

## Baza celulară a eredității.

### Ipotezele transmisiunii caracterelor. Fecundarea. Cromosomii.

Știm din observația zilnică că vietuitoarele: plante și animale sunt produsele eredității. Pe dealtă parte diferite experiențe de încrucișare<sup>1)</sup> ne pun la îndemână o serie de date morfologice și chiar fiziologice care demonstrează transmiterea caracterelor și calităților părinților la descendenții lor, cât și felul cum se repartizează aceste caractere sau calități.

Constatările faptelor n-au fost însă suficiente pentru a explica mecanismul întinm al eredității, mai ales că apropierea făcută între ereditate și transmisiunea proprietăților părinților la copiii lor a produs o adevărată confuzie atât în spiritul profanilor cât și în al oameilor de știință.

Ideia transmiterii integrale a caracterelor adulților din o generație în alta, e foarte veche și a rămănit chiar după ce au fost cunoscute fenomenele de dezvoltare ale plantelor și animalelor. Explicarea acestei transmiteri a caracterelor adulților, la început vagă, a fost făcută întâi de Darwin în ipoteza sa asupra „*pangenesii*“. El admitea că fiecare celulă produce în stadiile de dezvoltare mici particule (*gemmule*) și că aceste gemmule s'ar aduna la un loc formând celulele sexuale, care ar deveni astfel adevărate rezervoare de mici germei produși de toate părțile corpului.

Dezvoltarea embrionului ar da apoi posibilitate acestor germei să dea naștere la celule și la organe asemănătoare celor din care provin. Ipoteza lui Darwin a fost punctul de plecare la o mulțime de teorii ereditare, care admit că plasma germinativă se compune din unități ultra-microscopice, capabile de a crește și de a se divide. În cauzul dezvoltării, aceste unități, combinându-se și disociindu-se ar da naștere la diferitele structuri ale ființei adulte. Ele au căpătat numiri foarte diferite după autorii care admiteau existența lor: „*unități fiziologice*“ de Spencer, „*plastidule*“ de Haeckel, „*pangene*“ de de Vries, „*idioblaste*“ de Hertwig, „*biofori*“ și „*determinanți*“ de Weisman.

Importanța lor în transmisiunea caracterelor ereditare se datorește în special distincției care o face Weismann între continuitatea plasmei germinative și discontinuitatea plasmei somatice<sup>2)</sup>. Distincție importantă dar exagerată, urmată de interpretări greșite, datorite mai ales caracterului cu totul ipotetic al existenței, naturii și acțiunii

<sup>1)</sup> Vezi Bul. eugenic și biopolitic vol. I. (1927) Nr. 2 și 3.

<sup>2)</sup> Vezi Bul. eugenic și biopolitic (vol. I. 1927, Nr. 5, pag. 128.)

acestor unități ultra-microscopice, cărora li se atribuia viața plantelor și animalelor.

Legile lui Mendel au avut din nou darul să puie în discuție aceste unități ereditare, numite *determinanți*, *factori* sau *gene*, fără a se putea stabili însă ce reprezintă și care e acțiunea lor. Geneticienii le găsesc locul în celulele sexuale și le compară cu anumii radicali chimici care nu sunt nici odată izolați și care nu există decât combinate cu alții sub formă de molecule, putând totuși să-și păstreze identitatea lor în combinațiile cele mai variate (Conelin)<sup>1</sup>.

Dacă admitem existența acestor unități ereditare, ele nu pot fi localizate decât în celulele sexuale a căror structură foarte complicată, analizată la microscop a arătat că ele conțin o seamă de unități vizibile numite cromosomi, cromomere, plastosomi și microsomi.

\* \* \*

Interpretarea rezultatelor experimentale ereditare n'a fost neglijată nici de primii pioneri ai eredității mendeliene, *Naudin* și *Mendel*, care au căutat sursa proceselor morfologice în constituția elementelor sexuale.

Nici unul din ei n'a ajuns însă la explicarea intimă a fenomenelor ereditare. Structura celulei sexuale nefiind pe atunci destul de bine-cunoscută.

*Naudin* pleacă de la ideea că deosebirile între cele două specii încrucișate sunt de natură fiziologică. Ele ar rezulta din conflictul ce există între „esențele specifice“ ale celor două specii „care se contrazic mutual și sunt într-o luptă neconținută pentru a se despărți una de alta : disocierea are loc în pollenul și ovulele hibridului“.

*Mendel* reținut de analiza morfologică a organismelor, cărora le urmărea descendența, caută însă să arate constituția elementelor polinice și ovulare. El admite că ele cuprind „caractere“ care se combină odată cu unirea gameților și pe care le numește „factori“.

Explicarea intimă a proceselor ereditare însă n'a fost posibilă decât în ultimul timp, când s'a cunoscut în detaliu structura și funcțiile celulelor sexuale.

Se știe că orice organism provine din dezvoltarea unei singure celule, numită ou, formată la rândul ei din unirea celor două celule reproductoare ale părinților : OVULUL și SPERMATOZOIDUL.

Dezvoltarea individului începe odată cu fecundarea oului ; spermatozoidul și ovulul cu toată disproporția mărimii lor<sup>2</sup>), contribuind într-o măsură egală la formarea noului viețuitor.

Rolul spermatozoidului nu se mărginește însă numai la provocarea dezvoltării, care poate fi datorită uneori și acțiunii mediului (partenogeneza mutuală și experimentală). El aduce în interiorul oului substanțe viețuitoare de o foarte mare importanță în ereditate. Să analizăm acum cum se produce fecundarea, spre a arăta care sunt aceste substanțe și care e rolul lor în dezvoltarea organismului (Fig. 1 și 2).

<sup>1</sup>) L'Hérédité et le Milieu, pag. 60.

<sup>2</sup>) Diametrul ovulului la om e de 0.25 mm ; în timp ce lungimea spermatozoidului e deabia de 55 miimi de milimetru.

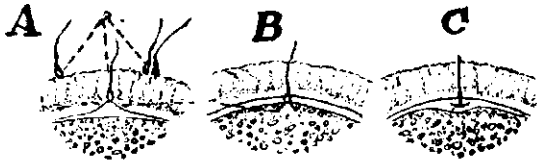


Fig. 1. — Fecundarea oului la steaua de mare A—C = stadiile succesive ale pătrunderii spermatozoidului în interiorul oului de *Asterias glacialis*. (După Fot).

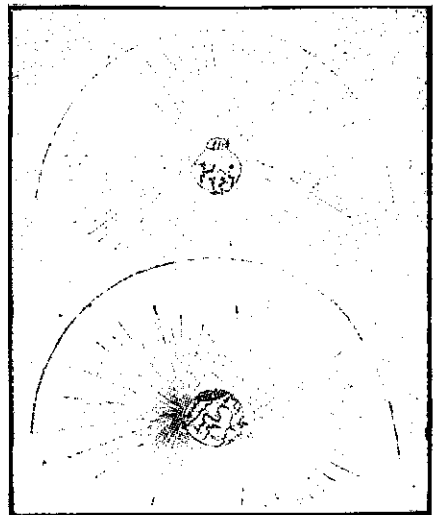
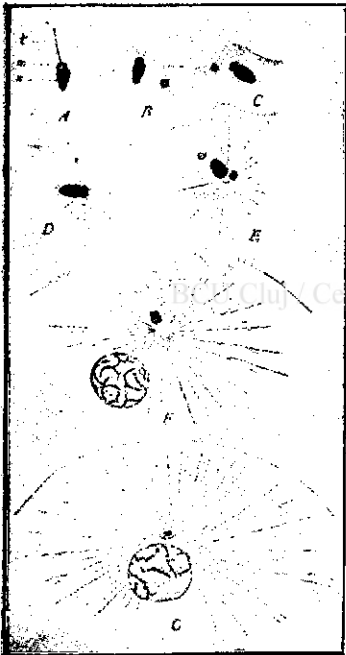


Fig. 2. — Fecundarea oului la ursin, A spermatozoid de *Toxopneustes* (h = cap, m = piesă intermediară, t = coadă); B—I = stadii succesive de pătrunderea nucleului mascul și a centrosomului în interiorul ovulului de *Toxopneustes*, copulația nucleului spermatic cu nucleul ovulului, diviziunea centrosomului și formarea primului fus de segmentare. (După Wilson).

Când un spermatozoid vine în contact cu ovulul matur nefecundat, capul și piesa intermediară a acestuia pătrund în interiorul ovulului, coada deslîpindu-se și rămânând în afară. Capul spermatozoidului e format aproape în întregime din materie nucleară, numită *comatină*, din cauza afinității puternice ce o are pentru anumite materii colorante. Cei doi nuclei cromatici (mascul și femel) își măresc apoi volumul prin absorbția unei substanțe cu mai puține afinități pentru materiile colorante: *acromatina*.

Cromatina se împrăștie în interiorul fiecărui nucleu și ia forma de grăunte sau filamente înglobate în acromatină, constituind astfel forma tipică a nucleului „în stare de repaos“

În același timp apare un mic granu, *centrosomul*, ce provine din piesa intermediară a spermatozoidului, în jurul căruia apare un *aster* format din radiațiuni care se întind în protoplasma.

Când spermatozoidul atinge suprafața oului, acesta formează o ridicătură (*con de recepție*) și după pătrunderea lui oul se opune la pătrunderea altora prin o modificare sau o secreție de anumite substanțe în pătuna corticală a oului. Dealtfel odată fecundația făcută se formează un adevărat curent centripet între protoplasma corticală a oului și interiorul lui, în sarcina căruia se pune antrenarea nucleului spermatic și al centrosomului în profunzimea oului, unde va întâlni nucleul femel.

Îndată ce nucleul spermatic s'a aflat în contact cu nucleul ovulului, începe procesul nuclear al diviziunii indirecte, proces foarte complicat, care a primit și numele de *mitoză*.

Centrosomul care a însoțit nucleul spermatic în drumul său spre interiorul ovulului se divide în două mici granațiuni: cromosomii care se depărtează și formează un fus la capetele căruia se așează, înconjurați de radiațiile ce formează asterul.

În același timp grăunțele și filamentele cromatice ale spermatozoidului și ovulului se unesc și formează un filament continuu *spiremul*, încolăcit în interiorul nucleului. Uneori se observă compoziția granulară a spiremului, aceste granule fiind numite *chromomere*.

Oul format din unirea celor două celule: spermatozoid și ovul se divide în două, apoi în patru și așa mai departe pentru a edifica organismul. În cursul acestor diviziuni succesive se întâmplă fragmentarea spiremului în o serie de bastonașe sau filamente scurte numite *chromosomi*, cărora li se atribuie o importanță considerabilă în ereditate, în urma ultimelor cercetări care văd în ei purtătorii caracterelor ereditare. (Fig. 3).

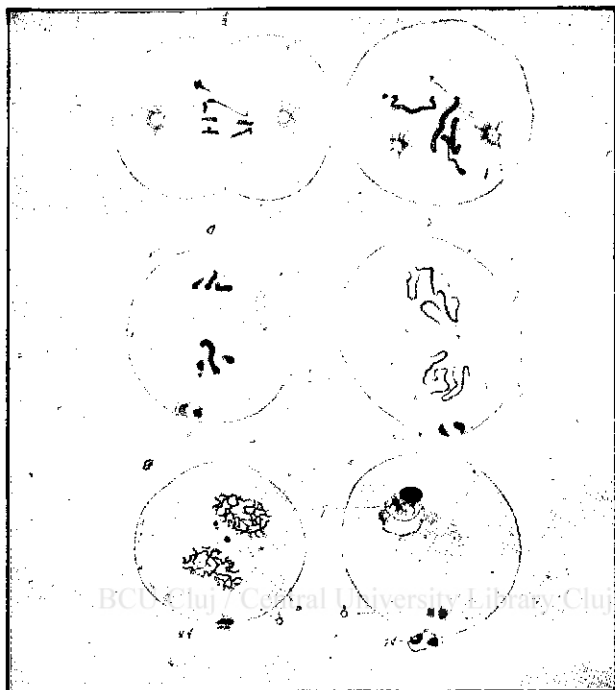


Fig. 3. — Fecundația oului unui Nematod: *Ascaris megalocephala*, var. *univalens*. (După Boveri). A = intrarea spermatozoidului în ou, B = Cei doi pronuclei mascul și femel în faza reticulară, C și D = faza de mărirea cromosomilor. E și F = dispunerea cromosomilor în partea equatorială a fusului și clivajul lor.

Fusul nuclear și asterii cresc progresiv, în timp ce membrana nucleară dispăre complet. Mărind cromosomii dispuși la mijlocul fusului, formând așa zisa *placă equatorială*. Fiecare cromosom se despică longitudinal în două părți egale, cromosomii fii separându-se și așezându-se la polii opuși ai fusului unde vor lua naștere doi nuclei noi. După aceasta are loc diviziunea celulelor urmând planul equatorial al fusului, mărirea nucleilor prin absorbția acromatinei, diseminarea substanței cromosomilor în formă de filamente sau granule și reîntoarcerea nucleilor la stadiul de repaos, cu care se încheie „ciclul de diviziune” al celulei.

Mulți biologi negă realitatea cromosomilor care n-au putut fi încă văzuți în stare vie și care n'ar fi după ei decât artificii de fixare și colorare produse de structura substanței viețuitoare, post mortem.

O serie de observațiuni concordante vin însă în sprijinul partizanilor teoriei cromosomiene. Printre acestea cea mai de seamă e

constanța numerică a cromosomilor la una și aceeași specie și în toate diviziunile celulare.

Astfel un limbric (*Ascaris megalocephala*), are patru cromosomi : doi cromosomi în nucleul spermatic și doi în nucleul oului, *Drosophila* 8 cromosomi, musca obișnuită 12, albina 32, broasca 26, pisica 36, porcul 40, omul și maimuțele antropoide 48, iar la plante : mazărea 14, tutunul 48 etc.

E. Browne Harwey a publicat (1916—1920) un tablou conținând numărul cromosomilor la mai mult de 800 de specii animale ; același lucru l'a făcut *Ishikawa* (1916) la aproape 700 de plante, ceea ce arată că această constanță numerică a cromosomilor se bazează pe numeroase observațiuni.

Un alt caracter însemnat al cromosomilor e că sunt totdeauna dispuși în *părechi*, fiecare nucleu celular conținând câte doi cromosomi ce se aseamănă între ei (Fig. 4).

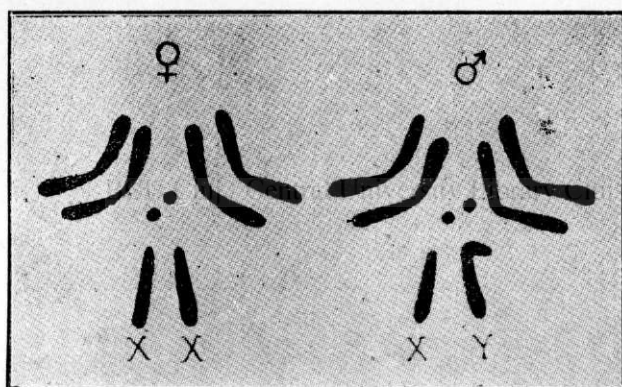
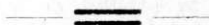


Fig. 4 Placa equatorială la mușca de oțet: *Drosophila Ampe-lophila* mascul și femel, arătând cele 4 perechi de cromosomi (după Morgan).

Această paritate nu e totdeauna ușor de observat, dar poate fi ușor identificată la unele insecte cum e mușca *Drosophila*, unde cei 8 cromosomi formează 4 părechi : 1 pereche de cromosomi lungi în formă de bastonete, 2 perechi de cromosomi lungi încovoiați în formă de V și 1 pereche de cromosomi punctiformi.

Val. Pușcariu



## Tuberculoză, graviditate și căsătorie.<sup>1)</sup>

### 1. Tuberculoza și graviditatea.

Accastă problemă, întocmai ca multe alte probleme ale medicinei, a fost mult interpretată în decursul vremii, iar concepția asupra ei a oscilat între toate extremele. Școala franceză, s'a remarcat mai înainte printr'un larg optimism, spunând că : din două femei, în același stadiu al tuberculozei, cea devenită gravidă are mai multe șanse de supraviețuire decât bolnava negravidă. Iusă și în Germania se credea prin mijlocul secolului trecut, că tuberculoza ar fi favorabil influențată de graviditate. Încă pe la 1847 **Rokitansky** afirma, că graviditatea influențează în spre bine nu numai tuberculoza pulmonară, dar chiar și celelalte forme de tuberculoză.

În a doua jumătate a veacului trecut, chestiunea trece în cealaltă extremitate și lumea medicală era convinsă că graviditatea e un pericol de moarte pentru orice femeie tuberculoasă. Astfel că întreruperea sarcinii se practica pe o scară întinsă, în toate aceste cazuri.

Începutul secolului nostru, a venit să știrbească autoritatea doctrinară a acestui punct de vedere extremist. Astfel **Petruschky** la 1904, bazat pe cazuri din practică, spunea că un tratament specific rațional prin tuberculină, salvează într'o proporție remarcabilă viața mamei și a copilului. Pe de altă parte **Hoffbauer**, la un congres medical (Königsberg 1910) pledează pentru anumite tuberculoze gravidice după cari se ascund în cele mai multe cazuri, focare vechi de tuberculoză latentă. Sustinea încă depe atunci, că agravarea unui tuberculoze în urma gravidității, depinde de natura fiecărui caz în particular, mai ales de ambianța socială. A fost deci primul, care a atacat schematic concepțiunea asupra acestei probleme, prin aceea, că a susținut, că singură infecția tuberculoasă nu poate fi hotărâtoare în aprecierea unui prognostic, ci și alți factori, legați strict de cazul dat, mai ales factori de ordin social.

La congresul dela München (1911) **Starck**, susține punctul de vedere al lui **Hoffbauer**, iar **Petruschky** atrage din nou atenția asupra faptului că 50% a femeilor cu tuberculoză deschisă și 5% cu focare închise, suportă în bune condițiuni graviditatea, dacă se supun unui tratament apropiat prin tuberculină.

Anii ce au urmat au fost bogati în cercetări statistice, cari însă nu au avut norocul să promoveze prea mult lucrurile, în sensul unei concepții unitare asupra relațiunii dintre tuberculoză și graviditate și a orienta siguranța unor măsuri consecutive. Marile cifre aveau un limbaj prea diferit, căci prea

<sup>1)</sup> Hillenberg : Bümel, Tuberkulosefürsorge, II.

erau supuse oscilațiilor. Statistica lui **Jacob și Pannvitz** da cifra de 25%, pentru cazurile de tuberculoză înrăutățite prin graviditate, în timp ce procentuația lui **Pankow și Küpferle** se urcă la cifra de 94,5%. Aceste prea largi oscilațiuni de cifre despoaie statisticile de orice valoare.

**Forssner** dela Stokholm însă, urmărind un timp destul de lung bolnavele gravide și negravide, ajunge la concluzia, că nu există nici o diferență între cifrele ce indică mortalitatea acestora. În mod identic se exprimă **Scherer** dela Magdeburg, pe când **von Tussenbrocks** pretinde contrariul, susținând că graviditatea și lăuzia urcă în mod apreciabil cifra mortalității prin tuberculoză. **Hermann Freund, Winter, Kehrer** și alții opiniază în același sens.

