

Neam și familie

de
TRAIAN HERSENI

Vieța reală a oamenilor, pe care societățile și statele sunt datorare să o întrețină, să o desăvârșească și să o promoveze, nu este un produs artificial, o creație de laborator a unui experimentator de geniu, ci o realitate firească, un produs al naturii, care se desfășoară după legile naturii, fie că e vorba de legi strict biologice sau de legi sociale și istorice, adică de legi biologice mai evoluat și mai complexe.

O societate umană este în primul rând un produs biologic, adică un grup de familii care dau naștere mai multor generații înrudite și care formează laolaltă un neam. Pe baza aceasta bio-socială se construiește apoi o viață economică, politică, juridică, spirituală, etc., adică o civilizație și o cultură din ce în ce mai complexe, care ajung cu vremea să stăpânească și să determine foarte de aproape substratul biologic, dar nu-l pot desființa niciodată fără să se desființeze în același timp și pe ele înseși. Un sistem de reproducere a vieții umane, adică o familie, și o formație biologică bazată pe rudenția dintre oameni, adică un neam, sunt inevitabile în orice societate omenească, indiferent de însemnătatea socială, politică sau spirituală care li se dă, încât ele nu pot fi ignorate de nici o sociologie realistă și cu atât mai puțin de biologie.

Formațiile sociale nu sunt însă deopotrivă de legate de substratul lor biologic natural. Unele purced direct din acest substrat și sunt expresia lor nemijlocită, altele au un caracter derivat și sunt expresii din ce în ce mai îndepărtate ale lui.

Sociologia multă vreme n'a făcut nici o deosebire între diferitele grupări sociale, socotindu-le pe toate de egală valoare

pentru viața umană. Astfel între o familie, o școală, un regiment și o societate comercială, sociologii nu vedeau decât deosebiri cantitative și funcționale, iar în cazul erarhizării lor, diferențe de grad și întindere. În realitate, între o familie și o societate comercială există deosebiri mult mai adânci. Unul dintre cei dintâi sociologi care au văzut în mod limpede acest lucru, a fost *Ferdinand Tönnies*, care și-a legat numele mai ales de teoria diferențelor dintre *comunitate* și *societate* ca două tipuri deosebite de viață socială. Noi nu suntem de acord cu terminologia aceasta, pentru că societatea s'a încetățenit în știință ca un termen generic, cuprinzând toate formele de viață socială, deci și comunitatea, încât preferăm să întrebuițăm pentru realitatea opusă comunității termenul de *asociație*.

Comunitatea este o unitate naturală de viață, izvorită din firea însăși a oamenilor, fără nici o chibzuință sau hotărâre din partea lor, fără constrângeri și fără sancțiuni, fără scopuri conștiente și fără învoieli prealabile, pe bază de sentimente, atașamente și legături naturale, care își găsesc satisfacția în propria lor desfășurare. Comunitatea nu pornește dela indivizi, ca un act voluntar al lor, ci dimpotrivă, indivizi se nasc în cuprinsul comunității și aceasta îi încadrează în chip automat.

Asociația este din contră, o grupare voluntară, săvârșită din inițiativa indivizilor, în mod conștient, deliberat și interesat, pentru urmărirea anumitor scopuri, de obicei limitate și specializate, pe bază de învoială sau contract, cu sancțiuni mai mult sau mai puțin precise și cu un pronunțat caracter de constrângere sau cel puțin de reglementare prin statut, clauze contractuale sau alte prevederi organizatorice și funcționale. Asociațiile purced dela indivizi sau în cazul asociațiilor de grupări sociale (confederații, ligi, uniuni, etc.), dela grupări, încât unitatea se obține treptat, prin efort, ca rezultat al unor activități comune îndelungate.

Exemple tipice de comunități sunt familiile, clanurile, vecinătățile rurale, satele, neamurile, etc., în care indivizii se nasc, trăiesc și mor, fără să se poată desprinde cu ușurință și în general fără să dorească a se desprinde de ele; iar de asociații: societățile comerciale, sportive, culturale, sindicatele profesionale, confederațiile, uniunile, partidele politice, etc.

Tönnies a încercat să trateze comunitățile și societățile ca două tipuri succesive de viață socială, primele fiind caracteristice pentru lumea primitivă și arhaică, celelalte pentru lumea modernă, dar faptele nu verifică această ipoteză. Cele două forme de viață socială sunt de fapt concomitente. Se poate vorbi, firește, de o preponderență a uneia din ele față de cealaltă, comunitățile fiind mult mai frecvente și mai puternice altădată decât în zilele noastre, dar fără ele viața socială este foarte greu de conceput, oricât de evoluat ar fi omul față de rădăcinile lui zoologice.

Ceva mai târziu sociologul american C. H. Cooley a făcut o deosebire la fel de însemnată între grupurile *primare* și cele *secundare*. Grupurile primare au un caracter intim, personal, de relație directă de la om la om, pe când cele secundare se bazează pe relații formale, obiective, între indivizi care uneori nu se văd sau nici nu se cunosc. Grupuri primare sunt familia, vecinătatea, tovărășiile de joc, etc., iar secundare clientela, publicul, partidele, etc.

Noi credem că trebuie să se diferențieze pe de o parte unitățile sociale *originare* de cele *derivate*, iar pe de altă parte unitățile sociale *primare* de cele *secundare*. Adeseori cele două categorii coincid, există însă și unele deosebiri între ele.

Unitățile sociale originare sunt cele în care omul se naște și fără de care el nu poate exista, ori câte prefaceri ar suferi ulterior și ori câte grupări de altă natură i-ar solicita participarea. Unitățile sociale derivate se formează în cadrul sau pe baza celor originare și nu se pot menține fără acestea. Unitățile sociale originare au un caracter integral, ele cuprind pe indivizi în întregime și caută să le satisfacă pe cât posibil toate nevoile lor. Dacă renunță la satisfacerea directă a vreuneia din aceste nevoi, o fac numai în favoarea unei instituții sau grupări derivate, pe care o dezvoltă în sânul lor ca pe o funcție specializată. Din pricina aceasta unitatea socială originară se mai caracterizează și prin faptul că nu este cuprinsă în altă unitate mai mare — chiar dacă duce relații cu alte unități sau se asociază unional sau confederal cu ele — pe când unitatea socială derivată este cuprinsă totdeauna, direct sau indirect, prin intermediul altor unități derivate într-o unitate ori-

ginară. De fapt termenul de societate nu se aplică integral decât unităților sociale originare, pe când cele derivate sunt simple despărțăminte sau subunități ale acestora.

Cea mai veche unitate socială de tip originar este grupul familial sau clanul, care, dezvoltându-se pe diferite planuri, a dus treptat la neam și națiune (pe plan etno-biologic și etno-politic), la sat și țară (pe plan ecologic și antropogeografic), la trib, cetate și stat (pe plan social și politic). În cadrul acestora au apărut prin diferențiere și specializare, o mulțime de unități sociale derivate, ca asociațiile și instituțiile educative, religioase, economice, culturale, juridice, politice, etc. Unitățile sociale originare care se dezvoltă cu vremea în unități de același tip, dar mai cuprinzătoare, își păstrează de obicei caracterul lor străvechiu și nu trec alături de unitățile sociale derivate. Familia sau satul își păstrează până azi caracterul lor de unități originare, cu toate că azi sunt cuprinse în neam, națiune, țară și stat, care au luat asupra lor multe din funcțiunile îndeplinite anterior numai de primele.

Unitățile sociale primare și secundare e bine să fie păstrate în știință în înțelesul stabilit de Cooley. Unele din unitățile originare sunt și primare, dar nu toate unitățile sociale primare sunt și originare. La fel se întâmplă și cu cele derivate și secundare. Statul este azi o unitate socială originară, dar are un caracter de grupare secundară, pe când cercurile simpatetice (cum sunt echipele de joc, prietenii, etc.) sunt unități sociale primare și totuși au un caracter de grupare derivată.

Importanța deosebită a familiei constă în faptul că este în același timp o unitate originară și primară, încât poate exercita o influență covârșitoare asupra membrilor ei. Același lucru se poate spune și despre neam, deși unele diferențe nu pot fi trecute cu vederea. Raportul între cele două realități, neam și familie, este interesant tocmai din punctul acesta de vedere.

Tratăm neamul înaintea familiei pentru că deși neamul porcede din familie, *societatea umană nu începe cu familia, ci cu neamul.* Sociologia animală constată o răspândire mult mai mare a familiei pe întreaga scară animală, adică a unor grupuri formate dintr'un cuplu sau numai dintr'o femelă și progeneriturile lor, decât a societății. *François Picard* precizează cu

bună dreptate că „o mamă inconjurată de pui ei nu constituie o societate; pentru ca aceasta să se constituie se mai cere ca generațiile tinere să rămână grupate și după ce încep să-și ajungă lor înseși... Familia înlesnește... nașterea societății, dar n'o creează... Ar fi corect să se admită că tocmai pentru că o specie e socială, indivizii dintr'o grupă au șansa de a fi uniți prin legături de sânge”.

„Din punct de vedere științific, este neîndoelnic că societatea a existat înaintea omului, sub forma unei societăți animale de antropoide”. (*M. Prenant*). Aceasta însemnează că omul s'a născut în societate, iar societatea l-a dus la legături precise de consangvinitate și la funcționarea familiei în lăuntrul ei. Prin legăturile de sânge ale mai multor familii sau prin conviețuirea descendenților dintr'o singură familie a luat naștere neamul. Acesta ne apare deci, după toate probabilitățile, ca cea dintâi formă de societate propriu zisă, care îmbină în mod fericit „inter-atrakția” pusă de *Étienne Rabaud* la baza vieții sociale, cu legăturile de familie izvorite din nevoia reproducerii. Neamul are deci un dublu caracter, de fenomen social și familial, sau mai exact, de fenomen social și biologic în același timp. Familia devine și ea, datorită societății, un fenomen social, pe lângă un fenomen profund biologic, dar spre deosebire de neam, care este dela început o formă de viață socială pe temeluri biologice, familia este o formă străveche de viață, devenită socială numai la unele din speciile sociale și mai ales la om. O diferență de nuanță, care nu este însă lipsită de importanță și de consecințe.

Un neam fiind dela început o formație de natură bio-socială, are o bază biologică mai largă. Rudenia de sânge este foarte importantă pentru originea neamului, dar ea poate slăbi într'o măsură oarecare în decursul dezvoltării, asimilând treptat indivizi din alte neamuri sau chiar grupe etnice întregi, făcând să devină neapărat prin aceasta alt neam. Faptul acesta se datorește împrejurării, pusă foarte clar în lumină de *Prof. Dr. I. Moldovan*, că neamul nu este numai o continuitate de sânge, deci o formație biologică, ci și „o comunitate de tradiție, spațiu și destin”. Atunci când comunitatea de sânge slăbește, bine înțeles fără să dispară complet, neamul poate dăinui pe baza

comunității de tradiție, spațiu și destin, dacă aceasta este destul de puternică pentru a putea compensa pierderile suferite pe plan biologic. În naștere astfel un echilibru dinamic între forțele biologice și cele sociale din compunerea neamului, izbutind ca unele să se sprijine pe celelalte și chiar să se compenseze în limitele unei scări oarecare, de sigur nu prea întinsă. Când comunitatea de sânge este foarte puternică, un neam se poate menține chiar dacă este lipsit de la o vreme de o tradiție comună sau de comunitatea unuia din celelalte elemente, spațiul și destinul, fiecare considerat în parte. Nu e mai puțin adevărat însă că o tradiție comună, un spațiu și un destin comun, dacă nu separat, dar în mod sigur toate la un loc, pot contopi mai multe neamuri într'un singur neam sau pot face un neam dintr'o populație de strânsură, genetic complet eterogenă. Cu alte cuvinte, dacă comunitatea de sânge poate duce la comunitatea socială, comunitatea socială poate și ea să ducă la comunitatea de sânge, neamul fiind de fapt în același timp o comunitate de sânge și o comunitate socială.

Prin această precizare înțelegem în mod exact istoria popoarelor care ne arată neamurile nu ca pe realități formate odată pentru totdeauna, ci ca pe realități vii, în continuă prefacere, naștere, dezvoltare și înflorire, dar și contopire, decădere și chiar dispariție.

Dacă urmărim istoria popoarelor, ne putem da foarte ușor seama de acest adevăr. Multe neamuri s'au contopit între ele, dând naștere altor neamuri, și multe au dispărut fără urme vizibile, pierzându-se în masa ereditară a altor neamuri. Au rezistat în istorie și și-au păstrat caracterele lor specifice pe de o parte neamurile care au trăit izolat, dar în detrimentul dezvoltării lor politice și spirituale, pe de altă parte neamurile cu civilizație puternică și o cultură superioară, care au asimilat treptat toate popoarele cu care au venit în contact. Din faptul acesta reiese clar *funcția protectoare a tradiției*, adică a civilizației și a culturii, pentru dăinuirea și dezvoltarea normală a unui neam. Fără îndoială, dezvoltarea unui neam poate să străbată și momente revoluționare, necesare pentru restructurarea elementelor dobândite în decursul evoluției, a transformării cantității în calitate, dar revoluțiile sociale sunt cu atât

mai avantajoase, cu cât tradiția unui popor este mai bogată și mai sănătoasă.

Sociologia familiei este intrucâtva diferită: Familia fiind o unitate restrânsă, nu are nici stabilitatea, nici durata, în principiu nelimitată, a neamului. O familie compusă dintr'un cuplu generator (soț și soție) și din descendenții în viață, se reînnoiește biologic cu fiecare nouă căsătorie, prin care intră în complexul familial pentru fiecare membru căsătorit câte un membru străin, cu altă linie ereditară, adică din altă familie. În afară de familiile incestuoase, netolerate ca regulă generală, de nici una din societățile umane cunoscute până în prezent, orice familie este un sistem de unire și impletire, generație de generație, a unor linii ereditare perfect distincte: linia maternă și linia paternă. Din acest punct de vedere familia și neamul se dezvoltă în sens invers: cu cât o familie este urmărită pe mai multe generații, cu atât compoziția ei genetică este mai diversă, o generație compusă din copii (frați și surori) necăsătoriți, fiind de fapt singura unitate omogenă; cu cât însă un neam a avut o perioadă mai lungă de dezvoltare, cu atât șansele de a găsi tuturor membrilor săi o ascendență comună sau cel puțin un grad oarecare de înrudire, sunt mai mari.

De aici situația în aparență paradoxală, că pe treapta neamului, care este oarecum macroscopică, unitatea biologică poate fi mai mare decât pe treapta familială, de natură microscopică. În cadrul neamului toate familiile pot fi înrudite și în general sunt, pe când în cadrul familiei, fiecare căsătorie aduce o persoană străină, cu o linie ereditară de altă natură. De aceea între familie și neam sunt relații corelative, de determinare reciprocă, nu uniliniare sau univoce. *Neamul depinde de familie în aceeași măsură în care depinde și familia de neam, ele fiind de fapt, în limitele anumitor grade de evoluție, contopite în cadrul unei singure realități bio.socio-culturale.*

Un neam nu poate lua naștere și nu poate dăinui fără o baza familială, dar și evoluția familiei depinde de unitatea mai mare în care este încadrată.

Deosebirea mare dintre familia sătească de tip arhaic și familia urbană de tip modern nu provine din însăși structura familiei, ci din diferențele dintre unitățile sociale mai mari

înăuntrul cărora se dezvoltă și care le modifică în mod inevitabil după structura lor. Aceste unități sunt *satul și orașul*. O scurtă analiză a acestora ne va lămuri deci și problema socială a familiei.

De unde se trage puterea satului de a încheia viața de familie și de unde puterea orașului de a o dizolva până aproape de totala ei desființare? Răspunsul la această întrebare are o foarte mare valoare bio-politică pentru că el va trebui să ne arate posibilitățile unei intervenții eficiente în dezvoltarea familiei, în scopul de a-i întări funcțiunile sociale binefăcătoare și de a-i opri desagregarea cu un ceas mai devreme.

Satul este o unitate socială originară și primară, ca și familia, încât în chip normal influențele lui asupra acesteia sunt armonioase și întăritoare. Satul, până la un anumit nivel de civilizație, și-a ajuns sie însuși, formând o lume închisă, autarhică, cu foarte puține legături în afară. Caracterul acesta este însă un rezultat, nu un fapt independent și izvorăște fără îndoială mai ales din genul satului de a-și câștiga existența. În fond virtuțile satului purced din *agricultură*, care a legat anumite grupuri de oameni de o întindere oarecare de pământ și le-a dat posibilitatea să ducă o viață simplă, dar tihnită, fără să fie nevoite să rățească după hrană dintr'o parte într'alta și fără să fie nevoite să recurgă la schimburi de produse cu alte unități economice. Gospodăria agricolă de tip arhaic era capabilă să producă toate cele necesare vieții, dela hrană și locuință, până la îmbrăcăminte și încălțăminte, încât lega familia laolaltă și-i dădea un caracter pronunțat de independență și autarhie. Puținele funcțiuni economice pe care nu le putea îndeplini gospodăria familială, erau preluate de meșteri din sat, de obicei țărani cu diferite ocupații lăturale, specializați în meserii mai mult pe bază de aptitudini și ucenicie locală, decât de învățătură în alte părți.

Gospodăriile țărănești, cu tot caracterul lor relativ autarhic, nu au putut să trăiască izolat. Ele fiind cuprinse în unitatea teritorială a satului, au fost nevoite să lege numeroase relații de vecinătate, de cooperare, de administrație comună și chiar de justiție și organizare politică. Mai presus de toate, satul a devenit însă o *unitate matrimonială*. Prin căsătoriile

efectuate ani de-a-rândul înăuntrul satului, familiile din compunerea lui au ajuns să se înrudească aproape în întregime, formând o unitate biologică foarte strânsă. De aceea, indiferent cum ia naștere un sat, dintr'o singură matcă familială, cum s'a petrecut probabil mai des la început, sau dintr'o populație de strânsură, cum s'a întâmplat mai târziu, el termină prin a-și înrudi toate familiile și a le îmbina într'o singură unitate bio-socială.

Relațiile matrimoniale au fost întărite de relațiile *patrimoniale*. Gospodăria, adică pământul și căminul, fiind proprietatea familiilor, a devenit elementul de unire cel mai puternic al lor, atât între membrii actuali, cât și între generațiile succesive. Gospodăria acorda tuturor membrilor familiei un adăpost și toate cele necesare vieții, încât nimeni nu se desprindea cu ușurință de ea, iar dacă o făcea, căuta să se încadreze în altă gospodărie, prin legături de căsătorie, ducând cu el și o parte din zestrea părintească. Cum pământul nu putea fi dus dintr'o localitate în alta, sătenii au căutat în chip normal să se căsătorească în același sat, sau cel mult, și numai în cazuri excepționale, în satele învecinate. Prin urmare structura economică a contribuit în mod simțitor la întărirea familiei și la unitatea biologică și socială a satului arhaic, care își prelungește zilele sub diferite forme până în vremurile noastre.

Situația în orașul modern este cu totul diferită. Mai întâi dispune unitatea de ocupație a familiei. Această nu-și mai câștigă existența într'o singură gospodărie, încât munca zilnică separă pe soț de soție și pe părinți de copii. Copiii, având de obicei altă ocupație decât părinții, se detașează treptat de ei. Proprietatea fiind mai mult de natură mobilă decât imobiliară, este nu numai divizibilă la nesfârșit, dar portabilă prin definiție, încât nu mai constituie un cheag pentru viața de familie și nici un element de continuitate. Copiii nu mai sunt, ca la sat, ajutoare la lucru și asigurare pentru bătrânețe, ci o simplă povară care scade standardul de viață al familiei, fără nici o compensație palpabilă. Orașul, care este o unitate socială derivată și secundară, o asociație, nu o comunitate, nu mai exercită nici un control serios asupra indivizilor, încât aceștia se desprind de orice viață comunitară și fac din propria lor

existență singurul scop al vieții. Familia lăsată la forțele ei fiziologice, redusă la niște ființe cu instincte slăbite, fără sprijinul și îmboldul unei comunități protectoare, cum este satul și neamul, decade treptat și devine un simplu instrument de plăcere și de satisfacere a unor interese individuale.

Din această analiză nu putem trage decât o singură concluzie: *bio-politica, adică acțiunea conștientă a omului de a promova viața, trebuie să-și îndrepte toate puterile spre regenerarea familiei, dar pentru a atinge acest scop, ea trebuie să tindă la reorganizarea întregii vieți sociale și mai ales să asigure o bază comunitară familiei, adică o încadrare a indivizilor într-o rânduială socială care să le micșoreze egoismul și să-i deschidă din nou spre interesele superioare ale obștei.* Noua ordine socială pe care omenirea zilelor noastre o caută din răspuțeri, nu poate însemna o revenire la trecut, pentru că evoluția socială, ca orice evoluție, este *irreversibilă*, dar trebuie să-și asigure o bază obștească, nu individualistă, pe modelul neamului și al satului, nu pe modelul națiunii și al orașului. Se înțelege că nimeni nu poate face abstracție de prezența națiunilor și a orașelor în viața omenirii, dar ele nu pot fi transformate în genuri mai înalte de viață. Națiunea și orașul au fost forme de viață tot atât de necesare ca neamul și satul, de aceea contradicția dintre cele două categorii de realități nu trebuie să dispară prin simpla suprimare a uneia în folosul celeilalte, ceea ce nici nu este posibil, ci prin îmbinarea lor într-o organizație sintetică, pe baza unui echilibru dinamic de tip superior, care să le depășească în esență pe amândouă, dar care să le păstreze și să le desvolte deopotrivă toate însușirile favorabile. Care anume va fi forma aceasta superioară de viață și dacă ea va însemna într'adevăr un progres bio-social, depinde de structura fiecărui neam și de înțelepciunea conducătorilor săi politici.

Despre esența anabolică a vieții

de
Dr. M. SULICĂ

Este o constatare curentă că deoarece viața nu ne este cunoscută în esența ei, ci numai prin manifestările cu care se prezintă în fața mijloacelor noastre de cunoaștere, — nu putem formula în privința ei decât legi empirice, degajate prin selecționarea acestor manifestări după criteriul universalului și permanentului. Așa am procedat și noi într-o „Incercare de sinteză a legilor vieții”¹⁾, ajungând la concluzia că există o serie de manifestări ale vieții pe care, în virtutea permanenței și generalității lor, suntem îndreptățiți să le ridicăm la rangul de legi: *continuarea vieții* ca imperativ suprem, și apoi *concretizarea materială, variațiunea cu diferențierea și evoluția* legată de ea, *echilibrul biologic, integrarea, continuitatea și ereditatea*, ca condiții și expresii ale continuării vieții. Într-adevăr, continuarea vieții este posibilă numai grație colaborării celorlalte permanente: concretizarea materială, variațiunea și — în cadrul ei — diferențierea, echilibrul biologic și integrarea, continuitatea și ereditatea, iar această colaborare rezultă dintr-o condiționare ciclică a acestor permanente: concretizarea materială constituie substratul variațiunii și diferențierii; aceasta implică echilibrul biologic care duce la integrare; din ea rezultă continuitatea ca suport al eredității, împreună reprezentând condiția noilor concretizări diferențiate. Pe baza acestor însușiri am putea chiar da o definiție de ordin pur formal, spunând că *viața este un principiu de natură necunoscută cu concretizare materială diferențiată, care prin integrarea echilibrată a diferențierilor sale își asigură o continuitate similară și prin aceasta este în stare să se continue indefinit.*

În lumina celor spuse se înțelege că atunci când se pune problema de a aprecia caracterul *vital* sau *antivital* al unei acțiuni sau al unei situații, singurul criteriu îl constituie tocmai legile de mai sus, în sensul că *vital* este tot ce se conformează imperativelor fundamentale ale vieții, iar *antivital* este tot ce li se opune sau acționează împotriva lor.

¹⁾ Bul. eug. și biopol. XVII, 1946.

Este însă evident că — tocmai pentru că legile biologice menționate nu exprimă decât manifestările vieții și nu însăși esența ei, — aplicabilitatea lor științifică și practică — deși în general incontestabilă — rămâne totuși susceptibilă de interpretări sau valorificări eronate.

Din acest motiv, dar mai ales sub impulsul tendinței firești de a împinge cunoașterea cât mai departe, spiritul omenesc nu s'a putut resemna să rămână dincoace de aspectul *formal* al vieții, ci a încercat să abordeze substratul ei *dinamic* în speranța de a surprinde însăși esența vieții. Această încercare — indiferent dacă s'a făcut pe căi științifice sau metafizice — nu a putut trece până acum de stadiul unor simple ipoteze de lucru sau al unor formule personale, și nici nu există pentru moment perspectiva de a se ajunge la o soluție generală și definitiv valabilă.

