

## **Ancheta sanitară din Gilău, jud. Cluj.**

Încă dela începutul anchetei sanitare generale întreprinsă în plasa Gilău și al cărei raport va apare în curând, am fost stăpâniți de dorința, ca în marginile timpului scurt de care dispuneam să facem într'una din comunele sus menționatei plăși o anchetă din casă în casă. Am crezut interesantă o astfel de cercetare pentru mai multe motive: ne dădea posibilitatea să confruntăm unele din datele culese de noi, dela notariatele comunelor și dela serviciul sanitar județean cu cele găsite pe teren și a verifica exactitatea celor dintâi; puteam întregi cunoștințele noastre asupra stării social-igienice a cel puțin o parte din populațiunea plășii și în fine doream să ne dăm seama, studiind mai deaproape psihologia maselor populare, cari ar fi șansele de reușită ale unei eventuale propagande și educații igienice privită în funcție de docilitatea și spiritul de înțelegere al populației, pentru astfel de probleme. Vom avea ocaziunea să vorbim în altă parte despre felul cum vede poporul ideea unui trai mai igienic și sugestia unei ameliorări a stării actuale.

Ne-am hotărât a face din comuna Gilău, obiectul anchetei noastre mai amănunțite, fiindcă această comună prin situația ei geografică, prin căile de legătură cu aproape toate comunele din plasa Gilău, prin populația sa mai numeroasă și mai înstărită, a fost dela început indicată a deveni centrul viitoarei plăși sanitare de demonstrație, care atașată Institutului de Igienă și Igienă socială din Cluj, e vorba să servească drept teren de activitate practică pentru elevii școlii de sănătate publică dela acel Institut.

Nu am putut, cum am fi dorit, să întocmim pentru întreaga populație, fișe sanitare familiale și fișe de sănătate individuală

fiindcă pe deoparte ne-a lipsit timpul pentru examenul fizic al tuturor indivizilor din comună în număr de peste 3000, iar pe de altă greutatea tiparului încă nu erau de trecut cu vederea. Ne-am mulțumit a culege anumite date, cari ni s'au părut mai utile pentru organizarea viitoarei plăși sanitare, lăsând în sarcina acesteia alcătuirea unor fișe sanitare cât mai complete, cari cu timpul să se generalizeze la toate cele 27 comune cari o compun. De altfel, ne vom ocupa într'un articol viitor mai pe larg, de utilitatea unei anchete sanitare din casă în casă, de principiile cari trebuie să o călăuzescă și de felul cum înțelegem noi alcătuirea unei fișe sanitare familiale și a fișelor de sănătate individuală.

Planul de lucru al anchetei noastre a fost următorul. După ce am cules dela oficiul stării civile, toate datele referitoare la starea și mișcarea populației comunei, am căutat să întocmim un plan al comunei Gilău, care să poată servi oricând pentru orientarea viitorului ofițer al sănătății publice al plășii, surorilor de ocrotire și oricui va face parte din personalul sanitar al plășii și cari să servească mai ales pentru înregistrarea și studiul topografic al bolilor contagioase, sociale, a stării latrinelor și fântânilor și altor probleme sanitare, cari să poată fi prezentate sinoptic oricui le va cerceta.

Am întocmit acest plan, servindu-ne de datele și schițele ce am aflat la Institutul Geodetic, la judecătoria de Ocol din Cluj, și la notariatul comunei Gilău.

Ancheta ce am întreprins, a durat 9 zile în care timp am fost ajutați de 4 surori de ocrotire dela Institutul din Cluj, puse cu bunăvoință la dispoziția noastră de Dna Perția, directoarea Institutului, căreia dorim a-i exprima și pe această cale, cele mai vii mulțumiri, iar pentru pregătirea temeinică pe care surorile au căpătat-o în Institut și pe care au dovedit-o cu prisosință pe teren, o rugăm să primească felicitările noastre neprecupețite. Nu vom uita să asociem la sentimentul nostru de satisfacție, sprijinul cu fapta și cu sfatul al dnei E. Costreș, Inspectoare de Ocrotire la Cluj.

Am grupat chestiunile cari ne interesau în ancheta noastră în 3 tablouri-chestionar, pe cari le dăm mai jos în forma în care au fost alcătuite și pe cari le-am discutat în prealabil cu surorile, pentru a putea obține și nota răspunsuri precise și uniforme.

Ancheta Sanitară din comuna Gilău, 1929.

*Tabela No. 1.*

Tabela de recensământ, boli sociale și infecto-contagioase.

			Nrul casei
			Nrul familiei in aceeaș casă
			Nrul curent al indivizilor
			NUMELE și PRONUMELE
			Etatea
			Naționalitatea
			Știe carte ?
			Ocupația
			Starea materiala
			Starea igienica
			Contact la T. B. C. Când ? Cât timp ?
			Suspect de T. B. C.
			T. B. C. pulmonară
			T. B. C. alte forme
			Suspect de sifilis ?
			Sifilis, forma ?
			Alcoolie
			Cancer
			Pelagra
			Alimentația
			Are grădina proprie ?
			Febra tifoida
			Rujeola
			Scarlatina
			Tuse convulsivă
			Difterie
			Observațiuni

## Ancheta Sanitară din comuna Gilău, 1929.

Tabela No. 2.

Tabela Sanițaiței.

			Nrul casei
	Locuințele	Apartament igros	
		Câte camere de locuit ?	
		Cubajul unei camere	
		Pardoseala	
		Luminatul	
		Ventilatul	
		Câți dorm într-o cameră ?	
	Dejecțiile animale	Distanța dela casa	
		Constituie un pericol pt. fântâna	
	Alimentarea cu apă de beut	De unde bea apa ?	
		Cum e construita fântâna	
		E potabila apa ?	
		Distanța de latrina ?	
		Posibili ităițe de contaminare ? De unde ?	
		Adâncimea fântânei și felul solului	
	Latrina	De suprafața ?	
		Puț ? Adâncime ?	
		E igienică ?	
		Se amestecă dejecțiile omene cu cele animale ?	
	Laptele	Câte vaci de lapte, ori capre ?	
		Cantitatea de lapte la zi ?	
		Cât consumă fiecare individ ?	
		Se fierbe laptele ?	
		Starea grajdurilor	
			Observațiuni

**Ancheta Sanitară din comuna Gilău, 1929.**

*Tabela No. 3.*

**Tabela privitoare la mortalitatea infantilă și rachitism.**

Nrul casei	NUMELE și PRONUMELE	Mortalitatea copiilor până la 1 an																		Mortalitatea maternă		Rachitismul	Observațiuni		
		Etatea în luni	Etatea mamei	Știe carte mama ?	Data morței anul și luna	Cauza morței	Mama a fost sănătoasă înainte și după naștere ?	Și-a întrerupt înorul în perioada prematată ?	E legitim ?	Cu câtă doarme copi- tul în o cameră ?	Casa e umedă ?	E bine ventilată ?	A fost alăptat la sân ? Cât timp ?	Alăptarea la sân, defec ușoară ?	Alăptarea artificială, defec ușoară ?	Când a început alimen- tarea mixtă ?	A fost defectuoasă ?	Starea materiei la a părinților	Starea socială, igien- ică a lor	A fost asistată la naș- tere ? De cine ?	Etatea	A născut la spital ?		Cauza morții	Starea de rachitism la copii între 2 - 7 ani

Tot personalul anchetator era compus din 3 medici (al 3-lea medic a fost însuș medicul circ. sanitare Gilău), D-nă inspectoare de ocrotire și 4 surori de ocrotire. Am format echipe, compuse din câte un medic și o soră. Cele 4 grupe au lucrat în 4 sectoare diferite. Este drept că nu am convocat mulțimea ca să-i explicăm rostul vizitei noastre, așa cum se obișnuște în atari împrejurări, fiindcă ne-am temut de coloritul oficial pe care avea să-l îmbrace în mod inevitabil un astfel de procedeu. Am crezut că ne putem face mai ușor înțeleși, stând de vorbă cu ei individual, că le-am putea câștiga mai ușor încrederea și cunoaște mai intim păsurile lor, întreținându-ne prietenește cu fiecare în parte. Nu putem ascunde faptul, că am întâlnit și indivizi destul de indiferenți și alții, cari au manifestat o neîncredere vădită, în intențiile bune ce arătam. Nu ne-o explicam altfel decât că am dat peste o lume necăjită, săcăită de o adevărată urgie fiscală (am fost luați la început drept sbiri fiscali), în tot cazul am căpătat impresia, că regimul administrativ la cari fuseseră supuși nu era strein de această stare de spirit. Din fericire aceștia au fost numai o infimă minoritate; restul populațiunii s'a dovedit a fi foarte docilă și înțelegătoare atât în pătura română cât și cea maghiară. Chiar cei cari se aratasera ostili la început, au fost convinși și ne-am despărțit prieteni. Sunt numeroase cazurile când am fost solicitați să nu-i ocolim, să trecem și pe la ei. Evident că în scurtul popas făcut în fiecare casă, am căutat ca pe lângă întrebările puse să strecurăm tot pe acelaș ton prietenos câte un sfat, fie privitor în folosul acrisirilor caselor cât mai bine, de a le întreține cât mai curate, de a recurge neîntârziat la serviciile medicului la cel mai mic semn de boală; acolo unde am aflat copii sugaci și de vârstă preșcolară, sora le-a dat instrucțiuni destul de detaliate despre îngrijirea copiilor și despre alimentarea rațională a copiilor rachitici etc. etc. Aproape pretutindeni aceste sfaturi au fost ascultate cu atenție și credem că au făcut un bun serviciu.

Pentru noi, cel puțin două lucruri s'au desprins clar, din ancheta făcută: a) că populația comunei Gilău e perfect accesibilă unei educațiuni igienice și că această educație va da, indubitabil, bune roade și b) Sora de ocrotire este pentru îndrumarea maselor spre o viață mai igienică, un instrument pe alocurea mai prețios decât însuș medicul și mai întotdeauna indispensabil.

În sfârșit vream să spunem un cuvânt asupra timpului când astfel de anchete ar trebui făcute. Cel mai nefavorabil este în Iulie în toial munciei, când lumea e la câmp, fapt pentru care noi am trebuit să revenim la aceeaș casa de câte 3—4 ori.

Rezultatele anchetei în comuna Gilău le consemnăm în raportul de mai jos :

### a) Populație.

Numărul locuitorilor : 3024, această cifră diferă de cifra pe care am obținut-o prin felul cum am calculat populația, diferența dintre morți și născuți adăugită la numărul locuitorilor din anul 1927, când s'a făcut recensământul. Numărul familiilor este 763, densitatea pe familie 3'96. Numărul caselor 672, iar densitatea pe case 4'5, în o casă de 1,13 familii. După sex sunt 1599 femei și 1425 bărbați.

După vârstă avem următorul tablou :

Vârsta .	0-1	2-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-60	61-80	81 in sus
Locuitori	83	355	333	258	325	478	379	517	271	23
% . . .	2'77	11'77	11'01	8'53	10'75	15'81	12'54	17'10	8'95	0'77

Populația preșcolară, între 2—7 ani, este 475.

Populația repartizată după naționalități :

Români . . .	2056
Maghiari . . .	845
Evrei . . .	117
Germani . . .	6

Carte știu : 1796, analfabeți sunt : 1228, deci în un procent de 40'60%. Aceste cifre sunt reportate la numărul totul al populației. Recrutând însă analfabeții numai dintre persoanele trecute de 10 ani, cifra acestora se reduce la 456 iar procentul la 20,20.

Am căutat să ne dăm seama de starea materială a locuitorilor, ne-am interesat cât pământ au, cât pământ muncesc, care le este produsul muncii, câte vite au, cari sunt necesitățile zilnice de existență. Astfel putem da următoarele cifre despre situația materială a locuitorilor :

foarte buna . . .	44
bună . . . . .	930
satisfacătoare . .	1323
rea . . . . .	727

La fel am procedat în ceea ce privește starea igienică, interesându-ne de curățenia camerelor, văruiul caselor, curățenia curții, schimbarea rufelor, băile corporale etc. Am obținut următoarea repartizare a locuitorilor după starea igienică :

foarte bună . . . . .	44
bună . . . . .	1023
satisfăcătoare . . . . .	1108
rea . . . . .	849

Profesiunea locuitorilor :

Agricultori . . . . .	1091	Brutari . . . . .	6
Casnice . . . . .	608	Infirmieri . . . . .	1
Funcționari . . . . .	38	Moașe . . . . .	1
Comercianți . . . . .	35	Farmacisti . . . . .	1
Servitori . . . . .	124	Medici . . . . .	3
Tâmplari . . . . .	26	Croitori . . . . .	9
Rotari . . . . .	17	Advocați . . . . .	1
Mecanici . . . . .	13	Studenti . . . . .	2
Fierari . . . . .	14	Chelneri . . . . .	2
Pantofari . . . . .	21	Ingineri . . . . .	2
Frizeri . . . . .	6	Muzicanți . . . . .	8
Muncitori cu ziua . . . . .	138	Morari . . . . .	4
Măcelari . . . . .	5	Pieptanari . . . . .	2
Bucătari . . . . .	1	Artiste . . . . .	4
Vopsitori . . . . .	1	Cojocari . . . . .	4
Blănari . . . . .	3	Fără ocupații . . . . .	774

(cifra din urmă cuprinde și copiii). Total : 3024.

**b) Bolile sociale.**

Asupra maladiilor cu caracter social, cum este tuberculoza, sifilisul, alcoolismul, cancerul, pelagra, am insistat mult.

În ceea ce privește *tuberculoza*, am chestionat amănunțit dacă în familie nu este vre-o persoană care prezintă vre-unul din simptomele acestei maladii. Am obținut următoarele date :

Vârsta . . . . .	0—2		3—15		16—18		19—24		25 în sus		Total	
Sexul . . . . .	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F
Locuitori . . . . .	0	0	0	1	0	1	2	3	9	13	11	18



În total 18 femei și 11 bărbați am găsit ca prezintă fenomene de tuberculoză pulmonară deschisă, cu debilitate generală, scădere în greutate, febră, tuse, expectorații, transpirații nocturne, hemoptizii etc. Cei mai mulți au fost diagnosticați de către medici specialiști sau tratați în sanatoriu de tuberculoși din Cluj.

Afară de aceștia am întâlnit și suspecți de tuberculoză, cari au fost examinați de specialiști și pe cari în urma interogatoriului nostru, deși mulți aveau unele din simptomele bacilozei pulmonare, noi nu ne-am putut hotărî a-i declara drept bacilari.

Tablou despre suspecții de tuberculoză, după vârstă :

Etatea .	0—1	2—7	8—16	16 în sus
Locuitori	0	2	11	84

O altă chestiune care ne-a reținut luarea aminte, a fost aceea a contactilor la tuberculoză; înțelegem prin contacti acci indivizi, rude sau streini de familie, cari au trăit timp îndelungat, luni sau ani, în imediata apropiere a unui tuberculos confirmat; ceva mai mult am notat la grupa contactilor și pe aceia cari au conviețuit cu suspecții de tuberculoză. Ideia conducătoare, care ne-a determinat să dăm o atenție deosebită contactilor de tuberculoză, a fost că, atunci când organele sanitare ale plășii Gilău vor avea puțința, să întreprindă examenul fizic amănunțit și metodic, această categorie de indivizi să fie cea dintâi luată în considerare.

În contact cu bacilari și suspecți am aflat 521 locuitori, deci un procent de 17·2%, repartizați după etate în felul următor :

Etatea .	0—1	2—7	8—16	16 în sus
Locuitori	22	103	76	320

Tuberculoză nepulmonară, am depistat 12 cazuri. Două cazuri cu tbc. ganglionară, 8 cu tuberculoză osoasă și 2 cu peritonită bacilară.

*Sifilisul*, maladia socială cea mai greu de investigat, ne-a produs multe dificultăți în depistare. Am reușit să aflăm 12 cazuri, 6 bărbați și 6 femei, toți întrecând vârsta de 25 ani, toate cazurile n perioada terțiară, unele au fost în plin tratament.

*Alcoolismul.* În general populația consumă diferite beuturi: rachiuuri circa 10.000 l., vin 6.000 l., bere 25.000 l. În comună sunt 2 restaurante și 5 cârciumi. Alcoolici înveterați, cari consumă zilnic, până la starea de ebrietate am găsit 51 locuitori 1·6%. Un locuitor, anual, în medie consumă 13·4 l. de spirtuoase în general.

*Cancer,* am aflat două cazuri, diagnosticate de Institutul de anatomie patol. din Cluj, unul era deja operat, este vorba de un cc. intern.

*Pelagră* nu am găsit, de altfel cum ne-am și așteptat, fiindcă alimentația populației este destul de variată, consuma mai multă pâine decât mămăligă, în comună este și o brutărie, sunt 4 măcelării și un abator. Mânâncă carne atât de vite mari, cât și de vite mici și de pasări.

Consumă tot felul de leguminoase și zarzavaturi, întrebări asupra carora am insistat, notând dacă fiecare familie are vre-o grădină proprie și de ce dimensiuni. Nu am aflat nici o familie care să nu consume zarzavaturi, la fel folosesc în alimentațiune brânzeturi și laptele. Cluj / Central University Library Cluj

### c) Bolile infecto-contagioase în ultimii cinci ani.

În general puneam întrebări, dacă în ultimii 5 ani a murit cineva din membrii familiei sau a suferit de vre-o boală, apoi am insistat dacă au fost tratați de medic și dacă își știau diagnosticul, în caz negativ nizuiam să facem unul retrospectiv.

În ceea ce privește *febra tifoidă*, am căutat să depistăm purtătorii cronici de bacili, știut fiind, ca sunt cazuri cari chiar la 40 ani după boală pot fi încă purtători. Ne-am interesat de fiecare membru din familie dacă în antecedentele lui nu aflăm febră tifoidă. Am obținut următoarele date despre cazurile cari au în antecedente febră tifoidă:

Etatea	0-1	2-5	6-10	11-20	21-30	31-40	41-60	61 în sus
Locuitori	0	5	5	9	4	9	4	0

În total am depistat 36 de indivizi, sau la 1000 loc. 11·9, cari sunt suspecți de a fi purtători cronici de bacili ai febrei tifoide.

Tablou, despre morbiditate în febra tifoidă pe 5 ani:

Vârsta	0-1	2-5	6-10	11-20	21-30	31-40	41-60	61 in sus	Total
1924	--	--	--	1	--	--	--	--	1
1925	--	--	--	--	--	--	--	--	0
1926	--	--	--	--	--	--	--	--	0
1927	--	--	--	--	1	1	1	--	3
1928	--	--	--	1	1	2	--	--	4

Media celor 5 ani: 1·6, rata morbidității 52·0.

În ce privește celelalte maladii infecto-contagioase, am căutat să le depistăm tot numai pe 5 ani.

*Rujeola* ne-a dat următorul tablou pentru morbiditate:

Vârsta	0-1	2-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	Total
1924	1	15	7	2	0	0	0	25
1925	2	27	11	8	2	0	1	51
1926	2	22	9	2	0	1	0	36
1927	4	38	19	7	0	1	1	70
1928	2	19	16	5	3	0	0	45

Media anuală calculată pe acești 5 ani 45·4, rata morbidității 1500·0.

*Scarlatina* are următorul tablou:

Vârsta	0-1	2-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-60	Total
1924	--	1	2	1	--	--	--	--	4
1925	--	1	1	2	--	--	--	--	4
1926	--	0	--	1	--	1	1	--	3
1927	--	1	1	--	--	--	--	--	2
1928	--	1	3	1	--	--	--	--	4

Media morbidității 3·4, rata 112·3.

*Difteria* în ultimii 5 ani în comuna Gilău se prezintă în felul următor: pentru anii 1924, 1926 și 1927 nu am depistat nici un caz, pentru 1925 am găsit un copil de 3 ani, pentru 1928, 5 cazuri, două între 0—1 an, unu între 2—5 ani și două între 11—15 ani. Media pe 5 ani 1·2, rata 39·6.

*Tusa convulsivă*, morbiditatea pe 5 ani.

Vârsta	0—1	2—5	6—10	11—15	16—20	21—30	31—40	41 in sus	Total
1924	—	—	—	—	—	—	—	—	0
1925	—	2	—	—	—	—	—	—	2
1926	—	2	—	—	—	—	—	—	2
1927	—	2	1	—	—	—	—	—	3
1928	—	3	0	1	1	—	—	—	5

Media celor 5 ani 2·4, rata 79·3.

