

270288
270288
SECTIA MEDICALĂ ȘI BIOPOLITICĂ A „ASTREI”

BULETIN

eugenic și biopolitic

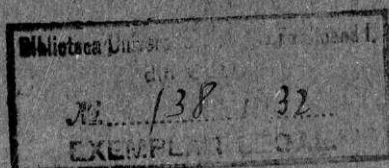
Vol. IV.

Ianuarie-Februarie 1936.

No. 1—2.

Biblioteca Centrală * a Universității Clujului

- GH. COMICESCU: **Orientarea biologică a educației.**
M. KERNBACH: **Despre asigurările sociale.**
Dr. I. GOMOIU: } **Fragmente din Raportul asupra Anchetei**
Dr. P. RĂMNEANȚU: } **din Plasa de demonstrație Gilău, ju-**
 } **dețul Cluj.**
Dr. G. RETEZEANU: **Dispensarul psihiatric.**
OVIDIU COMȘIA: **Considerații generale asupra cauzelor pro-**
 } **stituiției.**
Dr. V. L. BOLOGA: **Istoria sifilisului.**
Dr. ZOLOG: **Actualități.**



CLUJ.

Orientarea biologică a educației.

O analiză a curentelor pedagogiei contemporane, întâmpină greutăți serioase, dacă se face cu scopul de a organiza în sistem principiile de educație întemeiate pe motivări științifice și diversele forme de manifestare practică ale pedagogiei, în care rutina inerției tradiționale are un rol preponderent.

Mintea profană pretinde și găsește pentru sine explicații simpliste multumitoare, însoțind de obicei cu critici negative problemele de educație ale timpului. Pentru observația momentană asemenea concluzii par foarte naturale, căci rezultatele încercărilor se pot vedea numai în serii lungi de ani de experiență, când ele își arată roadele, adică tocmai contrar de ceea ce se întâmplă cu manifestările mecanice, unde experiența primește imediat confirmarea faptelor. Din acest punct de vedere, pedagogia este și trebuie privită deci prin perspectiva istoriei. Această perspectivă istorică o face însă anacronică în realizările ei practice, deoarece cu scurgerea vremii, condițiunile vieții se schimbă, verificarea e tardivă, iar poziția pedagogiei rămâne de fapt cu un pas în urmă.

Critica negativă este prin urmare o fatalitate pentru știința educației, atâta timp cât ea se mărginește la experiența empirică impusă de necesitățile prezente, ca să scoată norme pentru generațiile ce urmează. Și totuși evoluția științei noastre în toate vremurile și la toate popoarele, marchează acest caracter. Ea introduce în programul ei metode noi de lucru, numai atunci când ele s'au simțit necesare. De aceea în literatura pedagogică din toate timpurile, abundă constatările desacordului dintre metodele de educație și starea socială a epocii.

Ca să înțelegem lucrurile, e destul să arătăm, că desacordul se datorește în parte faptului, că pedagogia s'a orientat întot-

deauna spre scopuri exterioare față de realitatea psiho-fiziologică a copilului. Pedagogia s'a călăuzit de un finalism pur filosofic, atunci când își punea teoretic problema rostului, pe care îl are omul pe pământ, după cum tot ea se conducea de un finalism social-politic, atunci când deservea scopurile impuse ei de către stat. Cel dintăiu finalism se desprinde din sistemele pedagogice ale unor filosofi ca Platon, Aristoteles, Descartes, Kant, Rousseau, Pestalozzi, Herbart..., precum și din unele tipuri de educație, cum e tipul scolastic, humanist și cel jansenist. Finalismul social-politic animă sistemele de educație ale tuturor popoarelor vechi, ca și sistemul iezuit, sistemul revoluționar francez ș. a. m. d. Pentru Spartani de pildă, ca și pentru unii pedagogi ai revoluției ca Lepelletier, Saint-Fargeau, Saint Just, copilul era proprietatea republicei.

Finalismul filosofic pur și finalismul social-politic, fac greșala de a scoate pe copil din centrul preocupărilor pedagogice, subordonându-l unui scop prestabilit, în conformitate cu un anumit ideal. Măsura în care copilul se poate adapta acestui ideal, rămâne o chestiune de al doilea ordin.