Rămânând în domeniul faptelor pozitive și controlabile, am remarcat și noi în lucrarea menționată, că există o proprietate a vieții care depășește caracterul unei simple manifestări, pătrundând mai adânc în însăși esența vieții: *echilibrul dinamic între forțe antagoniste*. Dl Prof. Moldovan²⁾ a subliniat valoarea generală și esențială pe care echilibrul dinamic între forțe antagoniste o are pentru viață: „Un caracter esențial și o condiție de bază a vieții este alternanța și tensiunea continuă între forțe antagoniste, care se condiționează reciproc”, echilibrul dinamic reprezentând „o lege de sinteză și coordonare a multor norme parțiale care hotărăsc evoluția”. Am încercat și noi în altă lucrare³⁾ să dăm un conținut concret și unitar acestei legi, a cărei valabilitate generală era indiscutabilă, și am ajuns la concluzia că „însuși fundamentul vieții este un cuplu de tendințe contrare, reprezentat prin antagonismul mereu activ între *tendințele vitale* și *tendințele antivital*, concretizat în antagonismul dintre *anabolism* și *catabolism*”. Am atins prin aceasta o problemă care — depășind aspectul fenomenologic al vieții — vedește o strânsă conexiune cu resorturile ei intime, anume problema *esenței anabolice a vieții*.

²⁾ I. Moldovan, *Despre legile vieții*. Bul. eug. și biopol. XIII, 1942. XV, 1944.

³⁾ M. Sulică, *Despre legea echilibrului dinamic*. Bul. eug. și biopol.

Concepția energetică a vieții este de mult un bun câștigat al biologiei teoretice, și în cadrul ei esența anabolică a vieții a fost adeseori menționată, implicit sau explicit. Deoarece însă — după impresia noastră — ea nu a fost suficient exploatată nici pentru speculațiile teoretice asupra originii și esenței vieții, și nici pentru aprecierea practică a ceea ce este vital sau anti-vital, credem interesant să reluăm problema, examinând în mod sumar raportul dintre metabolismul energetic și substratul dinamic al vieții, și cercetând întru cât concluziile desprinse ar putea contribui la o mai justă apreciere a ceea ce trebuie considerat ca vital sau anti-vital.

* * *

Argumentele pe care le vom invoca în sprijinul esenței anabolice a vieții, aparțin la trei planuri diferite și sunt reprezentate prin:

1. Concluzii de ordin general sugerate de confruntarea din punct de vedere energetic al lumii vii și a lumii nevie, pe de o parte, și de analiza sub raport energetic a procesului vital însuși, pe de altă parte;
2. Considerațiuni ipotetice cu privire la geneza și evoluția inițială a vieții;
3. Observațiuni concrete din domeniul biologiei speciale.

1. *Considerațiuni de ordin energetic asupra vieții și a raporturilor sale cu lumea nevie*

Cei mai mulți fizicieni și biologi sunt de acord că din punct de vedere energetic există o deosebire esențială între lumea vie și lumea nevie. În timp ce în lumea nevie evoluția materiei și a energiei stă sub imperiul celei de a doua legi a termodinamicii, sau al legii entropiei, producându-se o desagregare treptată a structurilor complexe cu omogenizare materială, concomitent cu o nivelare progresivă a diferențelor energetice cu dispersarea maximă a energiei, — lumea vie se caracterizează prin tendința ei constructivă, organizatoare, cu realizare de sinteze materiale, paralel cu înmagazinarea și concentrarea energiei în structurile complexe.

Autori mai vechi ca *Helmholtz*, *Auerbach*, *Tschermak*—*Seysenck*, *Zwadermaker*, și-au manifestat înțoloiala față de valabilitatea legii a doua a termodinamicii în biologie, obiectând că existența reacțiunilor reversibile, a proceselor ciclice și mai ales a metabolismului în cadrul vieții sunt incompatibile cu aplicabilitatea acestei legi. Pentru *Tschermak* capacitatea materiei vii de a se modifica în mod autonom prin asimilare și desasimilare, în timp ce în mediul neanimat nu există decât entropie, constituie o deosebire incontestabilă. *Doflein* ajunge la aceeași concluzie și consideră organismul viu ca un *perpetuum mobile*⁴⁾. *G. Hirth* opune entropiei *ectropia* ca o activare a energiei prin concentrare, iar *Auerbach* consideră organismele ca sisteme ce acționează ectropic, ca „bastioane împotriva puterilor distrugătoare ale universului; viața este o organizație pe care natura și-a creat-o în lupta contra devalorizării energiei”⁵⁾.

În sintezele mai recente de biologie teoretică regăsim aceeași idee. *Lefèvre*⁶⁾ spune că „...în torentul universal de degradare, materia — antrenată în mod fatal spre totală compenetrațiune, spre omogenitate perfectă și egalitate absolută — este pasivă și inertă: ea se supune. Această inerție a materiei este legea universală căreia — se pare — nimic nu-i poate rezista. Ori, iată că — ridicându-se împotriva ei, scăpând inerției comune, grație unci puteri care le este proprie, — ne apar anumite sisteme materiale, care — departe de a fi pierdute în degradarea generală — se mențin și se apără, luptând fără întrerupere contra forțelor disolvante care le asaltează... Aceste sisteme extraordinare sunt *fânțele viețuitoare*”.

*Rhumler*⁷⁾ remarcă de asemenea că „în opoziție cu entropia fizicienilor, cu devalorizarea prin dispersarea a energiei sub raportul utilizării sale în procesele cosmice anorganismice, se vorbește de *ectropia* sau *ectropismul* transformărilor energetice în procesele organismice. Această ectropie nu este altceva decât capacitatea de acțiune a energiei, care se realizează prin înmagazinarea de energie potențială în metabolismul organismic pe baza achiziționării de alimente”.

Ideia naturii constructive, creatoare, a vieții o întâlnim și la *Woltereck*⁸⁾, care însă atribuie această calitate procesului cosmic în întregime. „Procesul global este orientat spre complicare crescândă, spre sporirea mai cu seamă a organizațiilor vii, spre concentrare energetică și structurală, spre mărirea varietății speciilor de plante și animale și în sfârșit spre individualizarea omului, cu alte cuvinte spre *anamorfoză*, care este tocmai contrariul nivelării entropice”.

4) V. Ruzicka, *La seconde loi de la thermodynamique s'applique-t-elle à la matière vivante?* In *Studies of general biology*. Praga, 1927—1931.

5) Schmidt, *Philosophisches Wörterbuch*. Stuttgart, 1920.

6) J. Lefèvre, *Manuel critique de biologie*. Paris, 1938.

7) L. Rhumler, *Anorganisch-organismische Grenzfragen des Lebens*. In *Das Lebensproblem*. Leipzig, 1931.

8) R. Woltereck, *Ontologie des Lebendigen*. Stuttgart, 1940.

Să cităm și câteva afirmații din literatura biologică românească. E. Angelescu⁹⁾ spune că „sistemul fizico-chimic care reprezintă mediul în care se desfășoară viața, ar evolua, în absența ei, spre echilibrul termodinamic; sub acțiunea Vieții evoluția aceasta fatală este întârziată. Aceasta nu însemnează că fenomenele fizico-chimice care se produc în legătură cu viața nu sunt supuse legilor termodinamice, ci însemnează numai că o parte din energia liberă a mediului, care s'ar risipi sub formă de căldură, este acumulată în anumite centre care constituie celulele viei“.

Și mai explicit găsim formulată ideea la R. Codreanu¹⁰⁾, care afirmă că „vieța apare ca un proces de expansiune cuceritoare a diferitelor medii ale planetei noastre, ca o înlanțuire nesfârșită de transformări constructive, ce par a desfiide legea entropiei, care comandă evoluția degradantă a sistemelor organice“.

Aceste câteva citate ilustrează recunoașterea curentă a faptului că între vieța și non-vieța există o esențială deosebire de natură energetică, prima manifestând o evidentă tendință anabolică, iar a doua vădind o ineluctabilă evoluție catabolizantă, că — cu alte cuvinte — *în contrast cu mediul neviu vieța se caracterizează prin capacitatea sa anabolică*.

Această constatare nu exprimă însă decât aspectul exterior al raporturilor dintre vieța și mediul neviu. În realitate vieța și non-vieța nu se găsesc în raport de simplă coexistență independentă, ci dimpotrivă sunt strâns angrenate. Cel mai evident aspect al raporturilor dintre ele este de sigur antagonismul direct: vieța caută să asimilizeze mediul neviu în sensul străduințelor sale constructive, în timp ce mediul cosmic tinde să cuprindă în evoluția sa disolvantă toate sintezele realizate de vieța. Astfel, *în timp ce anabolismul constituie însăși condiția vieții, catabolismul imprimă mediului un caracter nef antivital*. Acest antagonism nu are însă un joc nelimitat, căci — după cum însăși persistența vieții și a mediului neviu o arată — nici vieța nu este în stare să consume întreg mediul fizic, dar nici acesta nu reușește să anuleze total opera constructivă a vieții. Tendințele energetice antagoniste ale vieții și ale mediului neviu se mențin într'un compromis, care are la bază intercondiționarea lor, adică faptul că — în ciuda antagonismului — fiecare din

⁹⁾ E. Angelescu, *Circuitul materiei comandat de viață*. În *Materia și Viața*. București, 1944.

¹⁰⁾ R. Codreanu, *Evoluția ființelor organizate*. În *Materia și Viața*. București, 1944.

ele trăește de fapt pe seama celeilalte; mediul furnizează vieții anabolizante materie și energie, dobândind prin aceasta o valoare vitală, în timp ce tendința universală de degradare găsește în substanța vie o nepuizabilă sursă de alimentare. Din această condiționare reciprocă — cu valoare de mecanism regulator — derivă echilibrul dinamic, care imprimă raporturilor dintre viață și non-viață un cadru și un nivel relativ constant.

Chiar și astfel precizate raporturile energetice dintre viață și mediul neviu, caracterul anabolic al vieții nu rămâne mai puțin evident.

Dar simpla constatare a naturii anabolice a vieții nu epuizează toate laturile problemei, ci dimpotrivă ridică unele întrebări ce se cer luate în considerare.

În primul rând, viața — considerată de astă dată în sine, independent de mediul neviu — nu este numai anabolism. În cadrul metabolismului vital, alături de procesele anabolice generatoare de sinteze materiale și concentrări energetice, au loc *processe catabolice*, realizând desagregări materiale cu eliberare de energie. Coexistența celor două procese metabolice o întâlnim în viața oricărei celule, fie ea ființă de sine stătătoare sau element component al unui organism pluricelular, întreținută prin mijloacele mai simple inerente acestui grad de organizare. Aceeași dualitate metabolică o găsim însă și în viața globală a organismului superior, solidarizând toate componentele elementare și fiind dirijată de mecanisme perfecționate, distincte pentru cele două procese, sistemul neuroendocrin anabolic comandând activitatea anabolică a organismului, iar sistemul neuroendocrin catabolic controlând procesele catabolice. Considerând viața în sine, vom găsi prin urmare în prezență aceleași două tendințe, anabolismul și catabolismul, pe care le-am văzut înfruntându-se în antagonismul dintre lumea vie și lumea nevie, de astă dată reunite în cadrul fenomenului unic care este viața. Catabolismul, pe care l-am cunoscut mai sus ca o proprietate a mediului neviu cu net caracter antivital, îl regăsim înglobat în însuși procesul fundamental al vieții, alături de anabolismul prin excelență vital.

În al doilea rând, anabolismul, recunoscut ca reprezentativ pentru viață, trebuie să răspundă condiției de „perpetuum

mobile" care cu drept cuvânt i-a fost atribuită acesteia, ceea ce pune problema existenței unei surse și a unui mecanism, care să-i asigure persistența și continuitatea.

Recunoașterea esenței anabolice a vieții ridică prin urmare două chestiuni:

1. Care este rostul catabolismului în cuprinsul vieții;
2. Care este mecanismul de întreținere a anabolismului.

În lumina cunoștințelor noastre actuale, cele două întrebări se rezolvă într'un singur răspuns. *Catabolismul face parte integrantă din procesul vital și el este acela care asigură perpetuitatea anabolismului.* Pentru a înțelege mai bine acest lucru, este nevoie să analizăm raporturile dintre cele două componente ale metabolismului vital, care se desfășoară paralel atât la nivelul celulei, cât și pe planul vieții globale a organismului.

Un prim aspect al raporturilor îl constituie de sigur *antagonismul*. Considerate izolat, anabolismul și catabolismul desfășurate în cuprinsul organismului apar net opuse în tendință și rezultat: primul construiește, al doilea distruge. Materia sintetizată de anabolism este descompusă de catabolism, iar energia acumulată de primul este eliberată de al doilea. Dacă acest antagonism este mai puțin manifest în perioadele de echilibru staționar ale metabolismului individual, el devine evident în acele momente sau stări ale organismului în care unul dintre procesele metabolice îl depășește pe celălalt. Astfel, în dezvoltarea organismului dela stadiul de ou la starea adultă, caracterizată prin predominanța anabolismului asupra catabolismului, oricât de active ar fi procesele catabolice, ele sunt covârșite de tendința constructivă, — după cum în bătrânețe sau boli consumptive, în care catabolismul preia conducerea, orice efort constructiv al asimilării este contracarat și anihilat de desasimilare, care câștigă o preeminență crescândă. Pentru viața organismului nu este însă de egală semnificație preponderența anabolismului sau a catabolismului. Căci dacă supremația anabolismului în timpul dezvoltării individuale reprezintă perioada de plină realizare a vieții, faza catabolică echivalează cu o devitalizare treptată, care se termină cu moartea. Rezultă de aci că în cuprinsul organismului viu anabolismul și catabolismul

sunt procese antagoniste și că în cadrul acestui antagonism anabolismul promovează viața, iar catabolismul o subminează.

Adversitatea dintre cele două procese care constituie metabolismul vital nu este însă nici atât de absolută și nici atât de funestă după cum apare din considerarea lor izolată. În realitate, ele sunt strâns legate și intim împletite în procesul vital prin faptul că dacă într'adevăr activitatea catabolică se alimentează din sintezele materiale și acumulările energetice realizate de anabolism, acesta din urmă își trage capacitatea sa constructivă tocmai din energia eliberată de catabolism. Al doilea aspect al raporturilor dintre anabolismul și catabolismul intraorganismic îl constituie deci *condiționarea reciprocă*, în virtutea căreia — deși în continuă luptă — *fiecare reprezintă condiția de persistență a celuilalt*.

Din condiționarea reciprocă a celor două tendințe metabolice antagoniste decurge a treia caracteristică a raporturilor dintre ele: *echilibrul dinamic*. Deoarece termenii cuplului anabolism-catabolism se condiționează reciproc, ceea ce constituie un mecanism de autoreglare, — ei realizează un echilibru dinamic, care menține forțele antagoniste la un nivel apropiat, apără cuplul metabolic de o dezechilibrare totală și ireversibilă sub influența diversilor factori externi și prin aceasta îi conferă proprietatea autonomiei și a durabilității.

Totalizând aceste trei aspecte ale raporturilor dintre anabolismul și catabolismul organic, vom spune că acestea reprezintă un cuplu de forțe antagoniste, una constructivă și cealaltă distructivă, care se echilibrează dinamic pe calea condiționării reciproce și își asigură prin aceasta o oarecare autonomie și durabilitate.

Această ultimă constatare ar putea da impresia că în cadrul vieții anabolismul și catabolismul reprezintă activități de egală forță și valoare. Ori, acest lucru nu corespunde realității. Este adevărat că dacă urmărim jocul reciproc al celor două activități metabolice în cursul vieții individuale, vedem că în timp ce în prima fază anabolismul predomină, realizând șirul neîntrerupt de procese constructive care caracterizează maturizarea individuală și reproducerea, în a doua fază a vieții catabolismul depășește tot mai mult anabolismul, sfârșind prin a-l

disolva în moarte. Curba metabolică a existenței individuale are de fapt o parte ascendentă, în care anabolismul surclasează catabolismul, și una descendentă, în care catabolismul își ia o revanșă completă. Dar spiritul biologiei moderne ne împiedecă să cădem în greșala de a vedea în existența individuală o expresie integrală a vieții și de a extinde concluziile dela viața individuală asupra vieții în general. Vieța, în considerarea ei reală și completă, implică totalitatea spațială și temporală a concretizărilor vitale dela apariția lor pe pământ și până într'un viitor nedefinit. Vieța este un fenomen unic, caracterizat prin continuitatea și perenitatea lui, prin evoluția lui progresivă dela forme și activități simple spre concretizări și manifestări complexe. În acest curent neîntrerupt individul este numai un purtător și transmitător efemer al vieții. În această calitate existența individuală are semnificație vitală numai prin acea perioadă a ei în care se pregătește și se realizează transmiterea mai departe a vieții. Din existența individuală vieța adevărată este numai răstimpul maturizării și realizării optime a reproducerii. Dincolo de această perioadă individul devine un deșeu inutil pentru viața globală, lipsit prin urmare de valoare vitală. Aceasta însemnează însă că *din existența individuală, cu adevărat vitală este numai faza dominată de anabolism, în timp ce a doua fază, în care catabolismul câștigă întâietate, nu mai reprezintă propriu zis viața*. Din cele două porțiuni ale curbei metabolice individuale, numai cea ascendentă, anabolică, este viața, pe când cea descendentă, catabolică, este moarte. Dacă pe de altă parte considerăm viața în întregimea și continuitatea ei, realizată prin succesiunea nesfârșită a existențelor individuale, trebuie să recunoaștem că evoluția ei nu numai că nu cunoaște declin, ci că dimpotrivă complicarea structurală și energetică care o caracterizează marchează o continuă ascensiune anabolică.

Astfel privită problema, se înțelege că dintre cele două componente ale metabolismului vital, *forța dominantă este anabolismul*. În coexistența sa echilibrată dinamic cu catabolismul, acesta din urmă are o valoare net subordonată, cu rostul exclusiv de sursă și mecanism de întreținere a anabolismului. Catabolismul este de sigur integrat vieții, dar este în continuu de-

pășit de anabolism, căruia îi servește ca condiție de realizare. *Numai în acest sens și în această măsură catabolismul este vital.* Ori de câte ori catabolismul depășește rolul său subordonat de alimentare a anabolismului, el devine antivital. În evoluția normală a vieții el devine predominant numai în momente care de fapt cad înafara ciclului global al vieții, și în aceste ocazii el își manifestă tendința sa originară, care este distrugerea, adică moartea.

În concluzie, *viețea* — considerată în evoluția sa accesibilă cunoașterii omenești — ne apare ca *un echilibru dinamic între anabolism și catabolism, cu preponderența permanentă a anabolismului, care utilizează catabolismul numai cu substrat generator și de care nu se lasă niciodată învins.*

Comparând concluziile degajate din confruntarea sub raport energetic a lumii vii și a lumii neviei, cu constatările furnizate de analiza substratului energetic al procesului vital în-suși, — vom remarca o corespondență care nu poate scăpa nimănui. Ambele unghiuri de vedere conduc la concluzia generală că, *atât în raporturile dintre viață și mediu! neviu, cât și în cuprinsul vieții, anabolismul și catabolismul apar ca forțe antagoniste, dar anabolismul — condiție esențială a vieții — subordonează catabolismul, în sine antivital, atât pe cel cosmic, cât și pe cel intraorganismic, exploatându-l ca sursă și mecanism de întreținere și apărându-se de exagerarea lui antivitală.*

2. Condițiile energetice ale genezei și persistenței vieții

Faptul că analizând două probleme atât de diferite cum este aceea a raporturilor dintre lumea vie și lumea nevie pe de o parte, și aceea a substratului metabolic al vieții pe de altă parte, ajungem la constatările comune pe care le-am amintit: *antagonismul dintre anabolism și catabolism, valoarea vitală a anabolismului și acțiunea antivitală a catabolismului, și în stârșit predominanța anabolismului vital asupra catabolismului antivital,* — ne arată că între viață și non-viață demarcarea nu este atât de adâncă, cum suntem în general dispuși să credem. Există dimpotrivă puncte de legătură care ne obligă să acordăm o atenție mai mare relațiilor dintre organismul viu

și mediu, să ne adresăm fazelor mai vechi din evoluția vieții în care aceste relații erau mai strânse, și în cele din urmă ne conduce — vrând-nevrând — spre problema originii și esenței vieții. De altfel, această cale întoarsă ne este impusă și de norma metodologică dominantă a biologiei moderne, aceea a considerării genetice a fenomenelor actuale, care ne spune că înțelegerea acestor fenomene nu este posibilă dacă nu cercetăm procesul devenirii lor.

De fapt, cercetarea relațiilor actuale ale ființelor evoluuate cu mediul fizic nu este în măsură să ne descopere realitatea esențială a problemei. Pe lângă o serie de aspecte indiscutabile, ele conțin și o notă înșelătoare, față de care trebuie să fim avertizați.

În general, raporturile actuale ale ființelor superioare, în speță ale omului, cu mediul neviu, prezintă un dublu aspect: pe de o parte o exploatare masivă a mediului de către organisme, care își extrag de acolo materia și energia necesară sintezelor vitale, și pe de altă parte o izolare defensivă netă a organismului, realizată prin cele mai perfecționate mecanisme fiziologice sau artificiale, față de acțiunea antivitală a mediului. Funcțiuni complicate asigură o utilizare maximă a mediului în folosul tendințelor anabolice ale vieții, în timp ce alte mecanisme, de regulare și tamponare, reduc la minimum acțiunea catabolizantă, antivitală, a mediului. În total, antagonismul dintre organism și mediu pare deviat în favoarea organismului, care a ajuns la o capacitate maximă de asimilare a mediului, și în același timp a parvenit să minimalizeze amenințarea antivitală a mediului catabolizant.

Din punct de vedere energetic termenii sunt astfel net delimitați: pe de o parte organismul viu, cu metabolismul său propriu, incluzând procese anabolice și catabolice, pe de altă parte mediul neviu cu tendințele sale catabolizante. În cadrul metabolismului organic, catabolismul apare conciliat cu anabolismul, căruia îi furnizează energia necesară, și cele două procese se prezintă solidarizate în serviciul vieții, colaborând la lupta organismului împotriva acțiunii antivitală a mediului. Distingem astfel în cuplul organism-mediu un anabolism, acela al organismului, și două catabolisme, dintre care unul este integrat

vieții și aservit acesteia, iar al doilea aparține mediului și constituie un factor antivital. Antagonismul pare să se rezume numai la raporturile dintre organism și mediu, anabolismul organic alimentat de catabolismul organic străduindu-se să acapareze mediul și totodată să se apere de tendința sa distructivă. În general, raporturile dintre organism și mediu se soldază cu o dominație indiscutabilă a organismului și cu o atenuare considerabilă a pericolului pe care îl reprezintă catabolismul antivital al mediului.

Aceste aspecte favorabile ale raporturilor dintre ființele superioare și mediul cosmic, corespund în majoritatea lor unor condiții reale, rezultate din perfecționarea progresivă a vieții, dar cuprind și o parte de aparență, care maschează unele realități originare mai puțin liniștitoare, care nu au dispărut complet, și care de obicei nu scapă. Este de aceea nevoe să ținem în evidență și formele inițiale ale raporturilor dintre viață și non-viață, care — indiferent de amplificările și perfecționările ulterioare — nu au încetat de a constitui substratul esențial și permanent al acestor raporturi.

De fapt, relațiile dintre organismul viu și mediul neviu nu s'au prezentat totdeauna sub aspectul caracteristic ființelor superioare, după cum ele nu sunt valabile ca atare nici pentru ființele actuale mai puțin evoluat. Cu cât mergem mai înapoi, sau mai jos, pe scara evoluției viețuitoarelor, cu atât constatăm că circumstanțele de ordin energetic, atât din cuprinsul vieții cât și din raporturile dintre organism și mediu, se apropie mai mult de aspectele generale pe care le-am enunțat la început.

Intr'adevăr, dacă luăm cazul unei ființe unicelulare, va trebui să admitem că relațiile ei cu mediul sunt mai defavorabile ca în cazul ființelor superioare. Izolarea de mediu este mai precară, posibilitățile defensive mai reduse, mecanismele de tamponare a acțiunilor externe mai rudimentare și mai puțin eficace și — în general — amenințarea acțiunii antivitale a mediului mult mai mare. În aceste împrejurări catabolismul mediului se face în mai mare măsură simțit în viața organismului, ținând într-o dependență mai directă catabolismul organic și imprimându-i mai des un efect antianabolic în locul funcțiunii de a asigura în orice condiții anabolismul. Anabolismul la rân-

dul lui vine într'un contact mai imediat și se alimentează mai direct din mediul neviu, dar în același timp este mai puțin protejat de influențele inhibitoare sau anihilante ale mediului și insuficient servit de catabolismul propriului său organism. Tocmai aceste împrejurări scot însă în relief superioritatea esențială a anabolismului, care asigură perpetuarea vieții.

Urmând această cale întoarsă pe scara evoluției vieții, cunoașterea științifică pierde la un moment dat terenul concret, dar logica este tentată să meargă mai departe pe linia indicată de constatările pozitive, pătrunzând în domeniul ipotetic al originii și esenței ultime a vieții. La capătul acestei retrospecțiuni logice pe linia concepției anabolice a vieții, se prezintă o ipoteză asupra originii și persistenței inițiale a vieții, care apare verosimilă în lumina constatărilor pozitive ale biologiei, și care — la rândul ei — oferă o explicație genetică acceptabilă acestor constatări.