Cât de insuficient a fost reportajul organelor sanitare din cele 3 circumscripții sanitare, acum ne putem convinge mai bine. Pe întreaga plasă de demonstrație, media ratei morbidității la 100,000 locuitori pe 5 ani, a fost următoarea pentru bolile amintite de noi :

Febra tifoidă	. 42·0
Scarlatina.	. . 52·4
Rujeola . . .	293·3
Difterie . . .	7·8
Tuse convulsivă	80·2

Ori noi, numai prin stabilirea de diagnostic retrospectiv, a cărei dificultate este enormă, am aflat următoarele cifre pentru rata morbidității la 100.000 locuitori pe 5 ani, în comuna Gilău. Din cifrele cari urmează, se vede că noi ne apropiem mai mult de adevăr.

Febra tifoidă . .	52·0
Scarlatină . . .	112·3
Rujeola . . . .	1500·0
Difterie . . . .	39·6
Tuse convulsivă	79·3

#### d) Sanitația.

Case sunt 672, din piatră sunt construite 4, din gard și ten-cuite 8, din zid de cărămidă 33, din lemn 627. În total 672. În total casele au 1057 camere. Dintre acestea 1001 sunt uscate și 56 au zidurile igrasioase.

Cubajul camerelor, exprimat în metri cubi, este următorul: camere cu 8 mc. sunt 2, cu 16 mc. sunt 2, cu 24—30 mc. sunt 78 camere, cu 30—40 mc. sunt 186, cu 40—60 mc. sunt 447 camere, cu 60—90 mc. sunt 296 camere, cu 90—120 mc. am găsit 46 camere. În medie generală pentru 1057 camere, avem media de 21·0 mc., pentru un locuitor, iar pentru o cameră 60·1 mc., deci insuficient, normal ar trebui să fie 30 mc. pentru un locuitor.

Pardoseala în 129 case este din scânduri, în 928 este din pământ, pământul în multe l-am găsit foarte umed. Pereții în cele mai multe case sunt văruiți, ornamentați cu diverse farfurii, tablouri și cusături naționale.

Case acoperite cu țiglă sunt 120, cu șindrila 542, cu paie 9, cu tablă 1.

*Ventilația*, de felul cum se face, ne-am orientat după starea în care am aflat ușile și ferestrele și după datele obținute prin întrebări. Am aflat camere la cari ușile, și foarte rar ferestrele, nu se deschideau decât dimineața pentru 10 sau 15 minute, pe acestea le-am considerat slab ventilate. Bine ventilate le-am considerat pe acelea, unde dimineața pe timp de jumătate oră atât ușile cât și ferestrele erau deschise, iar în cursul zilei de vară ferestrele toată ziua erau deschise și în sezonul de iarnă vre-o 1—2 ore pe zi.

Am format despre ventilație următorul tablou:

ventilație slabă . . .	187
„ mijlocie . . .	447
„ bună . . .	389
„ foarte bună .	34

Ferestre fixe nu sunt, toate sunt mobile.

*Luminația* a fost mai ușor de apreciat după dimensiunile ferestrelor și numărul lor și după cum am observat, avem următorul tablou: luminație slabă 46; mijlocie 243; bună 608; foarte bună în 160 de camere. Dimensiunile ferestrelor în medie sunt: 1·60 m. pe 0·90 m.

Încălzitul, în 153 case se face prin sobe de fier, prin vatră în 519, în general se arde lemne de pădure.

*Gunoitul animal*, îl adună în curte, lângă grajd, în o mică groapă adâncă de jumătate metru, îl ține aici pentru putrefacție,

timp de 6—12 luni când îl duc la câmp pentru îngrășarea pământului. Distanța gunoiului de casă ne dă următoarele cifre :

Distanța în metri	2—3	4—8	9—15	16—25	25 în sus	Total
Case	18	150	128	45	49	390

Gospodării cu gunoi sunt 390, fără gunoi sunt 282.

Gunoiul animal pentru fântâni în 4 cazuri constituie un pericol probabil de infecție, iar pentru 14 fântâni constituie un pericol vădit.

*Alimentația cu apă de beut.* În comună sunt 457 fântâni, din cari beau apă 763 familii. Fântânile au ghizd de piatră, în unele printre blocurile de piatră sunt crescute buruiene, la suprafață sunt împrejmuite cu scânduri. Majoritatea fântânilor sunt cu cumpănă. Acoperite sunt 98 fântâni, și 356 sunt neacoperite, 3 sunt cu pompe. Restul de 70 de familii iau apă de beut din râul Someș.

Adâncimea fântânilor :

Adâncimea metri	1—2	2—4	5—6	7—8	9—12	13—16
Fântâni	11	123	226	58	37	2

Solul întâlnit la săparea fântânilor este invariabil prundiș. Din datele privitoare la adâncimea fântânilor se vede că stratul freatic se găsește la adâncimi variabile.

Distanța fântânilor de latrine, exprimată în metri este următoarea :

Metri	1—2	3—4	5—8	9—15	16—25	25 în sus
Fântâni	2	3	36	106	63	160

Unele dintre fântâni, pot fi contaminate, anume dela : grajd 3 ; dela gunoi 14 ; dela latrină 5 ; dela băltoace 6 ; dela șanțuri 2 ; din jurul fântânelor 5. În total 35.

Dacă ar fi să repartizăm fântânile în igienice și neigienice, am putea considera 20 igienice și 437 neigienice.

Latrinele, sunt în număr de 516. Case fără latrine sunt 156. Latrinele găsite le repartizăm în următoarele : de suprafată 111, — acestea sunt pe suprafața solului, între scândurile latrinei cari formează casa latrinei și pământ rămâne o distanță de 30 cm., pe unde pot trece găinile, rațele etc. — ; water-closete, în număr de

16. Latrine puț, cu casa construită fie din scânduri, fie din cărămidă, în curte sau grădină, sunt 389. Adâncimea puțurilor este următoarea: între  $\frac{1}{2}$ —1 m. sunt 76 latrine, între 1—2 m. sunt 295, dela 2 metri în sus, sunt 18 latrine. Dintre aceste latrine cu puț, de diverse adâncimi 68 sunt deschise la spate, scândurile casei nu ajung până la sol, acest loc este lăsat pentru curățirea lor. Aceste latrine, de altfel ca și cele de suprafață nu sunt acoperite, nu au capac, așa că prin scaun muștele pot intra, la fel cum intră și prin deschizătura dela spate, în cele deschise în aceasta parte. Din pământ sau cărămidă, sunt casele construite alor 260 latrine, din scânduri 129.

Privite din punct de vedere al cerințelor igienice, am putea spune că numai cele 16 water-closete sunt igienice, 7 întreținute curat dar neigienice și restul de 493 sunt cu totul neigienice.

Amintim, că în unele locuri, (mai ales în vecinătatea râului Someș) unde stratul freatic este foarte aproape de suprafață, latrinele puț mai adânci, creează un pericol vădit pentru fântâni.

Îndepărtarea materiilor fecale, se face fie prin amestecarea lor cu gunoiul animal la 263 de cazuri, în alte 42 cazuri mută latrina pe o groapă nouă și groapa veche o astupă. Din 84 de latrine, materiile fecale nu se îndepărtează niciodată, probabil că aceste latrine sunt foarte puțin utilizate. În 111 cazuri, dejectele umane se amestecă cu gunoiul animal. De câte ori se îndepărtează materiile pe an, a fost greu a obține date precise, credem că odată pe an. Mirosul de multe ori este foarte desagregabil și este înțepător chiar la distanța de 3—4 m.

Laptele. Când am descris pelagra, am arătat în termeni generali, care este felul de a se alimenta al populațiunii noastre, acum rămâne să amintim că, în general consumă și tot felul de brânzeturi; în ce cantități nu știm. Ne oprim puțin asupra problemei laptelui, despre care am căutat să avem date mai concrete. Aceasta am făcut-o atât pentru importanța ce o are acest aliment complex în dezvoltarea copiilor, cât și pentru aceea că în restul plășii ni se spunea pretutindeni că mănâncă lapte, dar fără să fi putut obține vreo cifră precisă asupra cantității.

În comuna Gilău, în total sunt 389 vaci, și 223 bivolițe, oi sunt 632, din laptele de oaie fac însă brânză întotdeauna, mai rar se consumă ca atare. În total sunt 612 vite cu lapte, deci pentru 5 indivizi vine o vită cu lapte. Ținând seamă că, în medie pe un timp de 7 luni, o vită dă 5 kg, lapte pe zi, anual s'ar produce în întreaga comună: 643,650 kg. lapte, ar fi pentru un individ 212

kg. anual, deci zilnic ar fi 595 gr. Ori de fapt nu am găsit aceste cifre, noi ne-am interesat de cantitatea de lapte ce o consumă fiecare familie zilnic și aceasta am repartizat-o pe numărul membrilor din familie. Zilnic am aflat că se consumă 1198 kg, deci pentru individ ar fi 396 gr. mult mai puțin decât cantitatea ce am presupus-o, și aceasta o explicăm prin aceea că mult din lapte se vinde pe piața din Cluj.

Laptele îl fierb aproape în toate familiile, în 26 familii însă nu îl fierb întotdeauna și în 2 familii nu îl fierb niciodată.

Ținând seamă de corelația dintre starea sanitară și igienică a grajdurilor și starea de sănătate a vitelor, în special a vacilor de lapte, am dat atenție mai multă, stării grajdurilor, cu atât mai mult cu cât până astăzi nu s'a făcut niciodată reacția la tuberculină a vacilor de lapte. Analize de lapte, calitative, cantitative sau bacteriologice nu s'au făcut.

După starea igienică rea, neventilate, neluminate, nepardosite, necurățite la timp și cu un cubaj sub cea mai binevoitoare așteptare, grajduri considerate rele sunt 340, și mai bune numai 158, în total fiind 498. Aceasta stare, ne dă dreptul să credem că numărul vacilor tuberculoase nu e de ignorat și aceasta cu atât mai mult, cu cât credem că laptele nefiert se bea pe o scară mai întinsă decât ni s'a spus.

### **Mortalitatea infantilă.**

Mărturisim că datele numerice asupra mortalității infantile în comuna Gilău, le avem culese de mai înainte, în cursul anchetei generale a plășii, ele sunt consemnate în raportul respectiv.

Această mortalitate, prin rata ei urcată ni s'a impus dela început ca una din problemele de căpetenie pe care viitoarea organizare sanitară a plășii Gilău avea să le îmbrățișeze. Ne lipseau însă date mai precise asupra cauzei mortalității infantile; chestiunea e cu atât mai importantă, cu cât formează criteriul fundamental pentru alegerea mijloacelor de cari trebuie să se servească factorii sanitari pentru salvarea atâtor vieți și pentru a ameliora condițiile de viață în cari vor avea să trăiască supraviețuitorii. Ceeace ne impresionează îndeosebi citind literatura asupra acestui subiect este mulțimea aspectelor sub care e privită chestiunea și divergența concluziunilor ce se desprind din aceleași date, sau date similare. Oricari ar fi vederile unuia sau altuia dintre entuziaștii cercetători ai acestei probleme, nu trebuie niciodată pierdut din vedere că viața infantilă este intim legată în angrenajul complex social-economic, sau cu un



cuvânt al civilizației noastre, că oricari ar fi măsurile preconizate pentru soluționarea problemei mortalității infantile, ele pot fi clătinate. Cu cât adâncim mai mult problema mortalității infantile și a cauzelor ei, cu atât suntem stăpâniți de convingerea că înzadar vom aștepta scăderea mortalității infantile, atacând probleme numai pe un flanc, sau căutând să înlăturăm numai una sau alta din multiplele ei cauze. În genere noi suntem înclinați să privim mortalitatea infantilă numai în funcție de rata ei generală, fără a diseca chestiunea în toate amănunțele și suntem înclinați a crede că, dacă uneori această mortalitate scade într'adevăr, aceasta se datorește măsurilor preconizate de noi. De fapt, noi avem nevoie de mai mult decât informații cu caracter general, dacă tindem sincer la soluționarea acestei probleme, care astăzi la noi în țară este zguduitor de gravă.

Nu ne-a stăpânit niciodată în cursul anchetei noastre gândul de a întreprinde un studiu amănunțit al mortalității infantile în plasa și comuna Gilău, fiindcă timpul scurt, în cadrul căruia ne mișcam și insuficiența mijloacelor de care dispuneam, ne-ar fi condamnat la o muncă sterilă.

Aceasta va fi credem, printre altele, rostul cel mai de seamă al viitoarei plăși sanitare de demonstrație, care în decursul anilor și printr'o activitate susținută și metodică, va putea ajunge să studieze problema în tot complexul ei și să avizeze la măsuri cu adevarat științifice și salutare.

Știm că, nu suntem nici primii și nici ultimii cari dau semnalul de alarmă asupra ravagiilor și întinderii acestei nenorociri, care ne pustiește mai cumplit decât un război, dar făcând-o nădăjduim că cei chemați să o stăvilească, se vor trezi odată și odată.

Noi am căutat să obținem oarecari date aproximative referitoare la cauzele mortalității infantile în comuna Gilău, pe 5 ani în urmă în cadrul următorilor factori, cari influențează viața copiilor mici: ereditatea, mediul ambiant și situația economică, având însă mereu înaintea greutățile adeseori insurmontabile ale unui diagnostic retrospectiv mai ales pentru copiii morți în primele zile de naștere și drept consecință rezultatele pe multe locuri contestabile. Aproape toate cauzele de moarte la copii sub un an, din comuna Gilău, au fost identificate în cadrul următoarelor diagnostice: Debilitatea congenitală, turburări gastro-intestinale (gastro-enterită, dispepsii) maldii ale aparatului respirator (broncho-pneumonii, pneumonii, bronșite), boli infecțioase, malformațiuni congenitale, traumatisme, tuberculoză externă. În cursul anilor 1924—1928 incl., au murit în

comuna Gilău 82 copii, 41 băieți și 41 fete, cu o medie a mortalității pe 5 ani de 162·7‰.

După naționalități: 59 Români și 23 maghiari sau la 1000 Români noui născuți din Gilău mor 168·8‰, iar la Maghiari 159·6‰, la Români cifra mortalității infantile în comuna Gilău fiind mai ridicată. Noi în ancheta noastră, deși cu multă insistență nu am putut depista decât 55 de cazuri, din 82 cât știm că am găsit la ofițerul stării civile. Din aceștia 40 sunt Români, iar 15 sunt Maghiari, mortalitatea infantilă la Români este 113·9‰, iar la Maghiari 103·9‰. Observăm, că și în acest caz avem aceeași proporție a mortalității la Români și Maghiari. Repartizați după etate, avem următorul tablou:

Anul	1—5 zile	1—6 luni	6—12 luni	Total
1924	5	4	0	9
1925	4	3	2	9
1926	4	6	3	13
1927	4	6	4	14
1928	4	5	1	10

Între 1—30 zile, mor în total 21 copii, între 1—6 luni 24, între 6—12 luni 10, raportând la 100 avem următoarele date: 38·2‰; 43·6‰; 18·2‰.

Copii morți, după naționalități și vârstă:

Vârsta	—30 zile		1—6 luni		6—12 luni		Total	
	Rom.	Magh.	Rom.	Magh.	Rom.	Magh.	Rom.	Magh.
1924	4	1	2	2	0	0	6	3
1925	3	1	2	1	2	0	7	2
1926	4	0	4	2	2	1	10	3
1927	3	1	3	3	3	1	9	5
1928	3	1	4	1	1	0	8	2

Făcând raportul descris acum la ambele națiuni paralel, avem următoarele proporții la 1000 nașteri, pe cei 5 ani :

$$\begin{array}{l} \text{Români} \\ \text{Maghiari} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \text{între 1—30 zile} \\ \text{1—6 luni} \end{array} \right\} \begin{array}{l} \left\{ \begin{array}{l} 48.4^{0}/_{100} ; \\ 27.7^{0}/_{100} ; \end{array} \right. \\ \left\{ \begin{array}{l} 42.8^{0}/_{100} ; \\ 62.4^{0}/_{100} ; \end{array} \right. \end{array}$$

$$6—12 \text{ luni} \left\{ \begin{array}{l} 22.7^{0}/_{100} ; \\ 13.8^{0}/_{100} ; \end{array} \right. \text{ în total: } \left\{ \begin{array}{l} 113.9^{0}/_{100} ; \\ 103.9^{0}/_{100} ; \end{array} \right.$$

Din procentele de mai sus se vede destul de clar, că la Români, mortalitatea este mai mare în primele 30 zile, descrește între 1—6 luni și se urcă iarăși între 6—12 luni. La Maghiari, este comparativ mai mică în prima lună, mai ridicată dela 1—6 luni, menținându-se ca atare în perioada dintre 6—12 luni.

Mortalitatea ridicată la Români în primele 30 de zile, se datorește în cea mai mare parte debilității congenitale, rezultanta unei totale lipse de îngrijire prenatală și în special muncii fizice extenuante și proastei alimentațiuni a mamelor, în această perioadă. Iar mortalitatea între 6—12 luni (perioada când începe alimentarea mixtă) o credem datorită ignorării oricărei noțiuni de igienă alimentară a copilului mic. / Central University Library Cluj

Mortalitatea copiilor, după timp, ne arată că cea mai ridicată este în lunile de vară: Iulie, Aug. și Sept iar cea mai mică în lunile de primăvară Aprilie, Mai, Iunie.

Anul	I-III	IV-VI	VII-IX	X-XII	Total
1924	3	2	3	1	9
1925	1	2	4	2	9
1926	3	2	6	2	13
1927	4	2	4	4	14
1298	4	1	3	2	10

După diagnosticile retrospective, avem: gastro-enterită 18; broncho-pneumonie 12; debilitate congenitală 18; furunculoză 2; varicelă 2; difterie 1; meningită 1; cauză recunoscută 1.

Tabloul, despre cauzele mortalității după timp :

C a u z e l e	I-III	IV-VI	VII-IX	X-XII	Total
Gastro-enterită . . . . .	2	5	11	0	18
Broncho-pneumonie . . . . .	3	2	1	6	12
Debilitate congenitală . . . . .	4	4	5	5	18
Furunculoză . . . . .	1	0	1	0	2
Varicelă . . . . .	1	1	0	0	2
Meningită . . . . .	0	1	0	1	2
Difterie . . . . .	1	0	0	0	1

Deduțțiile cari se desprind din tabloul de mai sus, nu fac decât să confirme un fapt bine cunoscut, acela că tulburările gastro-intestinale în genere și gastro-enterite în special, sunt responsabile de cel mai mare număr de morți în lunile călduroase, iar maladiile aparatului respirator în special broncho-pneumonia, sunt cauzele de moarte cele mai frecvent întâlnite în lunile de iarnă.

Cazurile de gastro-enterită, au murit după etate dela 1 lună în sus și mai ales la vârsta dintre 3 și 6 luni. Cei de broncho-pneumonie am atins maximum între 5 și 10 luni. De debilitate congenitală au murit în primele 3 săptămâni ale vieții cei mai mulți. De furunculoză unul a murit la 7 săptămâni, altul la 8 săptămâni, altul de varicelă în luna 5-a și a 7-a, de difterie în luna a 8-a, iar cel mort de meningită a avut 1 an.

Starea de cultură a mamelor. Se presupune că mamele cari știu carte își îngrijesc mai bine copiii, noi am aflat 18 analfabete și 37 cari știu carte, procentul analfabetelor 32·7%.

Din cei morți 7 sunt nelegitimi în această perioadă de 5 ani, care număr raportat la numărul total al nașterilor din acești ani, ne dă în procente 1·38 la 100. În comuna Gilău, media procentului nelegitimilor în această perioadă, a fost 17·3%.

Etatea mamelor între 18—20 ani sunt 6 mame, între 21—24 ani, 15 mame, între 25—30 ani 16, între 31—40 ani sunt 14 mame,

dela 41 ani în sus sunt 4 mame. Ne-am fi așteptat ca la mamele tinere să fie mortalitatea infantilă mai mare decât la cele mai vârstnice.

În ce privește starea de sănătate a mamelor înainte și după naștere, am aflat că toate au fost sănătoase, iar în perioada prenatală nu și-au întrerupt activitatea, ci din contra cu multă mândrie ne răspundeau, că au lucrat chiar până în ziua nașterii, numai două, cu 2—3 săpt. înainte de naștere și-au întrerupt activitatea.

Numărul indivizilor, cu cari conlocuiau copiii cari au murit, se repartizează în felul următor: cu 2 în cameră 3 copii, cu 3 în cameră 14 copii; cu 4 în cameră 15 copii; cu 5 în una 14 copii, cu 6 inși în o cameră 6, cu 7 inși în o cameră 1, cu 9 inși 2 copii.