Înainte de a expune concluziile asupra acestei probleme să vedem datorită cărui fapt ar putea fi tuberculoza influențată prin graviditate. Desigur că aceste cauze sunt destul de ipotetice, căci s'a pătruns încă prea puțin în natura intimă a fenomenelor biochimice ce au loc în corpul gravidelor. Se vorbește azi de două cauze: întâi schimbarea chimismului sanghin în baza căruia se asistă la o diminuare a puterii lipolitice a serului și deci o scădere a proprietății litice față de bacili tuberculozei, iar în rândul al doilea se presupun anumite momente pur fizice, ca spre exemplu relaxarea întregului țesut conjunctiv și deci și al celui care înapsulează focarele bolnave, favorizând mobilizarea bacililor. Oricare ar fi aceste cauze, va trebui să aprobăm și pe **Kehrer**, care spune că sarcina, nașterea și lăuzia sunt momente, cari prin sine însuși îngreunează corpul și pe cari femeile debilitate, anevoie le suportă.

În urma acestor considerațiuni teoretice, se impune întrebarea, cari sunt cazurile unde e indicată întreruperea artificială a sarcinei? Cari sunt datorile obstetricianului? Notăm că **Credé-Hörder**, întrerupând sarcina la 100 gravide bolnave, nu a observat o ameliorare decât la 35. în 10 cazuri tuberculoze a rămas staționară, iar la celelalte a continuat să progreseze. În același timp **Bardleben**, constată pe un număr de 108 astfel de cazuri, că avortul artificial dă o mortalitate de 2,5%. Fiecare caz trebuie deci minuțios examinat. Asupra proceselor latente inactive cei mai mulți autori nu intervin astăzi și se lasă sarcinei decursul ei normal. Sănătatea acestor femei trebuie riguros supravegheată, iar serviciul de asistență va lua toate măsurile spre a îmbunătăți condițiile sanitare și economice ale acestora.

În cazul unei tuberculoze active, însă tot într'o fază incipientă — ușoară temperatură, bacili în spută, hemoptizii etc. — dată fiind nesiguranta evoluției, răspunderea medicului e mult mai complicată. Asupra punctului acestuia avem la dispoziție statistica lui **Schweltzer**, din care reiese că întreruperea sarcinei, în cazul amintit, nu oprește evoluția procesului pulmonar și înrăutățirea continuă, în 54 la sută a cazurilor. Dintre acestea se termină cu moartea 32 la 100 în primele 4 luni după întrerupere; adevărat că toate cazurile observate de el, făceau parte



din cea mai mizeră clasă socială. În cazurile dubioase se recomandă o observare mai îndelungată, într'un spital sau într'o clinică. Mai trebuie considerată forma anatomo-patologică a tuberculozei. Conduita ce trebuie luată rămâne în atribuția internistului; felul cum obstetriciana îl înțelege să aprecieze lucrurile, îi ilustrează urmărirea procedurii contradictorie, pe când **Krönig** della Freiburg din 145 gravide tuberculoase, întrerupe sarcina în 118 cazuri, **Stöckel** della Marburg, nu practică avortul artificial la nici una dintre aceste femei.

Dacă avizul s'a formulat în sensul unei expectative, trebuie mobilizată întreaga operă de ajutorare socială, „Căci — spune **Peham** — nu e suficient, ca printr'o examinare precisă, să ne convingem că sarcina ar putea fi suportată fără prea mult pericol pentru mamă, ca pe urmă să se retrimită femeia în mediul casnic, adeseori mizer și neprielnic. Trebuie să avem posibilitatea de a crea acestor femei condiții optime de confort, sau dacă e necesar, chiar îngrijire sanatorială“.

Ar fi de dorit, ca fiecare sanator să dispună de paturi speciale pentru gravidele tuberculoase, cărora li-se cuvine un ajutor dat cu mai mult atașament, decât celorlalți pensionari și cu energie dublă.

Femeile, într'un stadiu mai avansat al tuberculozei, sunt serios periclitate de graviditate: la 80 la 100 dintre ele are loc o remarcabilă înrăutățire. Întreruperea sarcinei se impune în toate aceste cazuri, indiferent de vârsta sarcinei; excepție se admite numai atunci, când chiar în urma acestei intervenții perspectivele de a ajuta pe mamă, sunt minime.

Medicul va trebui să se conducă după aspectul fiecărui caz în parte, neinfluențat de statistici sau doctrine, punând un pond deosebit pe fizionomia igienică și socială a ambianței pacientei.

## 2. Tuberculoza și căsătoria.

În urma celor spuse mai sus, noile precizări asupra acestei probleme s'ar părea în primul moment lucru de prisos, căci doar graviditatea, între împrejurări normale, e corolarul inevitabil al căsătoriei, așa încât nimic nou n'ar fi de spus. În rândurile ce urmează, vom vedea că acest capitol, cuprinde în sine și infecțiunile conjugale, făcând astfel parte integrantă din problema asistenței.

Această chestiune a fost mult abordată de fiziologi și statisticieni, furnizează însă și astăzi un ineuizabil material de discuție. S'a crezut mult timp că, infecțiunea nu trece dela soțul bolnav la cel sănătos. Bogatele cercetări epidemiologice și statistice ale lui **Riffel, Dörner, Jacob, Pannwitz și Welberg**, tind să demonstreze contrariul. Desigur că nu orice infecțiune conjugală își are originea în boala unuia dintre soți. Adeseori boala soților se reduce la un izvor de infecțiune comun, cum ar fi spre exemplu o locuință contaminată. Nu e exclusă nici posibilitatea, ca ambii soți să fi fost afectați încă din copilărie, iar tuberculoza să însuenească la unul mai iute decât la celălalt, făcând

numai impresia că primul ar fi cauza infecțiunii celui de al doilea.

Datele statistice, cari traduc frecvența infecțiunilor conjugale, diferă dela autor la autor din cauza diferenței mediului în care s'au făcut investigațiile. Cifrele aflate la clasele muncitorești, mai ales ale marilor orașe, unde tuberculoza e extrem de frecventă, sunt mai urcate decât cele ce traduc îmbolnăvirile din regiunile cu o bunăstare economică și igienică. Astfel **Ei-sässer** dă procentuația de 39%, **Cornet** de 23%, **Kirschner** de 17,2%, pe când **Jacob** și **Pannwitz** nu află decât cifra de 8,5%. Toate aceste cifre se referă la clasa muncitorească. În acelaș timp și după criteriul identice, **Brehmer** și **Haupt**, pe un bogat material de sanator, provenind din păturile bine situate, cercetând tuberculoza ca infecțiune conjugală, abea găsește cifra de 2—3%. Concluziunea acestor autori e că, șansele unuia dintre soți de a fi contaminat de partenerul său, sunt destul de puține.

**Hillenberg**, făcând studii detaliate asupra acestui capitol, află cifra de 17,5% de infecțiuni conjugale.

Intervalul între moartea soților a fost următorul :

1—5 ani	6—10 ani	11—15 ani	16—20 ani	21—25 ani	nec.
20	10	1	2	1	4

Dacă moartea celui de al doilea soț are loc la 10 ani după primul, e foarte probabil că acesta a rămas scutit de infecțiune.

În urma acestor expuneri, trebuie să admitem realitatea infecțiunii conjugale în tuberculoză. Pentruce nu se îmbolnăvește întotdeauna și celălalt partner conjugal, nu știm încă. **Hillenberg** își explică faptul prin aceea, că soțul sănătos aflându-se mereu în contact cu izvorul bacilar și luând acești microbi într'o doză nepatogenă continuă, ajunge după un timp, la un fel de imunizare. Dacă această imunizare lentă nu poate avea loc, fie că izvorul de infecțiune e masiv, fie că intervin diverși factori externi, sociali, sau igienici defavorabili (boală, suferință, epuizare, condiții mizere de alimentare etc.), îmbolnăvirea prin contaminare e inevitabilă.

Să răspundem încă prin câteva cuvinte și la următoarea întrebare: să permită medicul tuberculoșilor căsătoria, sau nu? **Kirschner** privește căsătoria ca o problemă foarte grea pentru tuberculoșii ambelor sexe, căci pe lângă că îi expune la o modificare psihică, le imprimă și puternice modificări fizice și uneori chiar sociale. Totuși nu pare a fi prea indiferent nici sexul bolnavului, întrucât pentru un bărbat căsătoria e adeseori o sursă de confort, care nu poate decât să influențeze favorabil asupra stării lui sanitare.

În general i-se permite căsătoria unui tuberculos dacă sunt garanții suficiente că, noua stare civilă îi deschide perspectivele unei ameliorări materiale sau de regularitate în modul lui de viață.

Altfel stau lucrurile când e vorba de femei. La aceasta, ga-

ranțurile de confort în casa părintească, unde adeseori nu are nici o obligație sau răspundere, sunt incomparabil superioare aceluia pe care le va întâlni alături de soțul ei. Grijele și oboselele casnice, apoi sarcina și nașterile etc., trebuie să privească pe cea mai redutabilă factori nocivi. Un medic conștiințos se va decide deci mult mai greu când e vorba să permită căsătoria unei tinere tuberculoase.

În cazuri de boală avansată, se refuză permisul de căsătorie.

Ovidiu Comșia.

## Considerațiuni eugenice asupra căsătoriei și originei familiei.

În numărul precedent al Buletinului, am observat legătura existentă între primele începuturi ale familiei și căsătorie căutând, ca prin o înșirare rapidă de date, constatări istorice și biologice să arătăm contopirea acestor două noțiuni în neantul îndepărtat de existență a străbunilor noștri.

Revenind, vom căuta să arătăm importanța pe care o are această evoluțiune istorică, și influența ei asupra generațiilor care le-au urmat, căutând în același timp să vedem întrucât, au fost sau nu respectate principiile biologice și eugenice, pe care astăzi datorită muncii atâtor savanți le avem, ca legi pozitive, care să ne conducă spre formarea unei naționalități și a sași rase superioare, atât din punct de vedere fizic cât și intelectual.

Am văzut că în momentul în care pentru prima dată putem să vorbim de familie, ea era cu totul altfel formată decât ceea ce înțelegem astăzi prin această noțiune.

Felul de viață, obligațiunile care nu existau decât sub forma necesității de hrană, și instinctului de perpetuare a speciei, nu puteau să silească individul la o altă formă de împreunare.

Animalul atotstăpânitor în ființa lui „homo sapiens” își îndeplinea datoriile, în același mod ca și prietenul și dușmanul lui, din pădurile încă virgine de orice atingere a epocilor ulterioare. Dacă existau posibilități de apreciere asupra calității femelei, ele aparțineau sau mai bine zis se împărțeau, după „La raison de plus forte”. Părinții și copiii, fără a mai vorbi despre celelalte rudeni, nu făceau excepții dela împreunărie reciprocă —; și atunci o întrebare se pune în evidență cu toată puterea, căutând parca să dăruim îngrădirile pe care le pun

azi căsătoriei, percepțele religioase, juridice, sociale și eugenice; au degenerat sau nu aceste rase, și dacă au degenerat suntem noi urmașii acestor rase degenerare? Dacă nu au degenerat, care a fost posibilitatea evoluției, când uniunea spre procreare a indivizilor se făcea în un abare mod?

Pe drept cuvânt se ridică aceste întrebări. Azi este constatată că în majoritatea cazurilor din uniri ilegale, botezate încă după concepția noastră, ca „uniuni nenaturale“ fie că sunt acestea constituite între părinți și copii, sau între rude mai îndepărtate până în al treilea, al patrulea grad de rudenic, rezultatul lor este execiabil din toate punctele de vedere. Cazurile acestea cari formează excepții detestabile, atât prin formă cât și prin rezultatele lor, erau normale naturale și deci mult mai dese, în primele începuturi ale familiei. Analizând cele de mai sus constatăm că pe deoparte percepțele actuale nu erau respectate și pe de alta parte totuși înaintașii noștri au evoluat progresiv, constatări cari par anacronice.

Soluțiunile date acestor constatări, de către biologiști par a se concentra în următoarele:

„Sistemele de selecțiune au lucrat în diverse epoci, adoptându-se și ele mediului în care aveau să acționeze“.

De fapt, în acele timpuri nu exista o selecțiune socială, sau una pe baze morale. Selecțiuni artificiale, nu puteau fi concepute, frumosul ca bază de selecție era mai mult sau mai puțin practicat. Lipsa acestora, era contrabalansată prin o exagerare a selecțiunii naturale, bazată pe forță.

Dacă în o primă generație, hazardul făcea să se împreuneze părintii cu copii, numai această generație viețuia. Urmașii acestora erau mai slabi, ori „când natura singură este atotstăpânitoare, ea nu suportă pe cei slabi“. În goană nesfârșită prin ramurile bătrânilor arbori, cei slabi rămăneau în urmă. Ei nu puteau profita nici de hrana cea mai bună, din cauza forței tovarășilor lor, care îi eliminau, nici de femelă, pe care nu și-o puteau apropria, din cauza aceleiași slăbiciuni. Singuri, rămași, cu diformitățile, și slăbiciunile pe care le purtau ca stigmat a unei uniri incestuoase; formau prada cea mai ușoară fiarelor, și vremii. „Natura care nepăsătoare îi lăsase să se procreeze, îi distrugea la rândul-i, dovedind celor din jur legile sale“. Herdity of Feeble-mindedness. By H. H. Goddard).

Vedem deci căci cei slabi erau suspendați. Dacă acestei constatări, adăogăm faptul, că necesitatea populației în acele vremi era minimă, că ori cât, dar o selecțiune a frumosului trebuia să existe, aceasta fiind și în apanajul altor ființe mai înferioare, anacronismul care se ridicase înaintea noastră începe să dispară. Concluzia imediată pe care o tragem din cele de mai sus ne indică ca sistem de selecțiune, pe acela a forței. Exagerată, acționând în cea mai desăvârșită formă, această selecțiune a reparat timp de veacuri îndelungate ceace inconștiența omului conștientă încă sub influența fiarei din care se născuse. Prin ajutorul acestei selecțiuni naturale, strămoșii noștri au

putut să evolueze în mod pozitiv. Evidența acestei evoluții pozitive constă tocmai în faptul, că istoria familiei — ne indică ca urmare a împreunării sexuale neregulate, o împreunare mai rațională, dela care elementele din aceeași generație sunt excluse. Care a fost baza pe care aceasta legislație a pământului s'a încetățenit. Bachofen în lucrările sale susține că ori de câte ori s'a făcut trecere dela ceva primitiv spre un fapt nou, aceasta s'a datorit puterii de discernământ și observație care se deschidea mai mult cu mîntea întunecoasă a primilor oameni. Trebuie totuși să subliniem faptul, că atîta vasme cât indivizii sălbatice, nu s'au constituit în hoarde sau triburi, atîta vreme cât între dănsii nu s'au ivit posibilități de recunoaștere mai intimă, ei nu au putut să-și dea seama de efectele dezastruoase ale uniunilor incestuoase.

Grupată însă, ei au putut să se observe reciproc cu mai multă atenție, și ceea ce i-a frapat în mod evident au căutat să înlocuiască. Iată dar și explicația faptului pentru care primul pas pe care îl fac spre evoluție este acela de a despărți dela uniunile sexuale generațiile părinților de alea ale fiilor.

Vedem pentru prima dată intervenind în relațiile dintre indivizi un factor nou, pe care îl putem considera drept prim factor de selecție artificială. Familiile stabilindu-se în cadrul hoardelor sau triburilor, elementele de ambele sexe venind în contact mai des unele cu altele, existînd deci elemente de comparație — vor lua naștere și noțiunile de frumos și urât. Odată stabilite aceste noțiuni, alături de vechea selecție naturală încă foarte puternică, selecțiunea artificială abea înmugurită în legile sacre care opreau anumite căsătorii, apare o nouă formă de selecție, aceea a frumosului. Deci selecțiunea estetică.

În decursul veacurilor în cari sau înfrînat aceste noi sisteme care conduceau pe strămoșii noștri încet, încet, spre căile pe care eugenistii ni le indică nouă astăzi... populația s'a înmulțit. Această înmulțire aduce cu sine ridicarea luptei pentru existență pe un plan mai înaintat. La rîndul ei lupta pentru existență dă forței noi dezvoltării intelectuale. Nu mai este suficient a întinde mîna și a-ți ridica hrana. Omul simte nevoia de carne, de sînge de războin, el caută să-și exteriorizeze potențialul acumulat sub formă de forță, în mușchii de oțel cu care natura îl inzestrase. Încep luptele între triburi, între hoarde. Aici alături de forța brută apare meșteșugul inteligenței. Arcurile care vor avea corzi mai puternice vor da posibilitate tribului lor să domine. Locurile de vînat se împart — vînatul la rîndul lui din înștinat și experiență se păzește de om. Viața capătă primele colonituri de muncă. Frînghiile pentru formarea latunilor și „lasounilor“ trebuiesc împetite, și aceasta necesită inteligență. „Un singur nod se poate face incidental, mai multe noduri însă nu“. (Proverbe). Dezvoltarea inteligenței, deci și a spiritului de observație se accentuează. Elementele degenerare, care se nașteau din uniuni prea apropiate în mod excepțional

a părinților, în mod normal a fraților cu surorile, au bătut pe-a mult la ochi pe conducătorii acestor hoarde.

În lupta pentru existență aveau acum nevoie numai de elemente puternice — căci dacă înainte degeneratul, forma un balast pentru el singur, acum el însă forma o greutate, pentru întregul trib. Spiritul de observație, cu necesitatea se asociază planu a forma legi noi care să oprească procrearea de urmași răi, vedem deci apărând noi mijloace de selecționare în contractarea căsătorilor.

Dela familia în care este oprită căsătoria între frați, trecem la familia pe care am numit-o „Punalua“ un grad mai înaintat al „căsătoriei între rude de sânge“. Percepțiile de igienă socială aici sunt mult mai bine păstrate. Frații și surorile între dânșii, părinții cu copiii, unchi, mătușile cu nepoții și nepoatele nu pot întreține, relațiilor sexuale, ei nu pot procrea. Faptul cre deosebeste familia „punallua“ de familia monogamă, sau poligamă care îi va urma, constă în felul de concubinaj pe care îl avea familia — „femeia unui „punallua“ era în același timp și a celorlalți „punallua“ care făceau parte din căsătoria concubinaj, și invers „bărbatul unei femei era și a celorlalte femei“. Morala nu era respectată, dacă pentru acele timpuri și obiceiuri poate să fie adaptată „morala zilelor noastre“. Percepțiile igienice deasemenea; contractarea unei maladii de către unul din membrii familiei era răspândit la întreaga asociație. Considerațiunile de ordin — heredo familiar, de ordin așa zicând eugenic erau păstrate. Selecțiunea naturală acționa, estetica și obiceiurile nu puteau fi disconsiderate, ele fiind introduse în cadrele cultului, și păstrate cu sfîntenie de către preoți, cărora le servea în același timp ca element de dominațiune.