Este sigur că sinteze materiale și concentrări energetice, ocazionale și limitate, s'au produs în lumea nevie și înainte de apariția vieții, dar ele nu s'au putut menține, fiind anulate de tendința generală de desagregare. Pentru ca viața să ia naștere, era necesar ca aceste procese anabolice să devină durabile, asigurându-și o rezistență și o relativă autonomie față de mediul neviu. O primă condiție a fost constituirea din materia preexistentă a unei structuri capabile să realizeze procese anabolice pe seama materiei și a energiei cosmice, dar în același timp să împiedece sau să atenueze acțiunea disolvantă a mediului. Această structură materială specială a constituit *substanța vie*, iar formarea ei a corespuns perioadei de incubație a vieții. Caracteristica esențială a substanței vii și totodată faptul crucial în nașterea vieții a fost capacitatea ei de a face ca energia eliberată de catabolismul cosmic prin desagregarea sintezelor abia formate să nu se piardă din nou în mediul neviu, ci dimpotrivă să servească la noi procese sintetice. La nivelul substanței vii s'a dat dela început lupta între anabolismul vital în stare născândă, care căuta să utilizeze pentru procesele sale constructive energia furnizată de mediu, — și între catabolismul cosmic avid de a consuma produsul acestor procese. În virtutea capacității sale specifice, care i-a conferit calitatea de substanță vie, noua structură a fost în stare să *tamponeze* cele două tendințe antagoniste, realizând pe de o parte sinteze cu acumulare de energie pe seama mediului, și făcând pe de altă parte ca atunci când sub influența mediului aceste sinteze se desagregă, energia eliberată să nu se piardă, ci să fie canalizată spre noi sinteze. Grație acestei proprietăți a substanței vii s'a putut constitui un echilibru dinamic între anabolismul esențial al vieții și catabolismul cosmic, cuplându-se aceste două procese printr'o condiționare reciprocă: anabolismul fur-

nizând material forțelor catabolice, iar acestea — prin însăși acțiunea lor desagregantă — eliberând energia pe seama anabolismului. În această fază incipientă a vieții substanța vie în forma cea mai simplă venea în contact intim cu mediul nevie, și la nivelul ei se desfășura direct lupta între anabolismul abia constituit și între catabolismul mediului ambiant, *anabolismul reprezentând vieța, iar catabolismul întruchipând moartea.*

Dar aceste condiții ale genezei vieții au constituit în același timp și garanția persistenței ei, căci prin echilibrarea dinamică a activităților metabolice antagoniste, anabolismul vital și-a asigurat dăinuirea și ascendentul asupra catabolismului cosmic, alimentându-se din acesta și în același timp punându-se la adăpost de acțiunea lui disolvantă.

Perioada în care substanța vie a rămas în continuitate sau în tot cazul într-o contiguitate strânsă cu materia nevie, iar vieța — reprezentată prin anabolismul autonom și durabil — a continuat să păstreze raporturi ofensive și defensive directe cu mediul cosmic, — nu a putut fi decât limitată. Căci autonomia funcțională realizată prin echilibrul dinamic, precum și delimitarea substanței vie de materia nevie, condiție și consecință a autonomiei energetice, — au făcut de sigur ca substanța vie să ia din vreme o evoluție independentă și diferită de aceea a materiei neviei din care a provenit, izolându-se și diferențiindu-se tot mai mult din punct de vedere material și energetic. Prin acest fapt, între activitățile metabolice ale vieții și ale ambianței fizice s'au interpus treptat medii și mecanisme noi, care au izolat și au protejat în tot mai mare măsură anabolismul vital. Cum însă procesele catabolice au rămas și pe mai departe condiția anabolismului, și cum catabolismul cosmic a fost îndepărtat progresiv dela un schimb direct cu anabolismul vital, — a trebuit să se producă o înglobare parțială a acestui catabolism în însăși intimitatea substanței vie și a procesului vital. Din acest moment catabolismul se bifurcă, existând pe de o parte catabolismul cosmic, antivital dar din ce în ce mai izolat de resorturile intime ale vieții, și pe de altă parte catabolismul integrat în procesul vital ca substrat generator al anabolismului, echilibrat dinamic cu acesta și dobândind astfel o valoare vitală. Această încorporare a catabolismului — inițial prin excelență antivital — în procesul fundamental al vieții se accentuează pe măsură ce organismul viu se izolează și se diferențiază de mediu, creindu-se structuri și mecanisme speciale catabolice, echilibrate dinamic cu mecanismele anabolice, perfecționate și ele în mod progresiv. Cu toată această integrare în vieța și în ciuda promovării ca factor vital în măsura în care servește anabolismul, catabolismul nu și-a pierdut esența disolvantă, antivitală. El nu a încetat să reprezinte de fapt un fel de prelungire a catabolismului cosmic în intimitatea organismului viu și să constituie o amenințare pentru anabolismul vital ori de câte ori el se exacerbează peste rolul său vital de întreținere a anabolismului. Catabolismul, avântpost al mediului insinuat în procesul fundamental al vieții, a devenit *vital* numai în mod condiționat, în măsura în care servește anabolismul, dar și-a păstrat potențialitățile antivitale, dat fiind că prin exagerarea sa poate amenința în orice

moment anabolismul vital și că prin intermediul lui lumea nevie își poate exercita acțiunea devitalizantă.

Astfel imaginată nașterea și evoluția inițială a vieții, ea corespunde cunoștințelor generale de ordin material și energetic pe care le avem asupra vieții, a mediului fizic și a raporturilor dintre ele. Ea oferă în același timp o modalitate de interpretare a acestor cunoștințe de biologie teoretică, după cum poate servi ca suport explicativ și unor observații concrete din domeniul realităților biologice, dintre care vom semnală câteva în cele ce urmează.

În total, schema amintită constituie premiza și consecința obligatorie a concepției anabolice a vieții, și poate funcționa ca ipoteză de lucru pentru diferitele probleme ce se pun în legătură cu viața.

3. Preponderența anabolismului în unele manifestări biologice

Considerațiunile de ordin inductiv și ipotetic pe care le-am expus, își găsesc o confirmare într'o serie de constatări din domeniul fiziologiei, ontogeniei, filogeniei și psihologiei ființelor superioare, care la rândul lor dobândesc o interpretare mai mulțumitoare în lumina acestor considerațiuni. Vom aminti în mod sumar câteva fapte mai semnificative, privind mai ales organismele evolute, inclusiv omul, care pledează pentru valoarea esențială a anabolismului și rolul subordonat al catabolismului pentru viață.

Un prim fapt demn de remarcat în această privință este *esența anabolică a celor două procese fiziologice care condiționează conservarea și perpetuarea vieții: creșterea și reproducerea*. Substratul anabolic al creșterii nu mai trebuie argumentat, iar acela — nu mai puțin evident — al reproducerii se înțelege și mai bine dacă ne gândim că în formele mai puțin evolute ale vieții reproducerea nu era decât o consecință directă a creșterii.

Strâns legat de faptul precedent se cere menționat *caracterul predominant anabolic al dezvoltării și maturizării individuale*, adică al acelei perioade din viața individuală care —

după cum de altfel am mai amintit — corespunde deplinei desfășurări a forțelor vitale, în contrast cu caracterul catabolic al declinului și morții individuale.

Considerând organismele adulte, va trebui să subliniem apoi *importanța vitală esențială a sistemului neuroendocrin anabolic și valoarea vitală mai redusă a sistemului neuroendocrin catabolic*. Într'adevăr, după cum arată experiențe notorii din domeniul fiziologiei, extirparea întregului sistem nervos simpatic, împreună cu hipofiza, tiroida și medulosuprarenala, glande recunoscute ca aparținând sistemului catabolic, a permis supraviețuirea animalului, — în timp ce îndepărtarea operatorie a unor glande din sistemul anabolic, ca corticosuprarenala, paratiroida și pancreasul, s'a dovedit a fi incompatibilă cu viața.

Nu putem trece cu vederea nici *natura predominant anabolică a organismelor feminine*, adică a sexului cu rol esențial în perpetuarea vieții. Astfel la om organismul feminin, cu deosebire acela care reprezintă expresia maximă a feminității și maternității, corespunde tipului constituțional picnic, anabolic, adaptat în cea mai mare măsură necesităților de acumulare de materie și energie în vederea maternității.

De altfel, deoarece am atins problema tipurilor constituționale, este revelatoare *aptitudinea mai mare de conservare și reproducere a tipurilor anabolice*, picnice, față de tipurile catabolice, leptosome sau astenice.

În sfârșit, pentru a aminti și un fapt din domeniul filogeniei, nu poate fi lipsită de semnificație *precedența evolutivă a sistemului nervos parasimpatic, anabolic, față de sistemul nervos simpatic, catabolic*. Organizarea și conexiunea cu ansamblul viscerelor este mai precoce în scara animală la sistemul parasimpatic decât la cel simpatic. O analogie morfologică a sistemului vagal apare deja la platelminti și ia de timpuriu o dezvoltare mare, pe când sistemul nervos simpatic apare la artropode și abia la vertebrate el intră în relație cu toate viscerele.

Iată câteva fapte mai izbitoare luate la întâmplare din domeniul fiziologiei, ontogeniei și filogeniei, care toate indică prevalența anabolismului sau a mecanismelor anabolice față de catabolism și de mecanismele catabolice. Numărul lor poate fi

mărit ,iar disecarea lor mai amănunțită este bogată în probe și sugestii.

Mai important, din punctul de vedere al biologiei umane, este faptul că analiza în sensul esenței anabolice a proceselor vitale poate și trebuie să fie extinsă și dincolo de cadrul activităților fiziologice, în domeniul manifestărilor psihice. Este de resortul psihologilor și al psihopatologilor să întreprindă scrutări în această direcție. Ne mărginim aci să remarcăm că există în această privință premize și indicații interesante, dintre care vom aminti numai câteva.

În spiritul „monismului genetic”, ca să utilizăm expresia lui *Woltereck*, adică al acelei norme fundamentale a biologiei moderne care impune considerarea oricărui fenomen vital sub unghiul unității de esență și al devenirii, psihicul trebuie cercetat în strânsă legătură cu componenta morfo-fiziologică a organismului. Prin acest simplu fapt, problema esenței anabolice a vieții trebuie pusă și pentru domeniul psihic, mai ales pentru aspectul dinamic și global al personalității psihice. Dar înafară de această premiză generală, există și aspecte concrete care ne îndreaptă spre cercetarea legăturilor genetice dintre manifestările fiziologice și cele psihice și dintre ambele categorii și substratul metabolic al vieții.

Un prim fapt de ordin psihologic care trebuie menționat este natura substratului dinamic al vieții psihice. Psihologii se deosebesc în formularea numărului și felului trebuințelor care stau la baza vieții sufletești, dar sunt de acord că tendințele fundamentale sunt *instinctul de conservare* sau al eului, și *instinctul de reproducere* sau al sexului. Dacă însă ne reamintim raporturile originare dintre conservare și reproducere, ne dăm seama că de fapt cele două pocese, de conservare a individului și de conservare a speciei, se reduc la tendința unică de continuare a vieții. Acest lucru trebuie să fie adevărat și pentru expresia psihică a celor două procese biologice fundamentale, în sensul că cele două instincte de bază, cel nutritiv și cel sexual, se rezolvă probabil în unul singur care este *instinctul vieții*. Dacă se încearcă a se reduce motorul vieții sufletești la tendința de plăcere, atunci această tendință trebuie legată de instinctul vital. Tendința de plăcere este expresia necesității de

asigurare a vieții, iar plăcerea este rezultatul satisfacerii acestei tendințe. Tendința și plăcerea sexuală nu este esențial deosebită de tendința generală a plăcerii vitale. Reproducerea fiind o continuare și o consecință firească a conservării, tendința și plăcerea sexuală apare ca o formă a tendinței și plăcerii vitale, cu un conținut special legat de modalitatea diferențiată a reproducerii. Dacă prin urmare unii — ca Freud — au dreptate când reduc dinamica sufletească la dorința de plăcere, se îndepărtează de adevăr atunci când atribuie plăcerii un caracter predominant sexual, când de fapt sexualitatea pare să fie o formă specială a plăcerii generale legate de satisfacerea tendinței vitale.

Dacă — după toate acestea — reamintim condiția esențială anabolică a conservării vieții, legătura dinamice psihice cu substratul anabolic al vieții apare cu toată evidența. Nu rămâne decât să se aprofundeze condițiile speciale ale acestei legături și să se examineze și raportul celorlalte trebuințe secundare cu instinctul vital fundamental, deci cu tendința anabolică a vieții.

Un alt fapt care relevă legătura dintre componenta morfologică și cea psihică a organismului și care oglindește răsunetul psihic al substratului metabolic, îl constituie afinitatea specială care se constată între o anumită constituție somatică și o orientare caracteristică a personalității psihice. Tipurile constituționale picnice, dominate de sistemul neuroendocrin anabolic, se caracterizează pe plan psihic prin îndreptarea în afară a activităților psihice, căutând un contact cât mai strâns cu mediul în vederea unei active exploatare a lui. Această orientare spre mediu a psihicului este de altfel o tendință normală a instinctului vital asimilator, ceea ce conferă în general tipurilor picnice o mai mare aptitudine de viață. Din același motiv al mecanismului extravertit, care corespunde direcției normale, psihozele maniaco-depresive, care afectează în mod predilect tipurile picnice, sunt în general mai benigne, evoluând mai ușor spre vindecare. În contrast cu toate acestea, tipurile constituționale leptosome sau astenice, dominate de sistemul neuroendocrin catabolic, se remarcă printr'o interiorizare a vieții psihice, realizând o izolare defensivă față de mediu, o orientare a psihismului care frizează anormalul, iar exagerarea patologică a

Introversiunii în schizofrenie, psihoză cu evidentă preferință pentru acest tip constituțional, reprezintă forma extremă a tendinței de apărare față de mediu, dar în același timp o amenințare gravă a vieții organismului, deoarece rupe legătura indispensabilă pe care organismul trebuie să o mențină cu mediul în scopul alimentării anabolismului său.

Mai este cazul să subliniem că atât pe plan somatic cât și pe plan psihic, tipul picnic corespunde vârstei tinere, anabolice, a unui individ, pe când tipul leptosom se suprapune evoluției mai înaintate, progresiv catabolizante, a individului.

* * *

După toate aceste variate și multilaterale — deși sumare — considerațiuni, nu putem formula altă concluzie decât aceea că *esența vieții o formează anabolismul*. El este echilibrat dinamic cu catabolismul, adică legat printr'o condiționare reciprocă, ceea ce îi imprimă acestuia din urmă o valoare vitală. Această valoare vitală a catabolismului este însă condiționată de realizarea și întreținerea anabolismului vital, peste acest rost catabolismul manifestându-și tendința originară proprie, care este prin excelență antivitală.

Pentru a încheia, dorim să subliniem și repercusiunea pe care concepția esenței anabolice a vieții o poate avea asupra modului curent de a aprecia valoarea vitală sau antivitală a unui factor, a unei acțiuni sau a unei condiții, — problemă care de altfel, prin importanța ei teoretică și practică, merită să formeze obiectul unui articol separat.

Dacă admitem esența anabolică a vieții, trebuie să considerăm ca vital tot ce servește anabolismul constructiv, iar ca antivital tot ce împiedică anabolismul sau promovează catabolismul mai mult decât este necesar asigurării anabolismului. Se înțelege că — în acest sens — și catabolismul este vital, dacă se limitează la rostul său de a alimenta anabolismul vital, dar că îndată ce depășește sau ignorează acest rol, luând o formă exagerată sau gratuită, el poate deveni antivital.

Privind din acest punct de vedere manifestările vieții, mai ales acelea ale omului, suntem siliți să recunoaștem că ceea ce

ne-am deprins să considerăm ca expresia distinctivă și caracteristică a vieții, sunt în primul rând activități catabolice, în sine antivitale, în timp ce momentele anabolice, esențialmente vitale, sunt în general neglijate și uneori confundate cu proprietățile materiei neviei. Activitatea sub toate formele, consumatoare de materie și cheltuitoare de energie, este echivalată cu manifestarea cea mai pregnantă a vieții, pe când repausul, reparator al rezervelor materiale și energetice și creator de noi sinteze, este asimilat morții. Un robot în stare de funcțiune „parcă trăește”, pe când un organism în plin somn revitalizant este „ca mort”. Se confundă astfel mijlocul cu scopul, considerându-se orice desfășurare de energie ca viață și uitându-se că — întru cât această energie nu servește într'un fel sau altul viața constructivă — actul care o produce este de fapt antivital. Acest fel de a vedea lucrurile este atât de generalizat, încât chiar și *Woltereck* vorbește de „procesul de disimilare, care este considerat cu drept cuvânt ca procesul primar al vieții...”

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este inutil să accentuăm că cele spuse nu vor să proclame inactivitatea ca scop și ideal de viață, ci — ținând seamă de aspectul esențial al vieții — condiționează valoarea vitală a oricărei activități de contribuția sa reală la promovarea vieții și subliniază existența în cursul vieții a unor consumări gratuite și inutile de energie, care sunt străine sau chiar contrare tendinței fundamentale a vieții.

Rezultă din toate acestea necesitatea de a se revizui până la un punct criteriile de apreciere a ceea ce este vital sau antivital, și de a trasa o limită netă și atent controlată între activitățile cu adevărat vitale, care servesc sub o formă sau alta viața în tendința ei de continuare și afirmare, și între irosirea gratuită de energie, care frustrează viața și o amenință în esența ei creatoare.

Această repercusiune de ordin practic este menită — alături de valoarea ei teoretică — să sublinieze importanța concepției anabolice a vieții.



Principiile de bază ale organizării viitoare a igienei școlare și educative

de DR. ANATOLE GRESSIN

Medic inspector în Ministerul Educ. Naționale

Igiena școlară este strâns legată, pe deoparte, de organizarea sanitară a Statului, iar pe de altă parte de învățământul public și educația tineretului. Deci, îndrumarea igienei școlare ar cădea în sarcina celor două ministere, iar până la soluționarea acestei chestiuni urgente, tineretul, în special cel din mediul rural, este în suferință.

Problema vastă și extrem de importantă a igienei școlare se pierde, azi, între atâtea probleme presante la ordinea zilei. Nu numai reforma capitală a învățământului nostru public, dar și haosul sanitar, care a rămas ca o grea moștenire a timpurilor trecute, cere rezolvarea urgentă.

Dacă în țară sunt aproape 3 milioane de asigurați, inclusiv familiile lor, și vreo 1,200,000 de funcționari de stat, împreună cu membrii familiilor lor, sunt încă peste trei milioane de tineri și copii școlari, între 7—20 ani, care, în principiu, sunt supravegheați și îngrijiți de medicii școlari.

Cum este coordonată activitatea diferitelor instituții sanitare și ce raport de interdependență există între ele?

Avem, într'adevăr, spitale, sanatorii, dispensare, centre de sănătate — care aparțin Ministerului Sănătății; avem spitale, sanatorii și dispensare, care aparțin Ministerului Asigurărilor Sociale; avem dispensare și sanatorii ale Ligii contra tuberculozei; avem policlinicile Ministerului Educației Naționale; avem instituții spitalicești diferite: ale C.F.R.-ului, a comunităților confesionale, ale băncilor, fabricilor, instituțiilor publice și ale tuturor Ministerelor. Toate aceste instituții au medicii lor, un utilaj bogat, adeseori în valoare de miliarde, o activitate remarcabilă în mai multe părți, dar lipsită de un plan director, de unitatea de acțiune, de un program, și mai ales de *coordonare*.

Dacă s'ar cataloga toate spitalele, policlinicile, dispensarele și cabinetele medicale ale fabricilor, ministerelor, băncilor, societăților diverse, etc., am ajunge la o cifră impresionantă de investiții, care nu rareori, stau neutilizate sau nu sunt utilizate

în raport direct cu numărul persoanelor pe care le au în îngrijirea lor. Instalațiile moderne, adeseori servesc pentru un număr redus de slujbași, iar cele modeste pentru un număr disproporțional de mare de bolnavi.

Deasemenea, și medicii nu sunt utilizați egal unii — supra aglomerați cu slujbe — acordă consultații fugitive și puțin folositoare pentru slujbași.

Locul igienei școlare în actuala organizare a Statului

Deasemenea, și medicii nu sunt utilizați egal, unii — supra aglomerați cu slujbe — acordă consultații fugitive și puțin

Policlinicile școlare, medicii consultanți pentru corpul didactic din București și serviciul combaterii epidemiilor în școli, sunt conduse de d-na Dr. V. Seicaru.

Medicii profesori din școlile secundare, inclusiv elaborarea programelor analitice pentru învățământul igienei, o are în sarcină dl. Dr. I. Simian.

Această direcție nu cuprinde: școlile de ucenici, școli speciale C. F. R., școli confesionale și particulare, care pot fi numai controlate de organele Ministerului, fără să depindă însă direct.

Medicii profesori dela școlile de stat sunt recrutați printr'un examen de capacitate, cerându-li-se absolvirea unui curs de igienă școlară și a Seminarului Pedagogic, iar în ceea ce privește pe medicii dela școlile particulare, confesionale, ucenici, etc., lor nu li se cere niciun examen și nicio pregătire specială.

Școlile primare, numai cele din București, au medicii școlari recrutați de Ministerul Sănătății, pe baza examenului de medic sanitar.

Medicii din policlinicile școlare din Ministerul Educ. Naționale, au fost recrutați fără niciun criteriu, deasemenea și medicii pentru consultații la domiciliu.

Nu avem o statistică exactă, câți medici școlari sunt astăzi în Capitală și în provincie. După o apreciere vagă, în București ar fi peste trei sute de medici școlari, aparținând tuturor acestor categorii, iar în provincie peste șapte sute, socotind și medicii celor 26 policlinici școlare.

Din aceștia vre-o 1000 de medici școlari, marea majoritate

au și alte servicii și deci nu sunt dedicați exclusiv carierii de medici școlari, deși au un rol de o importanță capitală în educația igienică a tineretului și mai ales în ceea ce privește igiena educativă.

Munca lor se reduce azi la următoarele:

1. o vizită medicală sumară și depistarea bolnavilor cronici și acuti;
2. completarea unor fișe medicale, care însă nu este generalizată și care se face fără prea multă tragere de inimă;
3. acordarea de consultații adeseori fugitive și puțin atente;
4. ținerea unor cursuri ex-catedra, ori prea savante, ori stereotipe — aceeași materie în toate clasele, cu toată programa analitică complicată și severă;
5. inoculări și vacinări diverse.

Unii medici fac bine această muncă, alții și aceștia nu sunt puțini, destul de superficial, fiind ocupați cu alte slujbe sau de clientelă, atribuția de medic școlar socotind-o ca pe ceva secundar.

Situația comodă de azi nu mai poate dăinui. Trebuie să reformăm și să reorganizăm igiena școlară, după principii noi, fiind un stat democrat care pășește hotărît pe drumul unor reforme capitale.

Principiile de bază ale noilor reforme

Menirea școlii este de a pregăti elementele capabile, instruite în vederea utilizării lor cu maximum de folos în câmpul muncii.

Profesiunea a devenit azi esența vieții. Fiecare este liber să-și aleagă o profesiune, însă Statul și organizațiile profesionale sunt interesate ca această alegere să fie în concordanță cu pregătirea și capacitatea individului, care trebuie să dea maximum de randament în ramura lui de activitate.

Dacă scopul învățământului este pregătirea și selecționarea elementelor utile în vederea utilizării lor, după specialitatea fiecăruia, care sunt mijloacele pentru atingerea acestui scop cu eficacitatea maximă?

Orientarea profesională poate fi aplicată numai tinerilor

treceți de pubertate, când învățământul începe să devină specializat.

Deci, în primul rând, preocuparea de bază a învățământului, dela școala primară până la cursul gimnazial inclusiv, trebuie să aibă următoarele obiective:

O cultură generală adaptată gradului de înțelegere a copilului, predată pe centre de interes, urmărind următoarele scopuri:

1. dezvoltarea facultăților intelectuale ale copilului;
2. educația lui morală;
3. învățarea deprinderilor igienice;
4. cultura generală și preorientarea profesională.

Acestea în ceea ce privește cursul primar.

În general, educatorii trebuie să știe să sesizeze deviațiile, în dezvoltarea biopsihică a copiilor. Ei trebuie să promoveze crearea capacității de adaptare la mediu.

Organizând igiena educativă, s'ar putea asigura și profilaxia socială.

Depistarea copiilor anormali este o sarcină a școlii. Numai copiii depistați la timp și îndrumați spre institute de reeducare pot fi realmente recuperați.

Putem rezuma sarcinile școlii în modul următor:

Organizarea procesului educativ în vederea atingerii următoarelor scopuri:

1. Perfectă dezvoltare fizică a copiilor, prin:
 - a) controlul evoluției psiho-fizice a copiilor;
 - b) controlul alimentației;
 - c) educația fizică;
 - d) organizarea recreerii copiilor în stațiuni balneare și climaterice;
 - e) controlul medical periodic.
2. Dezvoltarea psihică normală prin:
 - a) adaptarea programelor de studii la particularitățile psihice ale vârstelor respective;
 - b) supravegherea dezvoltării funcțiilor intelectuale.
3. Depistarea copiilor anormali și îndrumarea lor spre institute de reeducare.

