copii cu	Media coeficientului de inteligență	Nr. cazurilor studiate
0 frați ori surori	107·9	415
1 " " "	105·6	865
2 " " "	101·5	772
3 " " "	97·4	689
4 " " "	94·3	516
5 " " "	91·8	398
6 " " "	88·8	242
7 " " "	92·1	181
8 " " "	85·5	126
9 " " "	84·7	67
10 " " "	83·9	25
11 " " "	82·6	19
peste 12 " " "	79·9	15

Tabela de mai jos ne arată, în altă ordine de idei, raportul între coeficientul de inteligență și numărul copiilor de familie.

Coeficientul de inteligență	Nr. copiilor pe familie	Nr. cazurilor studiate
Peste 150	2·2	54
140—149	2·5	80
130—139	3·0	152
120—129	3·1	313
110—119	3·5	537
100—109	3·5	837
90—99	4·2	910
80—89	4·9	782
70—79	5·3	421
60—69	5·4	186
50—59	5·7	46
45—49	5·5	2

Tabela întâia ne arată că între copiii cu mai puțini frați ori surori sunt mai mulți cu un coeficient de inteligență mai mare și mai puțini cu un coeficient de inteligență mai mic, ca între copiii cu mai mulți frați ori surori, deci și media coeficientului lor de inteligență este mai mare.

Tabela a doua, pe altă cale, ne arată acelaș fapt. Copiii cu

un coeficient de inteligență mai mare, provin în general din familii cu mai puțini copii. Până când copiii cu un coeficient de inteligență de 150 provin din familii cari au în termin mediu 2·2 copii, cei cu un coeficient de inteligență de 45—79, deci copiii înapoiți foarte mult din punct de vedere mintal, provin din familii cu 5·3—5·7 copii. Nu e exclus deci, ca în familii cu un singur copil, unicul copil să fie idiot și nu e exclus nici contrariul, ca în o familie cu 10—12 copii, unul sau toți să fie dotați cu o inteligență superioară, dar în general cu cât sunt mai mulți copii într'o familie, cu atât e mai mare probabilitatea ca ei să fie cu o inteligență mai redusă.

Intrebarea ce să pune este: care e motivul acestei distribuții a inteligenței? Rolul determinant îl are factorul ereditar ori mediul?

Ori care ar fi factorul determinant, autorii trag aceeași concluzie favorabilă pentru necesitatea limitării nașterilor. Dacă factorul determinant este cel ereditar, atunci trebuie limitate nașterile pentru ca înmulțindu-se inferiorii, scade nivelul inteligenței generale a națiunii, cecece atrage după sine o decadență generală pe toate tereșurile vieții intelectuale.

Dacă factorul determinant este mediul, familiile cu mai mulți copii în general dând o atenție mai mică educației și instrucției lor, de ce nu s'ar limita nașterile, că și așa descendenții sunt de o calitate inferioară, deci nu ridică ci scad nivelul intelectual al populațiunii.

M. Zolog.

\* \* \*

### Un rezumat al dărei de seamă pe anul 1927 al „Societății pentru profilaxia tuberculozei“.

Astăzi, când lupta împotriva tuberculozei, ia un nou avânt, datorită mai ales inițiativei private a diferitelor societăți și organizații de binefacere, credem nimerit a da sub titlul de actualități, interesantul raport al *D-lui Prof. Proca*, pentru a schița campania antituberculoasă ce se duce la noi în Țară, de către numita societate.

În anul încheiat la 31 Dec. 1927, activitatea dispensarilor, a serviciului asistenței la domiciliu, din Capitală, a filialelor din provincie și în fine a sanatoriilor-spitale, a fost următoarea:

I. *Dispensariile* (7) din Capitală, au dat 7015 consultații, numărul bolnavilor examinați fiind de 4907.

Au fost găsiți cu tuberculoză pulmonară 912 bolnavi, adică

18.6% din cei examinați și anume, cu tuberculoză gr. I 481 bolnavi, cu tuberculoză gr. II 262 și cu tuberculoză gr. III 169 bolnavi.

Tuberculoza altor organe, mai ales sub forma de tuberculoză externă, se întâlnește la 544 sau în 11.1% din cazuri, iar suspiecții, probabil infectați de bacilul tuberculozei, sunt în număr de 386 sau 7.8%.

Din bolnavii tuberculoși au fost internați în sanatorii 95, adică 10.4%, pe când 89 au murit în cursul anului.