În timpul „Gynecocrației“ (domnia femeilor), care urma ca ceva fatal felului în care era organizată societatea în acest timp, femeia se ridică din multe puncte de vedere. Necesitatea trebuințelor casnice o face să fie mai expeditivă, mai inteligentă. Fiind singurul părinte bine cunoscut al copilului, putea să-i dea educația pe care o voia. Necesitatea de a munci, pentru a câștiga hrană bărbatului prea puternic care se dădu-se leneviei, o face să câștige forțe fizice. Selecțiunea în decursul câtorva generații o superiorizează și o împune. Gynecokrația își pregătește însăși decadența prin faptul că ajută la oprirea în drumul lor hoardelor rătăcitoare. Stabilirea aduce cu sine nevoia fie de creșterea și domesticirea animalelor, fie cultivarea pământului. Femeia fiind prea slabă cedează locul bărbatului care devine autoritar și în același timp poligam. Odată cu înființarea familiei poligame, cu nașterea sentimentului de gelozie, apar pentru prima aici în colo observarea femelor care duc la degenerare sunt mai ușor de studiat.

Un fapt însă care domină întreaga istorie a familiei până acum și care interesează eugenia e vârsta la care se puteau contracta căsătorii. Evident ea nu a putut fi fixată la ani, care și așa nu aveau prea mare importanță, în viața îndepărtuților noștri stră

moși — ci a fost totdeauna lăsată la puterea vitală a individului — lucruri cari și astăzi se practică la o serie întreagă de popoare din arhipelagul Polinesian, la Drawidieni, Australieni etc. Vârsta aceasta fragedă la care se fac primele începuturi de procreație, nu au dat niciodată rezultate favorabile evoluării progresive a popoarelor. Ea a fost și a rămas până azi unul din clementele, ce întreveneau în favoarea degenerării speciei. Perceptele religioase, observațiile și experiența nu le-a dărâmat. Dar în zilele noastre legile a împus o anumită vârstă celor cari doresc să se căsătorească, și nu mai departe putem cita faptul că în Anglia, legea cere pentru a se putea contracta o căsătorie numai paisprezece ani pentru bărbat și doisprezece pentru femeie.

Afară de această dispoziție negativă de ordin eugenic pe care o găsim marcată în istoricul familiei și al căsătoriilor trebuie să considerăm defectele de ordin psihic care au existat din timpurile cele mai vechi. Slăbii mintali — și degenerații, atunci ca și acum, nu erau oprite dela procreare; însă, certificatul medical prematrimonial pe care, națiunile caută să-l impună astăzi în legislațiile lor, sub o altă formă există în acele vremi. Natura avea grijă în măsura ei să împartă lucrurile în așa fel, ca lipsa de experiență și raționament să fie înlocuită prin forța și puterea de viață necesară individului, pentru a putea ajunge la vârstă când voia să se căsătorească. Totul în primele începuturi de așezări omenești era condus de către legi naturale, care știau să facă pe individ să se supună lor, sau să dispară.

Perceptele eugenice în ceea ce privește căsătoria, dacă ne ducem numai la timpuri mai puțin îndepărtate, la timpurile cuprinse încă de istorie, atunci când sistemul monogam începuse a pune stăpânire pe formațiunile familiare vechi, putem cu cea mai mare ușurință să constatăm faza înaintată în care se găseau. Ceiace astăzi încă legile noastre ne prescriu, și ceiace religia nu mai poate impune, existau sub o formă oarecare în vechile legislații.

Alcoolismul, tuberculoza, lepra, tarele hereditare, epilepsia și multe altele erau prohibitoare căsătoriei. Vechii indieni, cu „codu Manou“ Evreii cu „legile lui Moise“ Egiptenii cu prescripțiunile papyrusurilor lor, ne dovedesc că cunoșteau adânc legile heredității, și nu numai atât, dar le impuneau poporului spre observare.

Cum s'ar putea explica altfel, lungile dinastii, de faraoni, care țineau mili de ani, fără ca urmașii lor să degenereze. Un caz concret îl avem în o țară care actualmente înflorește și se acomodează civilizației noastre: Japonia. Actuala dinastie japoneză își are arborele genealogic de mai bine de două milenii fără ca nici un motiv să ne arate semne de degenerescență în această veche familie, ci poate chiar, contrariu. Cei vechi cunoșteau perceptele eugenice, și le aplicau. Noi astăzi nu facem altceva decât reedităm, sub o formă acomodată timpurilor, probleme care sau pus cu zece de veacuri înainte, căutând să per-

fecționăm, sistemele prin metodele care ne stau la dispoziție.

Rezumând considerațiunile eugenice asupra evoluției fa-  
măliei și căsătoriei vom spune :

1. În primele timpuri a existat numai o selecțiune naturală bazată pe forță, care lucrea energie eliminând toate formele hi-  
bride a căror înmulțire ar fi dus spre degenerare.

2. Alături de selecțiunea naturală, odată cu formarea de  
asociații mai mari de indivizi, intervine spiritul de observație,  
care aduce cu sine selecțiunea estetică.

3. Mai târziu puterea de discernământ, formată prin evoluția  
progresivă a inteligenței, necesită de lupta pentru existența  
provoacă formarea de obiceiuri, ce se transformă în elemente  
sacerdotale, și care reglementează, la început posibilitățile de  
uniune între indivizi din punct de vedere al consanguinității, și  
apoi al maladiilor hereditare, și sociale.

4. Popoarele răsăritului, și cele cunoscute încă în istoria  
antică, aveau formulate legi, cu caractere eugenice, deci cunș-  
teau în mod empiric aceasta știință.

V. Novcanu.

*Bibliografie.* H. Rosanoff, „Etude des maladies mentales familiales”; Fr. En-  
gels, Originea familiei; Girard Toulon, Origine de la famille; Morgan, Systems of  
consanguinity and affinity; Georges Goury, Origine et évolution de l'homme; Dr.  
Walther Scheid, Rassenunterschiede des Blutes; Bergson et Poincare, Le maté-  
rialisme actuel; H. H. Goddard, Heredity of Feeble-mindedness. Cluj



## Munca copiilor.

Societatea se revoltă de multeori contra angajării copiilor la  
muncă necorespunzătoare cu dezvoltarea lor fizică, deci dăunătoare,  
dar foarte rar sau de loc nu caută să cunoască împrejurările și  
motivele cari forțază copiii la o muncă, care nu este în raport  
cu gradul lor de dezvoltare fizică, și aproape niciodată nu caută  
să modifice condițiunile sociale sau de altă natură cari stau la  
baza acestei munci premature și necorespunzătoare.

Lipsa unei atitudini raționale și precise este explicabilă, dar  
nu scuzabilă, prin lipsa unei asistențe sociale rațional organizată.  
Asistența socială la noi, are la bază mila și compătimirea, lucrează  
mai mult paliativ decât etiologic, încurajează mai mult decât  
vindecă unele bolile sociale.

Asistența socială, privită mai mult din punct de vedere eco-  
nomic decât sentimental, insistând mai mult asupra rentabilității



decât asupra nobleței gestului de ajutorare, înlăturând cauzele boalei și nu tratând simptomele ei, de sigur ar fi și mai eficace și mai puțin umilitoare, ori uneori chiar incurajatoare.

Văzând un copil debil și palid, angajat la o muncă istovitoare, mulți dintre noi trecem cu indiferență pe lângă el, unii avem un sentiment de milă și îl „ajutăm” cu câțiva bani, spesăți aproape totdeauna în detrimentul lui, dar aproape nici odată nu ne punem întrebarea ce motive forțează acest copil să muncească în loc să frecventeze o școală sau să se joace și să se recreeze. Nu ne punem întrebarea ce să va alege din acest copil surmenat și ofilit așa de timpuriu, atunci când va fi adult, dacă va deveni un element productiv sau o sarcină pentru societate?

Vina de sigur nu e o vină individuală a noastră, ci este vina colectivă a societății, a statului, care oprește o exploatare prea brutală a solului și subsolului, dar nu oprește o exploatare și mai brutală a capitalului uman, risipește în mod inutil și chiar criminal bogățiile lui cele mai valoroase. ●

*Factorii* cari contribue la munca copiilor sunt multipli și interdependenți, variind după regiuni și mediu social. În unele locuri factorul determinant este ignoranța părinților, în altele mizeria economică, sau pofta de câștig mare a patronilor, munca copiilor totdeauna fiind slab remunerată, dar totdeauna contribue mai mulți factori, unul având rol dominant, sau acționând în mod uniform.

*Ignoranța părinților*, combinată de multe ori și cu pofta de câștig a lor, este unul dintre factorii cei mai importanți. Mulți părinți își consideră copiii ca un capital, pe cum și sunt, de pe urma cărora vor să culeagă dividende cât mai mari și cât mai curând, neștiind sau nepăsându-le dacă prin aceasta își distrug, își pierd capitalul însuși. Înainte de școlaritatea obligatorie, dar durere foarte de multe ori și acum, copiii erau considerați ca un avantaj economic, ca o muncă aproape gratuită, și se forțau la muncă din cea mai fragedă etate.

Școlaritatea obligatorie în parte a ușurat, în parte însă a agravat situația lor. Școala uneori îi sustrage dela munca fizică și îi supune unei munci intelectuale, dar de multe ori, ca de ex. la majoritatea țăranilor noștri, combină numai munca fizică și intelectuală, răpind tot timpul necesar pentru joc și recreație, dând contingentul mare de copii obosiți, surmenați, din școlile noastre primare și chiar și secundare. În multe locuri țăranul nostru vede un dușman în școală, fiindcă îi sustrage copilul dela munca agri-

colă ori casnică, ceea ce demonstrează și amendele multe și uneori adevăratele revolte contra acestor amende, cu cari sunt pedepsiți pentru netrimiteria copiilor la școală.

În mediu urban situația nu e cu mult mai bună, uneori chiar mai rea. Se agravează problema când pe lângă ignoranța părinților mai contribuie și numărul mare de copii, ca cel mai mare în etate să câștige cât mai de timpuriu. Sunt părinți pentru cari e o bucurie dacă copilului îi displace școala, cu atât mai curând îl poate angaja la muncă din care câștigă, în loc de școală, de unde nu vede nici un „câștig“.

Nu este mic numărul nici acelor părinți cari, deși capabili încă de muncă, pretind ca să fie susținuți de copiii lor minori, din motive de trândăvie, alcoolism ori alte vicii.

*Mizeria economică* e un alt factor important care forțează minorii la muncă prematură. Din studiile și anchetele ce s'au făcut reiese însă că, mizeria economică *nu e totdeauna* un factor real ci de multe ori servește numai ca motiv.

Anchetele făcute de Children's Bureau din Departamentul Industriei, în Boston, ne arată următoarele motive reale a muncii copiilor.

#### Cauzele muncii copiilor.

CAUZE	PROCENTE	
	1908	1920
Mizerie . . . . .	30·0	40·5
Mizeria invocată ca motiv fals . .	27·9	5·5
Fuga de școală . . . . .	26·6	24·2
Preferința copilului pentru muncă fizică	9·8	12·3
Alte cauze . . . . .	5·7	17·5

Tabela de mai sus ne arată pe deoparte că situația economică contribuie la munca copiilor în aproximativ 50% a cazurilor, pe de altă parte că, după războiu, chiar și în America, unde condițiunile economice sunt incomparabil mai bune ca în Europa, situația s'a agravat.

Situația economică în acest caz este și cauză și efect. Situația economică are o influență atât de insinuantă, e în atât de strânsă legătură cu celelalte cauze a muncii copiilor încât este imposibil de a fixa limitele influenței ei. Mizeria este numai un segment din un cerc vicios. Mizeria forțează copilul la muncă prea de timpuriu, munca debilitază fizicul și lipsește copilul de instrucția școlară ori profesională, din care fapt rezultă un câștig redus, pe când va fi adult și cu familie, ceea ce duce la mizerie. Pe de altă parte munca copiilor face concurență adulților, mai cu seamă în industrii, ei fiind totdeauna cu mult mai slab salariați, ceea ce iară duce la câștiguri reduse și indirect la mizerie.

*Atitudinea copilului* încă este un factor important. Ea rezultă din 2 împrejurări: oroarea și fuga de școală și dragul de muncă. Sunt copii cari nu se împacă de loc cu școala, fac tot posibilul să scape de ea.

Părăsind școala fac tot posibilul să devie independenți, să-și câștige existența, să scape de sub controlul sau de observațiile și dojenile părinților. La alți copii se observă o adevărată dragoste față de munca fizică, au un dezvoltat spirit de independență și vor să-și demonstreze cât mai de timpuriu capacitatea de muncă și de câștig. Câștigând bani își pot satisface unele plăceri sau vicii. Dacă acest factor se combină cu ceilalți doi înainte discutați sau și numai cu unul dintre ei: ignoranța sau indolența părinților și mizeria economică, copiii fac pasul fără ca să-și dea seamă ce mult îi va costa ulterior.

Din ancheta făcută de Children's Bureau din Statele Unite Americane, reiese că, din 612 copii 40% au părăsit școala și au intrat în diferite industrii din inițiativă proprie, mulți chiar contra voinței părinților. Gravitatea problemei ne indică totodată și soluția: reformarea sistemului de educație, modificarea mentalității copiilor și părinților.

*Patronii* încă poartă o mare parte a responsabilității pentru munca copiilor. În unele industrii, în urma perfecționării metodelor de fabricație și a mașinelor, nu se cere muncă fizică grea ci una mai ușoară, care o pot presta și copiii. Munca copiilor este foarte slab plătită, patronii își asigură un câștig mai mare. Dacă se oferă suficiente brațe de copii, prin concurență se poate reduce plata adulților, care la rândul ei mai mărește câștigul patronilor. Statul este însă dator să reglementeze munca copiilor cel puțin în industrii, să fixeze limita de vârstă, feliul și orele de muncă la cari pot fi angajați și ei.

*Societatea, prin indiferența ei, încă e responsabilă pentru munca copiilor. Culpabilitatea publicului se manifestează sub diferite forme: patronizează munca copiilor prin faptul că favorizează articolele făcute sau vândute de ei, de sigur dintr'un sentiment de milă rău aplicat, crezând că fiecare dintre ei își suportă câte o mamă văduvă, cum fac copiii să se acrediteze; cumpără articole fabricate în industrii cari lucrează cu copii, ele fiind mai effine; în cea mai mare parte însă prin ignoranță și indiferență.*

Care dintre acești factori mai înainte discutați joacă un rol mai important este greu de stabilit, fiindcă importanța lor variază din caz în caz.

Aproape în toate cazurile însă găsim 2 factori: mizeria și ignoranța.

Ceeace privește numărul copiilor angajați la muncă și felul muncii la care s'au angajat, variază dela țară la țară și în interiorul unei țări, după situația economică, culturală etc. a populației.

O astfel de statistică lipsește în România, cu toate că ar fi extrem de importantă și instructivă.

Tabela de mai jos ne arată felul ocupațiunilor și numărul copiilor angajați la muncă în Statele Unite Americane.

OCUPAȚIUNI	Copii de 10—15 ani			
	1920		1910	
	Număr abs	%	Număr abs.	%
Agricultură . . . . .	647.309	61.0	1,432.428	72.0
Mine . . . . .	7.191	0.7	18.090	0.9
Manufactură . . . . .	185.337	17.5	260.932	13.1
Transporturi . . . . .	18.912	1.8	20.800	1.0
Comerț . . . . .	63.368	6.0	70.700	3.6
Serviciu public . . . . .	1.150	0.1	537	0.0
Serviciu profesional . . . . .	3.465	0.3	3 566	0.2
Servitori . . . . .	54.006	5.1	112.171	5.6
Serviciu de birou . . . . .	80.140	7.6	71.001	3.6
<b>T O T A L . . . . .</b>	<b>1,060.858</b>	<b>100.0</b>	<b>1,990.225</b>	<b>100.0</b>

Să nu ne facem iluzii că, la noi situația ar fi mai bună. Industriile americane oferă o mai mare protecție copilului muncitor ca și micii meseriași dela noi. Acolo se lucrează în condițiuni cel puțin tolerabile, un număr limitat de ore, aci se lucrează în condițiuni cu mult mai precare, e suficient ca să înțrăm în câteva ateliere ca să ne convingem, în cele mai multe locuri se lucrează de dimineața până seara târziu.

Tabela de mai sus ne arată în intervalul 1910—1920 o scădere de aproape 50% în numărul copiilor angajați la muncă, scădere datorită în parte aplicării stricte a legii care reglementează munca copiilor, în parte propagandei intensive ce s'a făcut pe această chestie. Problema s'a studiat din toate punctele de vedere foarte amănunțit. S'au scris zeci de volume tratând cauzele, efectele muncii copiilor, s'au legiferat, s'a distribuit sute de mii de broșuri arătând dezastrul economic și național ce rezultă din munca copiilor.

Ceeace privește *etatea* la care copiii întra la muncă, variază tot așa de mult ca și numărul și felul ocupațiunei lor. În agricultură și serviciul domestic sunt angajați uneori foarte de timpuriu. Școlaritatea obligatorie și legea care reglementează munca copiilor este frecvent eludată și călcată, ceeace ne arată și faptul că numărul analfabeților este mai mare între copiii angajați la muncă ca între cei neangajați, cari evident frecventează școala. Majoritatea primește totuși oarecare educație, frecventând școala 2—3 ani, ca chiar în momentul când ar putea profita mai mult din școală să o părăsească.

*Câștigul copiilor* muncitori rar este suficient pentru existență. Munca copiilor și a femeilor este totdeauna slab plătită. Farnecul banului e atât de mare la acești nenorociți de copii, încât îndură orice, numai ca la finea zilei ori săptămânei să se poată lăuda cu câștigul lui, să-și poată satisface unele plăceri ori vicii.

*Efectele muncii copiilor* sunt incalculabile. Deși primele reglementări au luat naștere din motive sentimentale, romanele lui Dickens și Shaftesbury au adus servicii reale copiilor muncitori, efectele nu sunt numai de natură medicală și morală, ci și economică. Pierderile rezultate din munca copiilor nu au fost totdeauna înțelese și nu sunt pretutindeni nici azi. Oameni de stat ca de ex. Hamilton în Anglia, au susținut necesitatea muncii minorilor, pe motivul că prin aceasta și ei contribue la ridicarea boșăției țării. Greșala lui Hamilton rezidă în faptul că el a con-

siderat ca bogăție a țării numai capitalul material și nu și cel uman.

*Efectele economice* a muncii copiilor rezidă în primul rând în scurtarea perioadei de capacitate de muncă a adulților în urma debilitării fizice datorită muncii premature.

Munca prematură rezultă în fizic inferior, fizicul inferior în câștig redus la adult, ceea ce rezultă în mizerie. Morbiditatea și mortalitatea copiilor muncitori e mai mare ca a copiilor în general, deci cauzează o depreciere și o pierdere a capitalului uman. Accidentele sunt mai frecvente la copii ca la adulți, ei sunt incapabili de a-și concentra toată atenția la munca ce au de executat. Statisticile americane ne arată, o frecvență a accidentelor cu 50%—150% mai mare, ca între adulți.

Angajarea prea de timpuriu la muncă a copiilor rezultă cum am arătat mai înainte și într'o instrucție școlară și educație profesională incompletă, ceea ce scade eficiența și productivitatea lor ca adulți, ceea ce e o pierdere economică. Contingentul mare de muncitori necalificați îl dau copiii angajați prea de timpuriu la muncă, ei dau numărul cel mai mare a muncitorimei flotante.

Concurența ce o fac copiii muncitori adulților încă constituie o problemă serioasă. Cu toate că de multe ori nu e nici o diferență în calitatea muncii, ei sunt incomparabil mai slab plătiți ca adulții, patronii în vederea unui câștig mai mare îi angajează bucurous, și astfel ridică numărul șomerilor adulți, și contribuie la mărirea mizeriei.