Iar în școala specializată (cursul liceal) trebuie să se cu-

prindă discipline care să desvolte, în primul rând, gândirea logică pe baza materialismului dialectic, pentru a da posibilitatea adolescentului să înțeleagă fenomenele sociale. *Studiul igienei sociale, în special trebuie să fie un instrument de luptă contra egoismului de clasă.* Elevii cursului superior fiind atrași în acțiunea medicinei sociale, li se vor desvolta părțile nobile ale sufletului.

Programul detaliat pentru categorii de învățământ

A) Grădinile de copii

Activitatea educatorilor poate fi rezumată astfel:

1. educația deprinderilor bune,
2. educația igienică,
3. educația intelectuală elementară: cititul, scrisul, gramatica, compunerea, matematica elementară, educația morală, etc.,

4. educația fizică: jocuri, exerciții fizice adecvate vârstei,

5. educația artistică: desen, teatru de copii, etc.

Activitatea medicului, în colaborare cu psihologul școlar va consta în:

1. controlul creșterii și dezvoltării fizice,
2. igiena îmbrăcăminte și îmbrăcăminte rațională,
3. mobilier școlar rațional,
4. alimentația rațională,
5. depistarea bolilor cronice și acute,
6. igiena mintală (și depistarea anomaliilor mintale),
7. igiena comportării elevilor,
8. profilaxia bolilor contagioase prin:
 - a) măsuri preventive generale,
 - b) vaccinări,
 - c) depistarea și izolarea la timp a bolnavilor.
9. controlul sanitar și îndrumări în vederea ameliorării condițiilor mediului de acasă.

B) Școlile primare

Având în vedere faptul că perioada copilăriei între 7—11 ani adică tocmai timpul când copilul urmează cursul primar — poartă denumirea „perioada copilului mare” și are particularitățile bio-psihice importante, — comportarea educatorilor și programele școlare trebuie să țină cont de ele.

Copilul prezintă în această perioadă:

1. o stare de *debilitate fizică*: sistemul muscular slab dezvoltat și de volum redus; trunchiul subțire, membrele subțiri și lungi;
2. din punct de vedere psihic:

- a) un interes viu și subiectiv față de mediul înconjurător,
- b) memoria bună, însă mecanică, datele reținute pot fi ușor deformate,
- c) mare curiozitate intelectuală,
- d) lipsa simțului critic,
- e) sunt ușor educabili.

Ținând seama de aceste particularități bio-psiice ale copilului de vârstă cursului primar, vom căuta să nu-l surmenăm cu programe încărcate (copiii fiind debili în marea majoritate a cazurilor). Programele școlare vor trebui subordonate și coordonate celor cinci puncte principale ale structurii lui psihice.

Deci, obiectele care, în mod obișnuit fac parte din programul școlilor primare, precum: limba maternă, aritmetica, șt. naturale, desenul, caligrafia, muzica, etc. trebuie completate cu *educația igienică făcută practic în primele două clase* și completată în ultimile clase cu noțiunile *elementare de aseptie, prim ajutor medical*, etc. Igiena trebuie să devină obiectul centrelor de interes, concurând cu alte discipline și depășind cadrul școlii pentru o atinge vieța de familie, problemele igienei muncii și alte chestiuni sociale.

Disciplinele care cer simțul critic și o memorie fidelă, sunt învățate în zadar.

BCU Cluj C) Cursul gimnazial Library Cluj

În această perioadă copilul trece printr'o serie de transformări fizice, fiziologice și psihice cuprinse în perioada prepuberală: băieții între 12—14 ani, fetele între 11—13 ani, trec prin perioada puberală, care durează în medie trei ani. În cadrul acesteia ei trec prin criza puberală propriu zisă, care durează dela 6 luni până la 2 ani, prezentând maximum de turburări.

Perioada prepuberală este caracterizată, din punct de vedere fizic, prin creșterea exagerată în greutate și în înălțime: organele interne rămânând în urma creșterii scheletului, și deci copiii au o rezistență scăzută față de diferite infecțiuni, boli contagioase și T. B. C.

Din punct de vedere psihic deosebim următoarele:

1. apariția fazei rezonabile în sistemul de gândire al copilului,
2. interesul specializat față de mediul înconjurător,
3. memoria ca o funcție preponderentă,
4. gândirea abstractă cu apariția treptată.

Deasemeni, sunt de menționat momentele importante în comportarea copilului, care sunt caracterizate prin stările sufletești deosebite:

- copiii mândri devin autoritari,
- cei rezervați devin tăcuți și izolați,
- cei triști devin melancolici,
- cei indolenți devin leneși,
- cei vioi devin desordonați și sburdalnici.

Ținând seama de aceste particularități biopsihice gimnaziile noastre unice ar trebui să îndeplinească următoarele condițiuni:

1. a) în vederea prevenirii contaminării copiilor cu t. b. c. deoarece plămânilor lor rămân în urma creșterii exagerate a scheletului, sălile de clasă trebuie să corespundă întocmai tuturor cerințelor de igienă;

b) programul cursurilor să fie împărțit pe cât posibil în două — dimineața trei ore și după amiază două ore, în plus ore de joc și recreație;

c) pe cât posibil școala să fie în aer liber;

d) supravegherea atentă medicală și depistarea la timp a copiilor și a membrilor corpului didactic bolnavi pulmonar;

e) Supravegherea mediului familial al copilului.

2. Spre a preîntâmpina diferitele carențe, datorite alimentației, prin lipsa de vitamine, prin alimentație nerațională, etc. luarea în studiu a organizării cantinelor școlare supravegheate și îndrumate de medici, care să ia ființă pe lângă gimnaziile unice, când mijloacele financiare vor permite această.

3. Luarea tuturor măsurilor medico-pedagogice în vederea unei mai bune supravegheri a dezvoltării biopsihice a copiilor.

Programele școlare — în special pentru primele două clase — vor cuprinde obiectele de studii, care cer ca funcție predominantă memoria și anume:

a) limba maternă, limbi străine, eventual curs redus de istorie,

b) grupa științelor naturale: Botanica, Zoologia, Anatomia umană, Biologia, Fiziologia, Igiena, etc.

c) matematicile elementare.

d) educația artistică: desen, calligrafie, muzică,

e) educația fizică: gimnastica ritmică, suedeză, etc.

Toate obiectele trebuie predată cu ajutorul unui bogat asortiment de material didactic și cât se poate de concret, deoarece gândirea abstractă apare treptat și nu poate fi utilizată cu folos.

Perioada puberală este caracterizată din punct de vedere psihic:

1. funcția dominantă o are imaginația care comandă întreaga existență a copilului,

2. atenția este mult diminuată,

3. gândirea abstractă este în plină ascensiune, devenind dominantă pe la sfârșitul perioadei puberale (15^{1/2}—16 ani).

Din punct de vedere al comportării, copilul prezintă modificări importante:

1. copilul se concentrează în el însuși și ia o atitudine ostilă față de mediul înconjurător,

2. copilul devine independent și caută să-și urmeze calea sa proprie,

3. copilul nu mai crede în basme, vede lumea așa cum este, dând cont de tot ce se petrece în jurul său,

4. el își pierde credința și respectul lui față de adulți nemai socotindu-i ca niște ființe superioare,

5. copilul devine ostil față de mediul ambiant, neascultător, etc.

Această perioadă critică corespunde, în mod obișnuit, ultimei clase

gimnaziale sau primei clase a liceului specializat, Tocmai în această perioadă ar urma să se facă și orientarea profesională.

Socotese că, dată fiind complexitatea fenomenelor biopsihice datorită acestei perioade, învățământul trebuie să se adapteze particularităților acestei vârste fiind aranjat astfel:

1. ținând cont de faptul că atenția elevului este mult diminuată, nu putem introduce disciplinele importante, care cer tocmai un efort al atenției;
2. imaginația fiind o funcție dominantă, cred că obiectele care se bazează pe această funcție trebuie introduse în program;
3. pot fi introduse obiectele care cer gândirea abstractă.

În rezumat, programul ultimei clase a gimnaziului unic ar trebui să cuprindă următoarele materii:

1. limba maternă, în special compunerea și literatura,
2. limbi străine,
3. matematicile, geometria, etc.,
4. istoria și geografia,
5. biologia, fiziologia umană, igiena,
6. educația artistică, desen, caligrafie, muzică,
7. educația fizică care este indispensabilă și rolul căreia este covârșitor în această perioadă.

De notat că istoria și geografia ar fi de dorit să fie predate în excursii, în fața monumentelor istorice, sau vizitând diferite localități ale țării. Predarea să se facă practic și concret.

Această perioadă este prielnică preorientării profesionale și unei instrucții politehnice.

Aș crede că pentru acci clevi care absolvind cele trei clase ale gimnaziului unic, se găsesc în această perioadă puberală fiind încă în plină criză a pubertății, ar fi prematur un examen psihotehnic și o orientare imediată spre un liceu specializat.

Pentru această categorie de copii ar trebui să existe și o clasă de tranziție, neobligatorie pentru toți, în care să se facă repetiția materiilor învățate, educația fizică și sportivă, instrucția politehnică și preorientarea profesională.

D) *Cursul liceal*

Adolescența este caracterizată din punct de vedere psihic prin:

1. instalarea simțului critic al judecății logice;
2. gândirea abstractă devine funcția dominantă;
3. adolescenții își descoperă cul lor și îl afirmă;
4. amorul propriu este foarte dezvoltat;
5. timiditatea și stângăcia manifestă îi caracterizează, însă dispare spre douăzeci de ani;
6. adolescentul devine foarte sociabil, are spiritul de sacrificiu și este dominat de tendințele altruiste.

Învățământul specializat în urma unei orientări profesionale poate

cuprinde obiectele cele mai grele, care sunt acum asimilate cu ușurință: șt. fizico-chimice, geologia, șt. sociale, psihologia, logica, dreptul, literatura.

Putem chiar schița o programă analitică pentru cursul liceal, și aume materiile obligatorii pentru toate categoriile de școli secundare:

1. grupa științelor sociale, care să cuprindă: Economia politică, Sociologia, Materialismul dialectic, Psihologia, Logica, Dreptul, Igiena socială, etc.;

2. grupa științelor literare: limba și literatura modernă;

3. grupa științelor biologice: biologia, igiena (flagele sociale și studiul aparatelor), igiena colectivă, salubritatea, igiena muncii;

4. grupa științelor matematice și fizice: trigonometria, algebra, cosmografia, fizica;

5. Educația fizică și sportul.

Fiecare ramură de învățământ va adăoga materii de strictă specialitate pe lângă aceste discipline de bază.

În ceea ce privește educația estetică și artistică ea nu poate fi obligatorie ca ore de curs.

Crearea de cercuri și societăți științifice, literare, artistice și sportive, trebuie încurajată cât mai mult, atrăgând în aceste cercuri și pe părinții elevilor. Prin aceste cercuri se poate face o sudură cât mai strânsă între elevi, familiile lor și școală. Profesorii cursului liceal trebuie să deună maximul de efort și să lucreze intens în interesul învățământului și al tineretului. Școala secundară trebuie să devină un centru vital, un organism viu care să pulseze odată cu viața și care să creeze valori efective reale din elevii săi.

Elevii adolescenți trebuie să întrebuițeze tot clanul lor tineresc, tot entuziasmul lor, pentru munca frumoasă și atât de rodnică a instruirii. Ei trebuie să părească școala secundară conștienți de rolul lor în societate și de utilitatea lor, animați de cele mai nobile și altruiste sentimente, gata pentru o luptă dreaptă și pentru sacrificiu.

Școala secundară trebuie să fie o pepinieră de valori adevărate — valori neprețuite, — iar selecția în această școală trebuie să fie obiectivă și științifică. Acei care absolvind școala secundară, se vor îndrepta spre școli înalte, trebuie să fie, în primul rând, elementele de elită ca pregătire intelectuală și mai ales trebuie să aibă o ținută morală ireproșabilă, care să fie garanție, că în viața lor vor fi nu numai membri utili ai societății, dar și exemple de virtute cetățenească.

După cum am văzut, în noua organizare a învățământului medicului școlar îi incumbă o sarcină extraordinară, dar în acelaș timp i se dă și o importanță pe care o merită, în dirijarea pedagogiei moderne, cum de altfel a propus Prof. Czerny.

Dacă aruncăm o scurtă privire asupra organizării Igienii școlare peste hotare, vedem, peste tot, că medicului școlar i se dau sarcini și i se cer răspunderi mari.

În U.S.A. medicul școlar, care poate fi orice practician, iscălește un contract cu școala care cuprinde 12 puncte și pe baza acestui contract trebuie să-și consacre tot timpul său elevilor școlii. El este răspunzător de creșterea, dezvoltarea și sănătatea elevilor școlii. Cursurile de igienă însă nu sunt ținute de medic.

În Anglia, medicii școlari, de asemenea, au un rol preventiv, iar în ceea ce privește medicina curativă, sunt ajutați de medici de specialitate. Conferințele medicale sunt ținute de lectori calificați, recomandați de instituții speciale.

În U.R.S.S., orice instituție școlară sau infantilă are medicul ei. Cele mai mici amănunte ale vieții copiilor sunt studiate, controlate și dirijate de medici, dela alimentație, îmbrăcăminte, somnul, exerciții fizice și până la programe de studii. Școala este în permanență sub tutela medicală. Directivele însă vin dela Institutul de igienă școlară, creat în cadrul Academiei de Științe pedagogice din Moscova, care împreună cu alte institute științifice precum Inst. superior de alimentație și altele elaborează norme de conduită pentru medicii școlari.

În Franța, în Octombrie 1945, a fost creată direcțiunea autonomă a Igienii școlare și universitare, care conduce întreaga operă de depistare, recuperare și asistență medicală a școlarii și studenților din orice categorie de școli pe tot teritoriul metropolitan și al coloniilor. Se echipează în prezent 5000 centre medico-sociale, conduse de un medic șef responsabil, ajutat de un număr de specialiști care lucrează în echipe. Fiecare din aceste centre are o circumscripție proprie, unde activează.

Cum vedem, în lumea întreagă s'a pornit o acțiune energică dând deosebită atenție problemei Igienii școlare, considerând-o ca pe cea mai de seamă, în organizarea de stat, din punctul de vedere sanitar și educativ. Pentru a remedia starea de fapt la noi, aș sugera următoarele *propuneri*:

1. elaborarea unui plan general de organizare a igienii școlare și legiferarea unui statut pentru încadrarea medicilor școlari, fixându-le atribuțiunile, obligațiunile și drepturile;

2. crearea mijloacelor permanente de pregătire și de perfecționare a medicilor școlari și anume:

— secții de igienă școlară la institutele de igienă existente cu un program adecvat noilor principii de igienă educativă;

— conferințe de igienă școlară pe lângă catedrele de igienă dela facultățile de medicină;

— conferințe de biotipologie și endocrinologie școlară. Ideal ar fi crearea unui Institut de Igienă educativă, biotipologie școlară, psihotehnică școlară și orientare profesională. Aceasta este însă un deziderat al viitorului.

3. Inițierea unui consiliu superior al „Igienii școlare și educative” și care să cuprindă:

un delegat al Ministerului Educației Naționale,

un delegat al Ministerului Sănătății,

un delegat al Ministerului Muncii și Asigurărilor Sociale,

un delegat al Ministerului Comunicațiilor,

doi delegați ai Fac. de Medicină din București,

un profesor universitar de pedagogie,

un profesor sau conferențiar de Psihologie aplicată,

Directorul General al Igienii școlare,

Inspectorii Generali medici școlari,

Rectorul Academiei de Educație Fizică,

Conferențiarul de Igienă școlară,

un delegat al organizației profesionale a medicilor școlari.

Acest Consiliu va aviza asupra reformelor propuse de Dir. Generală a Igienii școlare.

4. Direcțiunea Generală a Igienii școlare trebuie să fie o creație autonomă, cuprinzând controlul tehnic și conducerea efectivă pe teren a activității tuturor medicilor școlari dela orice categorie de școli. Această direcție generală trebuie să depindă de Ministerul Educației și al Sănătății și să lucreze în concordanță cu aceste două ministere. Bugetul ei, deoarece privește sănătatea și educația sanitară, trebuie încadrat în bugetul Ministerului Sănătății, iar medicii încadrați în conformitate cu legea corpului tehnic al medicilor școlari elaborată în acest scop.

Aș propune următoarea ierarhizare: medici școlari asistenți, medici școlari titulari, șefi de circumscripție, inspectori și inspectori generali, cu un stagiu minimal de trei ani în fiecare funcție, înaintați prin concurs sau pe bază de titluri și lucrări.

Admiterea în corp să se facă numai pe bază unei diplome de specialist eliberată de institutele de igienă și sănătate publică în urma frecventării unui curs de specializare și depunerii unui examen, pe baza mediilor obținute.

Direcțiunea Generală a Igienii școlare trebuie să cuprindă toate organizațiunile sanitare școlare dela orice instituție și să aibă următoarele secții:

1. secția Igienii școlare,
2. secția Igienii educative,
3. secția Educației fizice și a sporturilor,
4. secția Asistenței școlare,
5. secția Administrativă (Casă de recreație și taberele școlare).
6. secția Policlinicilor școlare și a farmaciilor,
7. secția Activă și de control,
8. secția Psihotehnică și a orientării profesionale,
9. secția Igienii mintale și a școlilor de anormali,
10. secția de Studii și documentare.

5. Introducerea, în viitor, în materia examenelor de capacitate pentru toți profesorii secundari, de „noțiuni elementare de igienă educativă”, cuprinzând următoarele materii: igiena școlară, igiena procesului pedagogic, morfologia și fiziologia vârștelor, deviațiunile endocrine și patologice al copiii de vârstă școlară.

Pregătirea candidaților să se facă de către Dir. Gen. a Igienii școlare, care va organiza cursuri informative speciale de câteva săptămâni pentru candidații la capacitate.

6. Înființarea cursurilor de informație pentru toți medicii școlari în vederea perfecționării lor și a punerii la curent cu nouile principii de igienă școlară și educativă, care să funcționeze permanent, ca toți medicii școlari să poată urma pe rând aceste cursuri.

Pe plan organizatoric:

1. Crearea corpului medicilor școlari, având în vedere specializarea lor în anumite direcții și anume în igiena educativă, endocrinologie școlară, biotipologie, pedagogie, etc.

2. Crearea de circumscripții sanitare urbane, care să cuprindă pe toți medicii școlari din sector la municipii sau din

oraș la reședința de județ dela școlile primare, secundare, policlinici școlare și echipe volante. Șeful circumscripției să aibă conducerea tehnică a tuturor medicilor școlari din circumscripție, să organizeze și să îndrumeze activitatea lor pe teren în vederea depistărilor, cercetărilor diverse inclusiv organizarea caravanelor sanitare în județ.

Medicul școlar șef de circumscripție să aibă o responsabilitate efectivă, să fie membru de drept în Comitetele școlare urbane și județene, să aibă vot consultativ în Consiliile comunale și peste salariu o diurnă specială.

3. În mediul rural: înființarea de posturi de medici igienisti școlari rurali, la început câte unul pentru fiecare județ, măbind treptat numărul acestor medici pe măsura pregătirii lor și a creerii posturilor bugetare. Medicul igienist școlar rural trebuie să aibă o pregătire specială făcută la Institutul de igienă (școlară) și să fie asimilat ori cu medicul șef de municipiu, ori cu profesorii titulari ca salariu, având și o diurnă de deplasare pentru un minim de 20 zile lunar.

În atribuțiunile lui vor intra organizarea igienei școlare și educative în mediul rural, depistări de boli contagioase, deviațiuni psihice, stări endocrine, etc. Deasemenea va organiza educația igienică în mediul școlar rural. Va ține evidența tuturor depistărilor și recuperărilor, fiind direct responsabil în activitatea sa pe teren. Ca ajutor vor avea surori infirmiere școlare, inițial câte una pentru fiecare clasă.

4. Corpul de surori infirmiere școlare rurale. Infirmierele școlare rurale (asistente de igienă școlară) ar fi de dorit să fie recrutate din absolventele a opt clase secundare sau mai ales din absolventele școalelor normale, ele trebuind să urmeze ca bursiere un curs de pregătire de 2—3 ani, care să cuprindă următoarele materii: puericultura, biotipologia și endocrinologia școlară, biometria, igiena școlară și educativă, alimentația rațională a copiilor, epidemiologia, profilaxia boalelor contagioase, anatomia și fiziologia umană, patologia internă și externă, prim ajutor, mica chirurgie și stagiul în clinici: Clinica medicală, Clinica infantilă și Clinica de boli contagioase.

La aceste cursuri vor fi formate auxiliarele prețioase ale medicinei școlare în mediul rural, iar absolventele vor putea fi

numite, treptat, pe măsura pregătirii lor și creerii treptate a posturilor bugetare.

În atribuțiunile acestor surori infirmiere școlare, va intra lucrul pe teren, în sate, sub directa supraveghere și îndrumare a medicilor igienişti școlari rurali.

5. Este absolut necesară crearea unui corp de inspecții, control și îndrumare pentru igiena școlară.

Aceste propuneri nu cer dintr'odată sarcini bugetare extraordinare. În prima fază a realizărilor avem nevoie de adoptarea unui plan general de organizare, care este prezentat aici și de crearea de specialiști calificați, care pot fi instruiți la institute de igienă, de conferențieri de igienă școlară, biotipologie și endocrinologie, igienă mintală, psihotehnică și orientare profesională, etc. Pe măsură ce vor fi creați specialiștii s'ar putea extinde acțiunea asupra pregătirii și altor elemente ajutătoare. Deasemenea, prin înființarea cursurilor de reîmprospătare cunoștințelor în igiena școlară a actualilor medici școlari, s'ar putea organiza pe teren o muncă rodnică și plină de rezultate promițătoare. Sperăm că aceste propuneri vor fi luate în considerație de cei în drept.

Capitalul uman, factor al economiei politice

de
Dr. VICTOR COMES

Prosperitatea economică a unui stat depinde fără îndoială de doi factori esențiali: unul, cuprinzând totalitatea resurselor materiale ale solului și subsolului, este capitalul material; celălalt, cuprinzând totalitatea ființelor omenești ce-l populează, este capitalul biologic uman. Primul dintre acești doi factori, — capitalul material, — a fost considerat totdeauna în trecut (ca și astăzi, în multe părți încă) factorul dătător de ton în complexul relațiilor economice. Numai o fracțiune a importanței revenea celui de al doilea factor, — capitalului biologic;

această fracțiune era cu atât mai mică, cu cât mai mare era considerația acordată capitalului material și care, în cele din urmă, nu însemna altceva decât o anumită cantitate de aur.

Dela o vreme însă, paralel cu desfășurarea evenimentelor politico-sociale din ultimele decenii, evenimente care au demonstrat cu prisosință gravele perturbațiuni economice ce decurg din declinul numeric și calitativ al populațiilor, publicații și studii urmărind deaproape evoluția colectivităților umane (Demografia, Statistica vitală, Eugenia, Biopolitica), au putut releva fapte hotărâtoare pentru o evaluare justă a capitalului uman. Aceste fapte arătau, printre altele, că deși declinul biologic al unei colectivități se instalează cu ușurință și decadența consecutivă pare inofensivă, aceasta este urmată în scurtă vreme de neajunsuri de o gravitate excepțională pentru domeniul economiei politice; iar dacă mulțimea acestor neajunsuri și pierderi economice va impune la măsuri eroice de redresare, aceste măsuri vor reclama eforturi și cheltuieli ce vor întrece de multe ori pe acelea ce ar fi fost necesare la stăvilirea primelor manifestări ale defectiunii.

Din clipa în care s'a demonstrat că pagubele umane (decese, boală, incapacitate de lucru) provoacă pagube materiale, și din clipa în care aceste pagube au putut fi precis înregistrate și totalizate, valoarea economică a omului a fost stabilită; apoi, paralel cu echivalentul-aur al acestor totaluri, importanța persoanei umane a fost din ce în ce mai mult apreciată ca factor fundamental în economia politică.

Astfel, capitalul biologic este așezat astăzi cel puțin la același nivel de însemnătate ca și capitalul material; iar după expresia autorului american Richard T. Ely¹⁾, cei doi factori sunt tot așa de indispensabili pentru economie ca și „cele două jumătăți componente pentru o foarfecă întreagă”.

* * *

În înțeles strict economic capitalul material și capitalul biologic se numesc forțe de producție:

¹⁾ Ely—Hess—Leith—Carver: The Foundations of National Prosperity.

— capitalul material conține masa mijloacelor de producție (materia primă și mijloacele de lucru: instalații industriale, mașini, unelte, etc.);

— capitalul biologic este totalul forțelor vii de lucru, adică ființele umane lucrătoare.