La activul dispensariilor se mai adăugă :

Dezinfecții domiciliare ... ..	175
Familii examinate ... ..	759
Examene de spute ... ..	325
Examene radioscopice ... ..	328
Cazuri descoperite ... ..	58
Anchete domiciliare ... ..	535
Vizite la domiciliu ... ..	3806

Din cei 995 copii examinați de medicii dispensariilor, 248 au fost trimiși în coloniile de vacanță. Însfârșit s'au ținut trei conferințe de propagandă.

*Secțiunea asistenței la domiciliu*, încredințată Comitetului de Doamne patronese, care lucrează pe lângă cele 7 dispensarii, a ajutat 468 familii, compuse din 1014 suflete.

Ajutoarele care s'au dat sunt :

- 1) Numerar pentru chirii, lei 75.380.
- 2) Alimente dela I.I—31.V și dela I.II—31.XII pentru suma de lei 373.166, din care s'au încasat dela bolnavi 201.023 lei, rămânând în sarcina Societății lei 172.143. Ca alimente s'a împărțit zahăr 2914 kgt., untură 1978 kgr., și cartofi 44.240 kgr.
- 3) Untură de pește distribuită gratuit 250 kgr., pentru lei 19.650.
- 4) Pături, saltele și diverse efecte pentru lei 19.765.
- 5) Lei 717.135 pentru izolarea copiilor din familiile tuberculoșilor. Au fost izolați 64 copii în Preventoriul dela Brebu, al Societății C. T. C., iar 4 copii la gazde în București. Taxa plătită Preventoriului reprezintă numai strict cheltuiala pentru hrană (30 lei pe zi); restul a fost suportat de Societatea pentru combaterea tuberculozei la copii.
- 6) În coloniile de vacanță au fost trimiși 220 copii (100 la Brebu și 120 la Mangalia); pentru 160 copii Societatea noastră a plătit ca taxe lei 509.300, restul de 60 fiind internați gratuit de Societatea T. C. T.

II. *Filiatele.* Au funcționat anul trecut 21 filiale. Câteva (4) se mărginesc să adune fonduri pentru mai târziu, celelalte, — cu o situație materială de multe ori precară, îngrijesc de asistența bolnavilor tuberculoși și de izolarea lor. În timpul verii toate filialele trimit copii în coloniile de vacanță.

După cheltuelile făcute și deci după întinderea activității din 1927, filialele se clasifică astfel:

1. Sft. Gheorghe și Târnava Mică, cheltuind mai puțin de 50.000 lei anual;
2. Caracal și Arad care cheltuesc între 50 și 100.000 lei anual;
3. Turnu-Severin și Cămpina, care cheltuesc între 100.000 și 150.000 lei anual;
4. Sibiu, care a cheltuit 167.789 lei;
5. Cernăuți, Focșani și Brăila, cheltuind între 200 și 300.000 lei anual;
6. Brașov, Iași, Chișinău, Galați și Craiova cu cheltueli de peste 300.000 lei.

### III. *Sanatoriile-spitale.*

a) În spitalul Filaret au urmat cura 241 bolnavi, din cari 184 cu tuberculoză de gradul III, 40 cu tuberculoză de gradul II, și 17 cu tuberculoză de gradul I. — Zilele de cură au fost 18.032, dând media de 73.7 pentru un bolnav.

Rezultatele înregistrate sunt:

Vindecat	1 bolnav
Foarte ameliorați	23 bolnavi
Ameliorați	51 „
Ușor ameliorați	47 „
Staționari	63 „
Agravați	5 „
Morți	48 „

Au pierdut bacilii din spute 25 bolnavi. Pneumotoraxul artificial a fost aplicat în 73 cazuri, cu rezultate favorabile la 45 bolnavi.

Inercările de tratament cu sanocrysină sunt rezumate în următorul tablou:

Tratament incomplet	10
Foarte ameliorați	4 (10%)
Ameliorați	15 (45%)
Staționari	10 (25%)
Evoluția continuă	8 (20%)
Agravări	3 (7.5%)
<b>Total</b>	<b>50</b>

b) *Sanatoriul* dela Filaret a avut în cură 37 bolnavi, cu 2953 zile de cură. Bolnavii aveau tuberculoză de gradul I în 28 cazuri, și gradul II în 9 cazuri, fără bacili în spute.

Ca rezultate s'au obținut:

Foarte ameliorați	15	bolnavi
Ameliorați	11	„
Ușor ameliorați	10	„
Staționari	4	„

c) *Spitalul-sanatoriu Bărnova* a îngrijit în cursul anului 362 bolnavi, din cari 230 cu caverne și ramolism.

Zile de cură au fost 30.604, sau în medie 85 zile, de bolnav.