*Efectele sociale* a muncii copiilor rezultă în faptul că din aceste elemente se recrutează cei mai mulți analfabeți, cei mai mulți neisprăviți și pururea revoltați contra structurii sociale care ia adus pe ei în situația inferioară în care se află.

*Efectele morale* constituie o altă problemă serioasă. Tentațiunile la cari sunt expuși copiii muncitori sunt cu mult mai numeroase și mai serioase ca și la cari sunt expuși elevii de școală. Acești copii de multe ori degenerază în cartofori criminali, hoți, vagabonzi și cerșetori, din acestea se recrutează cele mai multe prostituate clandestine și casernate. Datele adunate de Children's Bureau ne arată că numărul copiilor delicvenți este mai mare între copiii muncitori ca între cei nemuncitori.

ORAȘE	% băeților delicvenți		% fetelor delicvente	
	muncitori	nemuncitori	muncitori	nemuncitori
Indianopolis .	6·67	3·15	1·41	0·31
Baltimore . .	2·87	0·66	0·51	0·02
Boston . . .	15·71	1·46	1·36	0·08
Newark . . .	3·74	0·89	0·28	0·04
Philadelphia .	1·66	0·55	0·34	0·04
Pittsburg . .	6·56	1·54	2·47	0·14

Procentul copiilor delicvenți după ocupațiunile la cari sunt angajați se vede din tabloul de mai jos :

OCUPAȚIUNEA	% din totalul copiilor delicvenți muncitori	OCUPAȚIUNEA	% din totalul fetelor delicvente muncitoare
Vândători de ziare	21·83	Servitoare	53·95
Comisionari . .	17·80	Diferite industrii	12·36
Ajutori de birjari și șoferi	7·30	Fete de prăvălie	5·44
Băeți de prăvălie	4·23	Ucenice de croitorie	4·95
Mesageri	2·59	Fete de cofetărie	4·45
Lustruitori de ghete	1·77	Spălătorese	1·98
Alte ocupațiuni	44·48	Alte ocupațiuni	6·87

Ar fi o greșală să atribuim toate cazurile de delict. copiilor unei ocupațiuni oarecare, la care copilul este angajat. Delicvența își are și cauzele externe, dar și le are și cele interne. Ca factor provocator însă incontestabil că ocupațiunea, sau mai bine zis lipsa de supraveghere și control, contactul cu persoane adulte, banii câștigați și independența ce rezultă din ocupațiune, joacă un rol important în delicvența minorilor.

Obiecțiunea principală contra muncii copiilor o formează

însă *efectele sale asupra fizicului copiilor*. Copilul angajat prea de timpuriu la muncă necorespunzătoare cu dezvoltarea lui fizică, nu are posibilitatea unei dezvoltări normale, mulți dintre ei ca adulți vor fi debili, bolnavi sau chiar infirmi, fiind o sarcină pentru societate. Trebuie să luăm în considerare că odată cu munca copilul mai este expus și la alte neajunsuri, de aceeași natură ca și cari l'au forțat pe el la muncă, alimentație insuficientă, locuință insalubră, diferite boli câștigate în urma viciilor la cari s'au dat cu banii câștigați. Vigoarea fizică ce rămâne nealterată și neconsumată de munca și condițiunile muncii, se va distruge prin factorii accesorii muncii copiilor.

Problema muncii copiilor este destul de importantă ca forurile competente să se sesizeze de ea, să o studieze și să o reglementeze.

Reglementarea să nu rămână literă moartă ci să se aplice. Ea să nu fie de natură negativă, ci practică și constructivă.

M. Zolog.

---

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## **Importanța creerei Institutelor pentru alcoolici.**

Cu toate măsurile de propagandă antialcoolică ale diferitelor ligi și asociațiuni; cu toate legile impuse de stat, pentru o cât mai redusă răspândire a alcoolului; totuși în țara noastră alcoolismul continuă, să degradeze multe ființe omenești. Zilnic ne putem convinge de intinsele sale ravagi în societatea noastră (dovadă numeroasele drame și tragedii anunțate de cotidiene și în care eroii au fost niște alcoolici sau trecuți în stare de ebritate), precum și de gradul în care populează spitalele noastre, în special cele de boli mintale și nervoase. Proba ne-o indică statisticile acestor spitale.

Proverbul vechiu: „Qui a bu, boira“ se aplică și astăzi, iar acest proveb ne face atenți asupra numeroșilor și diverșilor factori, cari contribue ca alcoolismul să fie încă în floare.

Înainte deci, de a perturba viața noastră economică prin luarea de măsuri radicale, înainte de a ajunge la proscierea alcoolului (așa precum s-a făcut în Statele Unite), ar fi bine să se studieze mai temeinic natura produselor absorbite, diluțiunea lor mai mare sau mai mică, timpul de consumație din zi sau din



noapte etc.; iar în cât privește individul băutor, starea sa de hereditate, geniul de viață cu obișnuințele și distracțiile sale, fragilitatea sistemului neuro-psihic, mediul social încunjurător etc. S'ar putea prin astfel de studii și anchete găsi suplینiri și soluțiuni satisfăcătoare, care să îndrepte mai ușor individul, îndepărându-l cu totul de la mijloacele clandestine și oneroase, pe care le poate întrebuința pentru procurarea alcoolului.

Fără prejudecăți asupra gradului de responsabilitate al alcoolicilor trebuie totuși să recunoaștem, că societatea este datoare, să se apere contra lor, într'un mod cât mai omenesc, mai logic și mai eficace.

Prin diferență de progresele obținute în ocrotirea socială din alte țări, la noi nu se intervine pentru izolarea și îngrijirea alcoolicilor; de cât numai în cazuri de intoxicațiuni profunde cu tulburări fizice și psihice prea evidente și cu reacțiuni delicvente. Alcoolicii cu alte stări rămân liberi în societate și nu au nici o obligațiune de îngrijire sau de tratament.

Ori, este cunoscut faptul, că în afară de tulburările nervoase (stări nevritice și polinevritice), există o întreagă gamă de tulburări psihice cauzate prin impregnațiunea organismului cu alcool. Aceste tulburări pot provoca perturbațiuni atât în viața individuală cât și în cea familiară sau socială.

Cea mai benignă din aceste tulburări, este beția, care aduce pe tot timpul cât durează perderea autocontrolului, jocul automatismului, precum și evidențierea diferitelor tare hereditare morale și tendințe inferioare: (gelozie, brutalitate, lubricitate, etc.).

Beția simplă, însă nu este propriu zis. alcoolismul. Repeșirea ei deasă poate aduce însă starea alcoolică, care începe odată cu accidentele acute, adică cu: confuzia mintală onirică, halucinațiunile terifiante, iluziunile, interpretațiunile false, agresiunile desordonante etc.

Intr'un grad mai înalt, apar la alcoolic, delirurile cu tendințe de sistematizare și care'l pot aduce în situația de a comite pe lângă scandaluri și crime.

De la forma acută se poate ajunge la cea cronică, în care fondul mintal al individului, se arată mai profund atins, în această stare sentimentele etice, altruiste, familiare, etc., dispar judecata este falsă sau puerilă, humoarea mobilă, iritațiunea mare, iar activi atea foarte redusă. Cu pași mai mult sau mai puțin repezi, alcoolicul cronic merge astfel spre starea de demență.

Dacă abstenența, tratamentul și educația respective, pot in-

fluenta în bine stările acute și subacute ale alcoolicii, ele se arată puțin eficace în cele cronice și fără nici un rezultat la demenți.

În spitalele de boli mintale din țara noastră nu se internează precum am arătat mai sus, de cât numai indivizi alcoolici cu tulburări psihice vădite, fie în perioadele acute ca escitațiuni, când pot comite delictе sau crime, fie în stările de demență înaintată când constituie adevărate sarcini pentru familie sau societate.

Imediat după trecerea crizei acute, individul internat devenind lucid, cere cu insistență liberarea sa, și aceasta înainte de a da dovada complectei sale vindicări.

De altfel legea actuală a regimului alienaților le vine în ajutor.

Toți medicii psihiatrii din spitale, cunosc insistențele ce se pun pentru eliberarea atât din partea alcoolicilor cât și a familiilor lor, promisiunile nesfârșite ale alcoolicilor că nu vor mai reîncepe băutura, precum și numărul mare al acelor, ce nu respectă aceste promisiuni.

Incontestabil, că condițiile de traiu din spitalele de boli mintale, (supraincărcate cu bolnavi), amestecul și conviețuirea alcoolicilor convalescenți cu diverșii alienați, dificultățile de îngrijire și educație, forțează deseori pe medici, să accepte eșirea timpurie a acestor alcoolici.

Este drept însă, că la alcoolicul eșit în aceste condițiuni, pasiunea reînvie ușor și odată cu începerea reîntoxicării alcoolice, încep și reprezentațiunile triste care-l conduc din nou la spital.

Se impune deci, atât pentru alcoolicul acut sau cronic cât și pentru cel convalescent, o instalare în condițiuni deosebite de îngrijire și tratament, care să-i asigure vindecarea, făcând-o cât mai durabilă.

În America, Anglia, Elveția, etc, există azile speciale pentru alcoolici.

În Washingtonian Home din Boston, în Walmet Lodge Hospital, din Hartford ca și în azilul cantonului de Saut Gall, se găsesc sute de alcoolici cari sunt supraveghiați și îngrijiți până la vindecarea lor complectă.

Noul proiect de lege al ocrotirei și îngrijirei alienaților și anormalilor mintali, întocmit de actualul *secretar general al Ministerului Sănătății publice Profesor Dr. I. Moldovan*, prevede la articolul 2 crearea de institute cu scopul: „*de a preveni sau a cura pacienți cu tulburări psihice*“.

Cum intenția legiuitorului cred că este, ca prin acest articol

să se permită pe lângă crearea institutelor speciale de epileptici, idioți, arierați, etc., și înființarea acelor pentru alcoolici, cred că pot evidenția și mai bine importanța și necesitatea organizării lor (cel puțin în regiunile noastre industriale) rezumând principiile legii în care este condus Azilul de alcoolici din St. Gall (Elveția).

Legea fixează, durata internării bolnavului alcoolic în acest azil, de la 9 până la 19 luni, cu facultatea de prelungire în caz de recidivă.

Internarea se face pe baza cererii proprii sau a unei decizii date de consiliul municipal al comunei în care residă alcoolicul. Aceste hotărâri se iau, fie din inițiativă proprie, fie prin provocarea rudelor, sau aparținătorii alcooliciiilor.

La internarea în azil se mai cere un certificat medical prin care să se arate că individul are „*psiunea băuturii*” și deci nevoia de a fi izolat și tratat.

Pentru o ocrotire și mai bună a alcoolicului, deciziunea consiliului municipal este comunicată celui interesat, și supusă ratificării consiliului superior administrativ.

Cheltuielile îngrijirii din Azil, privesc pe cel interesat sau familia sa. În caz de dovedită sărăcie, aceste cheltuieli sunt susținute de casa de ajutor a săracilor sau de către stat. Acesta din urmă intervine (în mod excepțional) și pentru ajutorarea familiei internatului, în caz când aceasta este pusă, în imposibilitate de a-și câștiga existența.

Când vindecarea nu se obține în termenul prevăzut mai sus, Directorul Azilului poate cere prelungirea șederei alcoolicului, printr'un raport adresat administrației care a dispus internarea lui.

De altfel pe timpul internării alcoolicului, i se poate numi interimar și un tutore.

Atât în Azilul din St. Gall cât și în cel din Ellikon (în care se primesc și băutori de alcool fără tulburări psihice) pensionarii sunt obligați a se supune regulamentului intern în cât privește viața din azil, respectând în toate, dispozițiunile care privesc ordinea interioară. Acești pensionari sunt obligați apoi a munci opt ore pe zi. Produsul muncii aparține azilului.

Se interzice fumatul, atât în camerele de culcare cât și în interiorul atelierelor de lucru. Prin această măsură se reduce încă, intoxicația organismului prin tabac.

Întru cât resursele bugetare nu admite pentru prezent la noi, crearea unor institute ca cele menționate mai sus, ar trebui

totuși, să se amenajeze în spitalele existente, secții speciale pentru alcoolici.

În aceste secții ar putea fi îngrijiți un timp dat, diferiți accidentați etilici. La eșirea din secție li s-ar putea impune o muncă mai intensă, cu obligația ca produsul muncii să fie acordat în cea mai mare parte familiei.

În caz de recidivă, drepturile alcooliciului urmează să fie reduse din ce în ce mai mult, iar după 4—5 internări, se poate permanentiza menținerea sa în secție sau spital, punându-se sub curatelă.

În aceste secții ca și în instituțiile pentru îngrijirea alcooliciilor, medicii vor avea timpul să se ocupe numai de educația lor, întrebându-le toate mijloacele fizioterapeutice și psihoterapeutice prin care să le poată întări voința, mări forța de abținere și crea noi obișnuințe sau noi surse de energie la muncă.

Trebuie să se știe de toți că alcoolicul este un toxicoman adică un bolnav care se intoxică cu o substanță ce atacă de preferință sistemul nervos și că el a obținut sau obține încă o plăcere prin ingerarea lui.

Se va căuta, deci prin derivarea acestei plăceri, să se lucreze cât mai mult pentru vindecarea lui. Analiza amănunțită a stărei afective a alcooliciului va permite găsirea mijloacelor pentru rezolvarea conflictelor interne, și pentru orientarea tendințelor nesatisfăcute, către scopuri sau idealuri nevătămate ca : artă, literatură, religie, simpatie conjugală, etc.

Nu trebuie să uităm un singur moment, că tendințele sau înclinațiunile naturale sunt cele mai bune aliate ale toxicului și că de la primul moment, ele devin cele mai devotate complice. De acest fapt trebuie să ținem socoteală, când este vorba a lua măsuri de apărare sau vindecare individuală și socială. Ori care ar fi agenții morbizi externi, trebuie să ne ferim a considera individul alcoolic numai ca un reactiv inert. El are totdeauna forța sa intrinsecă, iar afinițiile sale obiective, perturbațiunile sale sunt totdeauna bipolare.

Din cele sus expuse se poate vedea, că numai cu ajutorul real al interesatului se poate obține obișnuința organismului, față de suprimarea toxicului (considerat ca ceva indispensabil echilibrului acestui organism). Pentru a se ajunge însă la acest rezultat, trebuie pe de o parte ca alcoolicii, să se bucure de un trai convenabil stărilor lor, iar acei ce sunt obligați să se ocupe de ei, să fie cu adevărat puși în situația să-și aplice cu-

noștințele obținute prin studii și observații, achitându-se cel mai complex și spre mulțumirea tuturor de toate atribuțiile ce le revin prin situația obținută după lungul și obositorul învățământ medical și cel de specialitate.

Dr. G. Preda, medic psihiatru Sibiu.

## Școala în aer liber în serviciul luptei anti-tuberculoase.

Prin influința profundă și durabilă pe care școala o exercită asupra tineretului, ea ar avea în cea mai largă măsură posibilitatea să întreprindă o eficace propagandă în favoarea sănătății publice și să introducă în obiceiurile copiilor practica măsurilor igienei elementare.

De această latură a menirii sale școala delă noi nu numai că nu se preocupă însă în măsura în care ar fi de dorit s'o faca, dar de multe ori ajunge ea însași într'un flagrant conflict cu regulile sănătății. Majoritatea localurilor noastre școlare sunt necorespunzătoare din acest punct de vedere și internatele suprapopulate, lipsite de confort și instalațiunile igienice constitue de cele mai multe ori adevărate pepiniere pentru diferitele boli contagioase îndeosebi pentru tuberculoză.

Statisticii întocmite în această privință cu ajutorul unor anchete întreprinse în școli ne-au procurat date cât se poate de descurajante. Și totuși școala ar putea deveni și la noi, așa cum a devenit în străinătate, unul dintre principalele mijloace de luptă împotriva tuberculozei, dacă cercurile ei conducătoare ar putea fi câștigate pentru această acțiune. Pentru a le putea câștiga ele vor trebui, însă în prealabil convinse despre însemnătatea ei.

Vom încerca deci să lămurim pe scurt în ce mod poate contribui școala la lupta anti-tuberculoasă.

Nu ne va fi cu putință însă să tratăm aici toate laturile acestei complexe probleme, ne vom ocupa numai de una dintre metodele ce-i stau în acest scop la dispoziție, cunoscute sub numele de **școală în aer liber**.

După cum îi-o indică denumirea, școala în aer liber este o instituție pedagogică în care învățământul (de obicei este vorba de cel primar) se dă, nu în clase închise, ci în liber. Acest regim de aerăție permanentă combinată cu o alimentație rațională și cu exerciții fizice corespunzător dozate constitue pentru copiii debili și predispuși la tuberculoză a orășenilor o adevărată binefacere, căci pe lângă cultivarea calităților lor intelectuale le asigură o bună dezvoltare a fizicului subrezit prin viața

nesănătoscă ce sunt siliți s'o ducă alături de părinții lor în locuințe mizereabile și murdare, insuficient nutriți și prost îngrijiți.

Precursorul ideii acestei categorii de instituțiuni pare a fi germanul Baginski care în 1881 cerea orașului Berlin să creieze o școală în aer liber. Cererea lui nu fu ascultată și abia zece ani mai târziu au fost realizate de către institutorul francez Lemonier cele dintâi încercări practice de învățământ în aer, acest dascăl, cerând să i-se admită a-și face lecțiunile în plin aer ori de câte ori timpul va fi favorabil. La 1902 doctorul Becher deschise în apropierea Berlinului un stabiliment pentru copii convalescenți în care aceștia aveau și posibilitatea să-și continue studiile.

În 1904 doctorul Benedix fondează lângă Charlottenburg cea dintâi școală în pădure (Waldschule) și acest exemplu este imitat în anii următori de numeroase orașe germane.

În 1906 profesorul Grancher care imaginase deja un sistem de protecțiune a copiilor împotriva contagiumii tuberculoase prin așa numitul „plasament familial“ alarmat de numărul mare al elevilor contaminați și purtători de tuberculoze latente (15% din totalitatea copiilor de școală după statistica acestui autor) reclamă pentru ei creiarea de școli în aer liber și stabilește faimoasa formulă după care acestea se vor conduce oferind copiilor: dublă rație de aer, dublă rație alimentată și o jumătate de rație de muncă școlară.

Orașul Lyon creiază cel dintâi în Franța din inițiativa primarului său Edouard Herriot, prima școală internat de acest gen la Vernay.

Dela această dată numărul școlilor în aer liber se sporește rapid în toate țările, ideea câștigându-și din ce în ce mai mulți adherenți. În Statele-Unite numărul lor trece de 700 în câțiva ani, în Franța și Germania funcționează mai multe zeci de astfel de școli, deasemenea în toate celelalte țări civilizate. La noi încă nu există nici una.

La început modul cum aceste școli erau organizate și amenajate, programul după care se conduceau cât și principiile după cari se făcea recrutarea copiilor ce urmau să fie admiși în ele, erau foarte variate. Cu timpul ele au putut fi însă tot mai riguros precizate și au permis colțarea mai multor tipuri concrete de școli în aer liber. Astăzi distingem următoarele varietăți:

a) **clasa aerată**, cea mai simplă formă de învățământ ce se nizește să asigure copiilor în același timp un regim de aer-rație continuă. Poate fi realizată în or ce școală, orientată spre sud ținându-se simplaminte ferestrele clasei larg deschise tot timpul cât copii ascultă cursurile.

b) **Școlile în aer liber** propriu zise, pot fi împărțite în două grupuri: **externate și internate** în plin aer.