Pedagogia contemporană filosofică, urmărește idealul formării omului abstract, după legile moralei filosofice. Pedagogia oficială, urmărește idealul omului politic-social. Ca în tot cursul istoriei, aceste două idealuri sunt urmărite cu stăruință și astăzi, imprimând fiecare din ele un caracter deductiv pedagogiei, ca în științele axiomatice. Numai că omul, e departe de a putea fi socotit o cantitate fixă ca numărul, ori ca forma geometrică ideală. E necesară deci o revizuire în structura științei noastre, pentru a-i schimba întrucâtva metoda și obiectivul. Să i se schimbe metoda în sensul că, în viitor să nu mai pornim dela situația și necesitățile actuale ale vieții, pentru a organiza experiențe ce se vor verifica abia atunci, când condițiunile vieții vor fi deja altele, ci să încercăm a surprinde cursul desfășurării vieții, să anticipăm stările viitoare, pregătind soluții potrivite epocii. De altfel cunoașterea și înțelegerea stărilor prezente ale societății, este și rămâne iluzorie, deoarece ele fiind elemente într'o serie de succesiune, nu pot fi apreciate decât atunci când s'au înseriat definitiv, devenind fapte istorice. Prin urmare, nu adaptarea idealului educativ la o stare existentă, ci la una care e pe cale de înfăptuire, după cum inductiv conchidem din cursul desfășurării evenimentelor.

Obiectivul educației nu mai poate fi nici el un scop abstract stabilit de mai înainte, ci va fi copilul concret cu puterile lui specifice și cu posibilitățile reale de înlăptuire. Această îndrumare nouă pe care și oamenii de școală și cei de știință încearcă s'o imprime pedagogiei, este directiva biologică.

Biologismul nu trebuie considerat un postulat exclusiv al zilelor noastre. Il găsim sub formă de sugestii în operele mai tăturor pedagogilor de frunte dela începutul erei moderne până în prezent. E destul să amintim pe Rousseau, al cărui naturalism pedagogic îl arată ca un pioner între primii îndrumători biologisți ai educației. De o puternică afirmare nu poate fi vorba însă decât în secolul nostru. Explicația o găsim pe de o parte în dezvoltarea pe care au luat-o științele biologice în secolul trecut, iar pe de altă parte în faptul că însăși psihologia, ca cea mai de seamă dintre științele ajutătoare ale pedagogiei, se îndrumează astăzi spre biologie.

Noua directivă își are susținători convinși atât între psihologi, cât și între pedagogi. Amintim în primul rând școala biologică americană, reprezentată prin Mac Dougall, care consideră manifestările de viață sufletească, drept adaptațiuni succesive la împrejurările vieții; le consideră drept comportamente. Mediul cosmic și cel social, sunt motive de reacțiune ale organismului biologic, însă numai în raport cu trebuințele lui specifice. Într'un mediu cosmic identic, diferitele specii de animale reacționează diferit, la stimulenți deosebiți, pe care modul lor specific de viață îi alege. În fața altor stimulenți rămân indifereente.

Acelaș lucru se desprinde din psihologia vitalistă a lui Richard Müller Freienfels, după care viața rezultă din împletirea lumii fenomenale externe, cu un eu structurat individual. Coloritul special dela om la om, se explică prin participarea necondiționată a eului specific, ce evoluiază continuu dela o clipă la alta, printr'o sumăție de potențial din ce în ce mai mare.

Fără de asemenea utitudini în psihologie, afirmațiile unui Dewey, Ferrère ori Claparède, cari cer ca acțiunea educației să vină pas cu evoluția intereselor la copii, prinește o justificare științifică, deoarece o asemenea poziție are o semnificație organicistă. E cu totul inutil să oferi copilului anumite elemente de cunoaștere, într'o vreme când mintea lui e închisă pentru înțelegere, iar inima nu simte niciun îndemn să le caute și să

le primească. E ca și cum am încerca să producem plăcere surdului cu opere muzicale și să distrăm orbul cu peisagii colorate. De asemenea școala activă în pedagogie, însemnează reversul pozitiv al criticilor negative, ce s'au adus și se aduc încă unei educații mecaniciste artificiale.