Rezultatele înregistrate:

Vindecați	4	bolnavi
Foarte ameliorați	85	„
Ameliorați	70	„
Ușor ameliorați	20	„
Staționari	122	„
Agravați	12	„
Morți	48	„

Pneumotoraxul artificial s'a aplicat la 70 bolnavi; 40 și-au recăștigat în urmă integral capacitatea de muncă și în acelaș timp toți tratații au pierdut bacili din spute. Tot la sanatoriu s'a practicat operația lui Forlanini, la 14 bolnavi neinternati.

Din 291 bolnavi cu bacili în spute la întrare au eșit fără bacili 84 bolnavi.

d) *Spitalul-sanatoriu Biserican* a avut de îngrijit 629 bolnavi, din cari au intrat în cursul anului 437.

Zilele de cură au fost 56.751, cu media de 112 zile pentru un bolnav.

Rezultatele înregistrate:

Foarte ameliorați	89	bolnavi
Ameliorați	86	„
Ușor ameliorați	79	„
Staționari	144	„
Agravați	47	„
Continuă cura	122	„
Morți	62	„

e) *Sanatoriul Toria* a primit 191 bolnavi, din cari 67% cu tuberculoză de gradul II.

Zilele de cură au fost 16.371, dând media de 86.8 zile pentru un bolnav.

Rezultatele sunt următoarele :

Vindecați	3 bolnavi
Foarte ameliorați	79 "
Ameliorați	27 "
Morți	10 "

S'a intervenit cu pneumotoraxul artificial la 26 bolnavi și rezultatele au fost „excelente“ la 23 din operați. Tratatamentul cu cu sanorysină a fost încercat la 14 bolnavi și efectele au fost „în parte mulțumitoare“.

În rezumat activitatea sanatoriilor-spitale se vede din următorul tablou.

N u m i r e a	Bolnavi	Zile de cură	Vindecați	Foarte ameliorați	Ameliorați	Ușor ameliorați	Staționari	Agravați	Morți
Spitalul Filaret	246	18032	1	23	51	47	63	5	48
San. Filaret	37	2952	—	15	11	10	4	—	—
Bârnova	362	30603	4	85	70	20	122	12	48
Bisericiani	629	56751	—	89	86	79	144	47	62
San. Toria	191	16371	3	79	27	—	—	—	10
Total	1465	124711	8	291	245	156	333	64	168

Astfel evoluția favorabilă a boalei a fost observată la 700 bolnavi, adică în 47.7% din cazuri, media zilelor de cură fiind de 85.1 pentru un bolnav. Cifra letalității este 11.4%.

Mijloacele de izolare și de tratament aplicate pentru combaterea tuberculozei constituie măsuri indirecte de profilaxie, dar măsuri foarte costisitoare și cu rază de acțiune cu totul mărginită. În schimb *vaccinarea anti-tuberculoasă* după metoda A. Calmette a făcut posibil ca marea majoritate a copiilor nou-născuți să fie tratați preventiv și puși la adăpost de infecția tuberculoasă, cel puțin în primii cinci ani ai vieții.

Autoritatea științifică a profesorului dr. I. Cantacuzino și calitatea sa de director al Institutului de seruri și vaccinuri a ușurat munca Președintelui Societății și l'a ajutat să organizeze în scurt timp campania de vaccinare antituberculoasă, — deocamdată a nou-născuților, la București, Iași, Cluj, Craiova, Târgoviște și Caracal.

La sfârșitul lui Ianuar 1927 erau deja vaccinați 938 copii, aproape toți din București; către sfârșitul lui Mart 1928, numărul vaccinațiilor era de 6083 în Capitală și de 3191 în provincie. Din primul moment Societatea de profilaxie a sprijinit campania de vaccinare antituberculoasă, cu o subvenție de 200.000 lei în 1927, și rămâne gata să ia parte la această însemnată operă de prevenire a tuberculozei, oricând s'ar ivi ocazia.

Ca și în celelalte țări unde s'a aplicat metoda Calmette și la noi rezultatele obținute până acum sunt excelente: vaccinarea este cu totul bine tolerată de copii, mortalitatea de tuberculoză a copiilor vaccinați scade enorm, devenind de cel puțin 25 de ori mai mică și în acelaș timp s'a notat la noi, ca și în Franța, o însemnată reducere a mortalității generale pe care o dau copiii vaccinați.