Ambele categorii pot funcționa în permanentă s'au temporar numai în sezonul de vară. (Mai—Septembrie).

c) **Preventorul-școală**, instituție care face parte din armamentul antituberculos propriu zis și este menită să găzduiască

pentru lungă vreme copiii părinților tuberculoși purtători ei înșiși de leziuni tuberculoase latente și necontagioase.

O varietate originală a acestui din urmă este „școala mobilă” realizată de Rollier la Cergnat lângă Leysin în care copii purtându-și fiecare pupitrul pliant și uteniele școlare fac zilnic câte o mică excursie sub conducerea institutorului și își fac lecțiile în plin câmp, la marginea unei păduri, pe malul unui pârâu, etc. meru în soare și aer. În timp de ploaie clasa se refugiază într'un pavilion acoperit dar deschis de toate părțile.

Amenajamentul tehnic al școlilor în aer liber este relativ simplu și ușor de realizat.

Pentru a improviza o clasă aerată se va proceda în modul următor :

Se va alege o sală orientată spre sud, destul de mare pentru ca iarna băncile să poată fi îndeajuns de distanțate dela ferestrii. Clasa trebuie să fie provăzută cu un bun sistem de încălzire care să nu permită o coborîre a temperaturii sub 10° și este preferabil să aibă ferestrele astfel construite ca să poată fi deschisă independent jumătatea lor superioară.

De altcun după o perioadă de antrenament treptat ele vor putea fi ținute larg deschise în permanentă în orice anotimp, iarna copii fiind protejați în contra frigului în afară de încălzire și printr'o îmbrăcăminte mai groasă.

Deodată cu aerul pătrunde în clasă și soarele, când lumina lui va fi prea vie ochii copiilor vor fi protejați printr'un carton în zilele prea călduroase ei vor putea purta pe cap o ușoară caschetă albă.

În afară de aer și soare copiilor din casa aerată li-se asigură o perfectă curățenie a corpului. În fiecare zi la sosirea lor în școală copiii își spală mâinile, fața și dinții, își perie bănelenele și numai după aceste preparative intră în clasă. De trei ori la săptămână copiii fac băi dușuri, instalate împreună cu lavabourile într'o cameră învecinată clasei aerate.

Aceste instalații pot fi improvizate cu mijloace simple chiar și acolo unde nu există conductă de apă. În aceste practici de curățenie copii sunt instruiți și supravegheați fie de către personalul școlar, fie de infirmiere vizitatoare (surori de ocrotire) al căror concurs poate fi obținut în acest scop.

Prin acest procedeu copiilor li-se face o educație igienică perfectă.

Clasa aerată poate fi combinată și cu semi-pensiune oferindu-li-se copiilor masa dela 12 ore și 2 gustări, una la 10 și alta la 4. În acest caz hrana lor este pregătită tot în școală într'o bucătărie improvizată și este constituită din alimente sănătoase în cantitate suficientă, ținându-se seamă să nu se depășească limitele alimentației naționale și să se facă o supra-alimentație forțată tot atât de primejdioasă cași carenta alimentară.

Din acest punct de vedere formula lui Grancher amintită mai sus necesită un corectiv și hrana copiilor va fi adaptată cerințelor individuale. Prin cele 3 mese ce li-se oferă se va putea completa în mod util regimul alimentar sărac și de multe ori nepotrivit pe care îl au copii familiilor de muncitori și țărani săraci.

Munca școlară în clasa aerată va fi redusă la maximum 4 ore la zi, restul timpului va fi utilizat pentru exerciții fizice făcute după un program bine determinat, pentru jocuri și pentru repaos. Exercițiile, și jocurile de după masă se vor face, ori de câte ori timpul o va permite, în plin aer în curtea sau grădina școlii.

Copii admiși în clasa aerată vor fi recrutați în baza unui minuțios examen medical dintre toți elevii școlii. Nu vor fi admiși sub nici un motiv bolnavi contagioși, în schimb vor fi preferați debilii, anemicii, cei cu tuberculoze latente inactive.

Rezultatele cari au fost obținute în toate părțile cu ajutorul clasei aerate asupra sănătății copiilor au fost frapante. Toți au câștigat în greutate, amplificându-și în același timp circumferența toracică și vigoarea fizică. Elevii supuși acestui regim devin mai rezistenți față de răceli și boli în perioade de toamnă și primăvară când absențele de boală sunt frecvente în școli, clasa aerată are întotdeauna efectivul la complect. Dar sănătatea fizică ireproșabilă a acestor copii are o repercusiune din cele mai fericite asupra dezvoltării lor intelectuale, o adevărată transformare sufletească se constată deodată cu cea fizică și din elevii slabi sau mediocri ce erau înainte, din cauza stării lor de oboseală și mizerie, acești copii devin cei dintâi în școală.

Repet că aceste admirabile rezultate pot fi obținute fără instalațiuni speciale și costisitoare adaptând pur și simplu acestui scop mijloace existente aproape în or ce școală, condiția esențială a reușitei acestei salutare opere rezidă în priceperea dascălilor, în bunăvoința și dragostea pe care aceștia o au pentru elevii lor.

Și mai minunate sunt roadele pe cari le dau școlile în aer liber propriu zise.

Ele fiind situate în afară de oraș în plin câmp sau în margini de pădure oferă copiilor condițiuni igienice mult superioare clasei aerate. Copii ce le frecventează au la îndemână aerul pur, soare din abundență și terenuri întinse de joc și exerciții.

În școlile externe copii vin dimineața utilizând în acest scop un tramvai sau un autobuz, i-și depun hainele într'un vestiar, îmbracă un costum potrivit cu sezonul, care le lasă gâtul brațele și picioarele libere (în unele școli copii poartă numai sandale, pantalon scurt și o caschetă de pânză) își fac tealeta corporală și apoi încep lecția care are loc în plin aer. Masa dela 12 și 2 gustări li-se servesc la școală. În afară de lecții restul zilei este destinat, educației fizice repaosului și muncii manuale de regulă grădinăritului.

Seara copii se reintorc în familiile lor.



Instalația tehnică a unei asemenea școli este cât se poate de sumară și puțin costisitoare. Principalul este terenul care trebuie să fie bine ales, expus soarelui dar în același timp având și arbori umbroși. El mai trebuie să fie accesibil din oraș și să aibă apă la îndemână.

Pentru refugiu în caz de ploaie și reflector servește un pavilion simplu în lemn (în multe părți se utilizează barăci demontabile) larg deschis în spre sud.

Într-o anipă a lui se amenajează bucătăria, vestiarul, lavabourile, dușurile, o cameră pentru un supraveghietor și celelalte dependințe.

În loc de bănci se utilizează pupitre pliante transportabile.

Internatele în plin aer mai ales cele cu regim permanent (tipul preferit actualmente) posed o instalație mai completă. Ele au dormitoare pentru elevi și personal, încălzire și luminat, spălătorie și toate celelalte dependințe, inclusiv locuințe pentru instructori. Ele mai posedă un mic stadion pentru exerciții fizice, o piscină pentru băi în liber și natural o instalație de băi dușuri cu apă caldută.

Funcționând tot anul ele asigură copiilor internați în ele condițiuni optime de trai și în același timp de învățământ, căci sistemul educativ ce se practică în ele și în detaliile căruia nu pot intra aici din lipsă de spațiu, are la bază educația intuitivă, căutând să desvolte capacitatea de observație a copiilor. Viața în liber oferă din abundență prilej de observație și toată lumea știe că este mult mai ușor să fixezi atențiunea unui copil și să-i trezești interesul punându-l în contact direct cu realitatea decât făcându-i lecțiuni pur teoretice despre noțiuni abstracte.

Pe câtă vreme în școlile în aer liber descrise până acum conducerea o are institutorul, specializat în materie și secundat de un medic igienist, în **școala preventor** această sarcină îi revine mai degrabă medicului specializat în pedagogie și secundat de institutor. În aceste preventorii copii infectați cu tuberculoză dar necontagioși sunt supuși înainte de toate unui regim igienic și numai în rândul al doilea și în limita posibilității individuale a fiecăruia, instrucției școlare.

Instalația acestor școli preventorii este aproape identică cu cea a școlilor internate în aer liber.

Admiterea copiilor în școlile în aer liber se face în baza indicației stabilite de medicii școlari. Durata petrecerii copiilor în aceste școli este variabilă și în stabilirea ei medicul și institutorul se vor conduce după rezultatele obținute, după starea sanitară și socială a copilului.

Admiterea în școlile preventorii se face de către dispensarele antituberculoase și medicul dispensarului decide și în privința duratei internării.

În ce privește partea financiară a problemei, costul instalării și întreținerii acestei categorii de școli există statistici întinse și calcule precise cari arată că ele sunt mult mai puțin costisitoare decât școlile și internatele obicnuite.

Având în vedere rentabilitatea lor, cât și imensele servicii pe cari le aduc sănătății unei națiuni nu este de mirat că tendința generalizării lor devine din ce în ce mai exprimată. În America nu se mai construiesc astăzi decât aproape exclusiv numai școli primare în aer liber tip internat sau externat.

Este o regretabilă greșală că în țara noastră în această perioadă de intense construcții școlare nu s'a ținut seamă de experiența streinătății și de această nouă îndrumare a învățământului care evoluiază dinspre o instrucție pur intelectuală înspre o educație completă care se desvolte în același timp trupul, sufletul și mintea copiilor și să crească pe seama Patriei cotățeni, sănătoși, cinștiți și instruiți.

L. Daniello.

---

## Rolul locuinței în dezvoltarea tuberculozei.

Păreră că tuberculoza ar fi o boală datorită locuinței, e cât se poate de vulgarizată. Ori cât adevăr ar cuprinde această părere, în accepțiunea ei laică ea e mai mult o prejudecată. În articolul, de față, vom încerca să o fixăm în cadrele ei reale. Locuinței singure, nu i-se poate atribui rolul covârșitor în dezvoltarea și propagarea tuberculozei; ea depinde de colaborarea a trei factori: omul bolnav, bacilul tuberculos și în al treilea rând, locuința. Acest din urmă factor, nu ar avea nici un rol, dacă primii doi nu ar exista.

Codifițiunile neprielnice ale locuinței, nu pot avea o dispozițiune specială pentru bacili tuberculoși, întâlniți fie în interiorul fie în afară domiciliului.

Vom trece în revistă unii dintre factorii nocivi, inerenti locuințelor neprielnice. Unul dintre cei mai frecvenți e *umiditatea*. După o statistică a lui *Abel*, făcute la Berna în 1896, 5% din numărul total al odăilor erau umede, iar în păturile de jos, 11% a odăilor de dormit. Umiditatea se datorește fie unei rele construcții a zidului, fie că pătrunde din afară, sau uneori își are cauza în însăși interiorul locuinței (spălat de rufe, frecat pe jos etc.). În locuințele suprapopulate sau insuficient aerisite, chiar și vaporii de apă exhalăți s'au eliberați prin transpirație, pot condiționa starea de umiditate.

E adevărat că, nu cunoaștem nici o boală care să se datească exclusiv umidității, totuși acest factor dăunează starea gene-

rală, slăbește organismul și îl predispune la boli sau agravează bolile existente.

Alte momente nocive sunt *încălzirea și iluminarea defectuoasă*. Instalațiile primitive de felul acestora, sunt însoțite de formarea în cantități variabile de acid sulfuric și sulfuros, acid azotic și azotos, oxid și bioxid de carbon, cari toate înființează defavorabil aparatul respirator. Chiar și micile cantități de CO<sub>2</sub> produse în urma arderei particulelor de praf pe suprafața fierbinte a cuptorului, pot jena respirația. Somnolența, senzația de oboseală, durerile de cap și amețelile, sunt deasemenea apanajul atmosferei viciate prin arderile incomplete. Periclițați de aceste condițiuni vor fi nu atât bărbații, cari în timpul zilei părăsesc de obicei domiciliul, cât femeile, cari prin natura ocupațiunei lor, sunt forțate să rămână acasă.

Cu privire la *influența luminei asupra dezvoltării tuberculozei*, avem o seamă de lucrări importante. *Marie-Davy* și *Jouillerat* au arătat la Paris că, locuințele cari nu primesc lumina zilei direct în cantități suficiente, sunt în mare măsură contaminate de tuberculoză. Același lucru îl constată *Wernicke* și *de Greck* în Posen. *Flüge* se îndoiește că lumina ce pătrunde în cameră ar putea avea un efect prompt bactericid.

Felul cum se transmite boala în interiorul domiciliului e reprezentat de două doctrine: *Flüge* susține *stropii mici de spută* eliminați în urma tusei și strănuturilor, de către bolnav, iar *Cornet*, învinuiește *particulele de praf*, ca vehicol al bacililor. Ambele sunt sprijinite de discuții și experimente nesfârșite. Intre aceste două căi de infecție, nu poate fi o diferență calitativă, ambele sunt reale; predomină însă una sau cealaltă după fiecare caz în parte, e deci numai o diferență cantitativă. Măsurile de profilaxie vor trebui adresate deopotrivă stropilor de spută și particulelor de praf.

Câteva date statistice, vor ilustra relațiunea între locuințele suprapopulate și frecvența tuberculozei. Sa constatat totodată că mortalitatea prin tuberculoză a bărbaților, e mai urcată în orașele mari, decât la țară. În Berlin spre ex. din 100.000 persoane — bărbați și femei, aproximativ de vârste egale — au murit în decursul anului 1910:

Etatea	Bărbați	Femei	Etatea	Bărbați	Femei	Etatea	Bărbați	Femei
0—5	80,66	66,45	30—35	276,57	229,97	60—65	329,57	141,41
0—10	12,34	31,91	35—40	297,86	185,85	65—70	376,97	182,79
10—15	20,31	45,44	40—45	322,82	150,08	70—75	206,92	129,91
15—20	134,63	154,92	45—50	324,43	109,14	75—80	225,85	91,68
20—25	225,31	195,73	50—55	369,15	132,99	peste 80	190,29	53,46
25—30	231,60	212,13	55—60	385,54	132,72			

În condițiunile rurale, elementul masculin e mai privilegiat. După statistica lui *Dresel*, făcută pentru anii 1900—5 și 1916—10, în regatul Baden, mortalitatea femeilor între 10—20 de ani întrece pe aceea a bărbaților de aceeași vârstă cu 30—50%.

Cercetările asemănătoare, făcute în celelalte regate germane arată că, în intervalul de 40 ani care a precedat războiul mondial, extensiunea tuberculozei la elementul feminin e în continuă ascensiune, pe când la bărbați e mai mult sau mai puțin staționară, sau diminuează chiar. Acest fenomen a fost pus de către *Kaysersling*, pe seama industrializării forțelor feminine. Nu mai puțin adevărat e însă faptul că, femeile sunt forțate să lucreze în mediul casnic, adeseori impropriu, care le debitează și le expune, iar în rândul al treilea, dificultățile preocupării de reproducție.

Statisticele franceze arată aproximativ același lucru, adică o mortalitate mai urcată a fetelor între 5—15 ani. În anii ce a urmat războiului, cifra mai urcată a mortalității prin tuberculoză se extinde și asupra vârstei între 15—25 ani. Cauza acestui fenomen, va trebui căutată tot în extinderea industrializării asupra elementului feminin, alături de celelalte cauze expuse mai sus.

În trecut fie spus că, *Shipman* și *Food*, au demonstrat experimental, transmiterea bacililor tuberculoși prin sărut. Prin aceasta copiii vor fi mai periclitaji, întrucât femeile în special se dedau la astfel de acte de delicateță.

Revenind la subiectul care ne interesează, amintim și părerea lui *Robert Koch*, cum că nu calitatea domiciliului ar fi hotărâtoare în propagarea tuberculozei, cât aceea a dormitorului. Acest autor a putut constata că mortalitatea prin tuberculoză, mai pronunțată pe coasta mării de nord, s'ar datori obiceiului pe care îl au locuitorii, de a se culca aglomerati într'o celulă.

*Rabnow* (1910) a făcut o inspecție la domiciliu în Schöneberg. În 400 de locuințe a aflat 439 tuberculoși. Popularea dormitoarelor ocupate de bolnavi a fost următoarea:

Numărul cazurilor	Bolnavi	Sănătoși		Persoane
		Adulți	Copii	
10	1	—	1	2
7	1	—	2	3
6	1	—	3	4
1	1	—	4	5
1	1	—	5	6
74	1	1	1	3
39	1	1	2	4
39	1	1	3	5
20	1	1	4	6
77	1	1	5	7
12	1	2	1	4
18	1	2	2	6
3	1	2	4	7
1	1	3	1	5
2	1	3	2	6
1	1	3	3	7
1	1	4	1	6
57	1	1	—	2
11	1	2	—	3
5	1	3	—	4
1	1	5	—	6
1	1	—	—	1
46	1	—	—	1
2	2	—	—	2
1	3	1	—	4
2	2	1	1	4
4	2	1	2	6
3	2	2	2	6
3	2	1	4	7
2	2	—	2	4
8	2	—	3	5
8	2	—	3	5
2	2	—	4	6

*Kaysersling* ne dă o statistică din care se vede modul de variație al mortalității, cu numărul camerilor. Statistica a fost făcută la Berlin și se extinde asupra alor 6521 de bolnavi:

2738	adică	42 p. 100	locuință cu 1 cameră
2679	„	41 p. 100	„ „ 2 „
692	„	11 p. 100	„ „ 3 „
412	„	6 p. 100	„ „ 4 „

Dintre cei 2738 tuberculoși cu locuința compusă dintr'o singură cameră :

688	au locuit cu 3	alte persoane
580	" " "	4 " "
452	" " "	5 " "
229	" " "	6 " "
137	" " "	7 " "
45	" " "	8 " "
25	" " "	9 " "
10	" " "	10 " "
5	" " "	11 sau mai multe persoane.

*Cornet*, atrage atenția asupra faptului că baciliile tuberculozei pot rămânea virulenți săptămâni întregi după moartea bolnavului, pe obiecte, mobilier și pereți, periclitând astfel sănătatea noilor locatari.

*Kunreuther*, cu ocazia cercetărilor făcute de dispensarul din Frankfurt, face următoarea statistică asupra densității bolnavilor în locuință :

Intr'o odaie locuiesc	1—2 persoane în	529 cazuri
" " "	3—4 " "	165 "
" " "	5—7 " "	25 "

Cameră proprie, aveau 95 bolnavi, iar 518, aveau un pat al lor. 326 bolnavi, adică 38 % dormeau cu o altă persoană în aceeași pat. Iată deci o puternică sursă de contaminare.

Influența mamei bolnave asupra copiilor sănătoși e mai defavorabilă în primii doi ani după naștere, decât aceea a tatălui. Aceasta o demonstrează și statistica lui *Weinberg* și *Dörner*

Mortalitatea copiilor prin tuberculoză în primul și al doilea an:

	Weinberg în primul an	Dörner în primul și al doilea an
mama tuberculoasă	38 %	40 %
tatăl tuberculos	31 %	33 %

Acest lucru se poate pune și pe seama faptului că, femeile și fetele sunt în general mai contaminate decât băieții și bărbații.