Aspectul școlii biologice în pedagogie, este adaptarea educației la realitatea subiectivă a copilului; e pornirea dela viața lui, pentru a o desvolta pe aceasta prin însăși fenomenele ei de trăire; e o acțiune din lăuntru în afară, dela subiect la scopul ce pare a fi tangibil după cea mai mare probabilitate, iar nu invers, dela un scop precizat de mai înainte, la subiectul supus tendințelor noastre. In locul dorințelor noastre se substitue trebuințele lui, care trebuiesc satisfăcute și dirijate pe calea perfectibilității. Directiva biologistă îmbracă diferite formule, cuprinzând de fapt aceeaș idee centrală, pe care am amintit-o mai sus. Am putea să ne oprim câte puțin asupra concepției individualiste, asupra concepției dinamiste și asupra celei activiste, spre a le preciza sensul în raport cu viața și condiționările ei.

Individualismul cere pe scurt adaptarea educației la natura individuală a fiecărui copil. Individualizarea învățământului a stârnit atâta interes dela Rousseau încotace, încât prin exagerare, s'a ajuns la negarea educației. S'a afirmat atât de mult respectul pentru drepturile sfinte ule copilăriei, încât s'a ajuns la libertate și apoi câteodată la libertinaj pedagogic. Evident că o asemenea concepție echivalează cu o gravă abatere a școlii dela rosturile sale. Respectul individualității nu înseamnă scutire de obligații în genere, ci numai de obligațiile artificiale, ce se arată a fi în opoziție vădită cu firea și cursul evoluției vieții umane. Respectul individualității dimpotrivă poate constrânge chiar pe individ să urmeze linia lui normală de evoluție ce i s'u hărăzit prin structura lui biologică. Efortul făcut în limita puterilor normale este educativ; el ruinează numai când strică echilibrul structurii organice și când e străin de resorturile de energie proprie ale acestui organism. In afară de aceste cazuri, efortul rămâne un factor indispensabil pentru educație și un imperativ al vieții individuale și sociale. In locul unui individualism negativ, care paralizează energiile, biologicismul proclamă un individualism pozitiv, de afirmare și sporire a puterilor proprii, până la maximum lor posibil. Cum se împacă individualizarea învățământului cu ideea învățământ-

tului colectiv, la care școala nu poate să renunțe, deoarece prezintă avantaje, ce nu pot fi înlocuite? Avem aici o antinomie mai mult aparentă, căci ea disjunge prin adaptarea educației la tipul mintal al fiecărui copil. Școala va avea de lucru cu tipuri de școlari, cari sunt colectivități grupate după gradul de asemănare sufletească a membrilor ei. În cadrele tipului mintal diferențele specifice pot fi respectate și relevate, dând prilej în acelaș timp să se exercite și influențele traiului comun, ca o pregătire pentru viața socială ulterioară.

Concepția dinamistă cere ca educația să se adreseze funcțiunilor existente în sufletul copilului, de când aceste funcțiuni apar, conform procesului de creștere și maturizare treptată și să nu se oprească decât atunci, când evoluția acestor funcțiuni se poate socoti a fi relativ încheiată. Apariția și creșterea lor se face evidentă prin manifestările de viață ale copilului. Contrar acestei poziții, concepția statică socotea copilul un homunculus cu funcțiuni organice și sufletești ca atari, existente nativ, care puteau fi ori când relevate prin influența mediului cosmic și social. Concepția veche admitea aprioric și necondiționat valoarea exercițiului conștient ori subconștient, pe când concepția nouă adaugă dinamismul vital, ca factor principal al evoluției și prin urmare și al planului educativ. Conform acestui dinamism vital, funcțiunile psihice apar la epoci anumite și variază în formele lor, în raport cu înaintarea în etate. Așa de exemplu afectivitatea copilului e foarte slabă la început și e cu totul egocentrică. Sentimentele etico-sociale încep să apară abea pe la 11—12 ani. Chiar și limbajul lui este egocentric până pe la 7—8 ani și numai după această dată îmbracă forma socializată. Interesele variază și ele cu vârsta. Până la 3 ani domnesc interesele perceptive, apoi se arată interesele glosice (pentru vorbire), urmează interesul pentru chestiuni generale, apoi pentru chestiuni particulare și în fine interesele etice. Atențiunea variază și ea devenind cu vremea tot mai statornică. La fel se întâmplă cu toate funcțiunile sufletești. Iată atâtea fapte, la care dacă se mai adaugă și variațiile individuale, ne putem da seama cu ușurință, cât de mult se schimbă echilibrul total al vieții dela o epocă la alta, după numărul și natura deosebită a factorilor componenți, pentru a vedea câtă grijă și perspicacitate i se cer educatorului, pentru ca acțiunea lui să corespundă cu tempo acestei evoluții.