O lege esențială în politica economică, atrage atenția asupra faptului că numai o anumită atitudine față de factorii de producție poate hotărî prosperitatea deplină. Această lege numită de economiști legea conservării, impune — strictu sensu — „păstrarea intactă a eficienței resurselor naturale sau într-o condiție atât de puțin schimbată cât poate să admită natura cazului, pe lângă o exploatare înțeleaptă. În sens mai larg, conservarea înseamnă mai mult decât noțiunea în sine pentru că ea include în mod natural și o examinare a metodelor prin care moștenirea naturală a rasei umane poate fi îmbunătățită” (The Foundations of National Prosperity, pag. 3).

Așadar, pe scurt, secretul prosperității economice, conform legii conservării, constă în a păstra și a perfecționa factorii de producție. Dacă până acum sistemele economice au cunoscut și asigurat aceste deziderate, mai ales pentru bunurile materiale, este timpul ca aceeași grijă să se adopte și față de resursele omenești. Se pare chiar că o accentuare a grijei pentru om, în dauna grijei pentru materie, contribuie la sporirea randamentului productiv. Această părere o împărtășește și profesorul Carver în „The Foundations of National Prosperity” (pag. 47), unde el spune: „Când un stat este prevăzut din belșug cu resurse naturale, calitativ cât și cantitativ, resursele umane sunt acelea cari determină nivelul producției, al distribuției și consumației. Este preferabil a avea, pe lângă daruri naturale mai modeste, o populație superior dotată din punct de vedere intelectual și moral, decât a avea cele mai mari bogății materiale pe lângă un material uman de o calitate inferioară”.

* * *

Resursele de oameni vor da, așadar, un randament efectiv numai atunci când vor fi suficiente sau superioare din punct de vedere *calitativ* și *cantitativ*.

a) Din punct de vedere *calitativ*, noi socotim suficient numai pe acela care se prezintă sănătos, adică integru din punct de vedere trupesc, mintal și sufletesc. Toți aceia cari din diferite motive cad în domeniul patologic, indiferent dacă suferința lor este trupească, mintală sau sufletească, sunt indivizi insuficienți din punct de vedere calitativ sau cu un cuvânt, bolnavi.

Bolnavul, considerat din punctul de vedere al lucrării de față, este un element antieconomic, deoarece reprezintă „un material cu eficiență micșorată” și în felul acesta contravine legii economice a conservării.

În câmpul muncii indivizii bolnavi se caracterizează printr-o capacitate de lucru diminuată proporțional cu gravitatea bolii, diminuare care poate merge adeseori până la complectă incapacitate de lucru. Incapacitatea de lucru înseamnă o zi, zece, o sută zile de lucru pierdute din câmpul muncii; aceste zile de lucru pierdute, fie determină o diminuare a producției, fie reclamă un plus de efort din partea celorlalți muncitori valizi, în cazul când se urmărește menținerea producției la nivelul anterior. În orice caz, zilele de scutire prin incapacitatea de muncă a celor bolnavi înseamnă o pierdere efectivă pentru cineva: fie este o pierdere materială a întreprinderii, în urma diminuării producției, fie este o pierdere energetică a celor ce depun plusuri de efort. Când aceste pierderi sunt prea mari, în urma numărului exagerat de bolnavi, ele vor fi punctul de plecare pentru înmulțirea și progresiunea pierderilor: diminuarea producției din respectiva întreprindere, va determina o diminuare a producției în toate acele întreprinderi auxiliare cari folosesc pentru prelucrare fabricatul inițial; în cazul când producția se menține grație efortului compensator al muncitorilor, îndată ce acest efort va depăși o anumită limită, el va ocaziona alte îmbolnăviri, din ce în ce mai numeroase, în urma acțiunii nefaste a surmenajului.

Și mișcarea în cerc vicios va continua până la complectă prăbușire a societății.

Exemplul nostru se mărginește să analizeze desfășurarea faptelor antieconomice ale boalei într-o întreprindere industrială, pentru motivul că în acest domeniu judecarea lor poate fi

făcută cu mai multă precizie. Dar nu există domeniu de activitate unde boala să nu prejudicieze bunul mers al lucrurilor, oricare ar fi natura instituției interesate. Și deși nu toate instituțiile unui stat servesc în mod direct economia lui materială, unele dintre ele fiind de natură teoretică (supra-materială), totuși ele au rolul lor indirect în producție. Intocmai ca și tunetul îndepărtat, parvenit la urechea observatorului abia după o vreme dela descărcarea electrică, neregulele instituțiilor supra-materiale se vor resimți, cu întârziere, dar cu siguranță în domeniul întreprinderilor de producție materială.

Demonstrația de mai sus rămâne valabilă numai dacă rezistă la un punct de vedere contrar. Iată acest punct de vedere: individul fiind muritor nu trebuie să ne mire faptul că el este supus uzurei, deci boalei și morții consecutive. În locul fiecărui bolnav sau decedat, societatea furnizează prompt un individ de schimb sau chiar mai mulți. Într'adevăr acest lucru, deși e departe de a fi un fenomen general, este posibil în unele cazuri, ca de exemplu în colectivitățile cu excedent natural însemnat sau în colectivitățile cu brațe de lucru nefolosite.

Colectivități cu un excedent natural atât de mare încât să-și poată permite risipirea absurdă a forțelor omenești nu există; iar dacă totuși un excedent oarecare le stă la dispoziție, acesta va avea o întrebuințare economică numai atunci când majoritatea lui va fi folosită pentru noi activități de producție și doar o mică minoritate va fi necesară pentru înlocuirea materialului uman uzat. Numai în felul acesta „se păstrează intactă sau prea puțin schimbată eficiența resurselor umane” și numai așa exploatarea acestor resurse este „înțeleaptă”.

Colectivitățile cu brațe de lucru nefolosite nu sunt exemple de prosperitate economică ci din contră, exemple de criză economică. Miile sau milioanele de șomeuri, chiar dacă pot servi menținerea nivelului — și așa destul de scăzut — al producției de criză, fiind gata oricând a înlocui pe cei ce cad din câmpul muncii, ei sunt o colosală povară pentru societate.

Dar să presupunem în cele din urmă că societățile ar putea să-și înlocuiască bolnavii fără a se resimți nici producția și nici resursele umane. Rămâne totuși o chestiune nerezolvată, aceea a bolnavilor. Ce se întâmplă cu acești oameni care nu

produc ei doar consumă? Cine suportă această consumație? Societatea, desigur, într'un fel sau altul. Un lucru este însă clar: cu cât mai mare va fi numărul bolnavilor, cu atât mai împovărat va fi bilanțul cheltuelilor, al acestor sume enorme, risipite pentru a recăpăta un bun pierdut de cele mai multe ori din neglijență: sănătatea.

Prin cele de mai sus se subliniază faptul că orice boală, și în special acelea care lovesc vârstele de maximă productivitate, cauzează pierderi materiale și perturbațiuni economice uriașe, de natură a influența însăși bunul mers al societății. Pentru acest motiv ele se numesc boli sociale, iar lupta contra lor este o sarcină primordială a oricărei colectivități organizate, care ține să-și apere ființa. În fiecare an și în toate colțurile pământului se cheltuiesc zeci și sute de kgr. aur, sub formă de franci, lire sau dolari, pentru combaterea acestor plăgi ce macină trupul omenirii. Iată câteva exemple concrete, spicuite din diverse lucrări de specialitate:

1. Tuberculoza este prima dintre bolile cu caracter social, socotind după forța sa antieconomică. Autorul american Irving Fisher în raportul său intitulat „The cost of Tuberculosis” și citit la Congresul Internațional de Tuberculoză din Washington (1908), afirmă că pierderea anuală înregistrată de U.S.A. în urma acestui flagel se poate evalua la circa 1 miliard de dolari!

În Franța de dinainte de 1914 tuberculoza costa anual 15 miliarde franci aur, iar în Germania (1930) circa 5—6½ miliarde mărci.

Date mai recente arată că pentru anul 1937 totalul zilelor de muncă pierdute prin tuberculoză în Statele Unite ale Americii a fost de 41.400.000.

Intr'o notă prezentată la Comitetul Permanent al Oficiului Internațional de Igienă în sesiunea din Aprilie 1930, ministrul sănătății publice din Ontario dă următoarele date statistice referitor la problema tuberculozei în acea regiune, începând cu anul 1937:

— În o populație de 3,600,000 locuitori, există o mortalitate anuală de aproximativ 35.4 la 100,000 locuitori; numărul total al bolnavilor tratați în sanatorii în decursul unui an se ri-

dică la 5,700; — numărul colectiv al zilelor petrecute de acești bolnavi în sanatorii este de 1,075,363; totalul cheltuelilor făcute cu acești bolnavi (tratamentul în sanatorii, ajutoare ale comisiei contra tuberculozei) = 3,038,000 dolari;

— cca 66% a bolnavilor sunt între 20—50 ani, adică în perioada cea mai productivă a vieții;

— cca 50% dintre bolnavi nu vor mai fi apti a relua o activitate remuneratoare;

— din cei ce se întorc la lucru, 40% recidivează încă în primii zece ani.

2. Pierderile materiale prin sifilis au fost evaluate în perioada de dinainte de primul război mondial la următoarele cifre:

Belgia 50 milioane franci aur pe an;

Franța 500 milioane franci aur pe an;

Illinois (U.S.A.) 188 milioane dolari pe an.

Pierderile demografice prin aceeași boală sunt deasemenea importante. Socotind că sifilisul reduce durata medie a vieții cu aproximativ 4 ani, cei 500,000 de sifilitici înregistrați în armata franceză în timpul războiului 1914—1918, au frustat națiunea franceză de aproximativ 2 milioane ani de viață!

3. Alcoolismul, datorită actelor antisociale la care degenează, deține recordul daunelor materiale. Studii relativ la această problemă arată că:

— 50% din accidentele de circulație se datoresc stării de beție; în Europa și America se petrec anual aprox. 5 milioane accidente industriale dintre care 10,000 sunt mortale; o bună parte din aceste accidente sunt datorite stării de ebrietate. În anul 1936, în U.S.A., au fost 1,300,000 de accidente de circulație și 37,800 morți consecutive. Pagubele materiale rezultate s'au cifrat la 1,640 milioane dolari. Dintre accidentați au fost găsiți sub influența alcoolului; 7% dintre șofeuri și 11% dintre pietoni;

— 62.8% din crime se produc Sâmbăta, Duminica și Luni sub efectul excitant al alcoolului;

— 75% din actele de violență au aceeași etiologie.

4. Reumatismul, prin cele 6,850,000 cazuri de îmbolnăviri din 1937 a prejudiciat Statele Unite ale Americii cu 97,200,000

zile de lucru; pentru Germania (1935) reumatismul a reprezentat 7% din totalul invalidităților; pentru Anglia (1937) el a însemnat 1/6 din totalul invalidităților.

Un studiu a lui C. Brătescu dă următoarele date referitor la frecvența reumatismului printre membrii Asigurărilor Sociale din România: în anul 1932 au fost atinși de incapacitate temporară prin reumatism, 5.82%, cu o durată medie a incapacității de 19.83 zile, vârsta medie a celor atinși fiind de 36.86 ani; în 1933, 5.77% bolnavi, durata medie a incapacității, 18.24 zile, vârsta medie, 37.12; în 1934: 5.52% bolnavi, durata medie a incapacității 25.42 zile, vârsta medie 37 ani. Vârstele cele mai atinse de boală au fost 31—35 ani. In ce privește pensiile pentru invaliditate acordate în perioada 1917—1938, 11.23% sunt datorite reumatismului.

5. Bolile transmise prin insecte costau anual în U.S.A. aprox. 200,000,000 dolari; din aceasta sumă jumătate este paguba atribuită malariei.

6. Dintre bolile infecțioase acute numai febra tifoidă a costat Statele Unite ale Americii (1908) suma de 350,000,000 dolari.

7. Afecțiunile neuro-mintale au cauzat în trecut în U.S.A. pierderi de circa 85,000,000 dolari anual; în 1937 au fost pierdute 132,000,000 zile de lucru prin acest soi de afecțiuni.

Pentru țara noastră nu putem da cifre nici măcar aproximative din lipsa materialului documentar. Dar având în vedere că morbiditatea și mortalitatea dela noi este aproape în toate cazurile mai mare decât aceea a statelor exemplificate, este logic să conchidem că și consecințele economice ce le suferim sunt mai grave decât aiurea.

Concluzia ce se impune este una și indiscutabilă: combaterea bolilor prin toate mijloacele ce ne stau la îndemână! Acestea, știm prea bine, sunt de două feluri: curative și preventive. Dar fiindcă judecăm lucrurile din punct de vedere economic, preferăm, pentru rezultate egale, mijloacele cele mai ieftine. Ori experiența de toate zilele cât și cercetarea științifică au verificat în mod indubitabil valoarea economică a principiului preventiv față de cel curativ. Iată câteva exemple:

— epidemia de variolă din Philadelphia (1871—1872) a

fost estimată de Dr. Lee la 22 milioane dolari daune materiale. Această epidemie ar fi putut fi prevenită printr'o campanie de vaccinare, desinfecțiuni și propagandă totalizând abea 700,000 dolari!

— în perioada 1909—1927, Metropolitan Life Insurance Company a investit în organizarea unui serviciu de acțiune și medicină preventivă, pentru asigurații săi, suma de 32 milioane de dolari. Prin această măsură, respectiva companie de asigurări a economisit, în aceeași perioadă, premii de boală, de accidente, de decese etc. în valoare de 75 milioane dolari, realizând o rentabilitate de 134%!

— serviciul sanitar din Los-Angeles, investind 6,700,000 dolari în acțiuni preventive, a realizat, pentru perioada 1920—1931 o descreștere a mortalității generale și infantile echivalentă cu un câștig material de 45,000,000 dolari!

b) Din punct de vedere *cantitativ* colectivitățile umane sunt suficiente numai atunci când posedă un excedent natural, adică atunci când forța lor de natalitate este mai mare decât mortalitatea generală. Dar atunci când, din felurite motive, în sânul unei populații natalitatea descrește într'un ritm mai viu decât mortalitatea, colectivitatea respectivă, împuținându-i-se treptat excedentul natural, se angajează pe o pantă coboritoare, într'o mișcare demografică anti-economică.

Efectele directe ale denatalității sunt:

1. împuținarea progresivă a brațelor de muncă;
2. îmbătrânirea treptată a colectivității.

1. *Impuținarea progresivă a brațelor de muncă* este o consecință prea evidentă a declinului numeric ca să mai fie nevoie de vre-o demonstrație specială. Dar, după cum ar putea pretinde un comentator sceptic, aceasta nu trebuie să însemneze numai decât și declinul factorilor economici. Din contra, cu cât populația unui stat se rărește, cu atât — se pare — va fi mai abundentă repartitia avuțiilor materiale pe cap de locuitor, cu atât mai ușor și mai plăcut va fi traiul pe pământ!

Deși la primul aspect acest raționament simplu pare logic, el este totuși fals. Căci realitatea demonstrează cum, afară de faptul împuținării celor capabili de muncă și al micșorării producției generale consecutive, cu închideri de uzine, părăginiri

de ogoare și criza economică, denatalitatea accentuează această criză provocând șomajul. Milioanele de copii lipsă, simpli consumatori, lasă în disponibilitate pe toți aceia ce înainte vreme acopereau consumația lor. „Cu cât vom avea mai mulți copii, cu atât mai ușor îi vom putea hrăni”, spune Siemens în cartea sa despre Ereditate, Eugenie și Politica Populației. Exemplul prezentat de autor este concludent: Germania din 1910 avea la 35 milioane de producători, 23 milioane de simpli consumatori (copii și bătrâni), pe când în 1930 la 45 milioane producători nu avea decât abea 19 milioane consumatori față de 29.5 milioane cât ar fi trebuit să fie pentru a se menține proporția. Lipseau așa dar 10.5 milioane de simpli consumatori (dintre care majoritatea trebuiau să fie copiii) pentru a da de lucru șomerilor germani.

2. *Imbătrânirea colectivității* se produce prin aglomerarea vârstelor înaintate, adică a aceloră cu productivitatea încheiată, și imputinarea sistematică a vârstelor tinere, capabile de o productivitate viitoare. Numărul celor apti de lucru se imputinează, în vreme ce numărul celor înapți se înmulțește. Sarcinile sociale cresc din ce în ce, producția diminuează în același ritm și odată cu devalorizarea pământului (din lipsă de brațe capabile să-l muncească) prăbușirea economică este inevitabilă (Siemens). Nici o forță din lume nu va mai fi în stare să întoarcă din drumul fatal un neam așa de mult angajat pe panta declinului. Aceasta a fost soarta Romei, a Eladei și a tuturor civilizațiilor antice cuprinse de boala depopulării.

Și de data aceasta principiul preventiv este suveran; primele simptome ale denatalității fiind sesizate și știind care-i sunt consecințele, trebuiește intervenit cu toată energia pentru a evita din timp producerea dezastrului. Toate popoarele care vor neglija să ia o atitudine serioasă față de aceste fenomene, vor împărtăși soarta Romei și a Eladei!

În ceea ce privește neamul nostru, el se găsește, de o vreme încoace, într-o continuă mișcare demografică anti-economică. Excedentul său natural, de +15.7 (1928) a scăzut treptat la +10.4 (1938), +5.3 (1943), pentru a cădea în 1945 la -0.4. Denatalitatea a întrecut limita inferioară admisibilă, iar primejdia decadenței este iminentă. Măsurile ce se impun sunt de

a evada de urgență din zona periculoasă printr'o colaborare susținută și un suprem efort al generațiilor actuale, direct răspunzătoare de soarta generațiilor de mâine.

* * *

Am încercat a sublinia, odată mai mult în paginile „Buletinului” valoarea economică nedesmințită a capitalului uman. De fapt, în cercuri tot mai largi de intelectuali, precum și în numeroase compartimente ale organizației noastre de Stat noțiunea „*capital uman*” este acceptată din ce în ce mai ușor, iar importanța ce i se acordă, din ce în ce mai mare.

Cu toate acestea, capitalul nostru uman (cel concret, nu noțiunea) continuă a fi împovărat de boli și vlăguit numeric, deoarece cunoștințele noastre teoretice relativ la această problemă, fără a fi dublate de o acțiune aplicată și eficientă, nu sunt în stare a-i asigura însănătoșirea și redresarea.

Două sunt cauzele principale ale stării critice în care ne găsim:

1. „Capitalul uman” deși acceptat „de drept” ca o valoare, este neglijat „de fapt” și lipsit de un sprijin eficace, palpabil, în sensul legii economice a conservării: măsurile menite să păstreze cât mai intacte resursele umane, precum și acelea destinate să asigure dezvoltarea lor calitativă și numerică sunt de cele mai multe ori insuficiente pentru scopul urmărit. Și aceasta pentru simplul motiv că mentalitatea preventivă nu s'a înscăunat acolo unde trebuie și atâta cât trebuie! Sunt mulți încă aceia care și astăzi consideră acțiunile preventive drept cheltuieli inutile deoarece nu au răbdarea să aștepte rezultatele. E ușor de înțeles că aceștia, puși în locuri de răspundere, se vor abține cu promptitudine și de câte ori vor avea ocazie dela orice astfel de cheltuială „inutilă”, reeditând pățania edililor din Salem (Ohio) care, cu ocazia unor lucrări de canalizare, dorind să realizeze economii, au preferat un material mai ieftin, care-i costa 1,500 dolari mai puțin. Nu după multă vreme conductele s'au deteriorat și rezultatul a fost o epidemie de febră tifoidă, cu daune materiale de aproximativ 500.000 de dolari!

2. Modestele noastre măsuri și posibilități preventive sunt

aşa de disproporţionat de reduse faţă de *ignoranţa, boala re-nitentă* şi *mizeria economică* a ţărănimii noastre, încât fără o intensă acţiune de educaţie spre igienă şi sănătate care să sensibilizeze populaţia noastră rurală faţă de opera preventivă, cele mai multe dintre eforturi rămân fără rezultate.

Este timpul a se înţelege odată sensul adevărat al noţiuni-lor şi a se trece la acţiune, înainte de a fi prea târziu.

BIBLIOGRAFIE

- I. Moldovan*, Introducere în Etnobiologie şi Biopolitică. Sibiu 1944.
Ely—Hess—Leith—Carver, The Foundations of National Prosperity. New-York, Macmillan Company, 1918.
I. Fischer, Report on National Vitality. Washington, 1923.
G. Banu, Tratat de Medicină Socială. Vol. IV, 1944.
H. W. Siemens, Ereditatea, Eugenia, Politica Populaţiei. Traducere. Bucu-reşti, 1937.
A. Boukharine, La Théorie du Matérialisme Historique. Paris, 1927.
T. Voionmaa, The influence of alcoholisme upon accident occurence. Int. Ztschf. g. Alkoholismus, Band 35, an 1927, pag. 8.
Bulletin de l'Office International de l'Hygiène Publique. Ianuarie 1938, p. 167; Iulie 1939, p. 1261.
The American Journal of Medical Association. Vol. 97, an 1931, pag. 1597; vol. 110, an 1938, pag. 775.

Consideraţiuni de ordin statistic şi epi-demiologic în legătură cu epidemia de febră recurentă din Ardeal — Banat, în anii 1945—1946

de
Dr. VICTOR RUSU

În evoluţia morbidităţii principalelor grupuri de boli con-tagioase în ultimii zece ani, ca de altfel în întreg intervalul de timp dintre cele două războaie mondiale, se constată un echi-libru constant. Locul de frunte îl ocupă mereu grupul bolilor aparatului respirator, urmate de cele ale aparatului digestiv —

febra tifoidă și dizenteria, și în locul ultim bolile localizate pe sistemul nervos — meningita și poliomielita. Cifrele care exemplifică acest fapt sunt redată în:

Tabel 1. Morbiditatea prin principalele boale contagioase în România pe anii 1935—1945.
(După Alexa și Angelescu).

Bolile	Med. pe 1935—40	1941	1942	1943	1944	1945
Febra tifoidă . . .	4.373	3.432	4.061	3.834	2.799	5.663
Dizenteria	3.833	3.174	8.009	1.435	594	828
Difteria	2.321	1.156	1.406	1.542	1.146	1.492
Scarlatina	20.329	39.056	9.654	21.511	11.180	6.151
Meningita crb. spin.	66	107	245	757	407	233
Poliomielita . . .	112	145	90	110	47	220
Tifus exantem	647	1.292	2.913	6.782	19.804	78.041
Variolă	—	—	—	—	1	1
Febră recurentă	—	—	—	—	4	1.487
Cazuri declarate	80.937	48.362	25.778	35.971	35.937	94.116

Starea de războiu pune însă în joc anumiți factori epidemiologici așa ziși secundari sau favorizanti, ca: aglomerația, mișcările mari de populație, condițiile proaste de salubritate, subalimentația, frigul, etc. Dacă față de aceștia nu se pot lua măsuri din timp, unele infecțiuni mai sensibile la influența lor cunosc o exacerbare neobișnuită și se impun ca probleme de prim ordin, necesitând din partea organelor sanitare o atenție cu totul mai deosebită decât în timpul de pace.

Spre exemplu, prin concursul acestor împrejurări a ajuns pe prim plan tifosul exantematic. Această boală, fixată înainte de războiu în mici focare endemice, cu deosebire în Basarabia și Moldova, manifestându-se în restul țării prin cazuri cu totul sporadice, în ultimii ani s'a generalizat interesând populația din toate regiunile țării. Morbiditatea prin această infecțiune, situată pe un plan inferior grupului bolilor aparatului digestiv, spre sfârșitul războiului și în primii ani după război devine superioară tuturor infecțiunilor trecute în tabelul de mai sus, fiind depășită doar de principalele boli sociale, tuberculoza și sifilisul, așa cum se observă din datele cuprinse în tabelul Nr. 2.

Tabel 2. Morbiditatea și mortalitatea prin tifus exantematic
in ultimii 10 ani.

(După Alexa și Angelescu).

Anii	Cazuri	Decese	Morbidit. la 100,000	Mortalit. la 100,000	Fatalitatea la 100 caz.
1935	2.802	278	14.7	1.4	9.9
1936	7.060	689	36.5	3.6	9.8
1937	4.976	421	25.5	2.2	8.5
1938	2.256	194	11.4	0.9	8.6
1939	1.014	86	5.1	0.4	8.5
1940	1.886	128	8.4	0.8	9.2
1941	2.025	137	13.9	0.9	6.8
1942	4.835	402	28.7	2.4	8.3
1943	10.937	798	64.6	4.7	7.3
1944	28.325	2044	166.6	12.0	7.2
1945	79.136	8838	465.1	51.0	11.2

Dacă la factorii mai sus amintiți se adaugă posibilitatea în timp de război a contactului cu populații exogene și în consecință eventualitatea importării a noi și variate surse de infecție, în situația bolilor infecțioase se pot ivi chiar probleme noi.

O infecțiune care a rezultat din sumăriunea acestor împrejurări, adică existența factorilor epidemiologici favorizanți plus contactul cu colectivități streine, este febra recurentă.