Datele statistice făcute pe baze anologice, sunt concludente pentru toate țările, Toate arată clar influența nefastă a unei locuințe rele, asupra sănătății în general și în special asupra propagării tuberculozei. Locuințele de rele condiții, diminuează rezistența organismului față de o infecțiune cu bacili Koch. În cecece pri-

avește întreținerea izvorului de infecțiune, locuințele supra populate sunt pe primul plan. Căile de infecțiune sunt stropii lui Flüge și particulele de praf. Măsurile de prevenție și combatere, vor trebui adresate deopotrivă acestor doi factori.

(Blümel — Tuberculose fursorge II.)

O. Comșia

## Pauperismul și efectele sale.

„Cauza pauperismului a fost totdeauna cea mai mare cauză din lume“ a zis E. A. Parry în lucrarea lui „The Law and the Poor“. Fiind recunoscute de către toată lumea, efectele dezastruoase ale sărăciei, ne vom gândi și noi la cauzele ei. Dr. J. B. Hurry în lucrarea sa „La Pauvreté et ses Cercles Vicieux“ dă ca răspuns acestor cauze însăși sărăcia, documentând existența unui cerc vicios, care având în un punct „sărăcie“ după 360° de rotație vom da tot peste el. — Iată motivul pentru care, am pus ca titlu acestui articol „Pauperismul și efectele sale“ gândindu-mă că, efectele și cauzele pauperismului, sunt două puncte suprapuse în cercul vicios al sărăciei.

Ce este însă sărăcia? Definițiunile date acestui subiect sunt foarte variate, depinzând de prisma prin care autorul a privit subiectul. Astfel, pentru Adam Smith „un om este bogat sau sărac după măsura în care își poate procura necesarul, confortul și plăcerile în timpul existenței umane“. (Wealth. of. Nation). După Goddard I. G. sărăcia este „o insuficiență a necesarului, sau o insuficiență a lucrurilor indispensabile individului, pentru a se menține la ceea ce este din punctul de vedere al vigoarei și sănătății“. Chr. Booth consideră săraci pe acei care cu toate că au un venit zilnic, acesta este mai mic decât ceia ce lui îi trebuie.“

Rowntree în lucrarea lui „Poverty“ împarte sărăcia în primară și secundară, după cum venitul global poate să suporte sau nu alături de coeficientul fizic al individului, și coeficientul distractiv. Lonniug definește sărăcia ca pe: „o condițiune în care necesitățile economice ale existenței lipsesc și nu pot fi procurate“. A. Weber în „Le problème de la misère“ spune că omul se numește sărac atunci când neavând capitalul vital complet, munca lui este totdeauna precară“.

O definiție mai completă, totuși foarte vagă, prin faptul că vrea să cuprindă toate cauzele sărăciei este a Doctorului Hurry care zice: „Sărăcia este starea unui individ, sau a unei comunități, căreia îi lipsește unele lucruri indispensabile activității sale.

Cauzele sărăciei sunt deasemenea divers clasificate:

Ele pot fi — personale —: boală, accident, moarte, crimă, alcoolism, etc. sau sociale ca: suprapopulație, somaj, greutățile fiscale, relele condiții sanitare, rea organizare economică etc.

Mai pot fi imediate, sau indirecte, voluntare sau involuntare.

Însăși Solomon în Proverbele lui zice „sărăcia celor nefericiți este ruina lor“.

Privind în ansamblu sărăcia, vom vedea, aceasta este socotită ca o boală socială, între dânsa și reaua funcționare (starea de boală) a organismului este o foarte strânsă legătură. Pentru a vindeca sărăcia, am întrebuițat înadins termenul medical, este nevoie mai întâiu de cunoașterea etiologiei acestei boale; a simptomotologiei, în urma cărora vom putea pune diagnosticul, și da necesarele indicațiuni terapeutice. Evident, ca și în orice altă boală și aici trebuie să ne gândim la mijloacele profilactice. — În acest sens iată ce spune W. Roscher în „system der Armenpflege und Armenpolitik“.

„Este imposibil a vindeca boala sărăciei, fără un examen atent al pacientului. Acest examen poate fi jenant și pentru pacient și pentru medic, însă el este indispensabil. Este atât de fără sens de a da aceiași formă de asistentă tuturor pauperilor, ca și un doctor care ar da aceiași rețetă tuturor bolnavilor“.

Efectele sărăciei sub forma de cercuri vicioase Hurry le sintetizează în felul următor:

1. O tulburare care se perpetua prin ea însăși.
2. O tulburare care se agravează prin ea însăși.
3. O tulburare care duce la moarte.

Problema pauperismului a existat din negura îndepărtată a vremurilor și Ovidiu însuși deplânge soarta acestor nenorociți ai veacurilor zicând — („Fastes I.“) „Pauper ubique jacet“ — Sărmanii sunt pretutindeni călcați, în picioare.

Dacă în epocile trecute, în care civilizația, și iubirea de aproape era mai puțin cunoscută, problemele sociale mai puțin răsăfate de către intelectualii secolilor, și democrația inexistentă, astăzi lucrurile s'au schimbat. Pretutindeni în numele democrației, principiilor sociale, morale, se vorbește despre, nenorocitul proletar, muncitor obidit de soartă, robul unor stăpâni aspri și răi, care



trebuie scos din acest mormânt viu, pe care și-l clădește prin brațele sale.

Trebuie scos! este strigătul care răsună pretutindeni, însă strigătul este nu numai insuficient, dar chiar răufăcător. Trebuie studiată această chestiune a pauperismului. La bazele ei nu stă inferioritatea individului, ci un germene, fie acesta de natură socială, sau de natură medicală, pe care dacă nu știi să-l îndepărtezi la timp, invadează organismul și îl distruge.

Insuficiențe cari în aparența lor sunt minime și fără importanță, sau numai de una mai mică pot conduce la dezechilibrare și moartea nucleului social, deci familiei pauperului.

Locuința, iată un factor care apasă cumplit pe pauperi, și care este la rândul său punctul de plecare al atâtor alte insuficiențe și motive care indică declinul celui sărac. O. S. Deves în *Groundwork of. Economies* spune: „Un gen de insuficiență, de lipsă în mijlocul unei gospodării a unui muncitor este totdeauna cauza imediată a unui alt gen de insuficiență... Aceste rele se propagă dela unul la altul și prin cauzele și efectele lor formează un lanț continuu... E banal aproape să repetăm aici, faptul evident pentru oricine că, între sărăcie și locuință proastă este cea mai strânsă legătură. În această epocă, în care banul este atât de scump și greu de găsit, în care construcțiile se fac cu foarte mare greutate, în care problema proprietarilor și chiriașilor este atât de acută, sărmanul muncitor, fie el de fabrică sau de birou, are de suferit mai mult decât oricare altă clasă socială.

Ingrămădiți în staulul pe care cu greu și l'au putut găsi sfidează în detrimentul corpurilor lor trudite și amărâte principiile igienice, ce lor li se par himere, și pe care nici în altă lume nu speră să le găsească. Unei persoane trecută de 10 ani îi trebuie un volum de aer de 12 metri cubi și sub 10 ani 6 m<sup>3</sup>. Unde vom găsi ținute în vigoare aceste percepțe? Sunt oare 5% dintre muncitori cari să se bucure de aceste binefaceri? Dar răul nu e singur. Locuința nesănătoasă aduce după ea tuberculoza, reumatismul, mortalitatea generală și în special infantilă, slăbirea puterii de muncă, deci micșorarea salariului, și după aceasta o și mai neagră mizerie.

Iată o statistică interesantă publicată de către Chalmers arătându-ne în Franța raportul între mortalitate și numărul camerelor locuite de același număr de indivizi formând o familie.

## Proporțiunea mortalității la mie

Locuite cu:	Fără deosebire de vârstă	Sub un an	De la 1 an la 5 ani
1 singură cameră . . . . .	20.14	210.25	40.56
2 camere . . . . .	16.83	163.88	32.20
3 camere . . . . .	12.63	128.25	17.94
4 camere și mai mult . . . . .	10.32	102.57	10.27

Asupra strânselor legături cari există deci, acest punct de vedere între cauze și efecte G. Newman în lucrarea „Infant Mortality“ spune: „Toți acei cari cunosc în adevăr aceste cartiere, (cartierele muncitorești din Paris și Londra) trebuie să fie frapați de către cercul vicios care există acolo. Locuințe mizerabile, beția, sărăcia, tuberculoza se țin lanț, și pentru a fi învinse trebuiesc atacate toate, pe o scară cât mai largă, conduși însă de ideea netă a scopului pe care dorim să'l atingem“.

Dar nu numai locuința ci și multe altele sunt cauzele și în acelaș timp efectele sărăcici. Vom mai schița în cuprinsul acestui articol: Alimentația insuficientă, îmbrăcămintea, lipsa de credit, somajul, alcoolismul, creșterea natalității, sub forma de cauze și efecte ale degenerării și distrugerii pauperilor, cari formează azi o întreagă clasă socială, cercuri ale proletariatului.

Alimentația insuficientă — alături de locuințele insalubre formează perfecțiunea mizeriei, în viața muncitorului. Grădinarul și agricultorul știu că dacă pământul va fi sărac, adunatul roadelor va fi slab. Animalele de muncă cer atâtea și atâtea îngrijiri. Azi, ca și în multe alte veacuri înainte, animalul care prețuia mai puțin, și care era în acelaș timp mai puțin pretențios, era omul. Brațele individului sunt bune numai de muncă. Dar consumând mereu din potențialul adunat ani de zile, picătură cu picătură, și neînlocuind decât parțial perderile suferite, ajungem la o degenerare și impotență fizică. Urmările acestui fapt le subliniază B. S. Rowntree în lucrarea sa „Poverty“: „Incapacitatea fizică a muncitorului aduce scoborîrea salariului; incapacitatea de muncă — deci cercul vicios este închis. Hurry deasemenea spune: „O hrană abundentă este necesară sănătății; din nefericire sărăcia antrenează cu ea insuficiența hranei atât calitativ cât și cantitativ.

Știm că unui lucrător care efectuează o muncă, nu exagerată, îi sunt necesare 3000 calorii zilnic, caloria fiind cantitatea de

căldură necesară pentru 1 kg. de apă spre ași ridica temperatura cu 1° C. Mai mult, aceste calorii trebuie să fie datorite nu unui singur fel de alimente ci unui grup de trei, formate din: Albumine, Hidrați de carbon, și corpi grași. Alături de acestea trebuie să se găsească vitaminele necesare întreținerii forței vitale a organismului. Nu vom intra în complicațiunile felului de alimentație pentru că nu acesta este scopul nostru, ci toate le-am citat numai pentru a evidenția și mai mult, puținul raționament care se pune în hrana muncitorilor. Salariul insuficient, deci sărăcia aduce după sine căutarea mijloacelor de a procura alimente cantitativ cât mai multe, calitatea neavând nici o importanță. Astfel de cele mai multe ori albuminele și substanțele azotate lipsesc, și organismul suferă, se distruge și piere, pierind odată cu el și energia, forța de muncă a individului.

Dacă în regiunile mai calde, îmbrăcămintea are un rol de o mai mică importanță, în țările cu civilizația mai înaintată, în regiunile cu clima temperată, fie că e ea maritimă sau continentală, în regiunile nordice, îmbrăcămintea are un rol foarte important între factorii determinanți ai sărăciei. Pare paradoxal, ca proasta îmbrăcămintă să fie una din cauzele sărăciei, toți fiind obișnuiți a considera zdrențele nu ca o cauză ci ca un efect al pauperismului. Inșă tocmai în acest punct poate, mai bine ca în altele se poate observa strânsa legătură între cauză și efect, suprapunerea lor, precum și evidențierea cercului vicios în care se sbate pauperul. D. Watson în „Social Problems and the Church's Duty“ atingând și această problemă zice: „Consecințele sărăciei sunt multiple și de o importanță considerabilă: locuință mizerabilă, hrană insuficientă, îmbrăcămintă proastă, acestea sunt pentru lucrător efectele frapante ale sărăciei; Toate acestea pot conduce la pierderea forțelor fizice, și diminuarea rendementului economic“.

Boala pune stăpânire pe organismul slab apărât și slab hrănit, macerându-i resturile de energie și pregătindu-i cu o oră mai înainte sfârșitul tragic, inevitabil.

Trebuie să adăugăm oare proasta impresie pe care o dă un solicitator de port, muncitor sau funcționar, când forma sub care se prezintă este o zdreanță? Increderea minimă pe care o inspiră, și greutatea cu care poate să parvie, ași validita brațele, sau intelectul pentru a găsi hrană copiilor flămânzi, și o cărpă mai curată pe care să și-o înoade în jurul gâtului.

Lipsa de îmbrăcămintă călduroasă, aduce după dânsa lipsa de ventilație a locuinței, căldura camerelor înghețate în timpul

iernii fiind procurată doar de miesmele încălzite, emană din corpurile jigărite ale pauperului.

Lipsă de credit? Să vedem ce spune Giustino Fortunato în „La societa cooperativa di Credito com. progetto di statuto“ asupra acestei chestiuni: „Omul sărac nu are credit pentru că acesta e indesezirabil; El continuă a fi indesezirabil pentru că n'are credit; și iată'l așa dar menținut prin cauză și efect în aceeaș stare nenorocită“.

„Creditul comercial este un factor care contribuie intens la producerea bogăției, și care în o largă măsură înlocuește banul ca mijloc de schimb... „Hurry, Demostene însăși în lucrările lui zice: „Dacă voi nu știți că creditul este capitalul cel mai mare care există, pentru a-ți procura bogăție, atunci sunteți ignoranți“.

Am putea să mergem cu citatele mult mai departe, însă este suficient. Pauperului, pentru a putea avea crezământ îi trebuie un gir. Sărmanele lui zdrențe cari îi acopăr goliciunea vor merge toate în schimbul unui ban ruginit, care îl va ajuta să-și astâmpere pe jumătate foamea, sau să-și „înnece necazurile“ în vinurile otrăvite ale unei cârciumi ordinare. Amanetul depus în cele mai multe cazuri nu va putea fi răscumpărat, și astfel în menajul lui, după toate lipsurile de până atunci va avea una în plus.

O stare și mai nenorocită, din punctul de vedere al căpătării de credit care se practică la noi în țară e următorul: În timpul iernii, când frigul și foamea lipsesc prin acțiunea lor pe om de orice raționament, ei își închiriază brațele de muncă pentru timpul verei. Evident în aceste cazuri plata făcută anticipat este minimă. Nevoia de hrană te silește însă a semna contractual detestabil și ruinător. Eșit în primăvară, când cerințele sunt mai puține și mai ușor de îndeplinit, nu mai ești stăpân pe tine, — ți-ai vândut propria-ți carne. Și astfel vara neputând agonisi nimic, iarna te va găsi tot atât de nepregătit ca și mai înainte, și foamea te va sili din nou la acel angajament nenorocit. Câte rele nu ar putea evita privind prin aceasta prismă, o bună organizare a băncilor populare?

Alături de această lipsă de credit, ca un adjuvant puternic, găsim șomajul. Criza financiară, războiul, ruina atâtor mari industrii, epoca mașinismului, în care trăim, toate concurează la distrugerea muncitorului. Muncitorul, în acelaș timp și consumator, va căuta să facă o cât mai mare economie, ajutând prin aceasta în mod indirect la mărirea șomajului, nemai putând încuraja industriile de necesitate. T. B. Johnston în „Business organisation

and Management“ scrie: „Șomajul aduce după el o diminuare a cererii produselor, care va mări și mai mult șomajul... salariile vor scădea și milioane de oameni vor fi reduși la foame. Relele inerente lipsei de muncă sunt nenumărate. Locuința, hrana, îmbrăcăminte mizeră, boală, prostituție intelectuală, deficiența fizică, degenerarea rasei. Asigurările sociale făcute pe o bază rațională, un exemplu bun avem în Statele Unite, pot contrabalansa relele aduse de acest flagel.”

Nesiguranța zilei de mâine, mizeria celei de azi, te face tot mai mult să te adâncești în prăpastia pe care lipsa de raționament ți-o deschide în față. Flămând și gol, fără putere de muncă și zăpăcit de neantul care te înconjoară, ai dori să mori sau să uiți totul. Prima n'ai putere să o duci la îndeplinire; starea depresivă a organismului tău nu-ți permite un asemenea gest, și atunci recurgi la al doilea — uitarea — pe care o găsești în alcool. Corpu-ți înghețat de ger și chinuit de foame va găsi în el otrava înviorătoare a uitării. Iluzia unei călduri îți furnică membrele, și stomacul tău flămând va topi foamea chinuitoare, distrugându-și mucoasele în contactul lor cu alcoolul.

Mizeria te conduce la alcoolism, alcoolismul te îngroapă în mizerie. Cerc vicios fatal, din care nu ușor mai poți eși, mai ales atunci, când societatea te privește nepăsătoare, râzând sarcastic, de mimetismul degenerator prin care trece.

Că alcoolismul și toate celelalte efecte ale pauperismului duc la o educație nenorocită, la o imoralitate oarbă, la criminalitate, și mai departe, la un pauperism mai accentuat, sunt fapte nediscutabile.

Tuturor acestor rele, cari se acumulează pentru o formă, fie ca efecte sau cauze ale pauperismului, un rău mai mare, nu prin el însuși, ci prin nașterea și comportarea acestui rău în timp este și natalitatea mare care se găsește în familiile sărmâne.

Este însă această natalitate mare, rea prin faptul existenței ei? Răspunsul nu poate fi decât negativ. Polinatalitatea este o dorință a fiecărui popor, este o țintă spre cari tind numeroase națiuni, și totuși aceasta polinatalitate este un rău la clasele muncitoare.

Părinții, cu forțele epuizate de muncă, și foame, distruși de alcool și cari de diversele boale sociale — procreiază. Progenitura care a luat naștere în asemenea împrejurări nu mai poate fi un element folositor. El este un balast îngreunător al familiei, un viitor pauper și o nenorocire pentru societate. Copiii în unele

familii sunt elemente de ajutor. Acolo unde domnește însă pauperismul, acest ajutor le este cerut prea din vreme, fapt care duce și el la distrugerea vitalității acestor elemente, conduse prea de timpuriu în învălmășagul luptei pentru existență.

Scurta privire pe care am aruncat-o asupra efectelor și în acelaș timp cauzelor sărăciei, ne poate face să vedem existența unui cerc vicios care înconjură familia sărmană. Ori câți legiuitorii și binevoitorii așa de rari ai zilelor noastre ar căuta să ajutoreze nenorocitele clase muncitoare, să scoată proletariatul din mocirla în care nevoia de hrană zilnică îl scufundă tot mai adânc — rezultate satisfăcătoare nu vom putea vedea atâta vreme cât pauperismul nu va fi atacat sub toate formele sub care se prezintă.

Bucata de pâine aruncată sărmanului, nu-i va putea face nici un alt bine decât acela de ai potoli pentru un moment foamea, și nu foamea singură este problema pauperismului.