Ventilația, luminația în 12 case, unde au murit copii a fost slabă, în 4 case a fost mijlocie, în 17 case a fost bună și în 2 case a fost foarte bună.

Alăptarea la sân s'a făcut la 53 din acești copii, de către mama lor proprie, cei cari au viețuit peste 6 luni au fost trecuți dela această dată la alimentația mixtă dela luna 4—5. Alăptarea la sân în general, mamele o fac defectuos, neținând compt nici de interesul alăptării nici de durata lor. La fel alăptarea artificială, în două din cazuri unde s'a făcut, am găsit-o defectuoasă, s'a dat laptele dela început integral, cu zahăr și interval scurt s'a trecut la alimentația mixtă, unul din copii a trăit 3 luni și altul 5 uni.

Alimentația mixtă, la copiii cari au trăit mai mult de 2 luni s'a început în felul următor: la 6 s'a început în cursul lunei a III-a la 9 în cursul lunei a IV-a sau a V-a; din aceștia 6 au trăit peste 6 luni.

Desigur și alimentația mixtă o fac defectuos, mamele țin să dea copiilor cât mai repede orișice fel de alimente.

Starea materială a părinților, cărora le-au murit copiii, considerată după criteriile amintite la început: rea 12; mijlocie 24; bună 17; foarte bună 2.

Starea socială, igienică a părinților: rea 16; mijlocie 22; bună 15; foarte bună 2.

Făcând un raport a stării materiale și igienice a părinților cărora le-au murit copiii, față de repartizarea generală a locuitorilor din Gilău, după starea materială și igienică rea și mijlocie le-au murit relativ mai mulți copii.

Mamele toate au fost asistate la naștere de moașa diplomată, din comună, două au fost asistate și de medic. Două din mame

au murit în cursul nașterii, una având naștere gemelară și după aceea retenție placentară, metroragie și infecție puerperală. Una a murit în clinicile din Cluj, nu se cunoaște cauza morții.

*Rachitismul la copii, între 2 și 7 ani.* Nu am avut posibilitatea să examinăm toți copiii cari i-am întâlnit ocazional, i-am văzut, desigur, fără să le facem un examen fizic amănunțit.

Cu semne evidente de rachitism am întâlnit în total 23 de copii: 16 între 2—5 ani, și 7 între 6—7 ani.

Semne mai puțin evidente, dar și debili, denutriți am găsit 19. Nu avem posibilitatea să dăm un procent, fiindcă nu i-am examinat pe toți din comună.

Am făcut și multe observațiuni în aceasta anchetă, pe cari le-am notat pe cele trei tabele, unele referitoare la starea igienică, altele la felul de alimentație, la obiceiuri, acestea pentru a servi eventual dacă se va simți nevoia, când va funcționa plasa. Am notat diverse defecte fizice, congenitale, ca buză de iepure polidactilic etc.

### f) Igiena școlară.

Ancheta sanitară am terminat-o la școală. Comuna are o școală și o grădiniță de copii. Școala are 4 săli, patru învățători cu 404 elevi. Cubajul unei săli este 300 mc. iar celelalte trei, cari sunt egale, au câte 270 mc., o cancelarie care are 140 mc. Luminatul este suficient, fiecare sală de învățământ are câte 4 ferestre de dimensiunile 180 m. pe 140 m. Ventilația se face bine. Pardoseala este din scânduri. Incălzitul se face cu sobe de fier. Bânci în total sunt 74, lungi de 3 m., distanța între scaun și masă este de 25 cm. Curtea școlii are 4000 mp. Din fântâna școlii nu se bea apă, se bea din fântâna care se află în curtea directorului-învățător, de aici o aduc elevii cu un ciubăr și din el beau apă cu pahare comune. Fântâna este acoperită, are zid de piatră și la suprafață este împrejmuțată cu scânduri. Apa este bună, nu are miros, nici gust deosebit, nu este dură. Latrine sunt în număr de 7, sunt cu puț adânc de 2½ m., la spate se află un basin de aceeași adâncime, construit din beton, basinul este acoperit cu scânduri, cari se ridică când se face îndepărtarea materiilor fecale. Am făcut examenul somatic parțial, am cântărit și măsurat talia următorilor elevi.

Raportul, între greutate, înălțime și etate, l-am făcut după tabela lui Baldwin—Wood, pe care o anexăm, pentru băieți și pentru fete.

Tabela de Greutate, Talie, Etate pentru băieții de vârstă școlară a lui Baldwin-Wood.

Înălțimea în inchi	Înălțimea în cm.	Greutatea me- die în kgr. coresp. înal- țimei	Ettatea băeților corespunzătoare taliei și greutății, în ani															
			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
38	96.52	15.636	15.436	15.436														
39	99.06	15.890	15.890	15.890														
40	101.60	16.344	16.344	16.344														
41	104.14	17.252	17.252	17.252	17.252													
42	106.68	17.706	17.706	17.706	17.706	17.706												
43	109.22	18.160	18.160	18.160	18.160	18.160												
44	111.76	18.614	18.614	18.614	18.614	18.614												
45	114.30	20.884	20.884	20.884	20.884	20.884	20.884											
46	116.84	21.792	21.338	21.792	21.792	21.792	21.792											
47	119.38	22.700	22.246	22.700	22.700	22.700	22.700	22.700										
48	121.92	24.062		23.608	24.062	24.062	24.062	24.062										
49	124.46	24.970		24.970	24.970	24.970	24.970	24.970	24.970									
50	127.00	26.332		25.878	26.332	26.332	26.332	26.332	26.332	26.332								
51	129.54	27.694			27.694	27.694	27.694	27.694	27.694	27.694								
52	132.08	29.056			28.602	29.056	29.056	29.056	29.056	29.056	29.056							
53	134.62	30.872			29.694	30.418	30.418	30.418	30.418	30.418	30.872							
54	137.16	32.234				31.780	31.780	31.780	31.780	31.780	32.234	32.234	32.688					
55	139.70	33.596				32.688	32.688	33.142	33.142	33.596	33.596	33.596						
56	142.24	35.412				34.050	34.504	34.958	34.958	34.958	35.412	35.412	36.320					
57	144.78	37.228					35.866	36.320	36.774	36.774	37.238	37.682	37.682					
58	147.32	38.590						37.682	38.136	38.136	38.590	38.590	39.044	39.498				
59	149.86	40.406							39.498	39.952	40.406	40.406	40.860	40.860	40.860			
60	152.40	42.676							41.314	41.764	41.764	42.218	42.676	43.126	43.580			
61	154.94	44.896								43.126	43.580	44.034	44.496	45.396	46.758	48.120		
62	147.48	47.166								45.396	45.851	46.308	46.758	47.212	48.574	50.390	52.660	
63	160.02	50.394								47.666	48.121	48.578	49.028	49.936	51.298	53.568	55.838	
64	162.56	53.118									49.483	50.394	51.298	52.206	53.147	54.930	57.200	
65	165.10	54.480										51.792	53.112	53.566	54.474	55.382	57.652	
66	167.64	55.442											53.572	55.382	56.774	58.106	59.922	
67	170.18	60.382											55.842	58.106	59.014	60.830	61.738	
68	172.72	63.606												60.830	60.830	62.192	64.008	
69	175.26	65.376												62.192	63.100	64.916	66.278	
																67.640	69.002	

## Tabela

Baldwin-Wood pentru greutatea, talia, etatea fetelor de vârsta școlară.

Talia în inchi	Talia în cm.	Etatea în ani	Greutatea medie coresp. taliei	Talia în inchi	Talia în cm.	Etatea în ani	Greutatea medie coresp. taliei
38	96.52	5, 6	14.982	55	139.70	8	32.688
39	99.06	5, 6	15.436	"	"	9, 10, 11	33.596
40	101.60	5, 6, 7	16.344	"	"	12	34.050
41	104.14	5, 6, 7	16.798	"	"	13	34.958
42	106.68	5, 6, 7	17.706	"	"	14	35.412
43	109.22	5, 6, 7, 8	18.160	56	142.24	9	34.504
44	111.76	5, 6, 7, 8	18.614	"	"	10, 11	35.412
45	114.30	5, 6, 7, 8, 9	20.430	"	"	12	35.866
46	116.84	5, 6, 7	21.338	"	"	13	36.774
"	"	8, 9	21.792	"	"	14	37.682
47	119.38	5	22.246	57	144.78	9	36.320
"	"	6, 7, 8, 9, 10	22.700	"	"	10, 11, 12	37.228
48	121.92	6, 7, 8, 9	23.608	"	"	13	38.136
"	"	10, 11	24.062	"	"	14	39.042
49	124.46	6, 7	24.516	"	"	15	41.768
"	"	8, 9	24.970	58	147.32	10	38.136
"	"	10, 11	25.424	"	"	11, 12	39.044
50	127.00	6, 7	25.424	"	"	13	39.952
"	"	8	25.878	"	"	14	42.222
"	"	9	26.332	"	"	15	43.584
"	"	10	26.786	"	"	16	45.854
"	"	11	27.694	59	149.86	10	39.498
"	"	12	28.148	"	"	11, 12	40.860
51	129.54	7	26.786	"	"	13	41.768
"	"	8	27.240	"	"	14	43.585
"	"	9, 10	27.694	"	"	15	45.400
"	"	11	28.602	"	"	16	46.762
"	"	12	29.510	"	"	17	47.216
52	132.08	7	28.602	60	152.40	10	41.314
"	"	8, 9, 10	29.056	"	"	11, 12	43.130
"	"	11	29.510	"	"	13	44.038
"	"	12	30.418	"	"	14	45.854
53	134.62	7	29.964	"	"	15	47.670
"	"	8, 9	30.418	"	"	16	49.032
"	"	10, 11	30.872	"	"	17	49.486
"	"	12	31.326	"	"	18	50.394
"	"	13	32.234	"	"		
54	137.16	8	31.326				
"	"	9, 10	31.780				
"	"	11, 12	32.234				
"	"	13	33.142				



(Dăm câteva date referitoare la prescurtările facute, înălțimea am luat-o în diviziunile metru'ui, greutatea în acele ale kilogramului, etatea în ani, procentele 7, 10 15, înseamnă că un copil după raportul standard are 7%, 10% sau 15% sub ori peste greutate corespunzătoare etății și înălțimei lui, notată în rubrică înaintea lui. „Normal“ am notat în dreptul copiilor a căror greutate, înălțime, etate, corespunde aproximativ cu cele din tabelă. Numărul dinților cariati i-am notat cu cifre, fără să indicăm locul dinților. Amigdalele hipertrofiate le-am notat cu semnul (+), indicând cu *dr.* sau *stg.*, când am aflat pe cea din dreapta sau stânga hipertrofiată, după gradul de hipertrofie am notat cu una, două sau trei cruci. La fel am notat pentru ganglionii submaxilari, fără să mai notăm la care parte sunt măriți la *dr.* sau *stg.* Nutriția, am considerat înfățișarea copiilor, starea feței, când i-am crezut bine nutriți am notat cu litera *b*, când am crezut că este mai slăbuț decât ar fi trebuit să fie la etatea lui cu țesutul celular redus, l-am notat cu *s. n.* ceeace înseamnă subnutrit.)

### Copiii din școala comunei Gilău.

No. curent	Numele	Sexul	Naționalitatea	Talia în cm.	Greutatea în kg.	Etatea (ani)	Greutatea normală după talie și etate	Greutatea în raport cu talia și etatea	Dinți cariati	Amigdale hipertrof.	Ganglionii măriți	Starea de nutriție
1	B. I.	B.	Rom.	117	22 25	10	21 80	normal	4	—	+	b.
2	S. D.	„	„	126	23 70	10	25 60	— 7%	2	+	—	s. n.
3	M. S.	„	„	121	27 5	9	23 80	+10%	—	+++dr	—	b.
4	C. G.	„	„	126	25 5	10	26 00	normal	—	—	+	b.
5	C. I.	„	„	130	23 8	10	27 00	—10%	—	—	+++	s. n.
6	N. G.	„	„	133 50	26 5	9	29 30	—10%	2	—	—	s. n.
7	S. I.	„	„	113	15 8	8	19 70	—10%	5	+	—	b.
8	C. E.	„	„	124	22	8	24 65	—10%	—	—	+	b.
9	I. M.	„	„	118	21 8	8	22 30	normal	3	+dr	—	s. n.
10	R. G.	„	„	124	23	8	24 80	— 7%	6	—	—	b.
11	H. P.	„	„	109	19 65	8	18 20	normal	—	+	—	s. n.
12	S. Gh.	„	„	135	30	10	30 90	normal	—	—	—	b.
13	T. E.	„	Magh.	150	35	12	27 50	+15%	—	+	—	s. n.
14	M. B.	„	„	130	30 5	8	27 50	normal	—	—	+	b.
15	H. C.	„	„	129	27 5	9	27 50	normal	—	+++	—	b.
16	M. C.	„	Rom.	134 5	25 28	10	30 80	+15%	1	+++	+	b.
17	C. E.	„	„	130 5	30	9	28 30	normal	3	+++	+	b.
18	I. M.	„	„	132 5	30	11	29 20	normal	—	+++	—	s. n.
19	L. C.	„	Magh.	144	33	10	37 00	—10%	3	—	—	b.
20	K. E.	„	„	139	34 7	12	34 50	normal	—	—	+	b.
21	B. M.	„	„	136	29 1	11	31 50	— 7%	3	—	+	b.
22	M. H.	F.	Rom.	144	38 7	11	37 00	normal	1	+dr	—	b.
23	R. E.	„	Magh.	142	32 2	11	35 40	— 7%	—	+dr	—	b.
24	V. A.	„	Rom.	134	27	11	30 50	—10%	2	—	+++	s. n.
25	S. V.	„	„	131	25	11	29 50	+10%	4	+	+++	s. n.

No. curent	Nume c	Sexul	Nationalitatea	Talia in cm.	Greutatea in kg.	Etatea (ani)	Greutatea normală după tabele și statură	Greutatea în raport cu talia și clasa	Dinți cariati	Amigdale hipertrof	Ganglioni măriti	Starea de nutriție
26	C. M.	F.	Rom.	114	21 400	9	20 300	normal	4	+++	-	b.
27	I. M.	"	"	109	16 500	7	18 100	- 7%	5	+++	++	s. n.
28	A. B.	"	"	135	31 -	8	31 000	normal	-	-	++	b.
29	M. S.	"	"	131	24 600	8	28 600	-15%	-	++	+++	s. n.
30	P. M.	"	"	117	18 800	8	21 800	-10%	2	+++	+++	s. n.
31	A. M.	"	"	126	24 500	11	26 500	-10%	-	++ dr.	+++	b.
32	C. P.	"	"	116	20 500	8	21 500	- 7%	2	+++	+++	s. n.
33	A. M.	"	"	113	19 500	7	19 500	normal	-	-	-	s. n.
34	M. M.	"	"	129	23 700	9	27 700	-10%	6	-	-	b.
35	T. I.	"	Magh.	142	30 200	16	35 000	-10%	3	++	-	s. n.
36	D. C.	"	"	125	23 500	9	25 000	- 7%	3	++	++ dr.	s. n.
37	M. N.	"	Rom.	118	21 500	9	22 400	- 7%	-	++	++	b.
38	S. S.	"	Magh.	118	23 -	8	21 800	normal	5	++ stg.	++	s. n.
39	S. C.	"	"	115 1/2	20 -	8	21 600	- 7%	-	++	++	b.
40	V. M.	"	Rom.	123	21 500	7	24 100	-10%	-	-	++	s. n.
41	F. C.	"	"	122	22 800	8	23 600	normal	-	-	++	s. n.
42	F. C.	"	"	115	19 -	6	19 500	- 7%	1	+++	++	b.
43	I. C.	"	"	122	21 -	8	23 600	- 7%	2	+++	++	b.
44	M. A.	"	"	121	23 500	8	23 300	normal	-	+++	++	b.
45	P. L.	"	"	125	25 800	9	25 000	"	1	++	-	b.
46	P. I.	B.	"	111	17 500	8	18 300	"	1	++	-	b.
47	M. T.	"	"	130	30 1/2	9	29 300	"	4	++	-	s. n.
48	I. E.	F.	Magh.	126	31 800	9	27 000	"	4	+++	+++	b.
49	M. V.	"	Rom.	136	28 500	10	31 300	- 7%	3	+++	+++	s. n.
50	O. E.	"	Magh.	119 1/4	23 -	8	22 700	normal	7	++	+++	s. n.
51	C. E.	"	"	119 1/2	19 500	8	22 500	-10%	3	+++	+++	s. n.
52	T. N.	"	"	121	21 -	10	23 800	- 7%	-	++	++	s. n.
53	K. E.	"	"	132	29 500	11	29 600	normal	1	-	++	b.
54	K. K.	"	"	123	25 -	8	34 300	- 7%	-	++	+++	s. n.
55	F. K.	"	"	125	23 500	8	25 000	- 7%	-	++	+++	s. n.
56	M. S.	"	Rom.	121	25 500	9	23 400	normal	2	-	+++	s. n.
57	F. S.	"	"	139 1/2	30 500	9	33 600	-10%	4	++	+++	s. n.
58	V. T.	"	"	139	29 500	11	33 200	-10%	2	++	++	b.
59	P. A.	"	"	128 1/4	24 500	8	26 600	- 7%	-	-	++	b.
60	V. F.	"	"	126 1/2	29 -	9	26 300	normal	2	++	++	b.
61	N. N.	"	"	122	22 500	9	23 600	"	1	++	-	b.
62	K. C.	"	Magh.	123	25 -	9	24 300	"	-	-	-	b.
63	S. E.	"	"	123	22 500	8	24 200	- 7%	-	-	-	b.
64	R. N.	"	Rom.	126 1/2	27 200	9	26 200	normal	1	+++	-	s. n.
65	S. M.	"	"	126 1/2	26 -	9	26 200	"	4	++	+++	b.
66	D. T.	"	Magh.	128 1/2	24 500	8	26 600	- 7%	9	++	+++	s. n.
67	M. M.	"	Rom.	123 1/2	25 -	9	24 400	normal	5	-	+++	b.
68	I. R.	"	Magh.	134	28 500	10	30 600	- 7%	-	-	+++	b.
69	M. M.	"	Rom.	123	23 200	10	24 700	- 7%	-	-	+++	s. n.
70	C. V.	"	"	113	23 -	7	19 600	+10%	5	-	+++	b.
71	F. H.	"	"	122	23 -	10	23 600	normal	-	-	+++	b.
72	R. R.	"	"	126	26 500	9	25 600	"	2	-	+++	b.
73	S. A.	"	"	123 1/2	28 -	10	25 000	+10%	4	-	+++	b.
74	B. M.	"	"	128	25 200	9	27 000	- 7%	-	+++	+++	b.
75	V. C.	"	"	128 1/2	26 500	10	27 000	normal	-	-	+++	b.
76	O. M.	"	"	133 1/4	24 800	9	29 900	-15%	1	-	-	b.
77	C. M.	"	"	122	23 -	10	23 600	normal	2	-	-	s. n.
78	A. S.	"	"	112 1/2	18 700	8	19 500	"	-	-	-	s. n.
79	K. I.	"	"	125 1/2	25 -	10	25 700	"	-	-	+++	s. n.