Această boală endemică în Africa de Nord (Maroc, Algeria, Tunis, Tripolifania) a bătuit sub formă de epidemii intense în războiul trecut în aproape toate țările din centrul și estul Europei, cu deosebire în Rusia, unde a produs o morbiditate enormă. Astfel, în anul 1918 a cauzat acolo 25,000 de îmbolnăviri, în 1919, 320,000, în 1920, 1,000,000, și în 1921, 570,000. La noi în țară a apărut sub formă epidemică în toamna anului 1916 în Moldova cu ocazia retragerii trupelor; s'a menținut și în anul 1917, pentru că după un an să scadă și să dispară în scurt timp. Morbiditatea produsă a fost aproximativ egală cu aceea a tifosului exantematic.

De altfel, aceste infecțiuni atât din punct de vedere al transmisiunii cât și al dependenței lor de factorii mai sus amintiți, sunt înrudite. Coexistența acestora în împrejurări care permit jocul liber al factorilor epidemiologici favorizanți și care duc la înmulțirea insectei vectoare, izvor și totodată cale de in-

fecție comună, este o regulă, cu existența bine înțeles a rezervorului de virus, fiind considerate din acest motiv ca adevărați „sateliți ai războiului”.

Este însă o deosebire în ce privește gradul de parazitare necesar pentru ca să se producă o situație endemo-epidemică de tifus exantematic sau de febră recurentă; pe când febra recurentă pretinde un parazitism extrem de intens, răspândirea tifosului exantematic se poate face într-o colectivitate fără ca indexul parazitar al acesteia să fie așa de pronunțat.

Explicația acestui fapt e dată de însuși mecanismul de infecțiune. E știut că tifosul exantematic se transmite prin excrementele păduchilor foarte bogate în rickettsii care pot pătrunde în sânge printr'o soluție de continuitate de pe tegumentul individului, produsă fie prin grataj, fie prin însăși înțepătura păduchelui. Pentru a se produce însă o îmbolnăvire de febră recurentă e nevoie de o strivire a parazitului, deoarece spirocheții nu se găsesc decât în cavitatea celomică a acestuia; contactul între plasma păduchelui și sângele persoanei se poate face numai printr'o soluție de continuitate obținută prin grataj. Prin înțepătura insectei febra recurentă nu se poate transmite.

În consecință la tifosul exantematic probabilitatea ca excrementele conținătoare de agenți patogeni să poată produce îmbolnăviri este mai mare, căci soluția de continuitate poate fi cauzată atât de grataj cât și de înțepătura păduchelui și astfel posibilitatea ca rickettsiile să pătrundă în organismul persoanei respective, este mai frecvent dată. În concluzie, pentru ca infecția să se producă ar fi suficientă prezența chiar numai a unui singur parazit. Pentru ca febra recurentă să cauzeze însă îmbolnăviri multiple este nevoie de un parazitism extrem de intens al persoanelor, care să dea naștere la leziuni de grataj întinse pe pielea bolnavului și astfel ocaziunea de a strivi un păduche pe o soluție de continuitate să fie destul de deasă.

Aceasta explică de altfel și faptul că în situațiile când aceste boli se manifestă concomitent în aceeași colectivitate, o deparazitare chiar incompletă va influența sensibil febra recurentă, pe când tifosul exantematic va continua să producă încă îmbolnăviri. Pe de altă parte, persoanele care se găsesc într'un mediu contaminat și care au posibilitatea de a menține un oare-

care grad de igienă corporală, nu se îmbolnăvesc de febră recurentă, pe când de tifos exantematic, da. Această observație a fost confirmată și în decursul războiului; astfel, medicii și personalul sanitar auxiliar, precum și ofițerii s'au îmbolnăvit foarte rar de febră recurentă, pe când proporția morbidității de tifos exantematic printre aceștia a fost aproximativ egală cu aceea a trupeii. În general când parazitismul scade, febra recurentă dispare destul de repede, pe când tifosul exantematic într'un mod mai lent.

* * *

Prin prisma acestor fapte am crezut util ca în datele de mai jos să prezentăm situația epidemiei de febră recurentă din Ardeal din anii 1945—1946, infecțiune necunoscută în anii anteriori și care la un moment dat a cauzat o morbiditate apropiată de aceea a tifosului exantematic. Ne vom mărgini numai la observațiuni de ordin epidemiologic și statistic, căutând să stabilim mediul în care a apărut, felul în care s'a răspândit, morbiditatea pe care a produs-o, colectivitățile pe care le-a interesat, precum și câteva date comparative cu situația din restul țării, având în vedere că populația acestei provincii a fost mai la adăpost de neajunsurile produse de ultimul războiu și în general se bucură de condițiuni economice mulțumitoare și de un standard de viață corespunzător.

I. Poarta de intrare, extinderea, morbiditatea și mortalitatea

Poarta de intrare pentru epidemia de febră recurentă din Ardeal a fost constituită de colectivitatea militară. Contactul frecvent cu populații din diferite teritorii și deci cu sursa de infecție, condițiunile de trai favorabile apariției factorilor secundari și deci și a parazitismului, în urma unui războiu greu și prelungit, au fost factorii care au realizat atât posibilitatea importului infecției, cât și mediul prielnic încetățenirii ei.

Primele cazuri s'au declarat în luna Ianuarie 1945, printre ostașii din unitățile cu garnizoana în județele Hunedoara și Severin. Până în luna Iunie s'au ivit cazuri exclusiv în mediul militar, în ordinea următoare:

Februarie, județul Timiș;
 Martie, județul Sibiu;
 Aprilie și Maiu, Brașov;
 Iunie, Târnava Mare (Sighișoara).

În luna Iunie apare primul caz în mediul civil în județul Timiș, fiind urmat de cazuri declarate în majoritate printre unitățile din orașele Oradea Mare și Cluj. Ulterior, spre sfârșitul anului 1945 și începutul anului 1946, s'au declarat cazuri în mediul civil din județele de mai sus și mai târziu în mediul militar și cu deosebire civil din județele: Târnava Mică, Mureș, Odorheiu, Năsăud, Făgăraș, Satu Mare și Turda.

Apariția cazurilor timp de 6 luni în localitățile cu garnizoane mari și distanțate unele de altele, exclude posibilitatea pătrunderii acestei infecțiuni prin populația civilă și constituie un indiciu în plus că infecția a avut ca poartă de intrare colectivitatea militară.

În anul 1945 cazurile apar într'un ritm lent totalizându-se numai 97 îmbolnăviri cu o morbiditate de $1.7^{00}/000$. Pe luni situația este următoarea:

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
3	3	5	3	5	8	11	3	12	5	8	31

Odată cu anul 1946, apariția cazurilor de febră recurentă se produce în mod continuu, serviciile sanitare județene declarându-le aproape săptămânal. Se înregistrează în total 986 cazuri cu o morbiditate de $17.8^{00}/000$, apropiindu-se de aceea a febrei tifoide și influențând astfel sensibil morbiditatea generală. Lunar, avem următoarea situație:

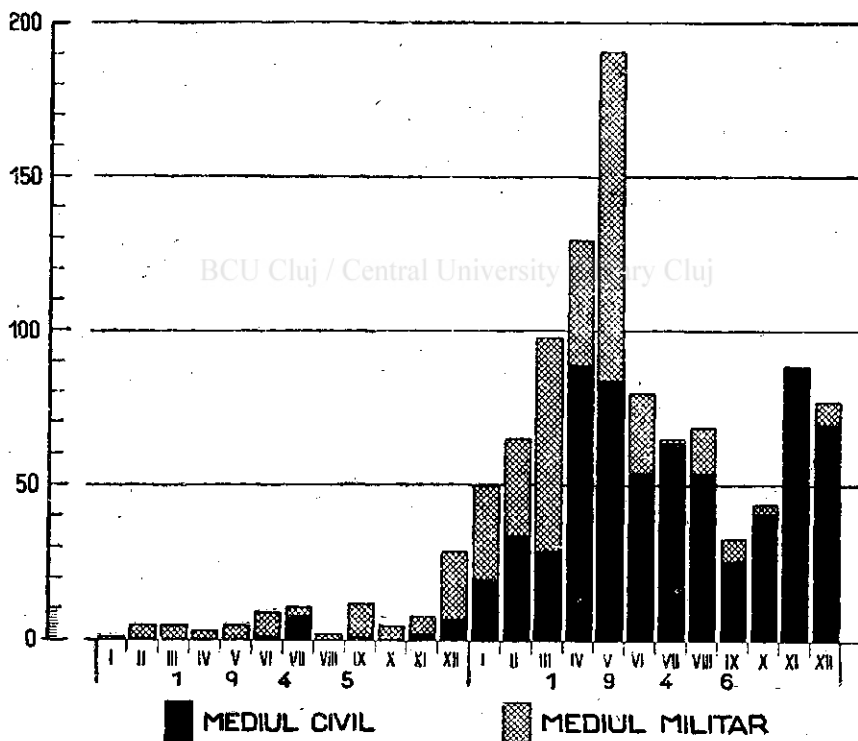
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
50	65	97	130	190	79	64	68	33	44	89	77

Grafic aceste cifre sunt reprezentate în figura de mai jos.

În ce privește mortalitatea, în anul 1946 aceasta e de $0.42^{00}/000$ (24 decese), fiind apropiată de aceea a meningitei și poliomielitei; fatalitatea acestei boli este însă redusă fiind egală cu 2.4 la 100 îmbolnăviri, deci inferioară cu mult principalelor boli contagioase.

În aceleași intervale de timp, situația febrei recurente în România se prezintă astfel: În anul 1945 = 1487 cazuri cu o morbiditate de $10.1^{00}/000$, pentru ca în anul următor numai dela 1 Ianuarie până la 31 Iulie să se înregistreze un număr de 8323 cazuri, cu o morbiditate de $79.5^{00}/000$. În comparație deci cu situația din Ardeal, se constată că în anul 1945, morbiditatea

IMBOLNĂVIRI DE FEBRĂ RECURENTĂ ÎN ARDEAL ȘI BANAT PE ANII 1945 - 46.



a fost de aproximativ 6 ori mai mare pe întreaga țară, iar în anul 1946, când pe același interval de timp, adică 1.I.—31.VII, în Ardeal au fost declarate numai 656 cazuri și o morbiditate de 11.2 la 100.000, de 7 ori.

Rezultă așa dar, că deși în Transilvania febra recurentă s'a impus prin numărul de îmbolnăviri cauzate ca o nouă pro-

blemă de ordin sanitar, morbiditatea în această provincie este net inferioară celei din întreaga țară.

II. Febra recurentă în mediul militar și civil

Din totalul de 1083 cazuri de febră recurentă în decursul celor doi ani, în mediul militar s'au declarat 411 cazuri sau 38%, iar în mediul civil 672, adică 62%. Repartizând numărul îmbolnăvirilor pe diverse intervale de timp situația se constată a fi foarte schimbătoare. În anul 1945 din totalul de 97 îmbolnăviri, 78 sau 80.4% s'au declarat în mediul militar și numai 19 sau 19.6% în mediul civil. În prima jumătate a anului 1946 situația se modifică în sensul că îmbolnăvirile se repartizează în mod aproape egal, 309 sau 51.2% în mediul militar și 289 sau 48.8% în mediul civil, pentru ca în a doua jumătate a anului să se inverseze, majoritatea îmbolnăvirilor declarându-se în mediul civil și numai o mică parte în mediul militar: 24 sau 6.1% în mediul militar și 364 sau 93.9% în mediul civil.

Tabel 3. Repartiția cazurilor de febră recurentă în mediul militar și civil pe anii 1945 și 1946.

Interval de timp	Total	Mediul militar		Mediul civil	
		Cifre abs.	%	Cifre abs.	%
Anul 1945	97	78	80,4	19	19,6
Anul 1946 I-I-30-VI	598	309	51,2	289	48,8
Anul 1946 I-VII-31-XII	388	24	6,1	364	93,9

Se observă deci că infecția a fost fixată în mediul militar și abia după un an a pătruns și în mediul civil, în urma contactului între militarii demobilizați sau concediați și populația civilă. De altfel cazurile declarate între militari în ultimul timp, aparțin în majoritate deținuților din închisorile militare.

Înainte de a cerceta aspectul sub care această problemă se prezintă în mediul civil și anume, dacă a interesat în mod egal întreaga populație sau numai o parte și care anume, vom reda distribuția în spațiu a îmbolnăvirilor de febră recurentă. Ne referim în deosebi la situația din 1946, care marchează apogeul febrei recurente și în timpul căreia infecția s'a deplasat și s'a

stabilit în mediul civil, interesându-l pe acesta într'un procent de 66.2% față de 19.6% cât era în anul precedent.

Singuraticele județe se pot împărți din acest punct de vedere în 4 categorii:

I. Județe cu morbiditatea = 0: Caraș, Ciuc, Maramureș, Someș și Trei Scaune;

II. Județe cu morbiditatea = 0—10⁰⁰/000: Sălaj 0.3, Alba 0.9, Arad 1.4, Satu Mare 2.0, Hunedoara 7.5, Făgăraș 8.1;

III. Județe cu morbiditatea = 10—20⁰⁰/000: Mureș 10.7, Odorhei 13.0, Năsăud 11.3, Timiș 15.6;

IV. Județe cu morbiditatea peste 20⁰⁰/000: Bihor 23.5, Târnava Mică 26.7, Târnava Mare 52.0, Cluj 54.0, Brașov 80.3, Sibiu 109.9.

Se observă că ultima categorie cuprinde județele cu o morbiditate mai mare decât morbiditatea generală care este de 17.8⁰⁰/000 și reprezintă de fapt situația epidemică a febrei recurente în Transilvania, așa că, pentru a trage concluzii de ordin general va fi suficient să facem apel numai la cifrele care redau starea de fapt din aceste județe și care însumează 77.0% din totalul cazurilor și 70.7% din numărul cazurilor declarate în populația civilă. De altfel restul județelor, în mare parte nu au declarat cazurile prin fișe, ci numai în mod numeric, așa că nu le putem supune unei analize mai amănunțite.

De sigur că în populația civilă, colectivitatea care prin felul ei de trai refractar la orice măsuri de ordin igienic, menține un grad de parazitism necesar producerii de îmbolnăviri de febră recurentă, este populația de țigani. De corelația între morbiditatea febrei recurente și procentul populației țigănești ne-a fost dela început atrasă atenția, înainte de a avea o evidență mai precisă a problemei. Localitățile în care s'au declarat unul sau mai multe cazuri de febră recurentă în mediul civil au avut o populație de țigani într'un procent cu mult mai ridicat decât în restul județului. Cifrele care redau această situație sunt cuprinse în tabelul de mai jos și din prezentarea lor se constată o proporționalitate directă între diferențele date de procentul populației țigănești din localitățile contaminate și restul județului pe de o parte, și morbiditatea prin febră recurentă pe de altă parte.

Tabel 4. Morbiditatea febrei recurente în raport cu procentul populației țigănești din comanele contaminate.

Județul	Morbiditatea la 100.000	Proc. pop. țig. în com. contam.	Proc. pop. țig. în întreg județul	Diferența
Bihor . .	23,5	4,1	1,2	2,9
Tr. Mică . .	26,7	10,8	5,1	5,7
Tr. Mare . .	52,0	10,0	2,6	7,4
Cluj . .	54,0	7,4	2,3	5,1
Sibiu . .	109,9	8,4	2,5	5,9

Pentru a ne da seama mai precis de intensitatea cu care factorii favorizanți au stăpânit în una sau cealaltă categorie de populație civilă și indirect de gradul de parazitare a acestor colectivități, am trecut în tabelul de mai jos, procentul îmbolnăvirilor prin febră recurentă din cele 6 județe reprezentative (în afară de județul Brașov în care cazurile au fost declarate aproape exclusiv în mediul militar), în raport cu mediul militar și civil, ultimul subîmpărțit în două categorii, populație de țigani și restul populației.

Tabel 5. Procentul îmbolnăvirilor de febră recurentă în raport cu mediul militar și civil.

Județul	Nr. total al caz.	Nr. caz. în mediul militar		Nr. caz. în mediul civil			
				Pop. de țigani		Restul populației	
		Cifre abs.	%	Cifre abs.	%	Cifre abs.	%
Bihor . .	120	25	20,8	63	52,5	32	26,7
Tr. Mică . .	40	—	—	27	67,5	13	32,5
Tr. Mare . .	77	15	19,5	46	59,7	16	20,8
Cluj . .	181	68	37,5	105	58,0	8	4,5
Sibiu . .	214	73	34,1	115	53,8	26	12,1

Se observă deci că febra recurentă, așa cum se prezintă în Transilvania, interesează în cea mai mare parte populația țigănească și anume peste 50% din totalul cazurilor, întrecând în fiecare județ numărul celor din mediul militar și fiind cu mult superior celui din restul populației.

Dacă ne referim numai la cazurile declarate în mediul civil, situația devine și mai evidentă; procentul îmbolnăvirilor în populația țigănească crește dela 66,3% în județul Bihor până la 92,9% în jud. Cluj, așa cum rezultă din tabelul Nr. 6.

Tabel 6. Situația îmbolnăvirilor de febră recurentă în cele două colectivități din mediul civil:

Județul	Nr. total al caz. în pop. civilă	Nr. caz. pop. de țig.		Nr. caz în rest pop.	
		Cifre abs.	%	Cifre abs.	%
Bihor	95	63	66,3	32	33,7
Tr. Mică	40	27	67,5	13	32,5
Tr. Mare	62	46	74,2	16	25,8
Cluj	113	106	92,9	8	7,1
Sibiu	141	115	81,6	26	18,4

Calculând morbiditatea prin febra recurentă în cele două categorii de populații din județele amintite rezultă că pentru colectivitatea de țigani aceasta este de 1178,3⁰⁰/000, iar în restul populației civile de 7,3⁰⁰/000; sau cu alte cuvinte, frecvența febrei recurente între țigani este de 161,4 ori mai mare decât aceea din restul populației civile, adică la populații egale ca număr, la un caz de febră recurentă în colectivitatea civilă, ar corespunde 161 cazuri în cea de țigani. Această cifră împărțită cu 43 = valoarea raportului numeric între populația civilă și populația de țigani, obținem 3,7, cifră care reprezintă raportul real al îmbolnăvirilor între țigani și restul populației civile. Adică, aproximativ la 4 cazuri de îmbolnăviri în populația de țigani, corespunde un caz în populația civilă.

De sigur că numărul cazurilor nu este strict direct proporțional cu procentul acestei populații; un procent mare de țigani într-o localitate nu implică existența multor cazuri de febră recurentă, chiar dacă izvorul de infecție e prezent. Corelația fiind dată numai de factorul cale de infecție, — în speță paraziți și parazitism — factor ușor influențabil de eventualele măsuri de combatere ce se iau față de această colectivitate, de obicei obiectul unei atenții și supravegheri mai deosebite din partea autorităților sanitare, explică faptul de ce infecția nu se difuzează în mod egal și nu interesează toate colectivitățile de țigani în același grad și în consecință și împrejurarea că cele mai numeroase îmbolnăviri nu se declară cu regularitate în județele cu procentul cel mai mare de populație de țigani și că în interiorul unui județ există localități cu procent mare din această populație fără cazuri de îmbolnăviri.

În posesia acestor date putem concluda că febra recurentă, așa cum a evoluat în Ardeal și referindu-ne la îmbolnăvirile din mediul civil, a interesat în mod specific și într'un grad mai mare decât orice altă infecțiune, chiar decât tifusul exantematic, numai populația de țigani. Până în prezent aceasta constituie singurele focare din mediul civil, iar măsurile de combatere necesare vor trebui să fie îndreptate în primul rând în vederea asanării situației igienice a acestei populații.

Concluziuni

1. Febra recurentă, inexistentă în Transilvania înainte de război, a apărut ca o consecință a exaltării factorilor favorizanți dependenți de starea de război și a contactului cu populații streine.

2. Poarta de intrare a fost dată de mediul militar și ulterior infecția s'a deplasat și în mediul civil.

3. Ea a produs în anul 1945, 97 îmbolnăviri cu o morbiditate de $1.7^{00}/_{000}$, iar în anul 1946, 986 cazuri cu o morbiditate de $17.8^{00}/_{000}$; fatalitatea acestei boli este inferioară tuturor principalelor boli contagioase.

4. Proporția morbidității de această boală este cu mult mai mică în Ardeal decât în restul țării.

5. În populația civilă, colectivitatea interesată în mod aproape exclusiv și responsabilă de răspândirea acestei infecțiuni, este cea de țigani.

6. Orice măsură de combatere va trebui să aibă în primul rând ca obiectiv asanarea stării igienice a acestei populații.

Calea organizației mondiale a sănătății a fost trasată

de
Dr. ALEX. MANUILA

Organizația mondială a Sănătății (The World Health Organisation) a fost creată prin decizia Consiliului Economic și Social al Națiunilor Unite și a luat naștere în urma Conferinței

Internaționale a Sănătății reunită la New-York în Iunie—Iulie 1946. Pentru a decide crearea unei noi organizațiuni sanitare internaționale care va avea ca scop „aducerea tuturor popoarelor la nivelul de sănătate cel mai ridicat cu putință” (art. 1), 61 de națiuni și-au trimis reprezentanții la această reuniune.

Existența unei organizațiuni competente care să rezolve probleme de o importanță internațională, precum: încheierea și aplicarea convențiilor de carantină, lupta contra epidemiilor, standardizarea substanțelor medicinale, etc., a fost recunoscută ca necesară de mult timp, deoarece deja în 1908 a fost creat la Paris un Oficiu Internațional de Igienă Publică (Office International d'Hygiène Publique).

La sfârșitul primului războiu mondial, în momentul când lua naștere Societatea Națiunilor, s'a instituit pe lângă aceasta o Secție de Igienă, care a fost una din secțiunile cele mai active ale Societății Națiunilor și a adus servicii imense.

În sfârșit, în timpul celui de al doilea războiu mondial, atunci când Societatea Națiunilor se afla în agonie, UNRRA a fost însărcinată să prevină noi epidemii în țările devastate de războiu, prin organizarea unui anumit număr de servicii sanitare.

Noua Organizație Mondială a Sănătății

După sfârșitul celui de al doilea războiu mondial, atunci când Națiunile Unite puneau bazele unor instituțiuni internaționale, privind problemele politice, juridice, economice sau sociale, era firesc să se creeze o organizație care să dispună de mijloacele necesare pentru a rezolva unele dintre problemele sanitare care nu-și puteau găsi o soluție într'un cadru strict național.

Această nouă instituție este Organizația Mondială a Sănătății. Ea va fi urmașa celor trei organizațiuni internaționale care au precedat-o, dar atribuțiunile și răspunderile sale vor fi cu mult mai mari, dat fiind că nu mai este vorba despre o organizație care să se ocupe numai cu problemele de profilaxie ci deasemeni și cu medicina curativă, cu învățământul medical, cu cercetările științifice, într'un cuvânt, cu medicina în întregul ei.

Cu toate că OMS îmbrățișează, din punct de vedere practic, toate domeniile medicinei umane, totuși, reprezentanții celor 18 state membre ale Comisiunii Internaționale, care s'au adunat de curând la Geneva, au ținut să sublinieze faptul că organizația nu are de loc intențiunea de a impune metode de practică medicală și de a încălca atribuțiunile corpului medical din diverse țări și ale societăților și asociațiilor medicale naționale, ci, dimpotrivă, de a ușura sarcina lor.

Spre deosebire de ceea ce constituie regula în cazul majorității celorlalte instituții specializate ale Națiunilor Unite, în care numai Statele membre sunt primite, la OMS toate Statele sunt invitate să colaboreze.

Datorită acestui fapt, au participat la Conferința Internațională a Sănătății, care a ținut ședințele sale la New-York, un număr de 16 alte țări, în afară de Națiunile Unite.

OMS își va exercita activitatea prin intermediul a trei organe:

a) Adunarea Mondială a Sănătății, la care toate Statele membre trimit delegați;

b) Comitetul Executiv, compus din reprezentanții a 18 State, aleși pe termen de trei ani. Acest organ este înlocuit în clipa de față, prin Comisiunea Interimară, care tocmai s'a întrunit la Geneva;

c) Un secretariat pus sub conducerea unui Director General.

Sesiunea dela Geneva

Prima sesiune a Comisiunii Interimare a avut loc chiar la New-York, imediat după Conferința Mondială a Sănătății. Cu prilejul celei de a doua sesiuni, care a avut loc la Geneva, dela 4 la 10 Noemvrie 1946, Comisiunea Interimară a luat importante hotăriri privitoare la viitorul Organizațiunii Mondiale a Sănătății.

Fără îndoială, Statele membre au vrut să marcheze importanța pe care o dădeau acestei a doua sesiuni, trimițând ca reprezentanți membri din guvern sau înalți funcționari însărcinați cu conducerea serviciilor de igienă în țările lor. Comisiunea In-

ternațională și-a ținut lucrările sub președinția Doctorului Andrija Stampar, Rectorul Universității din Zagreb, care este în acelaș timp Vice-Președintele Consiliului Economic și Social al Națiunilor Unite.