Fundamentarea biologică a educației, mai prefinde, ca pedagogia să uzeze în practica ei, de metoda activă. În școala tradițională, care avea în vedere omul „tip”, omul abstract, așa cum e cunoscut în psihologia generală, fără a se gândi la diferențele individuale și la dinamismul vieții, variabil dela o epocă la alta, influența educației se exercita dela exterior la interior, iar copilul trebuia să o primcască pasiv, să i se supună. O asemenea influență nu face însă educație, ci dresaj. Dresajul fără îndoială duce și el la câștigarea unor abitudini utile pentru viață, însă lipsite de calitate și de perspectiva creației. Actele de trăire ale omului, pe lângă un substrat comun generalizat (mișcări, atitudini, etc.), mai au în plus un coeficient de specificitate, ca rezultat al factorilor ce alcătuiesc situația de moment, ceea ce face ca ele să apară întotdeauna ca ceva nou, în care se distinge în fiecare clipă poziția proprie a individului. Dacă totuș exercițiul duce la formarea de abitudini, și acestea sunt necesare, apoi ele trebuie să prezinte potența adaptării la situații noi, iar nu numai potența repetiției. Protagonistii practici ai activismului, se pot înșela asupra exercițiului în școală, dacă nu-l raportează la semnificația lui biologică. Orice exercițiu se poate reduce la dresaj fără această raportare. Nu totdeauna metoda și aplicațiile așa zise activiste, ating resorturile adânci ale sufletului copilăresc. În mâna unui practician nepriceput chiar și forma euristică în învățământ devine mijloc de automatizare a inteligenței, după cum în mâna altuia, povestirea poate fi un admirabil mijloc de trezire și cultivare a facultăților mintale.

Activitatea proprie a școlarului numai atunci e într'adevăr utilă, când ea îi angajează în mod serios întreg sufletul printr'un act de trăire totală, absorbindu-l în această trăire, așa fel, ca procesele vieții din acea clipă să se consume în întregime, dând naștere unui rezultat elaborat, care să poată fecunda mai departe actele de trăire ulterioară. Nu e propriu să zicem că metoda activă e mai ușoară pentru copil, ca metoda pasivă; o astfel de apreciere e lipsită de sens, deoarece metoda activă cere efort continuu și efectiv. Este însă mai naturală, căci nu putem determina evoluția vieții, decât prin acte de trăire. Pentru educator, incontestabil, ea este mai grea, pentru că el este obligat să scruteze în fiecare clipă acele resorturi adânci ale vieții de care

am vorbit, pentruca să așeze în focarul ei acțiunea lui continuă, cu întregul ei cortegiu de material și forme.

Pedagogia nouă, tinde să devină într'adevăr științifică, fiindcă încearcă să fundeze educația pe legile vieții. Școala actuală, și după toată probabilitatea și școala viitoare, nu va scoate din programul său nici mai departe finalismul filosofic pur, fiindcă nicidecum omul nu va înceta să se întrebe despre rostul său în lume și să se orienteze teoretic spre realizarea menirii sale. Nu va lipsi din orientarea ei nici finalismul social-politic, fiindcă întotdeauna școala va fi un instrument în mâna grupărilor sociale, cu ajutorul cărui vor încerca să oțelească energiile tinere, spre a le pregăti pentru împlinirea scopurilor urmărite de societate. Va păstra însă pe primul plan finalismul biologic, care arată direcția dezvoltării și limitele, pe care le poate atinge omul în viață. În felul acesta, pedagogia își găsește drumul ei cel drept, care face din ea o știință producătoare de valori, în felul științelor pozitive.