No. curent	Numele	Sexul	Naționalitatea	Talia in cm.	Greutatea in kg.	Etatea (ani)	Greutatea normală după talie și etate	Greutatea în raport cu talia și etatea	Dinți cariati	Amigdale hipertrof.	Ganglioni mariți	Starea de nutriție
80	E. I.	"	Magh.	123 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	21	10	24 300	-10%	3	+dr.	-	b.
81	D. S.	"	"	125	22 200	9	25 300	-10%	2	++	++	b.
82	M. M.	"	Rom.	118 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	21.700	8	22 700	normal	2	-	++	s. n.
83	S. F.	"	"	152	47	12	43 200	"	4	++	++	b.
84	S. K. I.	"	Magh.	124 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	25 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	10	25.000	"	1	-	++	b.
85	S. I.	B.	"	160	42 500	13	48 578	-15%	2	-	-	br.
86	S. E.	F.	"	129 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	28.500	12	27 700	normal	3	-	++	s. n.
87	L. I.	B.	Magh.	160	42.500	13	48 578	-15%	2	-	++	b.
88	S. E.	F.	"	129 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	28 000	12	27 700	normal	2	-	++	s. n.
89	S. A.	"	Magh.	146 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	38 500	12	39 10	"	3	+	++	b.
90	S. N.	"	Rom.	132	29	11	30 400	-7%	1	+	-	s. n.
91	H. P.	"	Magh.	123 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	24.700	10	24 700	normal	1	-	+dr.	s. n.
92	S. N.	"	"	124 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	23 700	10	25 500	-7%	2	-	-	s. n.
93	T. M.	"	"	115 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>	18	9	20 500	-7%	2	2+st.	-	s. n.
94	T. I.	"	"	133	25.500	9	30 600	-15%	1	-	++	s. n.
95	R. S.	B.	Rom.	126	27.500	10	26 000	normal	2	-	-	s. n.
96	J. N.	"	"	130	27.500	10	27 700	"	3	++	-	b.
97	T. S.	"	"	139 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	34 500	13	33 500	"	1	-stg.	-	b.
98	L. I.	"	"	140 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	32.500	13	33 900	-7%	1	-	-	s. n.
99	I. M.	"	"	108	19 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	8	17 900	normal	1	-	-	b.
100	I. I.	"	"	133 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	28 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	12	30.000	-7%	1	-	++	s. n.
101	V. M.	"	"	133	30	14	30 000	normal	1	++	++	s. n.
102	O. S.	"	"	124 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	23.900	9	24 700	"	2	++	++	s. n.
103	N. N.	"	"	119	23 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	10	22 700	"	3	-stg.	++	b.
103	M. L.	"	"	128 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	25 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	10	27.050	-7%	1	-	-	b.
105	P. N.	"	"	120	23	11	22 900	normal	4	-	+	b.
106	O. V.	"	"	126 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	22 500	8	27 700	-7%	2	-	+	b.
107	V. F.	"	Magh.	126 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	22 500	8	26 000	-7%	2	+	+dr.	s. n.
108	B. J.	"	Rom.	122 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	23 800	8	24 300	normal	2	-	++	s. n.
109	B. I.	"	"	133 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	30 800	8	30 000	"	2	-	++	b.
110	R. S.	"	Magh.	124	21 500	9	24 700	"	1	-	-	b.
111	H. V.	"	Rom.	112	25	9	18 700	"	1	-	-	b.
112	B. A.	"	Magh.	117 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	23	9	22 300	"	1	-	-	b.
113	T. E.	F.	"	125	22	9	25 000	-10%	1	-	-	b.
114	I. I.	"	Rom.	126 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	26 500	9	26 700	normal	1	-	-	s. n.
115	T. E.	"	Magh.	122 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	21 500	8	24 000	-10%	4	++	++	s. n.
116	B. S.	B.	Magh.	117 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	24 700	8	22 000	+7%	9	++	++	b.
117	T. S.	"	"	136	32	12	31 500	normal	2	++	++	b.
118	T. G.	"	"	128 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	31 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	10	27 500	+15%	1	-	-	b.
119	M. I.	"	Rom.	121	21 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	9	23 700	-10%	3	+	++	s. n.
120	B. S.	"	"	121	24	9	23 700	normal	1	-	-	s. n.
121	B. G.	"	"	121	23	9	23 700	"	1	-	+	b.
122	C. V.	"	"	140 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	32.500	12	33 800	"	1	++	-	s. n.
123	V. R.	F.	"	124 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	24 800	9	25 000	"	3	-	-	b.
124	N. A.	B.	"	123 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	30	11	25 000	"	1	-	-	b.
125	I. S.	"	"	128	26	8	26 800	"	1	-	-	b.
126	S. M.	"	"	119	28	10	22 600	"	3	-	-	s. n.
127	A. M.	F.	"	113 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	20.700	8	20 300	"	1	-	+	b.
128	M. S.	"	"	127	26 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	11	27.700	-7%	3	-	-	s. n.
129	E. M.	"	Magh.	143 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	32 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	12	36 300	-7%	1	+	-	s. n.
130	S. M.	B.	Rom.	409	18 700	7	18 100	normal	5	-	-	s. n.
131	P. I.	"	"	129 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	25 500	8	27 500	-7%	1	++	+	b.
132	M. V.	"	"	122	25	8	24 100	normal	4	+dr.	-	s. n.

No. curent	Nume/e	Sexul	Naționalitatea	Talia în cm.	Greutatea în kg.	Etatea (ani)	Greutatea normală după talie și etate	Greutatea în raport cu talia și etatea	Dinți cariati	Amigdale hipertrof.	Ganglioni măriți	Starea de nutriție
133	N. I.	F.	Magh.	119 $\frac{1}{2}$	23	8	22.700	normal	—	—	—	s. n.
134	P. I.	„	„	124 $\frac{1}{3}$	23 500	9	24.900	„	—	—	—	b.
135	H. I.	B.	Rom.	124	25	8	24.900	„	2	—	++	s. n.
136	M. L.	F.	„	123	23	8	24.500	-7%	3	—	—	s. n.
137	T. I.	„	Magh.	124	25	8	24.900	normal	3	—	+	b.
138	N. M.	„	Rom.	123 $\frac{1}{3}$	23	8	24.500	-7%	—	—	—	s. n.

### PĂNICENI

—	D. M.	B.	Rom.	114 $\frac{1}{2}$	21	8	20.500	normal	1	+	+	b.
—	C. S.	F.	„	121 $\frac{1}{2}$	25	10	24.000	„	1	—	—	b.
—	B. D.	B.	„	116 $\frac{1}{2}$	20 $\frac{1}{4}$	9	21.700	-7%	—	—	—	s. n.
—	D. M.	F.	„	116	18 $\frac{1}{4}$	8	21.530	-15%	2	—	++++	s. n.
—	D. M.	„	„	126 $\frac{1}{2}$	23 $\frac{1}{4}$	9	25.500	-7%	1	—	+	b.
—	D. S.	„	„	122 $\frac{1}{2}$	20 $\frac{1}{4}$	8	23.700	-10%	—	—	+++	b.

Copiii examinați din școala comunei Gilău, îi repartizăm în două grupe:

1. Subgreutate 60, adică un procent de 42·8%, dintre cari 34 din grupa 7%, 20 din grupa 10% și 6 din grupa 15%.

2. Normali, în număr de 76.

Peste greutate au fost 8; dintre cari +7%, 1; +10% 4; iar + 15%, 3.

Considerați pe naționalități, din secția maghiară au fost examinați 60 copii, dintre cari 24 au fost găsiți sub greutate, adică un procent de 40%.

Din secția română au fost examinați 78 copii, dintre cari s'au găsit 35 sub greutate, adică un procent de 44·8%.

Defectele fizice constatate la copiii examinați: 1. Dinții, i-am aflat cariati la 81 copii, adică la un procent de 58·7%, la românii 58; iar în secția maghiară am aflat 23 copii cu dinții cariati.

2. Amigdalele le-am aflat hipertrofiolate la 56 copii, în un procent de 40·5%. La românii 37 copii, la maghiari 19 copii.

Ganglionii cervicali i-am aflat măriți la 68 copii, adică un procent de 49·3%.

Polipi am aflat 3 copii.

Cimitirul de oameni, este de comuna la 400—500 m. distanță împrejmuit cu șanț, sunt patru în total, cel evreesc este împrejmuit cu scânduri. Cel de animale este la 2 km. distanță, este îngrădit. Sunt 4 biserici, 1 gr.-cat., 1 r.-cat., 1 reformată și una evreiască.

#### g) Starea economică.

Suprafața comunei este 52·05 kmp., repartizată în felul următor:

teren de arătură 14'08 kmp., fânațe 9'32, pășuni 4'31, pomi 1'40, păouri 20'80, ape și drumuri 2'14 kmp. Se cultivă: grâu 280 ha., porumb 394 ha., orz 112, ovăz 164, secară 42 ha. Producția este următoarea: grâu 168 q, porumb 192 q, orz 45 q, ovăz 84 q, secară 25 q, fasole 84 q, cartofi 52 q, varză 4 q. Media producției la 1 ha. grâu 6 q, porumb 5 q, orz 4 q, ovăz 5 q, secară 6 q. Cerealele disponibile nu au rămas.

### **h) Animalele domestice.**

Cai 106, mânzi 20, boi 87, vaci 389, viței 154, berbeci 22, oi 632, capre 17, țapi 1, porci 106, bivoli 76, bivolițe 224, mălaci 6, asini 1, găini 1604.

*Numărul întreprinderilor economice:* moară de apă 1, cu aburi 1, fabrică de spirt 1, rotării 4, tâmplării 3, apă gazoasă 1, băcăni 11, cărciumi și restaurante 2, ateliere de croitorie 2, brutărie 1, măcelării 4, ateliere de încălțăminte 3, băcăni 16, cărciume 5. Târg odată pe săptămână, Vinerea. Odată pe an bălcu.

**Dr. I. Gomoiu.**

**Dr. P. Râmneanțu.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj



## **Controlul social al vârstei preșcolare.**

Statisticile vitale din ultimile decade dovedesc clar și lămurit, că nu Dumnezeu, ci igiena și buna îngrijire rânduiesc mortalitatea copilului din vârsta preșcolară. Acest adevăr a pătruns încet dar sigur conștiința publică. Statul și-a luat asupra sa controlul acestei vârste proclamând în decursul secolului al XIX și până în zilele noastre o mulțime de legi și decizii pentru alcătuirea unui adevărat cod al copilului, prevăzând în bugetul său sume din ce în ce mai însemnate pentru ocrotirea acestor fragede creaturi.

Putem considera actul pentru protecțiunea vieții (Life Protection Act) din 1872 ca prima sforțare legală de a diminua mortalitatea infantilă.

Al doilea pas considerabil a fost făcut în America în 1912 prin crearea unui birou guvernamental pentru interesele copilului de toate vârstele — *The Federal Children's Bureau* — Jarn *Maternity and Child Welfare Act*, *The Fisher Act* în Anglia, în 1918, *Maternity and Infancy Act* în Statele-Unite, precum și nenumăra-

tele asociații, instituții și fundații de tot felul pentru igiena și educația copilului preșcolar în Anglia, Statele-Unite, Belgia, etc. dovedesc interesul crescând pe care-l pun statele în ocrotirea și favorizarea creșterii și educației copiilor din prima vârstă.

Tabloul, publicat de Biroul copiilor din America în 1916, arată cât de intensă era acțiunea igienei și a îngrijirii copiilor, prin instituțiile publice și private, chiar înaintea războiului.

În cele mai multe state ale Americii, erau departamente de igienă infantilă care se ocupau cu expoziții ambulante pentru a stimula crearea de centre sanitare infantile la țară și prin orașe. Treizeci și una de colegii au secondat această propagandă prin conferințe, reprezentații cinematografice, — demonstrații, cursuri, buletine etc.

S'au înființat atunci: Centre sanitare infantile, centre sanitare pentru sugari. Consultații prenatale, centre pentru pregătirea fetelor tinere la igiena infantilă, inspecțiile laptelui și săptămâna sugarilor.

Săptămâna sugarilor a fost în special un eveniment tipic american, sub patronajul lui Wilson, a secretarului muncii, a mai multor guvernatori și primari secondați de o formidabilă campanie în presă și diferite publicațiuni. Apoi au dat concursul peste 2000 de asociații și comunități din 50 de orașe, cu populație de peste 100.000 locuitori, numai trei nu au răspuns la apel, iar din sate și districte au răspuns peste 7000. Programul a variat după localități, cuprinzând: Duminecile copiilor, ziua înregistrării nașterilor, expoziții de îngrijirea copiilor, afișe, foi volante, plachete, o întreagă literatură specială acestei „Baby Week“, care toate au suscitât o o imensă realizare de opere și organizații.

În timpul războiului s'au inaugurat în 6 Aprilie 1918, Campania anului copilului (Children Year campaign) pentru ocrotirea copilului de toate vârstele, dar mai ales cu referință la igiena *copilului preșcolar și a mamelor*. Biroul copilului și secțiunea apărării copilăriei din Consiliul Național, au lansat un apel și un program la care au răspuns toate statele din U. S., 17.000 comitete au fost înființate, la care au luat parte 11.000 femei. S'au răspândit 7 milioane și jumătate fișe cu media greutateii și a înălțimii pentru fiecare vârstă! În California s'au făcut 40.000 măsurători și s'a demonstrat că 47% din deficiențele fizice pot fi îndreptate.

Rezultatul a fost că s'au înființat 70 de centre sanitare permanente numai în acest stat, în 10 regiuni, la țară. S'au înființat în acelaș timp surori de ocrotire, iar la Ministerul Sănătății a în-

ceput să funcționeze o secțiune a Igienii copilului, prin lege. Din celelalte state 32 au înființat birouri pentru copii și numai într'un singur oraș, Noul Orleans, s'a creat, într'un an, 29 de centre sanitare infantile.

Prezidentul Wilson în scrisoarea către secretarul Muncii, în care dădea aprobarea sa pentru campania anului copilului, cere să se aibă ca scop imediat salvarea vieții a 100.000 de copii mici și stabilirea unui standard minimal pentru sănătatea, educația și munca socială cerută de copilul american. În urma acestei scrisori se ține o conferință în Mai 1919 sub auspiciile biroului copilului și se publică un statut al copilului, ce poate fi privit ca punctul culminant al anului de campanie pentru copil.

Acest statut cuprinde șase puncte principale dintre cari multe au fost legiferate în codul federal, în așa numitul „*The Sheppard Towner Law Maternity*“, care a fost votat în Decembrie 1921.

Prin această lege se recunoaște obligațiunea statului de a asigura sănătatea și educațiunea mamelor și a copiilor mici și se afirmă pentru prima oară în mod manifest și oficial că *numai* îngrijirea fizică nu este suficientă.

Ea obligă statul de a crea o anume autoritate competentă care să ia contact cu ciroul copilului și să coopereze la realizarea dispozițiilor sale; stabilește un buget; hotărăște puterile și datoriile biroului copilului, care este adevăratul promotor al acestei legi, dimpreună cu Biroul Federal al Maternității și Igienii copilului pune totul sub conducerea unui comitet, alcătuit din șeful biroului copiilor, medicul șef al serviciului sănătății și un delegat de stat al educației.

Din aceasta se poate deduce că educația copilului preșcolar a luat o nouă importanță atât în preocupările noastre educative cât și în organizarea igienii și sănătății publice.

De-asemena cuvintele „nurses“ și „nursery“ au căpătat o largă popularitate. Prin ele se înțeleg diferite idei, uneori foarte deosebite unele de altele.

De pildă prin „nursery“ se înțelege uneori un colț, o cameră anume destinată pentru copil și amenajată după puterile și nevoile sale fizice și sufletești în casa părintească. Alte ori aceasta înseamnă un cămin pentru copii cari sunt lipsiți de cămin părintesc, sau un cămin care să se prezinte în așa condiții ideale pentru dezvoltarea integrală a copilului în cât mamele „cu sau fără limuzină“, cum se exprimă Gesell, să-și poată lăsa copiii acolo câteva ore pe zi pentru a-și desăvârși educația în tovărășia altor copii. Numărul acestor

instituții, pe care le-am putea numi „adăposturi de copii“ sau „Căminuri de copii“ merge crescând pe fiecare an și importanța lor ca instituții sociale devine din ce în ce mai evidentă în legătură cu buna stare a copilului preșcolar.

Totuși în America s'au ridicat, de timpuriu, obiecțiuni serioase în privința lor și de aceea Conferința de la Washington 1919, despre care am vorbit, a provocat o discuție, sub auspiciile biroului copilului preșcolar.

Iată ce zice Iosefina Baker, Directoarea secțiunii Ig'ienei Copilului, în ministerul sănătății din New-York: „nu putem pretinde că aceste căminuri de zi pentru copii, sunt un factor predominant în ocrotirea copilului preșcolar; dar posibilitățile sale sunt nelimitate... În Statele Unite nu sunt privite ca standarde universale... Dar ele trebuiesc puse sub controlul *competent* și propriu al statului, căci pot fi mai bine organizate de autorități... Trebuiesc standardizate construcțiile și amenajarea în care aceste căminuri sunt plasate; numărul și mobilarea camerelor; igiena generală și menținerea unei discipline propriie căminului; supravegherea medicală a ig'ienii copilului pentru prevenirea și combaterea epidemiilor și îndreptarea deficiențelor fizice; precum și întreaga îngrijire fizică, în care se cuprinde odihnă, exerciții și dietă proprie. Pe lângă aceasta, căminul de zi al copiilor trebuie să ofere grupului de copii de la doi la șase ani o anumită educație mintală și socială. Dezvoltarea acestor căminuri *sub un control competent* poate fi considerată ca o contribuție importantă la soluția problemei ocrotirii copiilor preșcolari“.

Iată acum și păreri contrarii, până la un oare care punct, acestor instituții infantile. De pildă: Mrs. Iulia Corcoran inspecatoare la departamentul industriilor... Sunt cu totul împotriva căminurilor acestora de copii pe lângă fabrici, și sunt totuși speriată să constat, că cu toate ajutoarele ce se dau mamei și văduvelor de către stat, nevoia unor asemenea căminuri merge crescând pentru că sunt mereu mame care nu vor să accepte ajutoare, ci vor să meargă la lucru în afară“.

Doctor Clothilde Mulon, de la departamentul războiului din Franța, zice: „Sunt cu totul de părere că mama și copilul nu trebuiesc despărțiți. Și chiar din aceasta cauză trebuie să avem căminuri. Căci ce este de făcut dacă mama e obligată să lucreze?“

Este adevărat că în Statele Unite sunt relativ puține căminuri de acestea organizate și puse sub controlul autorităților competente și ele sunt încă deparce de a fi primite ca organizații generale și



agenții oficiale în igiena copilului din această țară. Nu tot astfel sunt lucrurile în Anglia.

Instituțiile acestea, cunoscute sub numele de „*day nurseries*“ și „*nursery schools*“, sunt subvenționate și controlate de stat, atât ca supraveghere medicală și igienică, cât și ca educație. Cele dintâi depind de Ministerul Sănătății, iar cele de al doilea de biroul Educației în puterea legii educaționale a lui Fisher 1918. Ele au un buget și funcționează după anume prescripțiuni detaliate.

Iată câteva din prescripțiunile Ministerului Sănătății (1919):

„*Căminurile de zi pentru copii (day nurseries)* s'au creat pentru a ocroti sănătatea și dezvoltarea copiilor și în special a copiilor mici a căror mamă este obligată a se duce la lucru cu ziua și este silită să lipsească din căminul ei sau este în lipsă complectă temporar; nu trebuie să înțelegem prin aceasta, încurajarea mamelor de a se scuti de grija copiilor, prin primirea și ținerea în astfel de căminuri a copiilor ce nu aparțin unor ~~me~~mele categorii.

Căminurile de zi sunt mai ales pentru copii sub trei ani cari cer în special o îngrijire și atențiune deosebită. Copii mai mici de nouă luni nu sunt admiși după lege. Copii mai sus de trei ani trebuie să fie trimiși, dacă este posibil, în *școli de copii mici*. Dacă însă trebuie să fie primiți numai decât într'un cămin de zi, ei trebuie neapărat formați cu obiceiuri bune și igienă personală și deprinși să se servească singuri, pregătiți în exerciții de viață practică. Când sunt copii de această vârstă în număr dela 15 în sus se prevede o maestră cu pregătire pentru grădina de copii sau cu experiență în educația școlilor de copii mici.

„Căminurile de zi nu sunt făcute în prevederea mamelor dela care se poate aștepta, după toate probabilitățile, că sunt în destul de capabile de a se ocupa cu îngrijirea și educația necesară copilului“.

Iată acum și un extract din dispozițiile Biroului de Educație relativ la *școlile de copii mici (Nursery Schools)*:

„O *școală de copii mici*, sau o *clasă de copii mici*, este o instituție care trebuie să prevadă îngrijirea și formarea copiilor mici, între trei și șase ani, a căror ședere în aceste căminuri de zi este *necesară* sau *de dorit* pentru sănătatea lor fizică și dezvoltarea mintală.

„Ea are două funcțiuni: întâi a procura îngrijire și supraveghere medicală pentru fiecare copil, individual, implicând pentru fiecare, confort, odihnă și hrană suficientă; al doilea, obligația de a da o anumită formare trupească, mintală și socială, pivoitoare la

cultivarea obiceiurilor bune în înțelesul cel mai larg, sub supravegherea și conducerea unei maestre inteligente și îndemânată, precum și *asocierea ordonată* a copiilor de diferite vârste în jocuri și ocupații comune.

„E mai mult decât „o supraveghere“ a copilului. În orașele mari influența acestor instituții este mai necesară și ea trebuie să se exercite și asupra copiilor și asupra părinților, pe o scară cât se poate de întinsă“.