V. Noveanu.

*Bibliografie:* Dr. I. B. Hurry, *La pauvrete et ses cercles vicieux*; E. A. Parry, *The Law and the Poor*; Adam Schmidt, *Wealth of nation*; Rowntree, *Poverty*; D. Watson, *Social problem and the Churchs Duty*; Ch. Bide, *Les Institutions de progres social*; Giustino Fortunata, *La societa cooperative di credito con progetto di statuto*.

---

## Descentralizarea sanitară.

Se vorbește și se scrie, că actualul guvern are de gând să așeze și administrația sanitară și asistența pe o bază de descentralizare reală.

Pe terenul organizării sanitare, descentralizarea, care a existat înainte de 1908 și cea dela 1/1 1926 încoace s'a remarcat în vechiul Regat ca dezastruoasă. În acel interval însă, grație legii din 1910, cu etatizarea și administrarea dela centru a Sănătății publice, sistemul de centralizare, a dat rezultate ce nu pot decât încuraja.

Ca urmare a acestei experiențe, medicii din vechiul Regat se exprimă aproape unanim împotriva ideii trecerei serviciului sanitar la județe și comune, invocând motivul că, aceste unități administrative s'ar îngriji prea puțin de instituțiile și nevoile sanitare. Este știut, că în 1926 și 1927 multe spitale sub 40 paturi predate județelor, au fost lăsate de acestea fără bugete, pe când unii prefecti risipeau bugetul în luxuri vinovate.

În Ardeal situația este puțin contrarie. Sub regimul maghiar majoritatea spitalelor, precum și serviciul sanitar, erau în întregime ale orașelor și județelor; abia la 1908 trec medicii rurali în bugetul statului. La începutul secolului acestuia, începuse o emulație între multe județe și orașe în ce privește ridicarea de instituții sanitare. E drept, că statul prin excedentele fondului regnicolar de asistență, le venea cu sume considerabile în ajutor.

Când în 1923 au fost luate toate spitalele în bugetul și administrarea statului, la început a fost o ameliorare pentru ele, căci sub regimul român, încetat fiind amintitul fond regnicolar, statul nu mai plătea regulat taxele de îngrijire pentru bolnavii insolvenți și contagioși și astfel adusesse spitalele în situații precare. Aceasta ameliorare a situației a fost însă trecătoare, căci bugetele compri-mate de mizerie, ale statului, au dus la reducerea capacității spitalelor, la cota de alimentare de 24 lei la zi și la toate celelalte lipsuri cunoscute ale acestor instituții.

De aceea în Ardeal în general se cere revenirea la starea anterioară însă cu obligația ca statul să dea subvenții sau să plătească taxele de îngrijire pentru bolnavii pauperi.

Dacă este drept, că statul având atâtea sarcini nu poate satisface în mod complet toate necesitățile sanitare și de ocrotire socială, același argument stă și pentru județe și comune, a căror venite sunt foarte mult îngrădite prin legea în vigoare a maximumului.

Este adevărat, că serviciul sanitar și de ocrotire socială, e în primul rând o chestiune de interes local, cu destinație de a satisface necesitățile populației locale ale comunei resp. județului. Dar prin asistența medicală a bolnavilor infecto-contagioși, prin desinfecțiile executate de serviciul sanitar, prin ocrotirea vagabonzilor etc. se previne izbucnirea și lățirea epidemiilor, ceea ce interesează nu numai o comună sau un județ, ci o regiune sau întreaga țară.

Iată deci că igiena și asistența medicală și socială sunt chestii de interes general.

În consecință atât conducerea și administrarea lor cât și suportarea cheltuelilor, va trebui să le aibă atât comuna resp. județul, cât și statul.

Mai sunt și alte motive de mare importanță practică, cari militează pentru descentralizarea sanitară pe județe.

Oricare director de spital poate înșira nenumărate mizerii suferite din cauza centralismului actual. Dar însăși controlarea financiară și gospodărească a spitalelor și prin aceasta prevenirea

multelor fraude descoperite și nedescoperite, cere trecerea acestui serviciu la județ.

Pentru ca să se ocolească pe cât posibil urmările desinteresului, ce ar arăta organele administrative periferice față de problema sanitară și pentru a fi acestea cumva silite să contribuie atât cu mijloacele materiale cât și cu capacitatea lor intelectuală la susținerea și dezvoltarea serviciului sanitar, cred mai potrivită următoarea organizare.

Fiecare județ, inclusiv toate orașele și municipiile de pe teritoriul lui, formează unitatea periferică sanitară și de ocrotire socială.

Organul de conducere al acestei unități este un comitet sanitar, compus din reprezentanții județului, orașelor și statului (Ministerul Sănătății). Acest comitet analog întrucâtva comitetelor școlare — atașat prefecturii județului, ar avea datoria să se îngrijască de toate nevoile sanitare și de asistență socială ale întregului județ: să înființeze și susțină în bună stare spitale, ambulate, laboratoare, echipe de desinfectare, dispensare, cămine de infirmi, azile de copii etc. etc. în conformitate cu necesitățile locale. Tot acest comitet ar avea datoria să se îngrijească, prin medicii de circumscripție rurali și urbani, de executarea tuturor dispozițiilor legilor sanitare, de asistență medicală al bolnavilor pauperi, la domiciliu, procurându-le medicamente gratuite fie având depozite resp. farmacii în centrele mai însemnate, fie procurându-le prin farmaciile publice.

De unde să ia acest comitet multele milioane, pe care le necesită anual pentru toate acestea?

El își va compune bugetul de cheltuieli, din sumele bugetelor tuturor instituțiilor și serviciilor din subordine.

Să presupunem, că întreaga sumă ar fi 30 milioane, în care ar intra atât nevoile materiale cât și cheltuielile de personal.

Pentru acoperirea acestei sume i-ar sta la dispoziție următoarele venituri:

- a) Toate taxele de îngrijire din spitale, azile etc.
- b) Venitele laboratoarelor și altor instituții.
- c) Contribuția comunelor și orașelor din județ în proporție de 6—8% din toate venitele ordinare ale lor.
- d) Contribuția (subvenția) statului, care ar fi să întregască suma venitelor de sub a, b și c, la cele 30 milioane. Deci contribuția statului ne-o putem exprima în procente, însă ar fi cel mult  $\frac{1}{2}$  din suma întreagă.



Bugetele serviciilor și institutelor, s'ar compune cu 3—4 luni înainte de 1 Ianuarie, s'ar înainta comitetului sanitar, care în cunoștința nevoilor reale ale populației județului ar aproba sau modifica provizor aceste bugete.

După totalizare s'ar înainta bugetul comitetului la Ministerul Sănătății pentru a se îngriji de prevederea în bugetul statului a sumei necesare la subvenție. Dacă s'ar putea acoperi întreagă suma rămasă neacoperită din venitele de sub a—c, ci numai o parte, comitetul ar urma să facă reducere de cheltueli sau să găsească alte mijloace de venit.

Bugetele extraordinare ale comitetului ar cuprinde sumele de investițiuni nouă, de edificări etc.

Aceste comitete sanitare ar trebui investite cu calitatea de persoane morale pentru a putea primi și administra legate și fundațiuni.

Furniturile de tot felul s'ar da prin licitație publică pentru toate necesitățile instituțiilor și serviciilor din un județ.

Controlul socotelilor, inventariului și materialului s'ar face de contabilitatea județului.

Comitetul sanitar atât prin membrii săi, cât și prin organele de specialitate din administrațiile comunale și județene ar exercita un control periodic și permanent administrativ, hănesc și gospodăresc asupra gestiunii tuturor institutelor sale.

Ministerul Sănătății prin inspectorate, ori prin alte organe ale sale ar exercita controlul tehnic medical, ar da îndrumările speciale și ar coordona dezvoltarea serviciului sanitar pe întreaga țară. Prin reprezentanții săi din comitet ar participa la activitatea acestuia stimulându-o și coordonându-o în conformitate cu îndrumările și intențiile centrului.

Compunerea comitetului sanitar am cugetat o cam în felul acesta: prefectul, subprefectul, 2 consilieri orășenești, primarii celorlalte comune urbane din județ, medicul primar al județului, al orașului de reședință și al celorlalte comune urbane, inspectorul general sanitar al regiunii și directorii, resp. conducătorii fiecărei instituții sanitare și de ocrotire socială. În forma aceasta elementul medical este bine reprezentat, ba chiar în majoritate în comitet putând forța la caz de lipsă. Prin prezența reprezentanților de drept ai administrațiilor județului și orașelor se silesc aceștia la interes față de chestia sanitară și de ocrotire.

Statul ar urma să susțină pe lângă organele de control și

îndrumare tehnică și un număr de institute de asistență, cari servesc necesități pe regiuni: clinicele, spitale mari cu secții complete de toate specialitățile necesare în centrale regiunilor geografice (Oltenia, Moldova, Basarabia etc.) institute antirabice, școli medico-pedagogice, de surdo-muți, de corecțiuni etc. cu un cuvânt numai acele institute, cari prin felul lor, pentru un județ au fi prea mari și cari sunt necesare la mai multe județe. Acestea ar fi independente de comitetele sanitare județene, depinzând direct de minister.

Găsesc necesar, ca intru cât s'ar unifica ministerul muncii cu al Sănătății, să treacă și casele cercuale în cercul de competență a comitetelor sanitare, dacă nu în totalitatea activității lor, cel puțin în ce privește asistența medicală. S'ar găsi modalitatea de cooperare între ele. Policlinicile acestor case ar putea fi folosite ca și farmaciile și pentru populația săracă resp. spitale etc. precum ar servi caselor cercuale laboratoarele etc. comitetului sanitar.

Tot Comitetele sanitare (a căror nume mai corect ar fi: comitet sanitar și de ocrotire socială) ar avea sub control și supraveghere precum și îndrumare și coordonare activitate particulară de filantropie și asistența medicală și socială.

În felul arătat, cred că s'ar ajunge scopul unei descentralizări reale păstrându-se totuși terenul unei dezvoltări a problemei sanitare și de ocrotire.

**Dr. Vasile Cucu,**  
medic șef, Arad.

---

## **Influența nicotinei asupra muncitorilor fabricii de tutun din Cluj.**

Principală ocupațiune a muncitorilor din fabrică fiind prepararea foilor de tabac, prepararea tutunului de țigarete și țigări este natural că în contactul zilnic cu tabacul, dat fiind toxicitatea nicotinei — alcaloid conținut de foile de tabac — să aibă o acțiune nocivă asupra organismului muncitorului. Este științificește documentat că, tabacul are o influență toxică asupra fumătorilor, prin absorția unei părți a nicotinei și altor materii toxice, tot așa este incontestabil, că și asupra indivizilor, cari sunt în contact zilnic cu foi de tabac, tutun nicotină, și celelalte materii eliberate în decursul

preparării foilor. Tocmai în vederea acestei acțiuni nocive a nicotinei trebuie să i-se dea o deosebită atențiune problemei înlăturării pericolelor legate de această ocupațiune în fabrică, eliminând factorii nocivi, asigurând un mediu perfect igienic.

Foaia de tabac (*nicotiana tabacum*, *rusticum*, *macrophyllum*, *glutinosa*) conține 0,6—8%, nicotină. Nicotina este alcaloidul principal conținut de foaia de tabac, ca medicament nu se întrebuințează, este toxinel special al aparatului vegetativ, circulator (cord, intestine, glande secretorii), paralizază muschii, centrele respiratorii și vasomotorice.

Nicotina este un toxic puternic, 1 picur 0,94 gr. este doasă letală pentru om. Fumarea alor 20 țigări de foi, sau 100 țigarete într'o zi, poate cauza moarte. (Este observat că lipitorile așezate pe fumători pasionați și abuzivi cad depe piele și mor. Crămer), La țară sunt dese intoxicațiunile cu nicotină, mai ales la populațiunea rurală, care folosește des infusii de tabac în economia casnică (clisme, comprese, fricțiuni, spălător animalelor de casă, stropit vița de vie etc.).

Tabacul introdus în Europa din America se răspândește cu iuteală fulgerătoare în întreg continentul. În Europa, poporului German îi revine gloria de-a da cel mai mare contingent de fumători (Opper). În mijlocul secolului trecut în New-York valoarea tabacului fumat a întrecut valoarea pâinei consumate (Cramer). Iar *Logarde* amintește, că în anul 1881, banii cheltuiți pe tabac în Germania în acel an, au fost egali cu costul întreținerii armatei, (citât Dr. Kiefer). În anul 1920 în Germania s-a fumat tabac în preț de 14 miliarde.

La analiza chimică trebuie să facem separație între tabac brut, tabac trecut prin fabricație și fumatul propriu zis. Tabacul brut ajunge în fabrică, este ales, clasificat, fermentat, împachetat, expedit. În circulația aceasta de pregătire și acțiunea nocivă al nicotinei asupra muncitorului, este diferită. Sunt unele secții unde muncitorul nu ajunge în contact cu nicotina (tâmplărie, tipografie, atelier mecanic etc.)

Semnele nicotinelismului în cazuri de intoxicațiuni ușoare la fumători începători sunt: hipersecreție glandulară, transpirație aritmie, respirație grea, anemie, vomități. În cazuri grave vomitățile sunt succedate de diarei grave, slăbire a mușchilor, respirație îngreunată, slăbirea funcțiunei inimii, perderea cunoștinței cu delire, contracții clonice dureroase urmate de o paralizie a centrilor respiratori și vasotori, până la moarte.

Refacerea organismului după intoxicațiunea cu nicotină, pre-  
tinde timp îndelungat.

Nicotinismul cronic survine la fumătorii pasionați și cari abu-  
zează de acest excitant.

Este documentat că 50—70% a nicotinei din tutun ajunge  
în fumul tabacului. În jăratecul țigării se distruge complect nico-  
tina, însă aburii cari se absorb prin corpul țigării prin inspi-  
rație, extrag o anumită cantitate de nicotină din corpul țigării  
încă nevătămate și cantitatea aceasta de nicotină ajunge în corpul  
fumătorului.

Acțiunea nicotinei asupra muncitorilor din fabricile de tutun  
este diferită; acțiune directă a foilor de tabac, evaporare prin fer-  
mentație, gaze produse la fermentație, praful de tutun, deci acțiune  
directă.

Primul organ care suferă în urma aceasta, e mucoasa na-  
sală, bronșii (tusă), cordul, palpitanții dureri în regiunea cordului,  
greutăți respiratorii, anxietate, dureri cari irradiază în mâna stângă,  
insomnie, tremur muscular. Acționând timp mai îndelungat se pro-  
duce arterioscleroza vaselor, degenerația grăsoasă a inimii, iritația  
vagusului, etc. Tschechini observă că pulsul fumătorilor este  
în medie 81 pe minut. Mansfeld, documentează că nicotina  
acționează direct asupra capsulelor suprarenale stimulând o hiper-  
secrețiune (adrenalină), care are repercursiuni asupra sistemului,  
vascular, ridicând tensiunea arterială. După extirparea ambelor cap-  
sule suprarenale nu se mai ridică tensiunea. La animale atropi-  
nizate, nicotina nu mai poate produce ridicarea tensiunii.

*Crämer* documentează că, nicotina produce hiperaciditate și  
hipersecreție glandulară a stomacului, dând loc la catare intesti-  
nale și vome, spasm al pylorului, cardiei.

În nicotinismul cronic, este frecventă dilatația cordului, hi-  
pertrofia cordului, amauroasă, reducerea acuității vizuale. *Döllinger*  
și *Kiefer*, susțin că numărul mare al miopilor în Germania se da-  
torește abuzului de tabac al moșilor și părinților.

În etiologia arteriosclerozei joacă rol principal nicotina (*Bo-  
veri, Erb*).

Sunt dese neuralgiile în scrotum, în degete. *Meyerhov*, află  
neurită retrobulbară, gangrenele post tabacum nu sunt rare în Turcia  
și Rusia (*Erb*). După *Crämer* „era neurastheniei“ în Europa începe  
odată cu introducerea tabacului. Acțiunea creerului este favorabil  
influențată la început de nicotină, este proverbial cunoscută „Arbeit-  
szigare“ a lui Bismarck. (*Pel*). Tabacul ridică la început forța mus-

culară însă forța aceasta scade vertiginos după un anumit timp. Lombard observă că, la 5 – 10 minute după fumarea unei țigarette obișnuite forța musculară scade cu 15% din forța inițială. Tot așa este cunoscut, că nicotina ridică la început forța psihică (Heubner, Raphael, Wahl, Kiefer).

La copii nicotina provoacă turburări în vorbire, gândire, slăbirea atenției, a concentrațiunii. Wahl observă o diminuare a capacității de computare. Experimente făcute de Dr. Vas asupra animalelor, dovedesc o reducere a cantității hemoglobinei, și numărului celulelor roșii.

Încă nu este îndeajuns cunoscută și stabilită acțiunea nocivă a nicotinei asupra capacității de reproducere și a generațiilor. Wright, Petit, află la câini, cobai, epuri, Depieres la găini, degenerații în testiculi, după intoxicații cu nicotină, Dornblüth, semnalează cazuri de impotență în urma abuzului de nicotină. Este de cercetat că marele număr de nașteri premature, avorturi, la muncitoarele unei fabrici de tutun în ce măsură se datoresc acțiunii nicotinei asupra organelor de reproducere. (Robert). Kiefer citează subopозиția lui Bunes că, copiii fumătorilor pasionați sunt fizicește mai slăbiți și a lui Schnürers, că ar fi o legătură directă între hipertrofia prostatică și abuzul de tabac.

Dr. de Kernabom, medic militar francez observă că din 49 bolnavi cu meningită epidemică majoritatea o dau cei nefumători, fapt din care deduce că nicotina, ar acționa asupra microbilor, tot-așa s'a observat că în epidemia de holeră din anul 1892 în orașul Hamburg, muncitorii fabricii de tutun din localitate, au rămas neatinși de molimă.

Pentru noi în cercetarea făcută cu ocazia anchetei sanitare în fabrică acțiunea, nocivă a nicotinei se rezumă la acțiunea directă a foilor de tutun, prin evaporare, gaze, praful din foile de tabac asupra organismului ajuns în atingere directă și continuă cu tabacul și numai în al doilea rând ne interesează acțiunea prin fumat.

Aflăm din totalul muncitoarelor = 709 mame, din cari

194 sunt sifilitice = 27.3%

515 nu sunt sifilitice = 72.6%.

Mame cari au avut nașteri premature (feți

morți născuți, ... .. 170 (23.8%)

din acestea sunt cu sifilis ... .. 68 (40.0%)

sunt fără sifilis ... .. 102 (60.0%).

Deci în 60% nu sifilisul este cauza directă a incapacității suportării sarcinei până la termen, nici tuberculoza, nici alte morburii nu

ne dau explicația acestei ridicate întreruperi de sarcină, în multe cazuri repetate, decât numai acțiunea nicotinei și stările sociale morbide în cari trăesc majoritatea muncitoarelor, cât și efortul și surmenajul fizic prea ridicat.

Am aflat un număr mare de muncitoare cu anemii grave, în etiologia cărora n'am aflat nici sifilis, nici tuberculoză, nici helmintiasă (vermi) și unde ne-am pus întrebarea, nu cumva acțiunea nocivă a nicotinei le-a provocat această stare de anemie?

În special secția foilor exotice, selecționarea și fermentația foilor de tabac, dau indicații precise, că praful foilor, prin gazele, produsele fermentațiunii, muncitorii ocupați în aceste secții în atingerea directă și continuă cu foile și gazele evaporate din foi, suferă alterațiuni. (Arterioscleroză, anemii, bronșite cronice, emfisem, astm, nașteri premature).