Gh. Comicescu

BCU Cluj / Central University I Doctor în filosofie.

Despre asigurările sociale.

Dacă între efectele postbelice, numărăm multe urmări nefaste, putem găsi și de acelea de sens contrar. Tratatetele de pace au impus țărilor beligerante anumite obligațiuni. Una din acelea cure să intereseze mai de aproape biopolitica și eugenia, este „Asigurarea pentru caz de boală a lucrătorilor din industrie și comerț și a servitorilor”, a căror norme generale s'au fixat prin Partea a XIII a tratatului dela Versailles și ale părților corespunzătoare din celelalte tratate de pacc. Ulterior prin convenția internațională luată în conferința muncii ținută la Geneva între 25 Mai—16 Iunie 1927, s'au fixat principiile largi ale asigurărilor sociale. Românii se găsea interesată și nu are drept de derogare față de această convenție.

Ca urmare a acestor demersuri internaționale, noi eram datori să ne ocupăm de această problemă. De curând s'a și depus un „Proect de unificare a asigurărilor sociale în Româ-

nia". Este prin urmare nimerit să luăm act de rolul acestui act social.

Legislația Asigurărilor Sociale este relativ veche. În Europa centrală, Germania (1884), Austria (1887) și Franța (1898), sunt între primele notate. Lipsa unei experiențe și tradiții, a adus pe lângă avantajii și numeroase desavantajii persoanelor și instituțiilor care interesul aceste legi. Treptat s'au adus modificări, căutându-se a se ameliora lipsurile și a ajusta legea după experiența fiecărui stat.

Astăzi discuția s'a angajat între două partide: contra și pentru asigurări. Un număr restrâns de legiuitori sunt chiar pentru generalizarea asigurărilor, cuprinzând și pe muncitorii agricoli. Problemele puse în discuție sunt documentate, de o parte din desavantagiile, de cealaltă prin avantajii asigurărilor sociale. Chestiunea este de balanță: avantajii sau desavantagiile de ordin social, economic și medical. Care din ele cad mai greu?

La noi în țară, prima lege datează din 1912. Azi însă ne găsim sub trei regimuri: legislația românească în vechiul regat și Basarabia, legea a XIX din 1907 din Ardeal, legea austriacă din 1887 și 1888, în Bucovina. Modificările aduse ulterior n'au putut organiza într'o singură unitate toate instituțiile care urmăreau acelaș scop. Vechiul regat are o mutualitate unică pentru patroni și muncitori; ea cuprinde și Basarabia. În Ardeal există de asemeni o singură unitate, iar în Bucovina sunt 12 Case de Asigurări, mutualități autonome.

Ne găsim într'un plin haos al asigurărilor. În unele regiuni o exagerare a centralizării, în altele cea a descentralizării.

Proiectul are primul scop de a unifica legislația în materie de asigurări sociale.

* * *

Prin asigurările sociale se urmărește a se asigura muncitorului perspectiva unui viitor stabil. I se oferă lui și familiei o asistență medicală gratuită în caz de boală, nașteri, bătrânețe și invaliditate.

Legea impune protecția muncitorului, atât patronului cât și statului. Riscul profesional, care decurge în tot timpul activității salariatului și care poate întrerupe pe un timp limitat sau permanent, sau micșora puterea productivă temporar sau permanent, sau chiar suspendă definitiv orice facultate lucra-

tivă. este contrabalansat printr'un ajutor — „rentă” — stabilit în mod transacțional. Prin această rentă se caută a se asigura lucrătorului bolnav sau bătrân, lucrătoarei gravide, ca și tuturor celor ce sufăr un accident în timpul lucrului, un venit prin care să poată continua a trăi și susține membrii familiei. Boala, bătrânețea sau invaliditatea în urma accidentului sau unei boli profesionale, nu aruncă pe lucrător pradă mizeriei sau vagabondajului. Asigurările sociale îi vor permite o viață modestă și sub raporturile unei convețuiri în mediul social căruia aparține.