După cum vedem din aceste acte oficiale Anglia tinde să facă din aceste instituții, baza întregului său sistem de educație.

Baza legislativă a acestei organizări se găsește în renumita lege a lui Fisher din 1918, în paragraful 19, prin care se obligă *Autoritățile locale ale Educației* a se îngriji de înființarea sau ajutarea unor asemenea școli de copii mici. Iar opera legislativă în genere poate fi privită ca o urmare imperioasă a creșterii mișcării pentru ocrotirea copilului din cea mai fragedă vârstă de după război. Ea este în același timp o protestare oficială împotriva lipsei de igienă și a formalismului din școlile de până atunci și o consacrare a mișcării pe care au inaugurat-o cu mai mulți ani înainte femei, educatoare de valoare. Astfel încă din 1908, adică cu zece ani înainte de Fisher Act, doctor Grace Owen scrie într'un raport al Comitetului consultativ al biroului Educației următoarele :

„Faptele evidente aduse în fața comitetului dovedesc destul de clar : 1. Ca școlile de copii mici, actuale, sunt ca totul nepotrivite pentru copii din această vârstă și din punct de vedere igienic și din punct de vedere educațional. 2. Că, în mod inevitabil, un foarte mare număr de copii vor fi părăsiți în fiecare zi fără nici un fel de îngrijorare sau vor avea o supraveghere nepotrivită, dacă nu sunt admiși într'o școală înainte de vârsta de 5 ani“.

Pionierele mișcării pentru crearea căminurilor de copii au fost însă surorile Mc. Millan. Ele erau în primul rând educatoare, Dar tocmai de aceasta și-au dat imediat seama că cea dintr'ai condiție pentru o mai bună educație este o bună sănătate. Din experiența lor, a School Board în Bradford, au ajuns la convingerea necesității absolute a supravegherii pentru a preveni morbiditatea și mortalitatea copiilor. Au luptat și au obținut în 1907 o lege a inspecției medicale și apoi un Birou Medical la Whittham, grație căruia au putut cunoaște adevărata stare a copiilor din acea regiune. Întinderea răului a fost adusă la cunoștința celor în drept prin raportul d-rului George Newmann, iar urmarea a fost înfiin-

țarea primei și celei mai dezvoltate „clinici școlare“ în Londra la 1910.

Azi sunt 800 clinici infantile în Londra: pentru dinți, ochi, urechi, afecțiunile laringelui și nasului, precum și a tuturor urmărilor subalimentării. Miss Margaret Mc. Millan a făcut mare propagandă pentru clinicile școlare, dar a ajuns la încheierea că în loc să se cheltuiască bani *numai* pentru copiii bolnavi, ar fi bine să se înființeze centre infantile în care *maladiile să poată fi prevenite*. Copilul săracului ca și cel al celui înstărit are nevoie de soare și spațiu ca să se desvolte, deci trebuie să fie crescut într'un mediu sănătos și aceasta este cea mai bună prevenire a epidemiilor, este părerea ei.

Atunci mulțumită ajutorului bănesc al familiei John Evelin s'a putut înființa o școală de copii mici foarte modestă și un câmp pentru „babys“, în grădina la „Evelyn House“ Deptford.

Grădina a fost întrebuițată și ca un câmp de Noapte (Night Camp.) pentru fetițe dela opt ani în sus. Aceasta s'a întâmplat în 1911. Iar în 1913 „The London Countr Council“, dispunând de un teren, a decis, între altele, ca să se dea și Domnișoarelor Mc. Millan un loc, unde să-și întindă un cort și să-și continue experiențele. Astfel, pe o zi furtunoasă de Martie 1914, școala de copii mici a fost instalată în noul său domeniu. S'au adăpostit aci 87 de copii, d'ntre cari cel mai mare era de 5 ani și cel mai mic de trei luni. Din aceștia numai nouă erau cu adevărat normali.

Progresele au fost uimtoare, după cum se constată d'n raportul doctorului șef sau *senior, Medical Officer*, al clinicii școlare din Deptford.

În timpul războiului, Ministerul Munițiilor dorind să vină în ajutorul femeilor care lucrau în fabrici, domnișoarele Mc. Millan au fost chemate de biroul Educațiunii pentru a organiza instituții similare pentru copiii acestor lucrătoare și li s'au alocat sume suficiente pentru desăvârșirea operei. Au putut atunci angaja personal bine pregătit. În 1917, după ce și-a văzut visul cu ochii Miss Rachel Mc. Millan moare, dar opera este continuată de sora sa Miss Margaret.

În timpul acesta trece prin parlament „The Fischer Act“, Consiliul comunal al Londrei acordă prima subvenție în anul 1920, și în 1921, această „Nursery school“ este în plină înflorire. Azi sunt foarte multe căminuri și școli de copii mici în Anglia (day nurseries și Nursery schools): la Notting Hill sub conducerea lui Miss Reid, Somers Town, Mary Ward, Romney Road, Union Jack Nur-

sery schools, acea de pe lângă Goldsmith's College, Matter Training College din Manchester sub conducerea lui Miss Grace Owen, bine cunoscută nu numai în Anglia dar și în America și multe altele, asupra cărora nu pot insista în cuprinsul unui articol deși sunt foarte interesante.

Dezvoltarea pe care au luat-o în Anglia aceste instituții de protecție ale copilului, din vârsta preșcolară, a influențat foarte mult opinia publică din America în anii aceștia din urmă. Școlle de sistem Montessori, care au fost adoptate pe o largă întindere în Anglia ca și în America, scrierile lui Miss Margaret Mc. Millan și Grace Owen, au schimbat mult concepția și părerile Americanilor. New-York, Boston, Detroit, au făcut experiențe în stil mare și au creat instituții de un caracter mai științific și mai strâns legate de marea mișcare sanitară și formidabila organizare generală a sănătății și vigoarei naționale, care și-a luat zborul în Statele Unite, în prezent. Pentru a înțelege orientarea acestei mișcări e necesar să spunem câteva cuvinte despre „*Merril Palmer School of Home Making of Detroit*“, de sub direcția lui Miss Edna M. White.

În această școală se urmăresc trei linii de activitate: 1. O educație generală și o practică conștientă a științei alimentării, 2. curs foarte sistematic de gospodărie, o adevărată știință a căminului în ceia ce privește îmbrăcămintea și igiena familiei, 3. o școală de copii mici.

Școala a fost întemeiată în 1921, după ce Miss Edna White a vizitat îndelung și a practicat în instituțiile din Anglia, despre care am vorbit. Iată un extract din raportul în care descrie obiectivele urmărite în această școală:

„Pentru a asigura importanța ce trebuie să se dea dezvoltării mintale a copilului, s'a făcut apel la Miss Helen Thompson Woolley, psiholoagă, căreia i-s'a dat misiunea de a organiza și dezvolta școala de copii mici (The Nursery School) și a instrui elevele stagiare în psihologie și formarea copilului. Apoi am angajat pe Miss Henton, dela Gypsy Hill Training College (Anglia), la clasa copiilor mici ca să ne asigurăm avantajul celei mai bune experiențe din Anglia. Urmărim, deci tot atât o reală oportunitate pentru copii mici de a fi puși în măsură să se dezvolte în cele mai bune condițiuni, fizicește, sufletește și socialmente, cât și oportunitatea pentru un grup de tinere fete de a se pregăti după cerințele unui laborator viu în psihologia, igiena și alimentarea copilului.

Le formăm apoi în problemele sociale ce sunt în legătură ime-

diată cu familia precum și în câmpul de activitate al operelor sociale închinată problemelor copilăriei“.

Această școală urmărește deci rezolvarea problemei întregi a femeii ca mamă și gospodină, formarea fetelor, dela 10 ani înainte, în tehnica desăvârșită a maternității și căminului.

Așa cum se prezintă căminul și școala de copii mici ne apare în primul rând ca o necesitate economică și o fericită rezolvare a problemelor pe care le ridică faptul, independent de voința noastră, a întrebuirii femeii în munca din afară de cămin. În Anglia însă părerea generală este, că această instituție nu poate fi privită în nici un caz ca o substituție a maternității și o înlocuire a legăturilor dintre mama și copil, ci ca o extindere și o complectare a vieții din cămin și a educației materne.

Orice copil, zice Margaret Mc. Millan, are nevoie de educație. Poate oare această educație să fie dată cum trebuie de marea majoritate a mamelor? Nu. Cele bogate își tocmesc îngrijitoare, dădace, nurse. Acele care nu au nurseries și nurses au cel puțin spațiu, camere mari sau o grădină și ajutoare în gospodăria lor. Mamele copiilor săraci, chiar când nu sunt silite să meargă la lucru, sunt covârșite de munca gospodăriei, în căsuța lor strâmtă, fără aer și fără lumină. Dar copilul săracului are nevoie pentru a se desvolta de aer, spațiu și o îngrijire adecuată dezvoltării lui, ca și copilul bogatului. Istoria educației copilului este de fapt istoria democrației. Pentru oamenii cărora nu le dă mâna să aibă automobil, s'au creiat tramvaie, tramcare, pentru cei ce nu-și pot plăti o bibliotecă, s'au înființat biblioteci publice și în orașe, ca Londra, se găsească săli de lectură în mai toate străzile, deci la îndemâna fiecăruia. Idealul pentru creșterea copilului este o „nursry“, adică un colț în casa părintească în care el să găsească condițiile de viață necesare nevoilor ei de dezvoltare: posibilitate de a fi activ după puterile fiecărui moment din dezvoltarea lui, posibilitate de a se juca și a se juca astfel încât să progreseze, confort și igienă pentru a crește sănătos și voinic. Astfel de posibilități însă nu se găsesc nici chiar în familiile cu dare de mână.

Clasele și căminurile de copii mici realizează condițiile unui „home“ ideal atât pentru dezvoltarea fizică cât și pentru educație: Aer, spațiu, lumina, condiții de igienă desăvârșite în ceea ce privește hrana, curățenia, îmbrăcămintea; apoi mobilă mică, tablouri interesante pe pereți, jocuri și jucării potrivite cu cerințele lor. Mai mult decât atât, găsești acolo persoane mari, cari au timp să se joace cu ei, să le răspundă la chestiuni și să-i ajute cu răbdare

și pricepere în îndeplinirea micilor lor datorii de toate zilele.

Găsește o societate de copii în mijlocul căreia capătă noi și importante experiențe. Apoi obiceiurile zilnice se câștigă mai ușor și mai femeinic în tovărășia altor copii. Se învață mai cu plăcere și mai lesne a se spăla pe mâini, a se îmbrăca și încheia la ghețe, văzând pe alți copii că fac la fel.

Deci trebuiesc privite nu numai ca instituții de ocrotire a sănătății fizice și morale pentru copiii părăsiți sau neglijăți în casa parintească, ci ca un ajutor eficace și neapărat trebuitor pentru educarea tuturor copiilor. Ele sunt în acelaș timp un centru de propagandă sanitară, un model de educație la cămin pentru familie și în special pentru mame. Căminurile și școlile de copii mici sunt o extindere a controlului social asupra copilului preșcolar, o lărgire a sferei de acțiune și o modificare a spiritului și modului de funcționare a grădinilor de copii.

Grădinile de copii la noi în țară, ba chiar și în țara de unde a pornit un mare curent de reformă a educațiunii vechi rutinare și mecanizate, în Elveția, sunt o deformare a spiritului copilului în niște parodii ale școlii primare. Se dă acolo o educație mai mecanizată, mai uscată și mai deformantă, dacă e posibil, decât în școala primară. În America una din cauzele care a contribuit la neglijarea căminurilor de copii, a fost reforma fundamentală a grădinilor de copii, atât de numeroase, încât în fiecare an înscriu câte *trei milioane* de copii. Tendința este acolo a face să dispară deosebirea între cămin de copii mici, școală de copii mici și grădină de copii. Grădina de copii trebuie să adopte funcțiunile școlii de copii mici (Nursery school), după cum școala de copii a căutat să adopte funcțiunile grădinei de copii. Căminurile și școlile de copii mici au fost o protestare tăcută și hotărâtă împotriva felului cum ajunsese a se comporta Kindergarten-ul de pretutindeni. Iată ce zice Stanley Hall, care era un discipol al lui Froebel: „Dacă ar trebui să-l interpretez corect (pe Froebel) el ar fi consternat și îngrozit de cele ce în mare parte ar găsi prin grădinele de copii din America în marea lor majoritate și ar prefera cu mult un bun cămin de zi, pentru copiii mici“.

Mulțumită cercetărilor și studiilor, ce s'au făcut prin „Biroul federal al Copilului“ și a progresului realizat în munca socială s'a ajuns la părăsirea formalismului orb a darurilor froebelie, la condamnarea ocupațiilor tradiționale, a jocurilor malerne și a cântecelor și jocurilor cu cele cinci degete. S'a recunoscut că trebuie să se completeze filosofia lui Froebel cu tipul științific al psi-

hologiei genetice și să se introducă libertatea bazată pe o activitate constructivă, după metoda Doamnei Montessori. Dar mai ales, după exemplul dat de căminuri și școli de copii mici, grădinile de copii trebuie să se impregneze de principiile de igienă preconizate de operele de educație sanitară și să devină promotoarele acestei educații în popor.

Maestrele conducătoare trebuie să devie ca și surorile de ocrotire, agente sociale și surori vizitatoare în serviciul ocrotirii copilului. Ele trebuie să coopereze cu centrele de ocrotire din cartierele unde funcționează și să contribuie la luminarea părinților copilului dimpreună cu comisia de ocrotire din cartierul său. Rolul de agent de legătură între grădina ei, părinții copilului și centrele de ocrotire trebuie să le fie în special pus în vedere, cu alte cuvinte să se organizeze întocmai ca o școală de copii mici și să aibă, în scopul de a învăța populația cum să hrănească pe copiii din această vârstă, o cantină a grădiniței.

Să capete deci grădinița mai mult înjățișarea și tehnica unei instituții pentru sănătatea și dezvoltarea copilului pe toate căile, decât rolul pe care-l are azi de a fi o școală subprimară.

Pentru aceasta în primul rând grădinița trebuie amenajată și mobilată ca să răspundă unui astfel de scop. Trebuie să devie un centru de gospodărie familia'ă în vederăa copilului, de educație a părinților și a adolescenților din cartier cari ar putea fi chemați sa facă stagiile acolo din când în când.

Pregătirea conducătoarei de copii nu trebuie deci să fie o pregătire în școala normală, ca aceea ce se dă cu chiu cu vai la noi. Ea trebuie să fie analoagă cu cea a surorii de ocrotire a infirmierei vizitatoare, insistând mai mult asupra pregătirii pentru educație prin studiul psihologiei copilului, practica de fiecare moment, în clinici, centre de consultații, dispensarii și căminuri de copii; exercițiul în ancheta pe teren, precum și pregătirea prin desemn, ritmică, vocalizare, observația naturii și povestirea dramatică, necesare conducerii unei clase de copii mici. Deci pregătirea unei nurse cu adaosul profesional al unei educatoare model. Grădinița trebuie să fie în special o instituție pentru controlul sanitar al copilului din vârsta preșcolară, pentru că în această vârstă se pot preveni maladiile, și se pot depista anomaliile, defectele fizice și sufletești curabile sau incurabile, spre a fi tratate în consecință. Ea trebuie deci să fie echipată și standardizată astfel încât să combine misiunea sanitară cu cea educativă, să fie un agent de legătură între d feritele centre și agenții de ocrotirea copilului, un mediu

științific organizat pentru formarea copilului, o școală de educație și igienă pentru părinți ca și pentru copii.

Deci grădinițele trebuie să depindă tot atât de centrele de sănătate ca și de acele de educație și să popularizeze ideea că aceste amândouă funcțiuni ale sale sunt interdependente și că nici una nu poate fi favorizată în detrimentul alteia.

Nu se va putea deci proceda la un control social al vârstei preșcolare, la o reală acțiune preventivă în ceea ce privește sănătatea și dezvoltarea normală a copilului, dacă nu se procedează în același timp la organizarea operii sanitare și de ocrotire, în același timp cu reforma și modificarea esențială a operii de educare a copilului și la pregătirea, pe bazele indicate a personalului însărcinat cu această educare. Acest țel se va ajunge prin înființarea căminurilor de copii și școlilor de copii mici, fie prin reorganizarea grădinițelor, fie prin adoptarea acestor două măsuri în același timp. În tot cazul însă pregătirea personalului în alt spirit, cu metode științifice și pe altă cale, cu totul diferită de ceace s'a urmat până în prezent, este de o necesitate imperioasă. În loc de școli normale pentru conducătoare, instituții dăunătoare și absurde, care dau un personal nu numai nepregătit pentru îngrijirea copiilor mici, ci chiar deformat prin pretențiile unei false instrucțiuni și a unei lipse totale de pregătire științifică, să ni se dea școli de surori de ocrotire pentru copiii din vârsta preșcolară.

Dar nu trebuie să uităm că controlul și salvarea efectivă a copilului nu se poate face numai prin aceste instituții de educație și igienă a grădiniței reformate și căminelor de zi pentru copii mici.

Acestea spre a deveni un organ de control real, un agent eficient al controlului social, trebuie să lucreze într'un centru de ocrotire „*Infanty Welfare*“, conceput și organizat după un standard minimum, așa cum e bună oara cel formulat de Biroul federal al Copiilor :

„Suficiente centre de sănătate a copilului în care să se dea învățături igienice, sub supravegherea unui medic, tuturor copiilor și sugarilor, cari nu pot avea îngrijirea unui medic particular, care să dea apoi sfaturi, în ceea ce privește îngrijirea și hrana copiilor, mamelor, odată pe lună în primul an și la intervale regulate în vârsta preșcolară. Aceste centre trebuie să aibă și o clinică alimentară.

Aceste centre trebuie să colaboreze cu surorile de ocrotire (infermierele sanitare) ce vizitează căminele tuturor copiilor din



vârsta preșcolară ce au nevoie de îngrijire, câte o soră de ocrotire pentru o medie de 2000 copii“.

Intr'un asemenea cadru grădinița, căminul de zi, vor putea aduce reale servicii în aplicarea unui program pentru sănătatea copilului, în unificarea măsurilor de ocrotire cerute de biopolitică.

Izabela Sadoveanu.

## Igiena națiunii și Orientarea profesională.

Am pus față în față aceste două titluri pentru a sugera, celor ce se ocupă aprofundat cu aceste probleme de seamă, cercetarea amănunțită a aportului orientării profesionale în raport cu principiile igienei națiunii.

Pentru mine acest aport e nul.

Aș putea spune, chiar dela început, că activitatea desfășurată în cadrul orientării profesionale e chiar potrivnică principiilor stabilite de igiena națiunii.

Tocmai asupra acestei divergențe voesc să spun o vorbă.

Ce se înțelege prin igiena națiunii și ce prin orientarea profesională?

„Igiena națiunii se ocupă cu factorii și măsurile care determină prosperitatea biologică a națiunii în prezent și viitor”.  
*Prof. dr. I. Moldovan.*

„Orientarea profesională e alegerea profesiei în raport cu aptitudinile fizice (anatomice și fiziologice) și intelectuale ale fiecărui individ”. — *Dr. M. Potel.*

La prima vedere nu se observă nici un punct de sprijin pentru afirmațiile mele în aceste două definiții, socotindu-le pe ambele ca fiind conforme cu realitatea.

Reazimul îl găsesec însă, în felul cum se aplică orientarea profesională, în metodă — care diferă mult de cea predată de pe catedră.

Intr'adevăr, în birourile tehnice, industriale și comerciale de orientare profesională nu se face o alegere a profesiei în raport cu aptitudinile fizice și intelectuale ale individului, ci se respinge postulatul la ucenicie pe motiv că nu are aptitudini. Pentru care anume îndeletnicire are un băiat aptitudini, nici o lege din lume nu obligă și nu poate obliga comisiunile profesionale să se pronunțe categoric. Ar fi un ideal, e drept: dar irealizabil. Ar însemna să se poată scotoici văile și munții, pentru a găsi, printre cei ce aleargă după boi și după capre, pe viitorii

mari oameni ai țării, capabili să facă să înflorească prin eventualele lor strădanii toate ramurile de activitate ale unui popor. Ar însemna să fie în stare comisiunea profesională să hotărască, fără teamă de desmințire ulterioară, că ucenicul cutare va fi un viitor Edison. Imposibilitatea de a atinge acest ideal constă în aceea că nu se poate cerceta, determina capacitatea virtuală. Prin urmare aprecierea celui mai apt orientator profesional nu poate fi decât relativă. Cunoașterea capacității actuale la un băiat e de puțină importanță, dacă ne gândim că nu ne putem da seama precis nici măcar de aptitudinile unui om în vârsta la care creșterea e terminată.