Statele membre au fost reprezentate după cum urmează:

Australia — Doctorul George Muir Redshaw, Chief Medical Officer; *Brazilia* — Dr. Geraldo M. de Paulo Souza, Directorul Facultății de Igienă și Sănătate Publică la Sao Paulo; *Canada* — Dr. Brooke Claxton, Ministrul Igienii și al Sănătății Publice (Bien-Etre), asistat de Dr. C. Thomas Houtley, președintele Asociației Medicale canadiene; *China* — Dr. Szeming Sze, Reprezentantul la Washington al Administrației Naționale a Sănătății din China; *Egipt* — Dr. Aly Tewfick Choucha Pacha, Subsecretar de Stat, Ministru al Sănătății Publice; *Franța* — Dr. André Cavaillon, Directorul General al Sănătății, asistat de doctorii Lucien Bernard și H. Y. Sautter; *India* — Dr. C. Mani, Comisar Adjunct al Sănătății Publice; *Liberia* — Dr. Joseph N. Togba; *Mexic* — Dr. Manuel Martinez Baez; *Olanda* — Dr. C. Van den Berg, Directorul General al Administrației Naționale a Sănătății Publice și Dr. W. A. Timmerman, Directorul Institutului Național al Sănătății Publice; *Norvegia* — Dr. Karl Evang, Șeful Departamentului Sănătății Publice; *Regatul Unit al Marii Britanii* — Dr. Melville Mackenzie, Principal Medical Officer și Dr. W. G. Kauntze, Chief Medical Adviser pe lângă Colonial Office; *Statele-Unite* — Médecin Général Thomas Parran, Directorul Serviciului de Higienă Publică, asistat de Dr. H. van Zie Hyde; *URSS* — Dr. Fedor Grigorievici Krotkov, Ministru Adjunct al Igienii Publice; *Venezuela* — Dr. Arnolando Gabaldon și Dr. Curiel, primul, Șeful secției Malariei și al doilea, al secției de Epidemiologie la Ministerul Sănătății; *Jugoslavia* — Dr. Andrija Stampar, Rectorul Universității din Zagreb, asistat de Dr. Dimitrije Jusbasic, profesor la Institutul Medical din Skoplje.

Tehnicienii desemnați pentru greaua misiune a organizării cadrelor provizorii ale OMS-ului și anume: secretarul executiv și secretarul executiv adjunct ai Comisiunii Interimare sunt: Dr. Brock Chisholm, fost ministru adjunct al Igienii în Canada și Dr. Yves Biraud, fost șef de serviciu la Secțiunea de Higienă

de pe lângă Liga Națiunilor și Secretar General al Conferinței Internaționale a Sănătății.

Alegerea sediului

Printre problemele cele mai importante care figurau pe ordinea de zi a celei de a doua sesiuni trebuiesc citate studiile prealabile pentru alegerea unui sediu pentru noua organizație.

După Conferința dela New-York, Secretariatul a fost însărcinat cu studierea posibilităților de instalare ale OMS-ului la Paris sau la Geneva, amândouă aceste orașe oferind cel mai mare număr de avantagii în cazul când sediul organizației ar fi stabilit în Europa.

Parisul ar oferi avantagii sigure precum: importanța medicală și științifică a marelui metropole; posibilitățile de colaborare directă cu UNESCO, care are sediul acolo; existența unei rețele de comunicații feroviare și aeriene superioare celei dela Geneva. Pe de altă parte însă, Parisul suferă de o mare lipsă de locuințe și cu toată oferta guvernului francez de a acorda prioritate funcțiunilor dela OMS pentru a obține apartamente, problema n'ar fi mai puțin serioasă. Și în sfârșit, nici Hôtel de Vaupalliére, în apropiere de Elysée, nici proprietatea Baroului de Rotschild aproape de Bois de Boulogne, care au fost oferite organizației pentru a-și instala birourile, nu pot face față cerințelor unui personal numeros.

La Geneva, problema cazării funcționarilor ar fi mult mai ușor de rezolvat, cu atât mai mult cu cât Consiliul Federal oferă, și el, prioritate, pentru atribuirea de locuințe, acestor funcționari. Birourile organizației ar putea să fie instalate în Palatul Națiunilor, care posedă tot utilajul necesar noii organizațiuni. La Geneva, OMS ar putea colabora direct cu BIT, în primul rând în domeniul higienii industriale și, poate, deasemeni, cu Organizația pentru Alimentație și Agricultură, în cazul când, după cum s'a vorbit, această organizație și-ar stabili la Geneva biroul pentru Europa.

Totuși, Comisiunea Interimară n'a voit să anticipeze și să dispună în privința stabilirii sediului, decizia în această chestiune căzând în atribuțiunile Adunării Mondiale a Sănătății și în

așteptarea hotărârii acesteia, Comisia Interimară a păstrat un Cartier General la New-York, la Empire State Building, autorizând în acelaș timp Secretariatul să stabilească la Geneva, în Palatul Națiunilor, unele servicii tehnice. Adunarea mondială a Sănătății este aceia care va fi chemată să hotărască sediul definitiv.

Transferul funcțiilor sanitare dela UNRRA la OMS

În urma tratativelor care s'au desfășurat în Octombrie 1946 la New-York și la Lake Success, reprezentanții UNRREI și ai OMS-ului au elaborat un proiect de acord în virtutea căruia funcțiile deținute de UNRRA în materie de sănătate vor fi preluate, începând dela 1 Ianuarie 1947, de către OMS, excepție făcând serviciul de asistență medicală pentru „persoanele deplasate”. Acordul mai prevede că: „fondurile necesare vor fi transferate Comisiunii Interimare, pentru ca aceasta să poată duce la bun sfârșit programele stabilite, credite fiind deja deschise până la concurența prevederilor cheltuelilor necesare în acest scop” (aproximativ 1.500.000 dolari).

Această considerabilă sumă va fi utilizată pentru a asigura funcționarea în continuare a cinci atribuțiuni sanitare de primă importanță și care, în timpul războiului au fost îndeplinite de către UNRRA.

1. Cea mai importantă dintre ele se referă la menținerea misiunilor de experți însărcinați cu combaterea nouilor epidemii. Albania, Austria, Bielorussia, China, Dodecanezul, Etiopia, Finlanda, Grecia, Ungaria, Italia, Filipinele, Polonia, Cehoslovacia, Ucraina și Jugoslavia vor fi Statele beneficiare.

2. În Grecia, programul de ajutorare prevede măsuri pentru combaterea tuberculozei. Creșterea tuberculozei a fost una dintre consecințele directe dintre cele mai neliniștitoare ale războiului. Regiuni întinse sunt încă lipsite de personal specializat cât și de aparatele radiologice (raze X). Echipele Organizației vor fi compuse dintr'un șef de serviciu TBC ajutat de 10 medici specialiști și de infirmiere.

3. Lupta împotriva paludismului va continua în Grecia, unde acesta rămâne o problemă gravă cu toată eficacitatea remar-

cabilă a campamentelor de specialiști ai UNRREI. Aceștia au folosit, de pildă, cu succes, un număr de 14 avioane pentru a răspândi DDT în regiunile paludice și a distruge astfel țânțarii cari transmit malarie. Misiunea OMS este compusă dintr'un specialist în malarie (malariologist) ajutat de mai mulți asistenți, de ingineri pentru lucrările de asanare și de mai mulți entomologiști.

4. Etiopia, care se găsește actualmente într'o stare sanitară deplorabilă, va face obiectul unei asistențe medicale deosebite din partea OMS-ului, care va menține acolo o misiune de 10 specialiști, destinată să formeze personal medical și infirmier indigen.

Secretarul Executiv al Comisiunii Interimare, Dr. Brock Chisholm a făcut următoarea declarație: „O țară atât de întinsă ca Etiopia riscă să devină o amenințare, nu numai pentru ea însăși ci chiar pentru întreaga lume în cazul când ea continuă să fie lipsită de orice mijloace (facilities) de ordin medical”.

5. Și în sfârșit ultima, dar nu cea mai puțin importantă dintre funcțiunile preluate de OMS, este acordarea de burse de studii pentru medici care doresc să se perfecționeze în metodele Higienii Publice, cât și trimiterea de profesori și instructori tehnici în țările care au fost ajutate de UNRRA. Bugetul pentru 1947 va asigura, fără îndoială, cel puțin 45 de burse de studiu.

Bugetul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS)

În afară de sumele arătate mai sus și care îi vor fi vărsate de către UNRRA, Organizația Mondială a Sănătății a mai avut la dispoziția sa 300.000 dolari pentru sfârșitul anului 1946 și va dispune de un milion de dolari pentru anul 1947. Aceste sume o vor ajuta să pună în stare de funcționare diversele organizații de care va avea nevoie în momentul în care Organizația, constituită în forma sa definitivă, va intra în faza sa de expansiune.

Între altele, bugetul pe 1947 prevede:

a) 344.500 dolari pentru cheltuielile necesare Adunării de Comitete și pentru Anchetele la fața locului, între care: două sesiuni ale Comisiunii Interimare în Aprilie și Octomvrie 1947, prima sesiune a Adunării Mondiale a Sănătății, în Octomvrie

1947, sesiunile Comitetului de experți pentru informațiuni (renseignements) epidemiologice și asupra carantinei, cât și cele ale Comitetului de experți pentru nomenclatura cauzelor de deces și de morbiditate, etc.

b) 355.500 dolari pentru salariile și indemnizațiile de personal.

c) 300.000 dolari pentru cheltuielile de călătorie, de întreținere a birourilor, ajutorarea laboratoarelor de standardizare, etc.

Colaborarea Organizațiunii Mondiale a Sănătății cu diferite organizații particulare (nongouvernementales)

Un anumit număr de organizațiuni medicale ne-guvernamentale au și făcut deja demersuri pe lângă Secretariat pentru a stabili relațiuni cu OMS.

Secretariatul a întocmit un raport arătând interesul deosebit pe care l-ar prezenta o colaborare cu anumite organizațiuni, cum ar fi, de pildă, Uniunea Internațională contra tuberculozei, Uniunea Internațională împotriva Cancerului, Uniunea Internațională împotriva Pericolului venerian, etc. (Union internationale contre la tbc, Union internationale contre le Cancer, Union internationale contre le Péril vénérien).

Reprezentanții acestor Uniuni ar putea fi invitați la adunările comitetelor tehnice ale OMS-ului care lucrează în domeniile respective. Din raportul citat mai sus se constată că OMS-ul ar putea trage unele avantagii în cazul când va încredința anumite lucrări, mai ales clinice, unor organizațiuni neguvernamentale, specializate în cel mai înalt grad.

Aceste organizațiuni s'ar putea bucura de anumite avantagii de secretariat (serviciu de distribuție, săli de adunare pentru ședințe, interpreți pentru congresele medicale, etc.).

Reforma învățământului medical

Reforma învățământului medical este o sarcină imensă pe care numai o organizație de importanța OMS-ului ar putea să o întreprindă.

Insuficiența programelor medicale actuale, în cea mai mare parte a facultăților și școlilor de medicină, este evidentă. În timp ce cadrele științelor economice, sociale, tehnice, trec printr'o transformare revoluționară, medicina — care de altfel, ea însăși realizează progrese remarcabile, continuă să fie predată în același spirit, dacă nu chiar cu aceleași mijloace ca în secolul XIX.

Dacă tinerii medici părăsesc școlile lor cu cunoștințe de patologie și de terapeutică mai mult sau mai puțin exacte, cei mai mulți dintre ei sunt, în schimb, străini de aspectele sociale pe care le îmbracă tuberculoza, paludismul, maladiile veneriene sau parazitare și nu sunt deloc pregătiți pentru combaterea lor pe plan social.

În cea mai mare parte a școlilor de medicină, igiena este încă știința care se ocupă cu chestiuni ca, de pildă, compoziția aerului, filtrarea apei, sau cubajul unei piese de locuit. Acest fapt a făcut ca această știință să fie grav compromisă, căci ea nu este luată în serios nici de studenți, nici de medici și tot aci stă una din rațiunile pentru care, în noua organizație internațională, termenul de „higienă” a fost înlocuit cu acela de „sănătate” (health).

Fără îndoială că asemenea considerațiuni au inspirat Prof. Andrija Stampar ideea de a propune constituirea unui comitet care să studieze mijloacele susceptibile de a pune într'o mai strânsă armonie programele de studii cu tendințele actuale ale medicinei curative și preventive. Aceeași propunere a fost făcută și de către Dr. Paulo Souza.

Comisiunea Interimară a fost de părere că acest comitet nu poate fi încă stabilit, în timpul fazei interimare, dar chestiunea va figura, probabil, pe ordinea de zi a sesiunii viitoare, sau la prima sesiune a Adunării Mondiale a Sănătății.

Cu prilejul acestor discuții, Dr. Routley, reprezentantul Canadei și președintele viitoarei sesiuni dela World Medical Association, a ținut să sublinieze faptul că OMS nu are, în nici un caz, intențiunea de a impune felul său de vedere, nici în domeniul practicii medicale și nici în oricare alt domeniu.

Standardizarea substanțelor medicinale

Încă înainte de războiu, o comisiune formată din 16 membri standardizase 35 de substanțe medicinale, lucrările de laborator fiind îndeplinite de către Institutele de la Copenhaga și Hampstead.

Chiar în timpul războiului, cu toate marile greutăți, lucrul n'a fost întrerupt, dovadă faptul că în această perioadă au putut fi standardizate heparina, vitamina E și penicilina.

Totuși, la sfârșitul războiului, se pun probleme urgente. Streptomicina, care devine indispensabilă în terapia modernă, posedă deja trei etaloane și ar fi de dorit ca vaccinurile și mai ales anatoxinele să fie titrate.

Comisiunea Interimară s'a declarat în favoarea creerii unui organ central posedând mijloacele și competența de a prelua, pe seama sa, sarcina standardizării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Revizuirea nomenclaturii cauzelor de deces și de morbiditate

Dr. Yves Biraud, care în calitate de șef al Serviciului de Epidemiologie și de Statistică sanitară al Societății Națiunilor, a luat o parte importantă la organizarea higienii internaționale, a prezentat Comisiunii Interimare un raport în care reamintea faptul că Secțiunea de Higienă a întreprins în colaborare cu Institutul Internațional de Statistică de la Haga, unele lucrări premergătoare pentru a stabili o listă a cauzelor de morbiditate și mortalitate, care să permită organizarea internațională a statisticii medicale și demografice.

În 1945, un comitet care s'a adunat în Statele Unite, a redactat, după două luni de lucru, un cod al nomenclaturii aplicate în statisticile morbidității și mortalității și care în momentul de față este pus la probă. Acest Comitet își va încheia lucrările în Ianuarie 1946, când sarcinile sale vor fi transferate comitetului format de OMS pentru acest scop, comitet care va fi compus din 9 membri.



Perspective pentru viitor

În afara hotăririlor enumerate până aci, Comisiunea Interimară a primit mai multe sugestii interesante din partea membrilor săi.

O atențiune deosebită merită să fie acordată propunerii Dr. Gabaldon, reprezentantul Venezuelei, pentru crearea unui comitet al paludismului, în cadrul OMS-ului.

Dr. Gabaldon a depus la Comisiunea Interimară un proiect amănunțit în care se prevede că un comitet compus din 9 membri va fi însărcinat, între altele, cu următoarele chestiuni:

- a) să servească drept centru de coordonare și informațiune
- b) să furnizeze ajutor tehnic serviciilor anti-paludice naționale
- c) să adune date asupra metodelor de propagandă anti-paludică
- d) să unifice nomenclaturile malariologice.

Pe de altă parte, Dr. Togba, delegatul Liberiei, a atras atențiunea asupra necesității creerii unui Institut pentru studiul maladiilor tropicale.

Toate aceste propuneri sunt interesante și merită să fie luate în considerare. Ele deschid, împreună cu celelalte misiuni practice, pe care OMS-ul și le-a asumat, un imens teren de activitate.

Totuși, adevărata misiune a OMS-ului va fi dezvoltarea, dacă nu chiar crearea, acestei științe care este sănătatea publică, acel „public health” al anglo-saxonilor. În adevăr, lupta contra maladiilor nu va putea da decât rezultate sporadice atâta timp cât ea se va desfășura în chip tainic, în cabinetul medicului.

Serviciile sociale britanice

de
Dr. STELLA HĂLMĂGEANU-POPA

Problemele din domeniul ocrotirii și asistenței sociale sunt astăzi de o indiscutabilă actualitate atât pentru organizația de stat cât și pentru societate. În această privință cunoașterea organizării serviciilor sociale în Anglia poate oferi de sigur exemple și sugestii interesante și utile. Vom încerca de aceea să prezentăm pe scurt această problemă, urmând cartea lui D. K. Owen, *The British Social Services*, apărută în anul 1940, care descrie istoricul, dezvoltarea și organizarea serviciilor sociale britanice până la acea dată.

Serviciile sociale britanice, în forma lor actuală, sunt de dată recentă. Preocupările lor însă, își au rădăcinile în istoria socială a poporului englez. De secole, dar mai ales în Evul Mediu, teama de neprevăzut, sărăcie și boală, a făcut pe oamenii mai înstăriți, să se asocieze, formând diverse asociații de ajutor mutual, astfel ca în caz de nenorocire, să aibă asigurată existența. Nu numai atât. Tot aceștia, prin donațiuni benevole, făcute bisericii sau corporației sau chiar direct, au întemeiat și susținut spitale, azile de bătrâni, cerșetori, nebuni, etc., permițând populației sărace, care era în afară de asociațiile de ajutor mutual, să i se asigure o viață mai omenoasă. Toată această acțiune, făcută prin biserică și corporație, era bazată pe caritate și ajutor mutual și s'a perpetuat până azi în acțiunea organizațiilor voluntare de binefacere și în unele asociații de ajutor mutual.

Cu timpul, nevoile crescând, biserica și corporațiile nu au putut satisface singure cerințele și a fost necesară intervenția Statului. Astfel în 1601 a apărut prima lege (Poor Law) care prin măsuri legiferate trebuia să asigure existența celor săraci.

Paralel cu problemele de ajutorare ale săracilor și ajutor mutual, s'a dezvoltat și educația publică. Ca și ajutorarea săracilor, educația se făcea prin biserică și organizațiile voluntare atât în Anglia cât și în Scoția. Astfel fiind, educația nu era accesibilă tuturor și a fost necesară intervenția Statului ca în 1870 educația elementară să devină liberă pentru toți și obli-

gatorie până la 14 ani. În urma acestei intervenții s'au dezvoltat și au devenit accesibile și învățământul secundar, tehnic și universitar.

La sfârșitul sec. XIX-lea, singurele măsuri ale serviciilor sociale luate de autorități au fost deci așa zisă Legea săracului (Poor Law) și educația. Astfel Statul a început să ia locul organizațiilor voluntare, pe care le-a întrecut, dar nu le-a îndepărtat. A fost o mare luptă la sfârșitul secolului al XIX-lea între cei cari susțineau menținerea inițiativei particulare și Stat, în aceste probleme. Cu timpul însă, s'a putut vedea că singur Statul este în stare să suporte greutățile și să ia chiar măsuri severe în rezolvarea atâtor probleme. Organizațiilor voluntare le-a rămas datoria de a colabora cu Statul pentru ca să poată duce la bun sfârșit, măsurile privind asigurarea bunei stări a cetățenilor.

Aproape tot ce există azi în materie de legislație, privind serviciile sociale, a fost realizat în cursul ultimelor 5 decenii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Serviciile sociale publice de azi

Aceste servicii sunt împărțite în 4 grupe (Serviciul de aprovizionare cu apă, canalizare nu este inclus):

Prima grupă cuprinde o serie de servicii zise *constructive ale comunității*: educația, serviciul medical și al sănătății publice și sistemul național de ocrotire a orfâilor, defectivilor mintali, nebuni și alți subnormali.

Aci trebuie să subliniem că educația dezvoltându-se din inițiativă particulară, la fel ca și celelalte servicii sociale, este considerată ca făcând parte integrantă din serviciile sociale și A. D. K. Owen tratează educația, ca una din ramurile principale ale acestor servicii. Această primă grupă se ocupă cu înființarea de instituții specializate, susține școli, spitale, clinici, ateliere, cluburi și are sub autoritate angajați profesori, medici, infirmiere, surori de ocrotire, funcționari administrativi, etc.

Se zice constructive întrucât scopul este să învețe populația, care intră în sfera lor de activitate, să se adapteze vieții sociale. Este al comunității pentru că se reține asupra tuturor, fără deosebire de clasă socială.

A doua grupă de servicii o formează acelea cari se ocupă cu *asigurarea de locuințe sănătoase* și eftine, pentru clasa muncitoare, și asigură alimentele de prima necesitate copiilor, gravidelor și lehzuzelor din clasa muncitoare prost plătită, cu preț accesibil lor, sau chiar gratuit.

A treia grupă de servicii constă în *asigurarea socială* incluzând asigurarea sănătății, asigurarea contra șomajului și planul de pensii contributive pentru văduve, orfani și bătrâni. Acesta este un sistem de ajutorare organizat de Stat și este obligatoriu. Fondul este format din impozite, contribuția patronilor și muncitorilor și ajutor dela Stat.

A patra grupă de servicii consistă în *asistența socială publică*. Aceasta dă asistență acelor care nu sunt prevăzuți în planul asigurărilor sociale. Ea cuprinde asistența șomerilor, pensiile necontributive contra bătrâneței, plătite la 70 de ani, pensii suplimentare pentru bătrânețe acelor pensionari ale căror pensii contributive nu le satisfac nevoile, și ajutorarea săracilor. Aceste servicii sunt în întregime finanțate din fonduri publice, obținute prin impozite (impozit național pentru pensii și asistența șomerilor și impozit local pentru ajutorarea săracilor).

Cheltuielile serviciilor publice

Cheltuielile Statului, privind serviciile sociale publice sunt destul de mari. În exercițiul 1936/37, au fost 454,685,000 lire (excluzând pensiile de război, cari au fost de 40 milioane lire și aprovizionarea cu apă, drenaj și sanitație, cari au fost de 60 milioane lire).

Din această cheltuială, suma ce revine fondului public, este însă mai mică, de 305 milioane lire (30% din totalul cheltuielilor guvernământului central și local). Restul a fost compensat cu veniturile din onorarii școlare, contribuția patronilor, muncitorilor și salariaților și venitele locuințelor.

De când a izbucnit războiul în 1939, unele cheltuieli s'au redus ca, șomajul și locuințele (din lipsă de material nu s'au mai putut edifica), altele s'au menținut (educația și sănătatea), iar altele au crescut (pensiile), din cauză că s'au extins la un număr mai mare de locuitori.

Cetățeanul și serviciile sociale

Serviciile sociale britanice se ocupă mai ales de categoria mijlocie de cetățeni, incluzând cam jumătate din populația Marii Britanii.

Pentru a ne da mai bine seama de rolul însemnat ce-l au serviciile sociale în viața cetățenilor britanici, să urmărim rolul lor în cursul vieții unui muncitor.

Când un muncitor tânăr se căsătorește, primește în chirie o locuință într-o casă proprietatea municipiului, cu chirie redusă la câțiva shillingi pe săptămână.

Soția, dacă e gravidă, va fi sfătuită să viziteze o clinică sau maternitate și să nască în spital sau acasă, ajutată de moașă sub controlul autorităților medicale locale. Nou născutul, va fi vizitat de sora de ocrotire și urmărit și îngrijit într'un dispensar de puericultură unde e cântărit și examinat. Mamele, aci, vor primi sfaturi și dacă e nevoie lapte și alte alimente, gratuit sau contra cost redus. Până la 5 ani copiii pot cerceta cămine de zi. Dela 5 ani trec sub îngrijirea unei instituții de educație unde primesc educație și sunt tratați medical de către medici școlari.

Dacă tatăl devine șomer sau bolnav, va primi ajutor, iar dacă boala sau șomajul se prelungește poate solicita ajutor de șomer dela asistența publică. În caz de accident în industrie sau boli, e tratat în spitale și primește despăgubiri.

Dacă muncitorul moare, văduva primește pensie pentru sine și ajutor pentru copii până la 16 ani.

Dacă ambii trăesc, se pot aștepta (la 60 ani soția și 65 ani soțul) la pensii pentru bătrânețe. Dacă pensia e insuficientă pentru nevoile lor, pot solicita pensii suplimentare dela asistența socială publică.

De aceste măsuri beneficiază milioane de muncitori și familiile lor. Scopul nu este de a forma o mentalitate slugarnică, ci să se dea posibilitate cetățenilor, ca prin contribuții proprii și ajutați de Stat să-și asigure o viață lipsită de griji.

În Anglia serviciile sociale sunt considerate ca o răspundere a societății și această răspundere e foarte gelos cultivată.

Administrarea serviciilor sociale

Cele mai multe din serviciile sociale constructive, educația, sănătatea și îngrijirea defectivilor, sunt administrate de autoritățile locale guvernamentale, alese de populație, sub supravegherea departamentelor centrale ale Consiliului de educație și Ministerului Sănătății în Anglia și Wales și a departamentelor educației și sănătății scoțiene din Edinburg, pentru Scoția.