Aci rezidă nucleul central al instituției asigurărilor.

În mecanismul ei, între datele pozitive ale științei și legiuitor, între împărțitorul de dreptate și cunoscătorul manipulării mașinilor industriale, între cunoscătorul motorului uman și apărătorul unei victime a muncii, se stabilește o strânsă și intimă colaborare. În afacerile din câmpul muncii, misiunea magistratului, a medicului și a avocatului, se confundă adesea. Medicul devine cel mai prețios auxiliar și uneori chiar singura călăuză a judecătorului.

Medicina, între patron sau conducător și între salariații lor, este în permanentă activitate. Ea devine o „medicină a muncii” prin patologia accidentelor și bolilor profesionale. În latura ei specifică, patologia muncii urmărește integritatea și menținerea energiei motorului uman, singurul izvor de viață a muncitorului.

Dacă dreptul recunoaște că legislația muncii a creiat o ramură personală a științei juridice, nu este mai puțin adevărat că și medicina a câștigat o nouă specialitate. Dreptul muncii și-a anexat medicina ca un auxiliar necesar și inseparabil. În timp ce în dreptul civil sau comercial obiectul raportului juridic îl formează un element patrimonial, elementul personal fiind lipsit de o importanță mediată, în dreptul muncii elementul raportului juridic este însuși substratul omenesc „*omul*”, în toate atributele sale imediate psihologice și fiziologice (V. di Fossombrone).

Medicina în câmpul muncii, va căuta să menajeze echilibrul fiziologic și psihologic al lucrătorului, să conserve izvorul elementului juridic și să decidă totdeauna când acest echilibru

a fost întrerupt sau când acest izvor e diminuat sau dispărut. Energiile motorului uman, acel capital biologic care asigură și mărește capitalul material. în fazele lui normale și patologice, cad în sarcina acestei noi specialități: iutologia accidentelor și a bolilor profesionale.

Importanța covârșitoare a medicinei în această ramură socială, a impus ca legea juridică să se conforme celei biologice. Ambele științe, dreptul și medicina au urmărit un singur scop. Prin asigurările sociale „acest refugiu moral și obligator al tuturor întreprinderilor” (Millerand), se procură lucrătorului „liniștea de spirit care dă certitudinea unui viitor asigurat, element ce nu este numai principalul factor al capacității fizice, ci și elementul indispensabil al acestui lucru, care nefiind forțat, va fi și productiv” (V. di Fossombrone).

* * *

Legea Asigurărilor, aparține alături de alte multe, prevederii sociale. Ea caută să mențină raporturi pașnice între patroni și lucrători și să armonizeze pretențiile acestora față de stat.

Principiile după care se călăuzește o astfel de legislație sunt următoarele:

1. Asigurarea mutuală este obligatorie și unică pentru toți salariații privați, până la un anumit venit, pentru boală și accidente.

Fiecare patron este obligat așa anunța la Casele de Asigurări pe salariații săi, începând cu ucenicii sau practicanții și terminând cu muncătorii cei mai specializați. Odată anunțați, li se reține din salar o cotă, care trece la fondul asigurărilor. Asigurarea atrage după sine drepturi pentru asigurat și pentru membrii familiei din sarcina sa. Ei se vor bucura de o asistență medicală gratuită la domiciliu, la ambulantele Casei, ca și în spitale, stațiuni climaterice sau balneare. Pe tot timpul boalei membrul asigurat capătă și un ajutor în bani. Membrii au dreptul la asistență medicală, medicamente, aparate de proteze, etc. Cu anumite restricțiuni, asigurații se pot trata cu orice medic, în sanatorii particulare sau în străinătate. Femeile gravide se bucură de un ajutor de lehuzie și unul de alăptare. În Ardeal avem și o asistență a copiilor. Chiar și bolile anterioare asigu-

rării se bucură de aceeași asistență. Combaterea bolilor contagioase între muncitori, intră sub prevederile legii sanitare.