Necunoscând viața marilor tehnicieni și industriași, las altora sarcina de a lua exemple din aceste domenii, și iau unul din literatură — unde îmi pare că se găsește cele mai multe —: sguđuitorul Marcel Proust s'a manifestat pe tărâmul literar, devenind aproape dintr'odată cunoscut întregii lumi, la o vârstă destul de matură. Oare numai în literatură se pot manifesta firile tardive?

Pe de altă parte, precocitatea aptitudinilor cheazășuește oare superioritatea lor de mai târziu? Cei dintâii școlilor de tot felul vor fi și ai vieții sociale?

Apoi, însuș faptul că autorii nu sunt toți de acord asupra aptitudinilor trebuincioase fiecărei profesii, dovedește că sub orientarea profesională e o mică dezorientare.

Deocamdată, un băiat, care cu tot dragul și cu toată încrederea bate la porțile orientării profesionale, e pus pe fugă de neînduplecării păzitori ai carierelor, unde ei au intrat altădată fluerând, dacă nu a corespuns unor anumite teste: înmulțându-se, astfel, numărul celor fără ocupație, fără rost, al nemulțumiților de tot soiul.

Oricare individ are drept să-și aleagă o profesiune. Dacă e înălăturat ca nepotrivit pentru profesiunea pe care și-o alesese singur, cei ce i-au îngrădit libertatea alegerii sunt datori să-i arate precis un alt mod de desfășurare a individualității lui, asigurându-se astfel prosperitatea fiecăruia și deci prosperitatea națiunii.

În orientarea profesională ar fi, poate, nimerit să se țină seama nu atât de răspunsurile date, care în ultimă analiză sunt numai niște „răspunsuri adaptive” — Kantor, ci de mobilul care a influențat și a determinat alegerea. Numai în cazurile în care la baza înclinării n'a fost nici interesul material, nici ambițiunea, nici îndemnul sau forțarea părinților și nici imitarea, se poate vorbi de o alegere fericită, și aceasta chiar dacă rezultatul testelor n'a fost strălucit. Din rândul celor ce și-au ales o profesiune în urma unui imbold lăuntric fără explicație exterioară posibilă, pornese pionierii progresului și ai civilizației. Aceștia aduc cu ei întreaga lor energie îndreptată definitiv într'o singură direcție: afectivitatea lor, care nu se lasă ușor prinsă, e cheazășie că mai curând sau mai târziu se vor manifesta în mod

remarcabil. Pornirea sufletească pentru o muncă oarecare tâsnește din însași structura biologică a individului; izvorește din energia efectivă a cărei obârșie e în moștenirea strămoșească, din inconștient — domeniul psihanalizei.

Orientarea profesională, în stadiul în care se găsește, nu poate să hotărască în privința valorilor latente; dimpotrivă, prin amestecul ei, le poate face vătămătoare pentru societate, pentru națiune.

Divergența dintre igiena națiunii și orientarea profesională e evidentă însă și în alte împrejurări.

Igiena națiunii tinzând la prosperitatea națiunii, orientarea profesională nu ajută cu nimic acestui scop. Arată că un individ, după cum am mai spus, nu are aptitudini pentru o profesiune oarecare, nu răscolește însă cenușa pentru a da la iveală scânteia.

Așa dar mai mult o operă de negare. În cazurile îndoelnice nu afirmă nimic pentru prosperitatea individului. Dar chiar când afirmă, opera-i nu stăruie în cele mai multe cazuri principiilor eugenetice.

Multe contra-indicațiuni fizice — nu vorbesc de cele patologice — ar putea fi înlăturate cu timpul prin exercițiu. Se înțelege dela sine că până la îndreptare produsul ar fi mai mic. Tocmai din această cauză toți acești indivizi sunt îndepărtați dela meseria care i-ar desvolta armonios, forțându-i în acest chip să-și alcătuie, în care „segmentul insuficient” ne fiind întrebuințat, în loc să se fortifice, slăbește tot mai mult. Iată în această privință părerile lui *P. Boncour* și *Taufer*, citate de *A. Moulin*:

„Experiența noastră ne-a învățat că foarte adesea profesiunea dezvoltă, fortifică segmentul insuficient și că e folositor a o alege pentru aceasta. Altădată, se va preferi o ocupație care, prin atitudinea pe care o cere, îndreaptă oarecare deviații”.

După cum un om ca să reușească în viață trebuie în primul rând „să fie un bun animal” — *Spencer*, tot așa o națiune ca să prospereze are nevoie de oameni cât mai sănătoși.

Aceste deziderate vor fi luate în considerație numai când principiile orientării profesionale vor fi elaborate în primul rând de medici specialiști, pentru ca astfel să se ajungă cu adevărat la potențarea calităților biologice ale societății umane.

Dar care-i atunci rostul înființării orientării profesionale?

Corespunde ea, în stadiul actual, unei nevoi sociale?

Trebuie vorbit fățiș: orientarea profesională s'a născut din necesitatea utilizării judicioase a capitalului uman și a repartiției raționale a muncii fecăruia — aceasta în intenție: real, datorită industrializării progresive, producției forțate și nepăsătoare de capitalul uman, orientarea profesională corespunde unei necesități capitaliste și rostul ei e mărirea capitalului.

Sunt aleși cei ce sunt în stare să dea maximum de efort în minimum de timp, deci cei ce dau cel mai mare profit. De-

aceea în America, după spusele lui *A. Moulin*, în unele industrii în recrutarea lucrătorilor se ține seama ca aceștia să aibă o mentalitate inferioară, asigurându-se în acest fel un mai mare automatism al mișcărilor și prin urmare o mai mare producțiune.

Ce se întâmplă ulterior cu acești lucrători cu mentalitate inferioară, precum și cu cei neprimiți pe motiv că n-au mentalitate inferioară, nu interesează pe orientatorii profesionali. Grijă de soarta acestora nu intră în cadrul preocupărilor cu ax de aur.

Dacă țara românească ar fi lipsită de brațe și ar fi năpădită de tot felul de imigranți, desigur că orientarea profesională, chiar cum e practică azi, ar avea poate rost și la noi. Așa cum ne găsim, însă, numai dacă ar vrea cineva să nu mai lase cu oile pe crestele munților și să asude la coarnele plugului decât pe cei ce ar corespunde unor eventuale teste, alungând pe ceilalți din sate! Ce e socotit bun dincolo de Atlantic nu e totdeauna bun și dincoace.

În regulă generală, munca nu e un scop, ci un mijloc. Ea ține să dea la cât mai mulți oameni o cât mai bună stare.

Orientarea profesională fiind îndreptată spre a servi numai unei munci privity ca scop, contribuie indirect la degradarea corpului omenesc și deci la instalarea relelor sociale.

Aceste considerații trebuie să fie luate în seamă la constituirea, la noi în țară, a Căștiiței demofilaxiei și la crearea unui institut de demofilaxie.

**Dr. G. Retezeanu.**



## **Principiile și organizarea serviciului de igienă în Jugoslavia.**

Înainte de războiu, pe teritoriul locuit de Sârbi, Croați și Sloveni, nu a existat nici un fel de activitate igienică în mijlocul maselor populare, nici o organizare, și nici un institut de acest fel. După războiu valoarea omului în societate s'a evidențiat tot mai mult, încât statele moderne se ocupă intens și energic de ridicarea maselor populare la o cultură fizică superioară și de a soluționa multe din problemele sociale. De sigur nici noi Români nu am rămas streini de acest curent, drept martori ne servesc lucrările dlui prof. Moldovan: *Biopolitica și Igiena Națiunii*. Regatul vecin Sârbo-Croato-Sloven, a fost condus de aceleași principii în orga-

nizarea igienică. În excursia de vizitarea instituțiilor de igienă, organizată de către Inst. de Igienă și Sănătatea Publică din Bucu-rești m'am putut convinge de entuziasmul tineretii acestui popor tânăr ca formație, dar experimentat cu multe dureri în cursul vea-curilor. Prin organizarea lui igienică, Statul jugoslav prin excelență este Stat modern.

Principiile biologice și cauzele sociale, formează un angrenaj armonic în organizarea igienică în Jugoslavia.

Principiile serviciului igienic în Jugoslavia sunt în vederea unei acțiuni sociale și medicale. Lupta pentru triumful igienei, se dă atât cu mijloace medicale, dar nu exclusiv, ci și prin o tera-pentică socială. Metodele folosite se adresează organismului viu, care este națiunea cu toate tradițiunile și moravurile ei. În Jugo-slavia sunt convinși de imposibilitatea supoziției, că un popor în timp de douăzeci de ore nu își poate schimba mentalitatea prin niște concepții și moravuri noi asvârlite în una sau mai multe ședințe publice de propagandă în masele populare. Cuvântul singur nu este eficace. Educația igienică nu este posibilă decât atunci când este sămănată prin mijloace vizibile. Conversiunea unui popor nu depinde de frumusețea ideilor și dorințelor, nici de valoarea discursurilor propagandistice, ci depinde aproape exclusiv numai de mijloacele întrebuițate. Starea lucrurilor în regatul vecin nouă, s'a schimbat prin mijloace directe și indirecte. Nu s'au mulțumit numai să observe starea de lucruri, să le arate masei și să fie aprobați cu etusiasm de aceștia, ci prin măsuri de ordin public au creiat posibilități de îndreptare a lucrurilor, — fără multe dificul-tăți, — cari ulterior au devenit destul de rapide pentru populație; obiceiuri. Prin urmare nu a fost de ajuns a crea posibilități de inovațiuni în viața curentă, ci a trebuit ca masele populare să fie cointeresate, a trebuit ca ele să devină active în evoluția lor. Așa s'a creat colaborarea activă la ei.

Pe lângă primul principiu al politicei igienice, acțiunea directă și vizibilă, acesta al colaborării active devine al doilea. Peste tot, le-au aplicat în relațiune fie cu particularii, cu comunitățile sau cu diversele societăți, etc. Nicăiri unde s'au produs rezistențe nu s'au provocat sforțări. Au așteptat cu multă răbdare, să se facă schim-barea mentalității țaranilor și astfel aproape peste tot au reușit, i-a adus pe aceștia la această colaborare activă. Serviciul de igienă la ei nu este de laborator, cum am văzut că nu este nici de pură speculație și nici de multă teorie. El este prezentat prin o acțiune vi-vantă și activă în straturile populațiunei rurale. Ei nu lucrează în

laboratoare ci în sate, orașe, în periferiile orașelor, este, aici organizațiunea lor caută activ să corecteze stările de lucruri existente. Ei nu atacă ce este înrădăcinat în inima poporului ci caută să transforme și să adapteze necesităților recerute de igienă. Pentru aceasta au creat organizațiuni speciale în sate, cari servesc drept legătură permanentă între ei, — centru și populație. Aceasta este o acțiune directă și vizibilă, dar nu mai puțin se folosesc de mijloace indirecte, luptând contra maladiilor contagioase, aplicând în acest scop măsuri preventive și astfel încă transformă și prepară mentalitatea populară. Tot în acest senz indirect, lucrează anchetând condițiunile igienice existente.

În Jugoslavia sunt convinși toți, că introducerea inovărilor de ordin igienic să nu se aplice decât gratuit, în sarcina statului, chiar atunci când aduce servicii directe particularilor. Fiindcă este imposibil să divizăm poporul în aceasta materie în bogați și săraci, toți sunt egal de săraci în ce privește cunoștințele igienice. Un exemplu: este imposibil să combați mortalitatea infantilă prin mijlocul unui dispensar public, care ar fi destinat numai celor săraci, fiindcă și mamele bogate au aceeaș lipsă de el. La fel este în ce privește tuberculoza, boalele venerice, maladiile contagioase acute etc. unde dacă am separa populația săracă de cea bogată, interesându-ne de prima și lăsând pe cea din urmă să ducă lupta prin mijloacele lor proprii, nu am ajunge la ținta de dorit. Ar fi o eroare mare din punct de vedere epidemiologic, fiindcă numeroase surse de infecție ar rămâne incontrolabile. Deci acțiunea socială trebuie să fie generală și să se întindă la toate clasele societății.

Acestea au fost în general principiile de cari au fost conduși toți acei prof. (Stampar) cari s-au interesat de soarta biologică a poporului Sârb, Croat și Sloven încă dela începutul timpului de dincoace de unirea lor în un stat, și cari cu caldă inimă doriau să-i vadă nivelul biologic cât mai repede potențat. La început statul a fost singura instituție care a oferit subvenții pentru multe ce vom vedea că s'au creat, instituțiile autonome, inițiativa particulară însă nu a întârziat mult la această operă. Să luăm de ex: băile populare, cisternele pentru apă de beut, și altele, cari la început au fost create numai de stat, iar în urmă văzând populația utilitatea lor, s'a nizuit și ea să-și zidească pe buget propriu. Apoi ca munca igienei sociale să fie independentă în mediul în care lucrează, medicii angajați în acest serviciu sunt retribuiți în așa fel încât să se poată consacra numai serviciului.

Aceasta operă mare a necesitat și ateliere speciale, deoparte

unde să se studieze multe din problemele cari s'au crezut necesar a fi cunoscute și să se depisteze plăgile cari au devenit sociale la ei, să se facă educația unui personal medical care în aceasta ramură să fie oricând util operei concepute.

Acum după ce am cunoscut principiile serviciului igienic să vedem care este *organizarea* acestui serviciu. Ca și la noi serviciul igienei publice era conflat medicilor de circumscripții și comunali, cari s'au ocupat în esență cu clientela lor privată, fiind însărcinați și cu anumite servicii publice ca autopsii, examinarea indivizilor răniți, eliberarea de certificate, vaccinări contra variolei. Mai făceau multe chestiuni administrative. Lupta contra maladiilor contagioase spre ex. se ducea prin niște instrucții trimise comunelor, de cari bine înțeles nimeni nu ținea compt. Contra malariei, în Serbia veche (Macedonia) cât și în Dalmația au distribuit chinină și atâta tot. În centrele unde sifilisul bântuia în mod endemic, medicii, gratuit au distribuit bolnavilor Ungt. Hydrarg ciner, și iodură de potasă. Pentru trachom, la Mateva, era un ambulator unde trata gratuit. În Niș exista un Inst. Pasteur pentru imunizarea contra turbarei. Natural, ca și la noi medicii de circumscripții și-au trimis raporturile lor lunare și anuale asupra stării sanitare a populațiunii, centrului, acestea ne fiind altceva decât tot niște răspunsuri la întrebările puse de cei dela centru.

Noua organizațiune, deci și-a început chiar fundamentul, fiindcă înainte de ea tot ce era, nu a fost decât nimic sau ceva foarte rudimentar.

Ideea directivă în această întreprindere a fost deci o organizare, care să se adopteze, necesităților, stării de dezvoltare socială și mentalității poporului jugoslav.

La început, institutele create au fost independente unul de celălalt, autonome, fondate în diverse orașe sau provincii. Astfel au fost create institutele epidemiologice, antituberculoase, antiveneriene, antitrachomice; dispensare pentru sugari și copii mici, pentru policlinici școlare, coloane de desinfecții, de altfel cum sunt și astăzi la noi. Acum aceste servicii sunt grupate, s'au reunit în aceeași administrație mai multe din aceleași teritorii, sub direcțiunea unui specialist care dă directivele și supraveghează executările. În localități mai importante, diversele institute s'au reunit sub aceeași administrație, în acelaș fel, sub un acelaș director, aceasta constituie „casa de igienă publică“, care are mai multe servicii după necesități, unele spre ex. au serviciul antitrachomic, altele nu-l au pe acesta, dar fiind regiunea bântuită de malarie au unul antimalaric. Las urmă-

torul tablou din care să se vadă diversele instituții cu serviciile lor în diversele centre.

## Ministerul de Igienă.

Departamentul de Igienă.

Institutul Central  
de Igienă

Beograd

		• Ljubljana	• Zagreb	•	• Niš	• Sarajevo	• Trogir-Split	• Novisad	• Skopje	• Cetinje
Institutele de Igienă . .	9									
Case de Igienă Publică	24	2	3	2	—	3	1	2	11	—
Stațiuni de Igienă Publ.	88	2	10	20	10	2	2	3	31	8
Clinici școlare . . . . .	60	2	16	10	4	4	5	3	11	5
Consultațiuni pentru Copii . . . . .	18	2	3	6	1	2	—	3	—	1
Dispensare pentru tuberculoși . . . . .	49	3	7	8	—	16	4	7	2	2
Dispensare pentru boale venerice . . . . .	57	5	15	16	3	6	3	3	4	2
Consultațiuni pentru trachomatoși . . . . .	45	19	9	8	—	3	2	3	1	—
Stațiuni antipaludice . .	74	1	6	5	1	13	26	1	9	12
Presentorii și Sanatorie	22	1	3	2	1	4	2	—	5	4
Băii Publice . . . . .	80	2	14	18	7	2	1	3	27	6
Instituții diverse. Școli de surori vizitatoare .	42	5	8	8	1	8	1	5	4	2
Instituții Epidemiologice și Bacteriologice . . . . .	12	1	3	2	1	—	—	3	—	—
—	<b>Total</b>	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Vedem că în fruntea serviciului de igiena stă departamentul de igienă al Ministerului de igienă, care este un organ administrativ pentru toate serviciile sanitare, ocupându-se de chestiunile



bugetare, de aprecierea întreprinderilor și controlul executărilor. Acțiunea medicală socială este confiata instituțiilor speciale pentru fiecare provincie. În Beograd se află Institutul Central de Igienă Centralni Higiyenski Zavod care este organul executiv al departamentului de igienă al Ministerului. Aici se trimet toate rapoartele asupra lucrărilor instituțiilor de medicină socială și asupra mișcării maladiilor contagioase, aici se controlează lucrările celorlalte instituțiuni și de aici se propun măsurile necesare pentru ameliorarea lor, aici se studiază și documentele asupra patologiei naționale. Are mai multe secțiuni, de: bacteriologie, epidemiologie, antirabică, secțiune de seroterapie și de vaccinări, secțiune chimică cu serviciu de analiză a drogurilor, a preparatelor farmaceutice, pentru controlul alimentelor, apelor de băut, o secțiune de medicină socială cu serviciu de statistică, serviciu pentru planuri de tehnică sanitară și de propagandă. Institutul are un teritoriu restrâns de activitate, 10.662 km<sup>2</sup>, cu 780,000 locuitori.

Alt centru important de servicii igienice este Institutul de Igienă din Zagreb, care la fel ca cel din Beograd are și el o școală de igienă. Și aici pe lângă aproape aceleași secțiuni mai are o școală pentru educația practică a personalului medical și ajutor. La Zagreb sunt servicii de igienă pentru laici, unde agricultorilor li se fac cursuri de igienă și cari prin cunoștințele lor primite aici vor servi drept exemplu în satele lor, cam acelaș lucru l-am observat la Liubliana unde se țin cursuri de 14 zile mamele dela țară despre îngrijirea copiilor mici. Acest institut cu cel din Beograd formează centre de muncă și de activitate științifică, celelalte sunt de al doilea ordin cum este cel din Niș, Sarajevo, Trogir-Split, Novi-Sad, Skoplje, Cetinje, a căror servicii după necesități se vede clar din tablou.

Stațiunile de igienă publică dispun de băi populare, de o bibliotecă și de o ambulanță pentru examenul bolnavilor, în raionul lor fac și combaterea bolilor contagioase. Ele au și o importanță din punct de vedere a educației igienice a populației, ele atrag și populația în ce privește colaborarea activă. Activitatea lor pe teren astfel este mare, ameliorările, asanările, aplicarea principiilor sanitare în mare parte sunt datorite lor. „Educația prin acte“ o fac tot aceste stațiuni, de ex. băile populare în sate, asigurarea aprovizionării cu apă potabilă, evacuarea smârcurilor, construirea de latrine etc., îndreptarea alimentațiunei populației rurale, a felului de îmbrăcăminte, au înființat și școli de menaj, de țesătorie, etc.

Regatul jugoslav se poate mândri, că a făcut mult, cu mult

spirit de jertfă pentru sănătatea publică și pentru valoarea biologică de mâine a cetățenilor lui. Propaganda igienică, prin scris, cărți, imagini, conferințe, cursuri, filme, a rămas cu totul inferioară, „educațiunii prin acte“ care are ca bază principiul acțiunii vizibile și colaborării active a masselor populare.