\* \* \*

Bugetul de care a dispus Societatea anul trecut arată la venit suma de Lei 27.585.664, în care se cuprinde subvenția Ministerului Sănătății (17.700.000 Lei), reprezentând 64,2% din total. Restul provine din următoarele izvoare:

a) Taxe pentru întreținerea bolnavilor în sanatoriile- spitale Filaret, Bârnova și Eisericani	lei 4.207.716
b) Taxe de cură pentru bolnavi din sanatoriul Toria	„ 3.895.877
c) Chete	„ 1.073.380
d) Donațiuni și cotizații	„ 120.739
e) Dobânzi și diverse	„ 259.762

La cheltueli găsim următoarele principale capitole:

Salare	506.603 lei
Cheltueli generale	332.592 „
Dispensariile	391.173 „
Asistența la domiciliu	1,902.655 „
Sanatoriile	18,013.552 „
Ajutoare filialelor	206.800 „
Vaccinarea antituberculoasă	368.707 „
Reparații	2,345.950 „
Imbunătățiri la sanatorii	1,987.642 „

Din aceste cheltueli, taxele de cură ajung să acopere numai 29·3%, pe când veniturile aduse de chete, donații și cotizații deabia acopăr 4·3%.

S'a încercat să se facă o statistică *lunară* a bolnavilor de tuberculoză din țară și din „Analele Ministerului sănătății“ No. 4—9, pe April—Septembrie 1927, aflăm că s'au găsit:

Bolnavi de tuberculoză, în mediul rural, 23.001 în Martie și 24.628 în April;

Bolnavi de tuberculoză, în mediul urban, 4811 în Martie și 4924 în April.

Morți de tuberculoză se notează numai în Martie și anume 1221 în comunele rurale, iar în comunele urbane (fără București) 390.

\* \* \*

### Starea sanitară în Uniunea Sovietică.

După recensământul din 1926, populațiunea Uniunii Sovietice a fost de 145,806.624. În Republica Federală Rusă, cea mai importantă din Uniunea Sovietică, nașterile pentru anul 1925 au fost de 47,0‰, iar mortalitatea de 25,9‰, ceea ce dă un excendent natural de 21,1‰. În Rusia Albă, natalitatea a fost de 41,0‰ iar mortalitatea de 22,4. În Republica Ucraineană, natalitatea de 31,5 iar mortalitatea de 13,8, asemănătoare cu datele ce le dau Statele Unite Americane: natalitatea de 21,4, mortalitatea de 11,8

Mortalitatea infantilă pe 1000 nou născuți, e de 213 în Uniunea Sovietică, 125 în Rusia Albă, 146 în Ucraina, fapt ce contrastează cu cifra de 72, mortalitatea din Statele Unite Americane.

În 1925, morbiditatea în Uniunea Sovietică a fost de 115,2 la 100.000, pentru febra tifoidă; 12,7 pentru variolă; 450,2 pentru pojar, 186,8 pentru scarlatină; 241,8 pentru tusea convulsivă; 49,4 pentru difterie; 1,957,3 pentru gripă; 838,6 pentru tuberculoză și 347,4 pentru sifilis.

Cifra mortalității nu o avem pentru întreaga Uniune Sovietică ci numai pentru orașul Moscova. Mortalitatea pe 1927 în acest oraș a fost de 13,5‰, în orașul New-York de 11,8. Mortalitatea prin pojar a Moscovei în 1927 a fost de 40,8, la New-York abea de 0,6. Mortalitatea prin tuberculoză la Moscova, a fost de 157,1, iar la New-York de 86,1; prin gripă, la Moscova, de 19,6, la New-York de 10,6; prin cancer, la Moscova de 101,3, la New-York 124,9, la fel și prin sifilis, mai mică la Moscova (2,1), decât la New-York (9,2). Mortalitatea prin febră puerperală: la Moscova 27,1 la 10.000 nașteri, la New-York de 51,3. (New-York State J. Med., 28: 1403 (Dec. 1), 1928).

O. C.



## Informațiuni.

*Societatea Medicală a Litoralului Mediteranei*, a organizat o nouă călătorie de studii medicale pe coasta de Azur pentru zilele de 7—19 Aprilie 1929, cu excursiuni în Italia, Alpi și Corsica.

Se vor vizita Nice, Antibes, Juan le Pius, Cannes, Le Cannes Grasse, Vence, Menton, San Remo, Bordighera, Monaco, Monte Carlo, Beaulieu și Alpii.

Nouă zile pe litoral, costă 1050 franci; totul plătit, întreținere completă în hoteluri de primul rang, transporturi în excursiuni, distracții, etc.

Medicii pot fi însoțiți de oricâți membri din familia lor.

Inscrierile trebuiesc făcute din vreme, adresându-se direct Președintelui societății Medicale a Litoralului Mediteranian, D-lui Dr. Faure. 24 rue Verdi la Nice.

Informațiuni complimentare se pot lua și de la Dl. Dr. Laugier Inspector General Sanitar la Craiova, membru corespondent al acestei Societăți.