Asigurările sociale dă prin urmare posibilitatea și uneori chiar forțează pe lucrătorul bolnav a se trata. Dreptul la sănătate este respectat și ușor de realizat.

Asistența medicală în caz de accidente formează adevărata patologie nouă: a muncii. Legea asigurărilor nu numai că oferă o asistență medicală gratuită pe tot timpul tratării urmărilor unui accident, dar ea caută să despăgubească și să refacă automat o pagubă fizică sau funcțională a organismului uman. Un accidentat intră într'un regim aparte. Capitolul accidentelor de muncă și a bolilor profesionale este prea vast și ne vom ocupa de el altădată.

2. În caz de accident, cauza imediată nu este datorită vreunei greșeli, ci accidentul decurge din *Riscul profesional*.

Acest al doilea principiu este de dată mai recentă și este introdus în noul proiect. Odinioară se căuta un vinovat, o cauză și o greșeală, fie a patronului, fie a lucrătorului. Astăzi, accidentul este strâns legat de profesiunea fiecărui lucrător. El intră în domeniul riscului profesional și industriile sunt împărțite pe clase de risc, având fiecare coeficientul propriu. Coeficientul mijlociu va fi egal cu raportul de frecvență și gravitate a accidentelor suferite de angajați. Intreprinderile vor fi deci triate și fiecare asigurat este proteguit în măsura pericolozității profesiei sale. Nici intreprinderile publice nu scapă acestor prevederi.

Patronii sunt inegali față de lege. Este și natural, căci nu fiecare întâmpină aceleași riscuri. În felul acesta se rezolvă atâtea anchete și procese, prin care se caută greșelile patronilor sau a muncitorilor. Rămâne numai intenția criminală care are un regim special.

3. Renta acordată accidentatului nu trebuie să corespundă prejudiciului suferit, ci ea reprezintă numai o despăgubire tranșională (forfetară).

În dreptul civil, despăgubirea reprezintă o valoare aproape egală pierderii suferite. Această despăgubire materială este însă legată mai totdeauna și de un fapt penal.

În asigurările sociale, era natural ca despăgubirea să nu fie mare sau în orice caz să nu fie de așa natură, încât să ofere-

accidentatului o viață prea lipsită de griji. Experiența din țările, unde atari legi este mare, a dovedit că sunt muncitori care preferă o rentă, în locul salariului. Deci trebuia luată o măsură contra abuzurilor și să ne ferim a încuraja lenea și neglijența în câmpul muncii. Despăgubirea forfetară urmărește tocmai acest scop.

4. Asigurările sociale ia măsuri de garanții și contra patronilor ce nu respectă prevederile legii. Ea asigură printr'un fond de accidente, chiar reparațiunea lucrătorilor neasigurați accidentați.

Acestea sunt principiile mari ale asigurărilor sociale.

* * *

Nu vom contesta, că între numeroasele avantagii, patronii, lucrătorii și medicii, au și desavantagii prin această legislație. Dar nu trebuie să uităm, că aceste asigurări au fost determinate de un interes de economie națională și trecând peste aspirațiunile sentimentale ale tuturor profesioniștilor, la interesul general, s'a adăugat și cel individual. Indicațiuni de ordin vital, adună pe toți în colectivități și numai aceștia rezistă și-si impun existența.

Astăzi când tendința corporatistă ocupă una dintre preocupările principale ale tuturor statelor, muncitorii nu pot fi lipsiți de legea prevederii lor sociale.

Să ne amintim că înainte de această mutualitate obligatorie, accidentații măreau contingentele de cerșetori și vagabonzi, căzând pe umerii statelor sarcini noi. Dar mica industrie, ucenicii și practicanții? Din prima zi a debutului profesional, un lucrător are perspectiva viitorului asigurată într'o largă măsură.

Dezavantagiile nu se datoresc atât legilor, ci abuzurilor și lipsei de experiență.

În proiectul ce se va vota în curând, s'a urmărit în primul loc o unificare a atâtor legi disparate din țara noastră.