Dr. Petru Râmneanțu.

### **Crâmpee din evoluția igienei școlare cu indicațiuni referitoare la activitatea sorei de ocrotire în școală.**

Principiile fundamentale după care se călăuzește azi igiena copilăriei este formulată de Mr. Hoover președintele actual al S. U. El este totodată președintele Asociației Americane pentru sănătatea copiilor și a condus Asistența copiilor europeni în timpul războiului. Magna Carta copilului. (The Child's Bill of right).

Idealul preconizat de dânsul spre care trebuie să tindem, este ca să nu fie nici un copil în America care să nu se nască în condițiuni favorabile, care să nu crească într'un mediu sănătos, care să nu primească o alimentație rațională, care să nu fie supravegheat de medic, care să nu fie instruit în noțiunile de igienă, care să nu primească educație, care să nu fie silit să muncească prea mult, care să nu aibă posibilitatea de a se bucura de copilăria sa. Când am dat unei generații aceste condiții, putem zice că, cea mai mare problemă a națiunii noastre este rezolvată.

Azi toate țările civilizate recunosc importanța igienei infantile, preșcolare, școlare până la adolescență.

Franța în 1833—1837 a introdus inspecțiile medicale școlare. Germania în 1867. Belgia 1874, Brüssel a fost primul oraș care numește medici școlari. Urmează apoi alte țări europene. Londra în 1892, face un studiu în domeniul alimentării copilului, cerând concursul prețios a d-soarei Anny Hughes.

America a introdus mai târziu, dar a perfecționat mai curând igiena școlară. Boston în 1894, cu ocazia unei epidemii de difterie introduce inspecțiile medicale, în 1895 sistematizează întrucâtva aceste inspecții.

La Londra în 1898 se înființează Societatea vizitatoarelor școlare, dar autoritățile nu sunt constii de importanța vizitelor la domiciliu, dovadă adresa următoare. „Admitem ca vizita-

toarele să dea primul ajutor, să facă tratamente la boli de ochi și pansamente etc., dar nu plătim nimic pentru acest scop". În 1904 Consiliul Comunal din Londra angajează totuși primul grup de vizitatoare școlare. Anglia s'a inspirat din America și viceversa pe modelul văzut în America, Anglia a căutat să organizeze igiena școlară corectând-o, apoi Americanii au preluat părțile bune din Anglia perfecționându-le.

Nu este de mirat deci, că fiecare persoană care a studiat în Canada și America, aceste bune organizațiuni, dorește să contribuie cât de puțin la organizația igienei școlare dela noi.

Inspekțiile medicale, au fost introduse pentru a proteja sănătatea copiilor. Prin obligativitatea școlară, în circumscripțiile supra populate or ignorante, școala a devenit un focar de infecții, izolarea copiilor găsiți bolnavi era deci o măsură necesară. Dar teoria nu se potrivește cu practica. deși ei primeau un bilețel prin care părinții erau anunțați despre boala de care suferea copilul și sunt sfătuiți să consulte un medic, foarte mic a fost procentul acelorora, care făceau aceasta. Copiii excluși din școală așteptau în stradă pe prietenii lor, pentru a petrece restul zilei în tovărășia lor. jucându-se întotdeauna ca înainte, continuând a împrăștiia infecția. Prin simpla diagnosticare a boalei nu s'a prevenit lățirea ei, ba în repetate rânduri părinții s'au ofensat că li s'a comunicat defectele odraslelor lor.

Văzând aceasta o Asociație de Asistență din New-York, East Harlem în 1903, a introdus vizitarea școlaei și urmărirea copiilor prin vizite la domiciliu de către infirmiere diplomate: rezultatul îl dau în cifre. În 1902 au fost excluși din școlile din New-York 10.567 copii, în 1903 1101, este uimitor, dar se explică prin faptul că, majoritatea suferea de scabies pediculoză impetigo, care au fost tratate conform prescripției medicale cu ajutorul vizitatoarei, parte în școală, parte la domiciliul copiilor.

Primul sistem a igienei școlare a fost inspekția școlară menită numai să diagnosticeze morburile infecțioase, apoi s'a introdus examinarea medicală periodică pentru găsirea defectelor. Dar igiena școlară nu s'a oprit aci. prevenirea infecției, corectarea defectelor fizice, deși necesare, nu sunt activități constructive. când însă copiii în decursul anilor școlari își vor însuși obiceiuri bune, dacă vor înțelege ce înseamnă „Sănătatea”, dacă educația sanitară va fi aplicată și în școală, am servit atunci un scop de o importanță vitală. În felul acesta a răsărit ideea educației igienice. Instrucția sistematică a noțiunilor de igienă a devenit în țările culte unul din obiectele principale.

Recapitulând momentele esențiale ale igienei școlare, găsim inspekțiile medicale cu scopul de a împiedica contagiunea morburilor infecțioase. 2) Examinarea medicală periodică depistând defectele fizice ale copiilor. 3) Igiena școlară modernă. când copilul este instruit nu numai teoretic dar și practic, punând în aplicare în școală regulile de igienă, știind cum să-și păzească sănătatea sa și a colegilor săi. (Health training).

Intrebarea se pune: care este menirea sorie de ocrotire în complexul acestor îndatoriri? În primele 2 cazuri sora de ocr. ajută medicul la examinare, cântărește copii, face fișa și prin vizite la domiciliu caută să obțină corectarea defectelor. În America s'a dovedit că acest rezultat nu s'a putut obține fără concursul surorilor.

În programul igienei școlare moderne, sorie de ocrotire îi este rezervat un aport de acțiune bine fixat. Rezultatele, depind de colaborarea strânsă între medic învățător, sora de ocr., părinți și copii. Sora de ocrotire trebuie să facă această legătură.

Pentru a-și îndeplini menirea sa în școală, sora de ocrotire trebuie să aibă cunoștințe speciale, inteligentă, bun simț și un real interes pentru sănătatea copiilor. Numai în felul acesta va putea avea puterea de convingere, absolut necesară pentru a deștepta interesul învățătorilor și a părinților, pentru igienă. Dânsa va căuta să îndemne copiii prin demonstrații practice și atractive, să ia parte activă la păstrarea și ameliorarea sănătății lor. Pentru a face educația în familie are nevoie de mai multă psihologie ca pedagogie. Trebuie să combată multele obiceiuri rele, tradiții eronate și superstiții. Mai ales în cazul când este vorba de o regiune unde părinții nu cunosc nici ei abecedarul Sănătății.

În unele orașe sunt vizitatoare specializate pentru igiena școlară, dar tendința este pentru a introduce peste tot „Public Health Nurse”-le, Health teacher (propagatoare de igienă, de sănătate) cu programul generalizat, ceea ce corespunde Institutiei surorilor de ocrotire de la noi. Scopul igienei școlare este definit de către „Comitetul de Directivă” al educației igienice în următoarele puncte:

1. se face copiilor o educație igienică.
2. educație fizică ținând cont de toate cerințele stării de sănătate.
3. supravegherea sănătății copiilor și învățătorilor, a) inspecția sanitară, examinarea medicală, corectarea defectelor,
4. pregătirea învățătorilor pentru a propune igiena,
5. alcătuirea planului de învățământ conform cerințelor de igienă,
6. igiena clădirii, locația, aprovizionarea cu apă,
7. igiena mintală.

Punctul I. include cursurile teoretice și punerea lor în practică, în așa fel ca copilul să înțeleagă și să urmeze principiile de igienă personală și să cunoască importanța igienei sociale. Aceste cursuri sunt ținute în unele locuri de medici, în altele de surori de ocr., dar în orașele americane dorința generală este ca ele să fie ținute de către învățător. Trebuie însă ca pregătirea învățătorilor să fie complectată în direcția aceasta. Se crede că învățătorul poate să facă legătura instrucției igienice cu diferite subiecte: cetit. scris, desen, aritmetică, istorie, etc. El poate să disemineze noțiuni de igienă zina întregă, fără

să vorbească direct de ea. Medicul ține mici conferințe cu ocazia examinării periodice. Sora de ocrotire caută să deștepte interesul copiilor prin mici istorioare, tablouri, poezii; caută să transforme școala în laborator, unde copilul însuși lucrează, face ceea ce îi demonstrăm noi, cu scopul de a-și însuși obiceiurile bune. Obiceiul este o acțiune automată, care nu reclamă prea multă energie, ori concentrare. Medicul și sora de ocrotire sunt factori cari întregesc dar nu înlocuiesc cursurile de igienă pe cari învățătorul trebuie să le țină în mod sistematic.

Educația sanitară modernă este bazată pe ideea că sănătatea poate fi obținută și menținută de oricine, care într'adevăr vrea să o aibă, presupunând că știe cum să și-o câștige. S'ar putea spune că și adulților li-se poate face o educație în sensul acesta. Obiceiurile însă încep să se fixeze în timpul copilăriei, și este mult mai greu a schimba un obicei, decât a preveni fixarea lui. În timpul copilăriei trebuie să se formeze aceste Health Habits. Copilul nu are încă idei preconcepute și atitudinea lui poate fi schimbată. Câțiva ani de experiență au dovedit că utilizându-se metode potrivite vârstei copiilor, se poate deștepta interesul și dragostea lor pentru igienă.

Copiii mici înțeleg ușor, când explicațiunea le este dată prin jocuri, cântece, istorioare. Copiii mai mari au mult interes pentru a cunoaște organizațiile sanitare și sunt gata a jertfi mici interese personale pentru promovarea sănătății altora, presupunând că se încurajează dezvoltarea personalității lor și simțul răspunderii. Ei pot fi încurajați să adune sau să improvizeze istorioare, pentru a demonstra bunele rezultate obținute prin alimentație rațională, curățenie, exerciții, odihnă, somn, ș. a. Tineretul adolescent profită mai mult, când educația igienică este asociată studiilor lor de biologie, psihologie, economie practică ș. a. Ei pot fi cointeresați în organizațiile sanitare, aprovizionarea cu apă, controlul alimentelor ș. a.

Dragostea copiilor de a se conduce singuri, a fost foarte bine utilizată pentru a promova educația sanitară în școală. Copiii au luat parte activă, la programul igienei școlare conduceau jocuri, formau comitete sanitare, făceau demonstrații celor mai mici. Nu există un mijloc mai bun de educație, decât trezind în copii simțul de datorie, dragostea față de aproapele, dorința de a ajuta și a se bucura de progresul celuilalt. S'au obținut rezultate splendide când acestor aptitudini li-s'a dat o direcție bună.

Punerea în practică a regulilor impuse de tânăra „Cruce Rosie”, numite „jocul sănătății”, este un bun criteriu pentru a cunoaște interesul copiilor în materie de igienă. Obiceiuri bune valabile pentru toată viața, își însușesc copiii prin formarea comitetelor, alegându-și presedintele din sânul lor.

Datoria personalului angajat în opera de igienă școlară va depinde de atitudinea corpului institutorilor, precum și de pregătirea lor în materie de igienă. În cazul când igiena este pro-

pusă de învățător, medicul bazându-se pe rezultatele examinării medicale, le va scoate în evidență chestiunile mai importante, asupra cărora va trebui să insiste. În unele școli întreaga răspundere sub raportul de educație în materie de igienă școlară va rămâne în sarcina medicului școlar. Sora de ocrotire îl va asista prin demonstrații, cursuri practice, jocuri, trezind interesul copiilor. Cântărirea lunară a copiilor este considerată ca un bun mijloc de a face elevii să recunoască importanța igienei. Fișele sunt conduse de însuși copii, curba grafică este un bun stimulent, ei se interesează nu numai de greutatea lor proprie, ci și de progresul colegilor lor. Copiii prezentând o greutate subnormală, vor fi observați și îndrumați mai intensiv. Prin mici conferențe se va ține de la stabilirea unei legături între greutate și sănătate.

Secțiunea a doua a programului de igienă școlară se ocupă de educația fizică. Aci se cere concursul specialiștilor. Gimnastica corectivă se introduce la propunerea medicului.

3. a) Inspectia zilnică o face sora de ocrotire cu scopul de a găsi eventuale boale ori defecte despre cari va raporta medicului școlar. b), Examinarea medicală periodică, aceasta este atribuția medicului și se face cel puțin de 2 ori în timpul anilor de școală. La intrarea în școală și înainte de părăsirea școlii. Examinarea medicală a corpului didactic este un fapt foarte important și un ce necesar, având menirea de a testepta interesul lor față de sănătatea proprie.

Sora de ocrotire va purta o grijă deosebită de a descoperi de cu vreme cazurile suspecte de tuberculoză. Va raporta medicului școlar cu scopul ca aceștia să fie examinați mai des. Inființarea școlilor în aer liber este de o mare importanță. Ele vor fi vizitate mai adese. Acolo sunt copii debili a căror stare reclamă o execuție riguroasă a legilor de igienă: odihnă, alimentație rațională, cântărirea sistematică etc. Pentru a obține colaborarea absolut necesară a părinților, se vor ține consfătuiri cu părinții, medici, învățători, surori de ocrotire. c) corectarea defectelor este complectarea examinării medicale. Sora de ocrotire va căuta să asigure colaborarea elevului. Ei trebuie stimulați în primul rând să vrea să-și recâștige sănătatea. Sora va căuta să convingă familia despre toate măsurile ce trebuiesc luate pentru asigurarea remediilor. Opinia publică va începe să înțeleagă necesitatea educației sanitare. Încetul cu încetul și părinții vor înțelege ce comoară prețioasă este sănătatea și vor colabora pentru menținerea ei.

Igiena bucală, importanța alimentării corecte pentru prevenirea formării dinților cariati, curetenia și spălarea dinților importanța examinării bianuale a dinților de către un dantist este demonstrată și explicată copiilor. Multe școli au ambulatorii dentistice. Exerciții practice referitoare la folosirea perii de dinți s'au găsit utile. Alimentația prezintă un subiect de care copiii se interesează mult. Înainte vreme cursuri speciale se ți-

neau numai copiilor debili, azi însă ele se țin în școală pentru toți copiii.

Față de copiii cari vin din familii având o cultură redusă, sora de ocrotire va trebui să trateze mai ales pediculoza, impetigo, scabia. Pare a fi o ocupație banală acest lucru, dar este foarte important de a reda școlai acești copii în stare de curățenie și sănătate. Tratamentul nu poate fi limitat la copilul de școală, ci trebuie estins la întreaga familie. Aici se vede capacitatea sorei de a face educație și de a convinge populația despre unele chestiuni, cărora nu le-a dat nici odată atențiune.

Cu ocazia vizitelor la domiciliu sora de ocrotire se va conforma ordinelor primite dela medicul școlar. Ideea aproape universală este că medicul școlar nu tratează. Copiii sunt îndrumați la medicul particular, și numai cei săraci la clinici, ambulatorii, dispensarii. Inconvenientul este că copilul văzând diferența de vederi între personalul sanitar și părinți pierde ușor considerația față de cei din urmă, ceea ce trebuie evitat. Sora de ocrotire va trebui să facă legătura în așa fel, încât părinții să nu fie înjosiți. Ea va căuta să câștige încrederea mamei, căci dânsa petrece mai mult timp cu copiii. Ea le conduce primii pași în viață, dragostea față de mamă nu e voe să scadă. Sora de ocrotire va căuta să facă educația mamei în sensul că ea să fie înțelegătoare și să nu fie expusă disconsiderației copiilor săi, pentru viața și viitorul cărora s'a jertfit.

4. Pregătirea învățătorului pentru predarea lecțiilor de igienă. 5, programul de învățământ în legătură cu igiena. 6, locația și clădirea școlai sunt atribuțiunile medicului școlar, dar trebuie să fie bine cunoscute și de sora de ocrotire, pentru a putea da un sfat când este solicitat, de învățător, mai ales în mediul rural, unde medicul școlar vine mai rareori. Ea va putea face cursuri, va putea insista asupra unui program echilibrat între muncă, joc și odihnă; clase speciale pe seama copiilor infirmi, miopi și surzi.

7. Igiena mintală este în plină evoluție. Se crede că în viitor, îndeosebi la copiii de școală, se vor obține frumoase rezultate prevenind agravarea, și tratând simptomele mai ușoare ale maladiilor. Vizitele la domiciliu sunt importante, îndeosebi pentru a cunoaște aptitudinile individuale, și a schimba mediul în așa fel, ca individul să se poată desvolta cât mai bine.

Formează obiectul unei vii discuțiuni faptul, că cine este chemat să organizeze igiena școlară, autoritățile sanitare sau instructorii? Unii propun o colaborare. Sora de ocrotire lucrând în cadrul igienei școlare este responsabilă direct medicului școlar. Unde funcționează mai multe surori, au totdeauna o șefă care ea însăși are diploma de P. H. N. Experiențele din diferite țări au dovedit că acesta este mijlocul cel mai bun de a sistematiza munca surorilor de ocrotire. Se mai discută care este numărul copiilor cari pot fi ținuti de soră în evidență? Unii afirmă că 2000. alții spun că și acesta e prea mult. Depinde de

nenumărate condiții sanitare și sociale. Sora de ocrotire nu încetează de a lucra vara, în vacanță copiii ies de sub controlul medical sistematic, deci vizitele la domiciliu devin și mai importante. Sora de ocrotire are deci datoria: 1) Să cunoască și să înțeleagă dezvoltarea igienei școlare moderne, încât să vadă clar atribuțiile sale. 2) Asistă medicul în examinările periodice, aplicând tratamentul prescris de medic. 3) Asistă medicul și învățătorul în punerea în practică a educației de igienă. 4) Face inspecțiile zilnice în școală, escluderi și admiteri, cântărirea copiilor, conform indicațiilor primite dela medicul școlar, dar cea mai importantă datorie a sorei este vizita la domiciliu:

Să obție colaborarea părinților, să convingă părinții de importanța igienei școlare, să caute a obține condițiile cele mai favorabile pentru dezvoltarea copiilor, ținând cont de situația materială și socială, să convingă părinții să caute să trateze defectele copiilor diagnostizate de medic, arătând urmările grave ale unei eventuale neglijențe. În afară de aceasta, va explica principiile fundamentale ale igienei, arătând părinților locul și contribuția ce o pot aduce dânsii în opera de păstrare a sănătății fiilor lor.

Implinind aceste atribuțiuni, sora de ocrotire colaborează cu medicul și învățătorul. Unicul scop este obținerea și păstrarea sănătății elevilor. Pentru ca igiena școlară să dea rezultatele dorite, trebuie să fie înțeleasă și apreciată de autoritățile locale. Serviciile sorei de ocrotire ar trebui să servească drept model pentru aceasta.

Contribuția adusă de P. H. N. Americană copiilor americani, cari grație ajutorului prețios al medicului și a P. H. N. sunt capabili a primi o bună și adevărată educație, ceea ce îi face să devie buni cetățeni. P. H. N. este aceea care a trezit responsabilitatea copiilor, precum și interesul copiilor pentru sănătatea proprie și a colegilor lor, arătându-le că pentru obținerea maximumului de sănătate face să aduci mici sacrificii. Îndeplinind aceasta, întregoste munca grea a medicului și a învățătorului, contribuie la transformarea școlii într-o instituție unde atât fizicul cât și creierul să desvoldă, pentru o viață utilă și satisfăcătoare, educația nu este numai o pregătire pentru viață, ci este viața însăși.

**Z. Costreș.**



## Importanța educației fizice în școlile primare.

### *Coloniile școlare.*

În țara noastră, coloniile școlare au fost organizate în patru localități. Ministerul Sănătății și Ocrot. Soc. a organizat în Mangalia și Agigea (jud. Constanța), iar Ministerul Instrucțiunii în Malnaș-băi (Smeuriș), jud. Trei-Scaune și una în Slănic-Prahova.

Colonia școlară din Mangalia, funcționează de trei ani. Despre felul cum a funcționat în ultimul an prin bunăvoința d-lui Dr. C. Anghelescu, am posibilitatea s'o schițez în câteva cuvinte.

Colonia de vacanță dela Mangalia, la malul mării, este organizată de Direcțiunea Generală a Asistenței Sociale sub denumirea de „Colonia Principesa Elena“. Această colonie e rezervată exclusiv pentru copiii ocrotiți, proveniți din așezămintele proprii ale Direcțiunii Gen. a Asist. Sociale. Personalul administrativ și de conducere face parte din cadrele personalului așezămintelor Dir. Gen. a Asis. Sociale. Personalul de serviciu este angajat ocazional. Conducătorul este un director de așezământ sau un profesor detașat. Medicul este angajat temporar.