Am aflat din totalul muncitorilor 249 cu hipertensiune arterială, între 135—280 Vaquez; deci 17.5% din totalul muncitorilor suferă de hipertensiune.

Specificat :

135 tesione Vaquez	8	persoane
140 " "	83	"
145 " "	2	"
150 " "	45	"
155 " "	2	"
160 " "	26	"
165 " "	4	"
170 " "	24	"
175 " "	1	"
180 " "	10	"
190 " "	12	"
200 " "	8	"
210 " "	10	"
220 " "	4	"
230 " "	4	"
240 " "	2	"
250 " "	2	"
280 " "	2	"

Etatea acestora :

15—20 ani	5	persoane
21—30 " "	21	"
31—40 " "	51	"
41—50 " "	67	"
51—60 " "	80	"
61—70 " "	25	"

Total : 249 persoane

(Am întreprins împreună cu Dl Liviu Telia asistentul Clinicii infantile, specialist în boli de inimă, un studiu amănunțit asupra acestei probleme și vom elucida împreună problema, care trebuie să intereseze foarte mult conducerea tuturor fabricilor etc.).

Am aflat bolnave cu

myocardită	28 persoane
palpitații nervoase	42 „
insuficiență mitrală	34 „
aortită	92 „
hipertiroidism	34 „
arterioscleroză	69 „

Total: 299 persoane deci 21.1%

din totalul muncitorilor suferă cu inima.

Din aceștia sunt cu:

myocardită	17 persoane
cu sifilis vascular	46 „
(arterioscleroză, aneurism)	
cu aortită	28 „

datorite toate acestea sifilisului;

rămâne ca la 11 persoane cu myocardită,

la 23 „ cu alterațiuni vasculare,

la 54 „ cu aortită să căutăm motivul

toalei în alte cauze.

Insuficiența mitrală se reduce la marele număr de malformațiuni în gât (amigdale hipertrofice, majoritatea trecută prin inflamația prin bacterii ale acestor glande (tonsilita foliculară). În etiologia alterației cordului, joacă un mare rol tonsilita foliculară, substratul insuficienței cordului, cu repercursiuni uneori fatale, este chiar amigdala malformată.

Am aflat 42 muncitoare (majoritatea tinere) cu palpitații. Pe lângă alterația glandei tiroide și nicotina are influență în dezvoltarea unor stări nervoase și mai cu seamă la muncitoarele tinere (abea în primii ani de muncă) observăm stările acestea nervoase, căci la început intoxicația cu nicotină se manifestă în forme nervoase ca palpitații, dureri de cap, amețeli.

Din 170 mame cu feți morți născuți. 68 mame sunt cu sifilis (40.0%), 30 cu alterația glandei tiroide (17.5%), la 98 mame (57.0%) trebuie să căutăm motivul etiologic în alte boli și stări

neprielnice dezvoltării embrionului. În aceste motive intră și nicotina, cu o acțiune detestabilă asupra produsului fecundațiunii.

Din cercetările noastre reese că, nicotina are repercursiuni asupra muncitorimei fabricii și că în formarea arteriosclerozei, hipertenziunii arteriale, bronșitelor, catarelor stomacale, precum și în nașterile premature, are o însemnată parte.

Pentru a elimina pericolul nicotinei în cursul fabricației, Direcția fabricii a luat măsuri întinse, introducând ventilatoare moderne în secțiile periclitate și este îmbucurător rezultatul obținut în aceste secții, după introducerea ventilațiunii moderne și precize. Prin măsura aceasta igienică, se va putea în mare parte elimina pericolul și se va da un mediu igienic muncitorilor.

D. Stanca.

---

## Sora de ocrotire.

Public Health Nurse, Infirmière d'Igiène Sociale.

(Un mic istoric al acestei instituțiuni).

Instituția de „Public Health Nurse Infirmière d'Igiène Sociale“ cum se numesc azi în streinătate își au originea din Visiting Nurse (infiriera visitatoare) a căror menire era îngrijirea bolnavilor la domiciliu.

Dorința de a ajuta pe cei bolnavi, o găsim încă la popoarele vechi înainte de Christos.

India cu o civilizație de 6000 ani înainte de Christos încuraja asistența săracilor. Religia Budhistă recomanda ajutorarea celor bolnavi. Istoria amintește unele măsuri de prevenire a boalelor, apoi diferite orduri religioase, cari îngrijau bolnavi.

Papyrusurile Egiptiene vorbesc despre o medicină destul de avansată, iar mumiile dovedesc o deosebită dexteritate în bandajare și înbalsamare. Femeea antică se ocupa adeseori de alinarea durerilor, mai ales preotesele, cari adeseori, îngrijau bolnavi în temple.

Unele din legile lui Moise, se consideră ca bune măsuri sanitare. Femeea evreică era o bună mamă, bună îngrijitoare de bolnavi. Religia impunea vizitarea bolnavilor și a săracilor. Evreii au format primele societăți de binefacere.



Grecia este izvorul medicinei moderne. Asklepios zeul medicinei, Hygeia zeița sănătății, Hypocrates tata medicinei. Îngrijirea bolnavilor o făceau „studentii“ în medicină, deoarece femeea se mărginea la activitatea sa în familie.

Romanii cari aveau un cult deosebit pentru frumos, erau destul de inițiați în anumite principii de igienă, au înființat însă și spitale, încercând combaterea epidemiilor

Este o greșală când se crede că, îngrijirea bolnavilor s'a început numai în era Creștinismului. Găsim umanitarism, altruism, imbold de a ajuta și în timpurile vechi.

Sub influința învățăturilor lui Isus, dragostea frățească, egalitatea între bărbați și femei, îngrijirea bolnavilor, a înflorit. Ocu-pația de predilecție era alinarea suferințelor. Matroana Romană a jertfit averi pentru crearea spitalelor și a mănăstirilor. Le lipsea cunoștințele tehnice, dar aveau sufletul, spiritul de jertfă, fără de care este cu neputință o bună îngrijire, și reconfortare morală a bolnavului.

În primele 4 secole d. Chr. îngrijirea bolnavilor s'a făcut de cătră „Ordul Diaconeselor“, acestea nu erau călugărițe dar erau strâns legate de biserica Creștină.

În secolul V—XI, unicul loc unde bolnavii se puteau refugia, erau mănăstirile „Hospital“ case ospitaliere cari erau atașate mănăstirilor. Femeile Romane, se ocupau mult de aceste mănăstiri.

În timpul Cruciadelor s'au înființat Orduri Militare, cele mai cunoscute, Ord. Sft. Ioan de Ierusalim și Ord. de Malta.

În secolul XI—XVI se simte tendința spre democratism și s'au format orduri așa zise seculare. Persoane laice îngrijau cu multă abnegație și jertfă, bolnavii. Ei erau săraci trăiau din munca lor.

Găsim și în familiile domnitoare femei cari îngrijau bolnavii, unora li s'a conferit numele de Sfete, pentru munca depusă, ex. Sfta Elisabeta Regina Portugaliei, Sfta Elisabeta princepsa Ungariei etc.

Urmează apoi perioada neagră pentru infirmiere. De îngrijirea bolnavilor nu se ocupau numai femeii fără nici o cultură, s'au distrus mănăstirile, a dispărut spiritul de jertfă; barbarismul domnea peste tot.

Spre sfârșitul secolului XVIII unii medici cu vederi mai largi cereau înființarea școlilor de infirmiere mai bune, dar situația a rămas deplorabilă.

În Franța, *St. Paul de Vincent* a înființat Ordul surorilor de

caritate cu scopul de a face vizite la domiciliu, el a pus baza unei asistențe sistematice; a studiat situația socială.

*Fliedner*, un preot german organizând un spital în Kaiserwert, aducea fete dela sate și le introducea întru câtva în arta îngrijirii bolnavilor. Bisericele Anglicane încă au format un ord, au mai reinviat și Diaconesele, dar perioada obscură se menține până la sfârșitul secolului XIX când *Florence Nightingale* a fost aceea care a pus bazele școalelor de infirmiere; cu dânsa începe epoca modernă a instituției.

*Florence Nightingale* este prototipul femeii idealistă, căreia îi datoresc recunoștință infirmierile din lumea întreagă. Era o fată din o familie aristocrată și bogată; a avut multă dragoste pentru cei oropsiți, a călătorit mult și a văzut situația deplorabilă a spitalelor. În timpul războiului din Crimeea a plecat cu 30 femei și ia însăși a îngrijit bolnavi, a reorganizat administrația și a fost ea care pentru prima dată a dovedit ce servicii enorme poate aduce o femeie nobilă bine instruită ca infirmieră. Pe lângă munca din spitale, s'a îngrijit și de cei rămași acasă. Ea a fost prima infirmieră de spital, prima infirmieră de Crucea roșie și prima asistentă socială. Soldații îi binecuvântau urma. Ca recunoștință pentru devotamentul său, s'au adunat fonduri și *Florence Nightingale* și a văzut visul împlinit; a înființat în Londra prima școală de infirmiere cu adevărate concepții moderne. Elevele trebuiau să fie din familii bune, având o bună educație, erau bine instruite teoretic și practic timp de 3 ani, iar când intrau în serviciu erau mereu supravegheate. După modelul școlii acesteia s'au organizat toate școlile în America și Anglia. Ideile fundamentale au rămas ale aceleiași femei cu suflet nobil spirit de jertfă, și bine instruită.

Din absolventele acestor școli se recrutează surorile vizitatoare. Când prima infirmieră vizitatoare a început activitatea sa, nevoile găsite în familiile sărace, în odăile bolnavilor, erau așa de îngrozitoare încât a trebuit voința de fier și cuminența unui filozof cum a fost *William Rathborn* din Liverpool să o convingă să-și continue activitatea.

După câteva luni rezultatele obținute au fost uimitoare. Mulți bolnavi săraci au fost scăpați dela moarte, deoarece infirmiera vizitatoare executa întocmai ordinele medicului. Societățile de binefacere, cu aprobarea medicilor, au înființat nenumărate societăți de Infirmiere vizitatoare, a căror scop era îngrijirea bolnavilor săraci la domiciliu.

Aceasta era situația în secolul XIX. Cum însă medicina din

strict curativă cum era, a devenit și preventivă, datorită înfirmierelor vizitatoare s'a schimbat în același sens. Ele au devenit propagatoarele noțiunilor de Igienă, (Health Teacher).

Pentru a îndeplini menirea de „Health Teacher“, propagatoare a sănătății, „Public Health Nurse“ primește pe lângă educația anterioară și cunoștințe speciale de profilaxie, sociologie, gospodărie. Ea se folosește de nenumărate activități. Ingrijirea bolnavului, controlul gravidelor, a noilor născuți, a tuberculoșilor copiilor de școală, etc. . . ca de în sarcina ei.

În toate acestea instituții P. H. N. este cunoscută, apreciată de șefi și iubită de întreagă populație. Atitudinea ei este de așa fel, încât familia să simtă că ea este o prietenă binevoitoare, numai dacă a câștigat încrederea familiei poate obține rezultatele dorite.

Colaborarea între medici și *Public Health Nurse*, este minunată. Medicii găsesc în ea o excelentă colaboratoare. Ea este conștientă că trebuie să urmeze sfaturile medicului, aplică tratamentele prescrise și caută să întărească încrederea pacientului în medicul său.

Educația publicului pentru noțiunile de Igienă a devenit de o importanță vitală. Progresele medicinei au fost foarte rapide în ultimii 50 ani, masa populației nu beneficiază îndeajuns de aceste progrese, nu este convinsă de importanța lor.

Pe când în streinătate „Public Health Nurse“, „Infirmière d'igiene sociale“ a evoluat treptat din înfirmiera de spital, înfirmiera vizitatoare, la noi Instituția Surorilor de Ocrotire s'a creat spontan, potrivit nevoilor Țării noastre. Menirea soriei de ocrotire este însă aceeași ca a P. H. N. și Inf. d' Igiene sociale din alte țări.

Ea trebuie să știe toate metodele prin cari sănătatea poate fi întărită și susținută. Toate metodele prin cari bolile pot fi prevenite, explicând importanța vaccinării etc.

Nu este de ajuns ca ea să aibă numai aceste cunoștințe. Trebuie să aibă și abilitatea necesară pentru a le vulgariza. Ea va culege deci toate cunoștințele, le va împărți apoi, cu toată convingerea, că servește Țara și întreaga umanitate.

Z. Costreș.

## Actualități.

În 18. VII. 1928 s'a promulgat în Austria noua lege referitor la judecătoria minorilor. Noua lege prevede înființarea unei judecătării speciale pentru minorii din Viena și jur. legea mai departe prevede că: 1) judecătoria minorilor, înainte de a lua o decizie trebuie să consulte biroul de stat pentru ocrotirea copiilor. 2) toți judecătării trebuie să fie complect orientați în problemele psihologiei, psihiatriei și educației.

\* \* \*

Comisia engleză însărcinată cu reorganizarea legislației referitor la bolile mintale, face următoarea recomandare, ce trebuie să se aibă în vedere în noua legiferare:

Din studiul amănunțit al datelor ce ne stau la dispoziție tragem concluzia că, mariajul defectivilor mintali are consecințe dezastruoase asupra comunității și că *timpul este deja sosit ca pe cale legislativă să se ia dispoziții precize pentru prevenirea acestor mariajuri.*

Copiii născuți din astfel de căsătorii în marea lor majoritate nu sunt sănătoși; din punct de vedere mintal și nu sunt cetățeni utili și productivi.

O bună parte din acești copii necesită îngrijire specială foarte costisitoare în școli și instituții speciale, uneori pe întreaga durată a vieții.

Mulți dintre ei au tendințe vicioase și criminale și constituie o sarcină constantă a societății.

\* \* \*

Marele consiliu a cantonului *Voud* din Elveția, la 3 Sept. 1928 a votat următoarea lege referitor la sterilizarea eugenică:

Art. I. Primul articol al legii din 23 Nov. 1921 se anulează și se înlocuiește cu următorul:

Legea prezentă se aplică la toate persoanele cari suferă de boli mintale, defecte mintale, psichoze toxice (morfinism, cocainism, alcoolism etc.) într'un grad așa de înaintat în cât necesită îngrijire oficială, ori prezintă pericole pentru alții ori ei însăși.

Art. II. Sect. 2. sub titlul: „Dispoziții de aplicare“ cuprinde următoarele :

„Persoana care suferă de boală mintală ori defect mintal poate fi supusă unui tratament medical, cu scopul de a preveni procrearea de descendenți, în cazul când boala lui este considerată ca incurabilă și când sunt indicațiuni că aceste persoane nu vor avea descendenți normali.

Intervenția medicală se poate executa numai cu autorizațiunea Consilierului Sanitar.

Consilierul sanitar nu va da această autorizațiune numai după ce a făcut investigații suficiente și pe baza propunerii unanime alor 2 medici aleși de el.

El va decide cine va suporta speșele intervenției medicale.

\* \* \*

În bugetul Statului Connecticut (U. S. A.) pe anul 1929 se prevede înființarea unui dispensar ambulant de Igienă mintală, compus din 1 medic psihiatru, 1 psiholog, 2 persoane versate în asistența socială al defectivilor mintali.

Dispensarul va sta sub conducerea Direcției de Igiena mintală a serviciului sanitar, și va dispune de un buget de 50.000 dolari anual.

Se crede că în acest mod se va putea preveni o parte a bolilor și defectelor mintale.

\* \* \*

Numărul spitalelor și pacienților din Statele Unite Americane în anul 1927:

Tipul Spitalelor	Nrul Spitalelor	%	Nr. paturilor	%	Nr. pacienților	%
Spitale generale mixte	4322	64	345,364	40	228,084	34
Spitale pentru boli nervase și mintale	563	8	373,364	44	349,667	52
Spitale pentru tuberculoză	508	7	63,170	7	50,784	8
Maternități, spitale de copii și toate celelalte spitale	1414	21	71,420	9	43,297	6
Total . .	6807	100	853,318	100	671,832	100

Din tabloul de mai sus vedem, că numărul spitalelor de boli nervoase și mintale face numai 8% din numărul total al spitalelor dar numărul paturilor pentru boli mintale și nervoase face 44% din numărul tuturor paturilor. Și mai demonstrativ este faptul că din numărul tuturor pacienților internați în spitale 52% sunt internați pentru boli mintale și nervoase.

Nimic nu poate fi mai convingător pentru seriozitatea problemei de igienă mintală și pentru necesitatea sterilizării eugenice.

## Cărți și recenzii.

La 19 Martie 1929 a avut loc la Mannheim-Ludwigshofen, adunarea medicilor de asistență.

Dr. *Lion*, Mannheim face o comunicare asupra oficiilor de deliberare asupra, căsătoriei și problemei sexuale, („Ehe- und Sexualberatungstelle“,) arătând modul ei de conducere și subvențiile ce le primește dela comună și Stat. Numărul cazurilor trecute în anul 1928 prin acest oficiu a fost de 250. Elucidarea unui caz ține aproximativ 30 minute. Consultarea oficiului de către candidații la căsătorie se face destul de rar. Se insistă asupra propagandei ce trebuie să se urmeze în această direcție.

\* \* \*

*Die Psychologie der Leibesübungen* (Psihologia exercițiilor corporale) de Dr. *Rob. Werner*. Berlin 1928, Weidmann, 5 Rm.

Cartea dă noțiuni de ansamblu asupra psihologiei exercițiilor corporale, iar în cele 82 tablouri arată felul cum trebuiesc executate în mod practic și în concordanță cu ultimele date științifice, experimentale. Felul cum sunt tratate problemele asupra evoluției biologice, teleologiei, psiho-fiziologiei, psihologiei motivațiunii, psihologiei antregenetice etc., a exercițiilor corporale, prezintă cel mai înalt interes. Cartea e însoțită de o bibliografie completă.

\* \* \*

*Natürliche Körperpflege* (Ingrijirea naturală a corpului) Egestorf (Bez. Hamburg) Lauer, de *Strube Sportrat Fritz*.

Oricât de interesantă e reprezentarea plastică a exercițiilor, cartea nu ne oferă în fond nimic nou. Călduroasele insistențe ale autorului asupra necesității educației corporale prin gimnastică zilnică sistematică, merită toată atenția. Fiecare are datoria să fie sănătos și să propage principiile de educație fizică într'o cât mai largă ambianță, să convingă pe cei din jur de necesitatea exercițiilor cotidiene, cari îi întăresc corpul, îi măresc rezistența și duc astfel la prevenirea anumitor boli.

\* \* \*

*Seminar für Liebesprobleme*, (seminar pentru probleme de amor) de *Dehmel, Heinrich*, Berlin 1927, Hensel u. Co.

Din întreaga lucrare transpiră convingerea adâncă a autorului că, omul din zilele noastre, ia parte cu prea puțin suflet în toate problemele de amor. De sanarea acestei stări, de psihologie a zilei, vorbește cu multă căldură sau revoltă chiar. O mulțime de gingășii în capitolul ce tratează antagonismul între masculin și feminin, așa încât pe alocurea întreaga descripție înclină spre sfera poeziei.

Concluzia este că, ideea procreerii trebuie să fie preocuparea fundamentală și supremul sens a sentimentului dragostei.