Autoritățile locale își procură fondurile din impozite pe proprietăți imobiliare (case, fabrici și dependințe comerciale) și ajutor dela Stat. Ele au libertate mare în desfășurarea obligațiilor și a iniția noi activități, ceea ce face ca variația să fie inevitabilă dela o regiune la alta. Unele autorități sunt în progres față de altele. Totuș, prin faptul că Statul are dreptul de control, le poate impune un standard minim de măsuri ce trebuiesc luate.

Asigurarea socială și serviciile de pensii contributive, atât în Anglia cât și în Scoția sunt administrate central de către Ministerul Sănătății și Departamentul central al sănătății scoțian, în ceea ce privește sănătatea, și de către Ministerul Muncii în ceea ce privește șomajul.

Privitor la sănătate, departamentele centrale sunt ajutate de către comitete locale, desemnate de centru și de către diverse organizații private, societăți de asigurare mutuală și companii de asigurare comercială, mai ales acelea care se ocupă cu asigurarea sănătății, întrucât au interese comune.

Pentru ajutorul de șomaj, departamentul central poate designa comitete locale de plasare și de sfătuire.

De asistența socială publică este responsabil comitetul public local de asistență (ales de către populație) și consiliul de asistență care a preluat dela comitetele locale o mare parte din sarcini (ca șomerii nevoiași și pensii necontributive pentru bătrânețe).

Consiliul de asistență e o societate quasi-independentă ai cărei membri sunt numiți de către guvern, bucurându-se însă de un grad de imunitate din partea controlului parlamentului. Totuși este răspunzător față de guvern de felul cum își satisface obligațiile.

Acest consiliu, deși central, în fiecare localitate are oficii locale cu funcționari proprii, care nu lucrează uniform, ci după interesele comunității. În acest scop, au ca sfătuitori un comitet compus din patroni, muncitori și alți reprezentanți ai intereselor locale, făcând astfel legătura cu consiliul și opinia publică locală.

Serviciul social voluntar de azi

Deși Statul s'a extins atât de mult, în diverse ramuri, organizațiile societăților voluntare și azi joacă un mare rol în serviciile sociale britanice. Înființează și susțin spitale, leagăne, clinici de copii, maternități, cluburi pentru băieți și fete, servicii medicale școlare, etc., foarte adeseori activând în câmp comun cu Statul.

Multe din societățile voluntare au fost recunoscute de către Stat și finanțate din fondul public, fără să-și fi pierdut însă independența.

Dela începutul războiului actual, Statul a cooperat foarte strâns cu organizațiile voluntare în organizarea timpului liber al tinerilor dela 14—20 ani, evacuarea copiilor și organizarea artei și muzicii în timpul războiului.

Pe lângă personalul profesionist, medici, infirmiere, surori de ocrotire, funcționari, etc., angajat în serviciul Statului, acesta s'a mai folosit în largă măsură și de lucrători voluntari, neplătiți, în diversele sale servicii. Chiar și azi, sănătatea, educația și serviciul public de asistență, sunt administrate local, de către reprezentanți aleși ai populației (autoritățile locale), ajutați fiind în munca lor de mii de cetățeni, fie în administrarea instituțiilor fie în diverse comitete și consilii.

Marele avânt luat de serviciile sociale britanice, poate fi înțeles numai apreciind munca desinteresată și activitatea organizațiilor de binefacere voluntară împreună cu membrii lor.

Trecând la partea specială a expunerii sale, autorul se ocupă întâi de *serviciile de educație*.

Anglia cheltuiește anual mai mult de 100 milioane lire pentru educație, mai mult de 1/10 din totalul cheltuelilor guvernământului central și local.

Educația publică este liberă și obligatorie pentru toți copiii (fete și băieți), dela 5—14 ani.

Puțini copii primesc educație în familie, dar majoritatea o primesc într'o instituție particulară (susținută de organizații voluntare, biserica Angliei și cea rom. cat.) sau de Stat.

Primul grad de educație este cel elementar. Până la 7 ani copiii sunt educați în clase de copii (infant classes), între 7—11 ani, copiii urmează clasele școlii primare. În ambele aceste clase, importanța cea mai mare se dă dezvoltării fizice și morale a copiilor.

La 11 ani, absolvind școala primară, se face o selecționare a copiilor. O parte vor trece în școli secundare, unde vor fi pregătiți pentru viața profesională din industrie și comerț și viața universitară. O altă parte trec în școli centrale, ale căror studii nu diferă prea mult de cele din școala primară. A treia grupă de copii, neselecționați, trec în școli de seniori, unde se dă importanță dezvoltării fizice și dibăciei manuale.

La 13 ani se face o nouă selecționare și cei reușiți vor trece, după aptitudini, în școli tehnice, comerciale, de arte sau științe domestice.

În Scoția educația post-primară, sub toate formele, este gratuită afară de puține școli. În Anglia și Wales însă, se percepe o taxă, nu prea mare, sub costul real, redusă fiind la minimum sau chiar abolită, în cazul familiilor împovărate sau sărace.

Pe lângă instrucție, autoritățile educative se ocupă și de sănătatea elevilor. Fiecare autoritate educativă locală, are un serviciu medical propriu și cele mai multe acordă mâncare sau lapte gratuit celor săraci sau cu preț redus. Unele autorități au organizat tabere de vacanță și câmpuri pentru jocuri.

Copiii defectivi, orbi, surzi, epileptici, schilози și defectivi mintali, sunt îngrijiți în școli speciale. De asemenea și pentru copiii delicvenți autoritățile locale sau organizațiile voluntare, susțin instituții separate.

Din punct de vedere al organizării și administrării, sistemul public de educație din Marea Britanie diferă de cel de pe continent. În primul rând, controlul central e foarte redus față de alte țări. Organele centrale au dreptul la control și supraveghere, însă organizațiilor locale li s'a lăsat administrarea și orga-

nizarea educației. Astfel că ele au libertatea să-și extindă și să adapteze activitatea, după necesitățile locale. În al doilea rând sistemul britanic de educație este caracterizat prin rolul mare ce-l joacă organizațiile voluntare și mai ales biserica. Invățământul britanic are mare libertate de a-și aranja programul de studii și metoda de predare.

Sănătatea cetățenilor

Sănătatea cetățenilor este ca și educația, o preocupare importantă în Anglia și se ocupă de ea nu numai Statul, ci și organizațiile voluntare. Pentru a ajunge la scopul dorit, Statul, prin autoritățile locale, cât și organizațiile voluntare susțin numeroase și variate servicii de sănătate. Deasemenea, autoritățile locale, se ocupă cu asigurarea de locuințe sănătoase, aprovizionarea cu apă, canalizarea, curățirea străzilor, inspectarea atelierelor, a alimentelor și asigurarea de locuri pentru recreație și sport.

1. În ceea ce privește *mama și copilul sugaci și preșcolar*, înainte de ultimul războiu, organizațiile voluntare și câteva autorități locale, au condus „școli pentru mame” și „centre de consultații pentru copii”, iar surori de ocrotire, angajate de autorități locale, cercetau pe noii născuți și dădeau sfaturi mamei. Dela 1918, această muncă a revenit serviciului public, sub conducerea autorităților locale, ajutate de organizațiile voluntare.

Tot aceste autorități întrețin centre ante- și post-natale, unde gravidele și lehuzele primesc sfaturi, examinări și alimente potrivite. Ele au servicii publice de moșit, care asigură femeilor nașterea în condiții igienice la domiciliu și maternități, unde să nască femeile ce nu au condiții potrivite acasă. În centre de ocrotire (dispensare) copiii sugaci sunt urmăriți, cântăriți și tratați, de către medici și surori de ocrotire, care îi cercetează și urmăresc și în familii. Tot aci pot primi lapte și alte alimente.

Pe lângă acestea, autoritățile locale întrețin spitale pentru diverse boli ale mamelor și copiilor, susțin leagăne, cămine de zi pentru copiii ai căror mame merg la lucru, locuri de joc, grădinițe, case de lehuze, etc.

Activitatea acestor servicii a contribuit la reducerea ratei mortalității materne la 1/3 și a mortalității infantile la 2/3 și s'a observat o reducere marcată în multe boli de copii.

2. În ce privește *copiii școlari*, măsurile luate pentru îmbunătățirea sănătății lor, s'au dezvoltat mult în ultimele trei decenii. S'au înființat servicii școlare medicale, conduse de medici, ajutați de infirmiere școlare, care examinează periodic de mai multe ori, în cursul anului școlar și tratează diverse boli și defecte ale copiilor ce trec prin școli. Examinarea e gratuită, tratamentul însă numai pentru cei săraci, ceilalți plătind taxe foarte mici. O examinare specială se face copiilor defectivi mentali sau fizici, și aceștia sunt tratați în spitale publice sau private. Organizațiile voluntare cercetează copiii bolnavi la domiciliu și le asigură mâncarea în școală.

3. Prin prevenirea și tratamentul tuberculozei în Marea Britanie s'a reușit a se influența proporția mortalității acestei boli. Până când în 1900 mortalitatea de tuberculoză (care a fost cauza principală a mortalității) a fost de 1904 la un milion de locuitori, în 1938 a scăzut la 602 la un milion locuitori. Această îmbunătățire s'a datorat progresului general social, prin ridicarea standardului de viață și creării *serviciilor de combaterea tuberculozei*.

La începutul acestui secol, câteva autorități locale și organizații voluntare au înființat dispensare și sanatorii. Dar dela 1912, Statul înființând un serviciu special, combaterea acestei boli a devenit mai extinsă și energetică. Acest serviciu are peste 500 dispensare, numeroase sanatorii și spitale, iar pentru copii s'au înființat școli în aer liber. Aceste instituții dispun de personal specializat medical și educativ, iar foarte multe se ocupă cu învățarea pacienților și plasarea acestora, după ieșirea din spitale, la munci potrivite stării lor sanitare. În această operă autoritățile publice au concursul cel mai larg al organizațiilor voluntare.

4. Până la războiul din 1914, *bolilor venerice* nu li s'a dat importanța necesară. De atunci însă, autorităților locale le-a revenit obligația să asigure tratamentul în mod gratuit și secret. În Marea Britanie, declararea și tratamentul bolilor venerice nu-i obligatorie. În timpul din urmă se face o mare propagandă, im-

preună cu organizațiile voluntare, pentru a face cât mai cunoscut pericolul venerian și s'a câștigat o mare parte din public, pentru ideea obligativității tratamentului.

5. După tuberculoză, *cancerul* a fost cauza principală de moarte a vârstei înaintate. Pentru tratamentul cu radium, în Anglia, procurarea și distribuirea acestuia se face printr'o comisie specială, la diverse centre din provincie, care la rândul lor, le distribuie spitalelor publice sau spitalelor organizațiilor voluntare.

6. *Spitalele* engleze sunt de două feluri: unele întreținute de autoritățile publice și altele de către organizațiile voluntare, existând unele lângă altele.

Cele mai multe spitale existente azi, au fost înființate încă din Evul Mediu, din donațiuni. Cele mai multe sunt spitale generale, cu tratamente pentru orice caz de boală, dar sunt și speciale, care tratează tuberculoza, cancerul, boli de copii și femei. În centrele universitare servesc pentru învățământul medical.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalele publice sunt de dată mai recentă. Cele mai multe s'au înființat spre sfârșitul secolului al 19-lea ca spitale ale asistenței sociale publice (Poor Law), sau pentru boli molipsitoare. Acestea întrec numărul spitalelor organizațiilor voluntare, având aproape 3/4 din totalul paturilor de spital disponibile.

Până în 1929, din cauza asocierii cu spitalele asistenței publice, spitalele publice au fost privite de către majoritatea populației, ca fiind inferioare ca organizare și echipare, spitalelor particulare. Dela această dată, s'au făcut ameliorări mari în calitatea acestor spitale, așa încât acum, sunt tot atât de căutate ca și cele particulare.

Din cauză că spitalele publice și ale organizațiilor voluntare coexistă în aceleași localități, a fost necesară o coordonare a activității lor. Astfel s'a ajuns în unele regiuni la înțelegerea, ca unele boli să fie tratate de către spitale particulare, iar altele în spitalele publice. Cooperarea aceasta a fost și mai strânsă în timpul ultimului războiu.

7. *Planul de asigurare a sănătății*, prevede diferite beneficii pentru populația muncitoare asigurată. Beneficiul medical

consistă în examinare, tratament medical și acordarea de medicamente. Beneficiul de boală, constă din plată periodică în timpul incapacității de lucru. Beneficiul pentru incapacitate este o continuare a beneficiului de boală, în caz că incapacitatea se prelungește. Beneficiul pentru maternitate, consistă din ajutorul ce-l primește o singură dată femeia lehză asigurată sau cu soț asigurat. Asigurarea pentru sănătate este obligatorie la toate persoanele care sunt angajate prin contracte de muncă între 14—65 ani și câștigă nu mai mult decât 250 lire pe an. Planul, azi, este foarte popular și beneficiază de el un număr foarte mare de muncitori.

8. Populația săracă aflată în afară de planul asigurării sociale, primește asistența medicală prin serviciul medical al asistenței sociale publice, în mod gratuit. Aceste servicii în ultimul timp s'au îmbunătățit simțitor.

Tratamentul defectelor fizice și mintale

De secole, în Marea Britanie, ocrotirea orbilor, surzilor, schilozilor și defectivilor mintali, a fost o preocupare a numeroaselor organizații voluntare. Azi, Statul în strânsă colaborare cu organizațiile voluntare, continuă munca aceasta mult mai asiduu. Orbii au fost învățați și plasați în servicii potrivite și primesc pensii pentru bătrânețe dela 40 ani. Invățarea copiilor orbi, surzi și schilozi cade în sarcina autorităților locale educative. Supravegherea activității instituțiilor ce se ocupă cu defectivii mintali și cu nebunii este în atribuția unui serviciu central.

Locuințele

Afluxul de populație rurală în orașe, ce a avut loc în mare măsură la începutul sec. XIX-lea, odată cu dezvoltarea comerțului și industriei, a produs o situație intolerabilă. S'au clădit case pe terenuri deschise și grădini fără nicio considerație la cele mai elementare noțiuni de sanitație sau ventilație. Aprovizionarea cu apă, drenajul și străzile erau sub orice critică. Posibilitatea de îmbolnăvire, mai ales cu tifus și holeră, a fost mare.

Pe la sfârșitul sec. XIX-lea o serie de reformatori au în-

cercat, energic, să pună capăt acestei situații. Astfel fiecare consiliu comunal, a căutat să asigure o bună aprovizionare cu apă și canalizare, străzi largi și curate, parcuri și locuri pentru jocuri, ba chiar să se ocupe și de locuințe.

Eforturi privind îmbunătățirea locuințelor au fost făcute la început de către organizații particulare, pe bază voluntară și apoi de autoritățile locale. S'au înființat numeroase societăți, cari aveau scopul să îmbunătățească clădirile existente și să clădească altele eftine. În 1868 apare o lege care permite autorităților locale să silească proprietarii cu case improprii pentru locuit, să le repare sau să le demoleze. Progresul a fost însă încet, până după războiul trecut, când a luat un mare avânt. În cursul celor 20 de ani următori, s'au clădit peste $4\frac{1}{2}$ milioane case ($\frac{1}{3}$ din toate casele existente în Anglia) din care $2\frac{1}{2}$ milioane au fost clădite fără ajutor din fonduri publice și $1\frac{1}{2}$ din ajutorul fondului public. S'au acordat ajutoare financiare de către firme particulare la peste $\frac{1}{2}$ milion case. În același timp s'au demolat $\frac{1}{4}$ milion case insalubre.

Cele mai multe din noile case sunt clădite la marginea orașelor, au grădini proprii de tip vilă, grupate cam 12 pe un pogon, prevăzute cu 2—3 camere și dependințe. Chiriile variază. Inlesnirile se fac ținând seamă de câștigul chiriașilor și de numărul copiilor.

Serviciile pentru șomaj

Șomajul în Anglia este o problemă, datând de prin sec. XV—XVI, când oameni valizi preferau cerșitul, muncii. Șomajul a crescut mai ales odată cu expansiunea comerțului și industriei, dela sfârșitul sec. XVIII și începutul sec. XIX-lea, când era o nepotrivire între cererea și oferta de muncă. Afluxul de populație rurală în mediul urban crescând mereu, a adus după sine, creșterea numărului oelor care cereau muncă. În ajunul războiului recent au fost înregistrați oficial $1\frac{1}{4}$ milioane de șomeri. Majoritatea au fost șomeri pe timp scurt și au putut trece ușor peste această perioadă cu ajutorul beneficiului de șomaj. Mai multe sute de mii, au fost însă șomeri pentru perioade mai lungi și au fost angajați în industrii de cărbuni și

textile. Aceștia au fost mai ales acei din regiunile sărace ale Angliei.

Față de nesiguranța aceasta, muncitorii au fost obligați să se asigure încă din 1911 contra șomajului. Azi sunt asigurați peste 15 milioane muncitori (incluzând un sistem aparte, cu aceleași principii pentru muncitorii agricoli). Muncitorii neasigurați sau la care le-a expirat dreptul la ajutor, pot primi ajutor de șomaj dela asistența socială publică. Acesta însă nu este un drept și nu se dă continuu. El se acordă numai după ce s'a făcut de către organele oficiale o investigație asupra situației șomerului. Asistența socială publică se ocupă nu numai de starea materială a șomerului, ci ocrotește și familia sa.

În unele districte ale Angliei, problema șomajului este permanentă. De aceea încă din 1935 s'au luat măsuri de a crea, în aceste districte, industrii noi și servicii sociale care să asigure populației posibilitatea de trai.

Pentru reducerea șomajului în Marea Britanie, există un sistem de schimbare a ocupației care prevede mișcarea de populație din regiuni industriale, în regiuni agricole sau în alte regiuni industriale, după necesități și după cum se oferă posibilități mai bune pentru muncă permanentă. Pentru a veni în ajutorul muncitorilor li se acordă ajutor pentru mutare, călătorie și aranjare.

Pentru șomeri, Ministerul Muncii susține instituții de educație, unde pot învăța meserii noi sau pot reînvăța meseria uitată în urma unui lung șomaj.

Prin aceste centre, trec anual miș de șomeri și mulți au fost plasați în meserii noi. Izbucnirea ultimului război, a redus foarte mult numărul șomerilor prin utilizarea lor în industriile de armament.

Interesul avut față de ocrotirea șomerilor, în cursul războiului, a trecut în mare măsură la ocrotirea muncitorilor în industrii unde s'a urmărit asigurarea unui mediu cât mai igienic. Inspectarea fabricilor a trecut dela Ministerul de Interne, la Ministerul Muncii care prin funcționari locali, se ocupă cu aprovizionarea serviciilor medicale, alimentarea și găzduirea muncitorilor, organizarea timpului liber, etc.

Serviciul pensiilor

Îngrijirea bătrânilor, văduvelor și orfanilor, încă din Evul Mediu a fost în grija bisericii și mai târziu a organizațiilor voluntare și a asistenței sociale publice. Societățile de ajutor mutual s'au înmulțit tot mai mult, primind chiar sprijinul Statului, dar de ajutorul acestora nu au putut beneficia toți muncitorii, așa încât la sfârșitul secolului al XIX-lea s'a văzut nevoia creerii unui sistem de Stat pentru pensii la bătrânețe.

În 1908 a apărut legea care prevede acordarea de pensii necontributive la bătrâni peste 70 ani. În 1925 a apărut planul de acordare de pensii contributive la muncitorii asigurați și văduvele lor la 65 de ani și la văduve și orfanii muncitorilor asigurați. Fondul este format din contribuția patronului, muncitorilor și Statului. În 1940 a apărut o lege care a redus vârsta pensionării pentru femei asigurate dela 65 la 60 ani. Mai mult, se prevede acordarea de pensii suplimentare, prin asistența socială publică la pensionarii care nu pot trăi din pensiile primite.

Rezultatele serviciilor sociale

În urma progresului social din ultimii ani, a îmbunătățirii în organizația industriei și dezvoltarea serviciilor sociale, standardul de viață al muncitorilor s'a ridicat.

Prin educație, a avut loc o mare îmbunătățire în obiceiurile sociale, mărirea orizontului populației și crearea de profesioniști în toate ramurile de activitate.

Posibilitatea de trai este crescută, mortalitatea mai mică. Bolile, ca holera, variola, au dispărut. Febra tifoidă, care a dat 1228 de morți la un milion locuitori în 1838, a scăzut la 174 morți la un milion locuitori în 1900 și la 5 la un milion în 1938. Mortalitatea infantilă, cea mai bună indicație a sănătății generale a unui popor, a scăzut dela 154 la 53 la 1000 de copii născuți-vii, dela începutul secolului acesta, iar mortalitatea maternă dela 4.27 la 3 la 1000 de nașteri. Multe boli de copii au pierdut din virulența lor.

Asigurarea socială a redus mult sărăcia, care asocia pe vre-

muri șomajul, permițând marei mase a muncitorilor, să ducă o viață tihnită și să privească cu încredere viitorul.

Toate aceste realizări, spune A. D. K. Owen, au costat moarte mult, dar efortul a fost încununat cu succes. Totuși nu sunt destul de satisfăcătoare. Va fi necesară încă multă muncă și cheltuială pentru reducerea aglomerării, asanării locuințelor și ameliorarea educației și sănătății.

Pentru toți cei care urmăresc cu A. D. K. Owen dezvoltarea serviciilor sociale britanice, în expunerea sa densă, pe care am încercat a o face cunoscută mai sus, rezultă o serie de caractere fundamentale importante.

În primul rând, întinderea serviciilor sociale, care cuprind alături de probleme de educație și sănătate, probleme de muncă și asigurări sociale. În al doilea rând: funcționarea acestor servicii a plecat în mare măsură de la organizații voluntare și chiar azi, funcționarea lor e asigurată de aceste organizații și în mare măsură, de organele administrației locale. În felul acesta, descentralizarea, care în alte state e un deziderat, care trebuie atins prin măsuri legislative, aci e un fenomen natural. În fine, serviciile acestea sunt în continuă evoluție, îmbunătățindu-se mereu și ușurând prin aceasta viața a milioane de oameni.

Situația de azi, de sigur, nu e definitivă. Mari prefaceri se pot aștepta în acest domeniu, în special de la regimul laburist. Cunoscând spiritul britanic, suntem îndreptățiți a crede, că, cu ocazia acestor prefaceri, se vor folosi, în mare măsură, instituțiile, oamenii și experiența câștigată, în special, în ultimele decenii.

Cronică

Compectarea învățământului medical la Cluj. Învățământul nostru medical a prezentat până acum însemnate lacune și deviații. În primul rând studiul biologiei umane, ca bază indispensabilă pentru înțelegerea patologiei, a fost în bună parte unilateral și fragmentar. Ereditatea generală și umană a rămas pentru studenții noștri un domeniu puțin cunoscut, dat fiind că extensiunea capitalului de eredologie din cuprinsul cursului de biologie gene-

rală din anul I eră prin forța lucrurilor prea limitată pentru a permite o tratare demnă de importanța problemei. Pe de altă parte biologia umană era expusă mai mult analitic și fragmentar, organismul uman fiind prezentat studenților descompus în aspectul său macrostructural (anatomia), microstructural (istologia) și funcțional (fiziologia) și — evident — în cadrul acestor discipline sub un unghi schematic, impersonal, — fără ca viitorul medic să dobândească o viziune unitară a omului viu și fără să dispună de criterii pentru cercetarea și înțelegerea reactivității individuale, esențială pentru orice acțiune diagnostică și terapeutică, — pe care numai studiul constituției le poate oferi.

În al doilea rând — și acest lucru s'a accentuat atât de des încât e inutil să mai insistăm — învățământul nostru medical a avut până acum un caracter predominant curativ, rezervând disciplinelor preventive și mai ales mentalității preventive un loc insuficient și tardiv, studiul igienei, în cadre prea restrânse și plasat spre sfârșitul programului de învățământ, ne mai fiind în stare să influențeze formația — ca să nu spunem deformația — curativă a viitorilor medici.

Aceste două scăderi fundamentale au fost în mare măsură remediate la Facultatea de Medicină din Cluj, prin complectarea programului de învățământ. O recent înființată conferință de „Eredopatologie, psihopatologie și igienă mintală” și un curs de „Constituție și eredopatologie” introdus în programul anului III, vin să desăvârșească studiul biologiei umane, normale și patologice, amplificând-o în direcția eredității și sintetizând-o în studiul global și diferențiat al constituției umane.

A doua deficiență menționată a înregistrat o simțitoare reparație prin programarea în anul I a unui curs de „Introducere în Igienă” și în anul IV a unui curs de epidemiologie. În felul acesta studentul este pus în contact din primul an de studii cu marile probleme ale igienei și medicinei preventive, dar mai ales este sensibilizat în această direcție, asigurându-se o mai rodnică valorificare științifică și ideologică a studiilor de mai târziu în domeniul preventiv. Studiul epidemiologiei în anul IV va descongiona programul de igienă al anului VI, îngăduind în această etapă de încheiere a pregătirii medicale o sintetizare științifică și ideologică a întregului domeniu al igienei și medicinei preventive, fără de care tânărul medic nu va putea îndeplini înalta misiune socială care îi este destinată.

M. S.