Colonia primește 900 copii, dela 5—16 ani de ambele sexe, în trei serii de câte 300. Deschiderea coloniei se face la 20 Iunie și se încheie la 20 Sept. O serie pe timp de o lună este formată din fete și două sunt din băieți.

Colonia din Mangalia funcționează de trei ani.

Scopul organizării acestei colonii este de a reconforta copiii debili și de a oferi condițiuni mai prielnice celor limfatici și cu tuberculoză osoasă nefistulizată.

Copiii ocrotiți, trimiși în colonia dela Mangalia, fac plajă, băi de mare după indicațiunile medicului. Copiii sunt supraalimentați, iar cu ajutorul personalului, în orele libere, ei fac jocuri și exerciții fizice.

A doua colonie organizată de Ministerul Sănătății este aceea dela preventoriul Agigea. Această colonie are la dispoziția sa un număr de 10 barăci, cari pot adăposti fiecare un număr de 50 copii. În acest perentoriu se primesc copii din întreaga țară, în vârstă de 7—15 ani, recomandați de Inspectoratele Sanitare și de alte instituțiuni de binefacere, dintre cei cu adenopatii, debili și cu tuberculoza osoasă nedeschisă. Personalul administrativ este recrutat temporar, dintre persoane inițiate în acest domeniu, iar personalu

de supraveghere dintre surorile de ocrotire și infirmierele dela spitalul Brâncovenesc. Scopul acestei colonii este identic cu acel al coloniei „Principesa Elena“ dela Mangalia.

Conducătorul acestui perentoriu — colonie școlară —, este medicul primar al județului Constanța, care este ajutat de o D-nă Doctor.

Colonia primește 1,500 copii, dela 7—15 ani, de ambele sexe, în câte trei serii, de câte 500 copii, colonia este deschisă dela 15 Iunie la 15 Septembrie. Seriile sunt mixte. Colonia are 3 ani de existență.

Copiii pe lângă hrană bine pregătită și servită din abundență, pe lângă cura de băi de mare și plaje, mai fac sub supravegherea a doi institutori, jocuri și exerciții fizice.

Celelalte două colonii sunt organizate de Ministerul Instrucțiunii, una în Malnaș-Băi (Jud. Trei-Scaune) și una în Slănic-Prahova.

Prima are loc pentru serii de 100—120 copii. Timpul pentru o astfel de serie este tot o lună, sunt trei serii. Colonia funcționează din anul 1926.

A doua, are loc pentru o serie de 60—80 copii, numărul seriilor este tot trei, una cu durată de 30 zile. Funcționează din 1922.

Vrâsta copiilor primiți pentru ambele, este între 7—15 ani.

Condițiunile de administrație, supraveghere medicală, și alimentație sunt la fel ca la clinicile Ministerului Sănătății.

Acum, după ce am descris, felul cum sunt reorganizate coloniile școlare la noi, și după ce am descris cum sunt organizate în Franța, Elveția și Germania și am arătat cu ce succes funcționează colonia școlară din plasa de demonstrație de igiena copilului din Richland, îmi permit să fac o comparație, pe care o cred utilă pentru o eventuală ameliorare a coloniilor noastre școlare.

Regiunile, unde sunt organizate cele patru colonii la noi, sunt dintre cele mai potrivite, încât vedem că natura a fost foarte darnică pentru copiii noștri.

Referitor la personalul coloniei poate ar fi bine, ca în locul surorilor de până acum să se trimită numai absolvente a vreunui Institut de Surori de Ocrotire, din Cluj, București sau Iași, când va avea. Așa cum s'a făcut în plasa Richland, să se trimită și două studente pentru ca micile fetițe să se introducă și în gospodărie, iar medicul să fie un medic igienist secundat de un pediatru.

Copiii primiți să fie între 6—12 ani, astfel supravegherea este mult mai ușoară, seriile să nu fie mixte. Etatea dintre 6 și 12 ani

are caracteristica ei atât anatomică cât și fiziologică, diferența dela un copil la altul astfel este mult, mai mică.

În ce privește supravegherea medicală, este absolut necesar, copiii să fie examinați bine fizic, de către specialiști, rezultatul examenului să fie notat pentru fiecare copil și să se facă fișe personale. Fără aceste înregistrări, și fără fișe personale unde să se noteze zi de zi ce se întâmplă cu organismul atât de nestabil al copiilor, nu se mai pot concepe colonii școlare. Odată ce copiii au fost examinați, trebuie să se profite de ocazia cât stau în colonii și să facă corijările de defecte. Se știe cât de mult sunt împiedecați în dezvoltarea lor psihică, copiii cari au amigdalele hipertrofiate, polipi nazali și cât sunt deranjați în mersul normal al nutriției cei cari au carii dentare.

La noi unde coloniile au mulți copii, este consult să se facă și radiografiile pulmonare, acestea făcute la începutul coloniei și la sfârșit, repetate și în alți ani, vor constitui un film al evoluției pulmonare. Copiii debili, trimiși la colonie, de mulțori au drept cauză un spin pulmonar, care odată diagnosticat nu este numai în interesul copilului dar și în interesul coloniei întregi. Mai adaug că această filmare dela început poate depista și cazurile de tbc. pulmonară formă deschisă, care fără acest procedeu ar constitui un izvor de infecții pentru ceilalți.

Cântărirea, măsurarea taliei, proba musculară, determinarea ipometrică a capacității pulmonare, la începutul sezonului, săptămânal și la sfârșitul lui, încă trebuie să fie probe absolut necesare de notat și reprezentat prin grafice. Aceste grafice, constituiesc o oglindă reală despre reușita unei colonii bune.

La noi rezultatul bun la care în adevăr au ajuns coloniile școlare, pe lângă multe lipsuri, totuși prin un mare entuziasm al conducătorilor lor, nici nu este cunoscut publicului. Să se dea publicității aceste rezultate, programul zilnic, foaia de alimentațiune, greutățile câștigate de copii în sezon și altele. Astfel mulți dintre părinți, observând rezultatul bun își vor trimite copiii în colonii, iar Statul poate va fi ușurat în greaua sarcină ce și-a luat de a cheltui mult pentru copii ocrotiți, fiindcă atunci mâna publicului va fi mai darnică. Fiindcă rezultatul depinde și de copii, aceștia să fie stimulați prin decorații așa cum fac averescanii.

Educația sanitară și recreația în aer liber, trebuie să se ocupe mult din timpul cât stă copilul în colonie. Exercițiile fizice, conduse cu multă atenție, nu pot avea decât rezultate excelente asupra nu-

triției și dezvoltării armonice a tuturor organelor micului copil. Am făcut numai principial câteva propuneri referitoare la mersul de mâine al coloniilor școlare acestea având un rol destul de însemnat în întregirea ciclului general de educație fizică, care se face în școlile primare și dela al cărui rezultat va profita mult generația de mâine, care cu siguranța în lupta pentru existența va avea nevoie de mai multă energie fizică și psihică decât oricare generație de până acum.

**Dr. Petru Râmneanțu.**

## Ereditatea și educațiunea.

Caracterul și evoluția oricărei ființe, știm că depind de 2 categorii de cauze: unele interne reprezentate prin materialul germinal și altele externe prin mediul incunjurător.

Savanții discută și astăzi importanța fiecăreia din ele și prioritatea uneia asupra celeilalte.

Ambele însă au o egală importanță, precum o egală importanță au în producția agricolă bogăția solului și condițiile atmosferice: temperatura, ploaia, soare, etc. Cum însă între 2 recolte cu semințe egale diferența dintre recoltă va proveni din deosebirea condițiilor externe și la condițiuni egale, exterioare diferența va proveni prin calitatea seminței, tot așa și în evoluția bună a unei ființe, la eredități egale, condițiile mediului exterior vor juca un rol important, iar la condițiuni externe similare, calitățile interne vor fi acelea care vor hotări.

Așa prezentându-se faptele și înainte de a vorbi de influența mediului, deci a educației, asupra ființei omenești, trebuie să analizăm puțin calitățile semânței sale.

Noile cercetări științifice arată că ceea ce joacă un rol important în substanța transmisibilă dela un ascendent la descendent ceace constituie atomii ereditari, sau de moștenire, sunt așa numiții factori din nucleul celulei germinative sau reproducătoare.

Acești factori cari au purtat nume diferite (moleculă organică, gemulă, unitate fiziologică, pangen, stirpes miclele, biofor, idioplast, etc.), se prezintă în număr de câteva mii. Ei măsoară un milion dintr'un milimetru, s'ar găsi grupați în lanțuri, vizibili la microscop și prin faptul că pot absorbi materia colorantă, mai poartă numele de *cromosomi*.

Fiecare celulă germinativă dela om (ovul sau spermatozoid) conține după nouile date științifice 24 de cromosoni, iar în oul fecundat vom avea un dublu asortiment, adică 48 de cromosomi.

Compoziția factorilor ca și aranjamentul cromosomic condiționează caracterul particular al ființei respective, comandă modi-

ficările ce vor surveni în acea ființă și dacă faptul nu a putut fi demonstrat pe cale experimentală la om, el a fost confirmat prin experiențe la animale, în special la musca de oțet, unde s'au putut descoperi vre-o 400 factori imprimați descendenților: talia, culoarea corpului, aceea a aripelor, lungimea sau scurtimea acestor aripe etc.

Prin deducție deci față de om, putem spune că acești atomi ereditari (factori) sunt aceia cari fac din noi ceea ce suntem. Ei sunt stăpânii noștri. În ei stă principiul individualității noastre.

Tot nouile cercetări științifice arată că suntem formați din aceeași pulbere cromosomică și că numai agregatul factorial nu este propriu. Omul de geniu și cel comun deci ar conține aceleași grăunțe. Între ele se stabilește un chimism și aranjament misterios în baza căruia 2 factori ereditari, își pot adăuna sau contraria efectele altor factori. Așa se petrece faptul cu individul lipsit de pigment (albinos). El poartă în substanțe sa ereditară tot ceea ce-i trebuie pentru a face pigmentul. Unul oarecare însă, din factori, se găsește astfel, încât împiedică la individ acea producție, dar nu și la descendent și ca probă este că 2 albiși pot creia o ființă cu pigment.

Prin analogie deducem, că și în domeniul intelectual și moral, un individ poate avea tot materialul necesar dezvoltării operațiilor sale intelectuale și morale, iar un grăunte de cromatină se poate opune și anulează unele din aceste operațiuni. Dacă albinosul maschează deci diferitele culori ale părului și omul mediocru intelectual sau moral poate masca diverse superiorități. Iată cum unui simplu aranjament factorial sau mai bine zis unui faimos grăunte de cromatină, care nu a alterat efectul altor grăunțe, se datorește faptul că o istorie a omenirii a putut înregistra epoce strălucite creiate prin cugetători ca: Mohamed, Moise, Cromwell, Luther, etc.

Cromosomii ereditari, ne indică apoi prin numărul lor, că fiecare din noi este dublu, căci dacă fiecare celulă germinativă (femelă sau bărbătească) are asortimentul factorial complet, ar însemna că din fuziunea lor să rezulte un dublu germen.

Orice fecundație prin acest fapt, ar fi o superfetație. Ea ar dovedi că suntem formați din 2 ființe potențiale, cari nu existau, nu vor exista niciodată și cari totuși se unesc pentru existența noastră.

Numărul cromosomilor trebuind însă să rămână la om constant de 24, urmează ca cromosomii tatălui și acei ai mamei, să se reducă la jumătate. Copilul este deci o operă la care fiecare autor furnizează numai jumătate din resursele sale. Așa că eul fizic, intelectual și moral pe care'l datorim la toți factorii noștri ereditari nu'l putem transmite întreg. Individul se distruge prin generație precum se distruge și prin moarte.

Reducerea cromosomică neputând'o ști cum este condiționată și cari factori anume se reduc, înțelegem de ce nu se pot transmite cu ușurință valorile intelectuale și morale. Orice om superior iese dintr'o întâlnire fericită rară a câtorva mii de factori, așa precum lotul câștigător iese din miile de loturi necâștigate.

În descendentul omului superior netransmițându-se decât  $\frac{1}{2}$  din prețiosul lui aliaj, dacă esențialul lipsește, se înțelege dela sine cealaltă jumătate a celeilalte celule germinative își va așeza contribuția sa.

În transmiterea substanței ereditare, lucrurile nu se petrec cu o regularitate matematică și tocmai această reducere cromosomică poate să facă, ca noi să nu transmitem nici jumătate din noi. Nu putem fi asigurați în descendenții noștri prin fuziunea celulelor germinatoare nici de un minimum de permanență. Singură partenogeneza asigură continuitatea asemănării.

Aceste organisme concepute fără tată prin substanțe fizice, chimice, mecanice, etc. sau cu spermatoid străin, s'au arătat la unele animale perfect constituite și viabile.

Experiențele lui Loeb, Bataillon, Champy, Hertwig, etc. vin să dovedească acest fapt. S'ar putea bănuși că dacă experiențele ar reuși la om, unele naturi feminine conduse de orgoliu și de credința că orice unire sexuală înseamnă o mezalianță, s'ar preta la o procreare egoistă în care copilul ar lua dela ea toată substanța corporală și spirituală. Dar și aici copii nu ar semăna exact mamei, căci ovulul neconținând decât  $\frac{1}{2}$  din cromosomii materni, va trebui pentru a ajunge la vârsta adultă să redobândească prin dedublare 48 cromosomi, ori în aranjamentul factorial de dedublare poate să între factorii pe cari îi moștenește însăși mama.

Și cele spuse cu privire la ovulul femeesc s'ar aplica și pentru celula germinativă bărbătească, când experimentele de partenogeneză reușite la unele animale (experiențe lui Boveri și Spermann) ar reuși și la om. Toate experiențele însă întreprinse cu celula germinativă bărbătească, dovedesc că această celulă are nevoie pentru a da o ființă, de cooperația femeii atât pentru locașul necesar dezvoltării sale, cât și pentru rezervele alimentare ale ovului său.

Partenogeneza celulei reproducătoare nereduse, ar fi singura, poate, care ar realiza o reproducție de asemănător prin asemănător. Dar această partenogeneză naturală la purece, se va putea aplica oare vre-o dată și la om?

În orice caz cu imaginația putem merge departe și ne putem închipui ca și Jennings, că umanitatea ar putea să fie odată stăpână pe destinul său în cât privește descendența creditară.

Dacă bunele combinațiuni factoriale se pun astăzi pe comptul divinității sau a hazardului și dacă experiențele ne dovedesc că fiecare ființă este unică în felul ei, iar prin fecondație se distruge mult din ea, într'un viitor — e drept —, ceva mai îndepărtat, se poate spera că se va putea conserva individualitățile superioare precum conservăm rasele de animale sau speciile de plante și s'ar putea fixa bunele combinațiuni trăgându-se din oameni atâtea exemplare, pe câte vroom, cu un cuvânt geniile s'ar fabrica în serie.

Fără a înlătura complect prezicerile biologistului englez susmenționat, ținem totuși a adăuga că, caracterele ereditare, transmise sub formă de energii potențiale, nu se pot desvolta și deci ajunge

la maturitate de cât sub influența energiilor venite din mediul extern. Rolul mediului, în care se desvoltă germenii sau ființa, este deci tot atât de important ca și substanța sau energiile transmise și el poate fi hotărâtor în modificările acestor energii înăscute în transformarea lor și deci în posibilitatea colaborării bunelor combinațiuni factoriale viitoare.

Energiile potențiale vitale sunt acumulate și puse în acțiune prin masse de materii cu dimensiuni mici. Și precum dintr'un fir subțire de cupru, energia electrică ce se scurge pune în mișcare trenuri întregi, totașa din germenii ereditari mic, iese o ființă mare, vegetală sau animală.

Este cunoscut faptul că, orice acțiune sau reacțiune a unei ființe viețuitoare, nu cuprinde în sine decât o operație fizico-chimică, care pune în joc energiile înăscute, care prinde, captează, acumulează și transferă energii după legile dinamice de transmitere a lui Newton. Interacțiunile ar stabili legătura dintre acțiuni și reacțiuni, și tot aceste interacțiuni prin evoluția lor, ar constitui caracteristica organismului și ar comanda originea și dezvoltarea acțiunilor și reacțiunilor.

De altfel acțiunile și reacțiunile fiziologice ale organismului viețuitor față de energiile fizico-chimice exterioare, sunt dominate de 2 legi:

1. Diversele forme de energii fizico-chimice cari lovesc organismul, se transformă în energii vitale pentru a străbate în economia organismului.

2. Acțiunile și reacțiunile vitale nu sunt proporționale cantității sau intensității energiei chimice primite.

Fără a insista mai mult asupra acestor legi, țin să spun, că toate transformările de energii ne duc la concluzie că energiile acumulate în ființa copilului se desvoltă sub influența energiilor din afară și că toate motivele cari sunt susceptibile de a pune în joc aceste energii instinctive, aceste tendințe sau aptitudini, îl interesează, îl atrag și-le însușește și din contră, tot ceea ce nu corespunde energiilor instinctive, sau sunt înlăturate sau trebuiesc să aibă timp de adaptație pentru a contribui la modificarea energiilor primitive.

Din cele expuse mai sus putem deduce că, așa precum pentru ereditate fiecare din noi ne arătăm un tot compus din mai multe ființe posibile, iar personalitatea noastră potențială a fost aleasă printr'o întâmplare a întâlnirii germinale, tot așa dintr'o altă mulțime de întâmplări externe vin unele cari discern mai bine personalitatea noastră reală.

Mediul este acela, ce încă poate face din noi o ființă sau alta, după tendințele pe cari le evidențiază.

Ființa noastră are deci multiple chipuri de a se realiza și fără îndoială sunt foarte rari aceia, cari nu au putut fi ceea ce sunt, — deoarece nu suntem noi cari alegem ceea ce este în noi, dar mediul încunjurător, sau mai bine zis întâmplările sunt acele ce aleg.

Cele zise asupra mediului, întăresc importanța lui și deci a educației ce o poate căpăta o ființă în acest mediu.

Știm că, educația se reduce la: asigurarea mijloacelor unei bune călăuziri cu scop de a preveni tot ceea ce ar împiedeca sau vătămă buna dezvoltare precum și la îmbogățirea și la nobilitarea ființei, cu cunoștințe folositoare pe o bază etică. Printr'o astfel de educație, ființa omenească conform teoriei lamarkiene, nu poate de cât evolua spre binele și progresul omenesc.

Modificările survenite prin educație, s'ar transmite descendenților cari găsindu-se încă sub influență educativă asemănătoare, ar modifica și mai mult și în acelaș sens ființa noastră.

Lamarkismul, rezolvă ușor problema adaptațiunii formelor viețuitoare la mediul lor. Este tentant de a vedea în adaptațiunile la specifice, adaptațiunile individuale fixate prin ereditate, dar trebuie să admitem, că ființele se adaptează mai întâi mediului și apoi, că transmit adaptațiunea progenitului lor.

Teoria mutaționistă s'ar părea că se opune direct celei Lamarkiene. În adevăr, speciile după teoria mutaționistă, variază într'un fel oarecare. Nu importă direcția, fiindcă dela un timp la altul, toate celulele sexuale ale organismului, suferă modificări în cromosomii lor. Mutații rău conformați ar dispărea, iar ceilalți bine conformați ar supraviețui.

Dar această teorie simplistă se poate complecta prin teoria preadaptațiunii lui Cuénot.

Ar reuși după Cuénot să supraviețuiască mutații, cari au șansa de a întâlni mediuri la care prin mutația lor, s'ar găsi relativ preadaptați.

Fără de a intra mai mult în desbaterea chestiunii eredității dobândite, totuși cei mai mulți oameni de știință susțin, că distincțiunea weismaniană între germene (celula sexuală) și soma (organismul dezvoltat) este factice și că nu există o modificare somatică, care prin intermediul mediului intern să nu aibă un re-sunet și asupra elementelor germinale. Modificarea cromosomică poate fi uneori vagă, generală, banală și tradusă la descendenți printr'o modificare oarecare, dar atunci când se perseverează în găsirea mediilor propice adaptațiunii, cred că am avea foarte multe probabilități, că modificațiunile după o perioadă mai lungă de timp să reproducă exact modificarea parentală. Experiențele care dovedesc ne-transmisibilitatea caracterelor dobândite, sunt de altfel întreprinse într'un timp scurt și fără o cercetare mai riguroasă în alegerea mediilor. Păstrăm credința deci, că în dezvoltarea sau accentuarea unor anumite tendințe la descendenți, mediul și educația își au rolul lor important.

Dr. G. Preda, Sibiu.