Apoi el a mărit numărul asiguraților, cuprinzând și pe salariații nevoiași, proteguind astfel mica industrie. A mărit de asemenea numărul celor ce vor primi pensia de invaliditate și de bătrânețe cu aproape 50% din numărul celor ce o primea până acum. Aduce prin urmare noi avantagii lucrătorilor.

Aduce o reală îmbunătățire a asigurărilor în caz de boală și de accidente, simplificând rezolvirea judiciară. Patronii sunt

de asemeni puși la adăpost contra abuzurilor ce le vor încerca salariații săi, obținând și ei pentru membrii familiei lor, numeroase avantagii. În fine legea aduce inovații de ordin administrativ și jurisdicțione.

România se supune tratatelor de pace și urmărește o legislație eclectică în domeniul asigurărilor sociale.

M. Kernbach.

Fragmente din raportul asupra anchetei din plasa sanitară de demonstrație Gilău, jud. Cluj.

(Urmare și sfârșit.)

Din ultimul tablou al articolului nostru, publicat în numărul 11—12 al acestei reviste, se desprinde clar problema mortalității infantile mare în prima lună dela naștere. În teză generală numărul morților în prima lună dela naștere, este mai mare decât în oricare din lunile următoare, până la etatea de un an, însă în cazul nostru mortalitatea copiilor sub o lună reprezintă, la români, mai mult de jumătate din mortalitatea copiilor în vârstă până la un an.

Mortalitatea infantilă, în plasa Gilău, pe anii 1924—1928.

Anul	Nrul născuților vii	Nrul morților sub 1 an	Prop. mort. la 100 născuți vii
1924	1090	220	201.8
1925	990	183	184.8
1926	1014	196	193.3
1927	987	229	232.0
1928	1009	180	178.4

Aceasta ne dovedește limpede că în lupta pentru reducerea mortalității copiilor sub un an toate eforturile trebuiesc concentrate asupra primei perioade a vieții și anume asupra primei luni dela naștere.

Literatura streină care oglindește rezultatele obținute pe tărâmul igienei copiilor în diferite țări subliniază în chip inva-

riabil, numai reducerea deceselor cauzate de turburările gastro-intestinale, mortalitatea în prima lună dela naștere menținându-se aproape aceeași.

Învățămintele care se desprind pentru noi din experiențele altora și din datele prezentate mai sus, sunt că pe lângă îngrijirea ce trebuie neconținut dată copiilor dealungul primului an dela naștere, o deosebită atenție trebuie dată îngrijirii prenatale, neglijența acesteia traducându-se în marele număr de debili congenitali — respectiv — prin numărul mare de decese în prima lună a vieții.

Lucrurile nu se petrec la fel cu copiii maghiari; deși numărul morților sub o lună este relativ mare, totuși distribuția morților pe grupe de luni, ia un caracter mai apropiat de distribuția mortalității infantile a altor țări cu rate mai scăzute.

Dăm mai jos un tablou reprezentând proporția la sută de morți sub un an, pentru fiecare grup de luni (0—1 lună, de la 1—6 luni și 1—12 luni), după naționalitate (în total și pentru fiecare în parte).

Anul	0—30 zile			1—6 luni			7—12 luni		
	% mort. infan. totală	% mort. infan. Români	% mort. infan. Magh.	% mort. infan. totală	% mort. infan. Români	% mort. infan. Magh.	% mort. infan. totală	% mort. infan. Români	% mort. infan. Magh.
1924	50.45	54.88	37.50	28.64	28.66	28.57	20.91	16.46	33.94
1925	51.91	55.22	42.86	30.05	29.10	32.65	18.04	15.67	24.49
1926	48.47	51.66	37.78	33.16	33.11	33.37	18.37	15.23	28.89
1927	40.61	42.70	50.98	34.50	35.40	31.37	24.89	21.90	17.65
1928	49.44	51.11	44.44	34.49	36.30	28.89	16.12	12.59	26.67

Cum am spus mai sus, mortalitatea infantilă la Maghiari urmează o curbă puțin diferită de aceea a Românilor: după perioada 0—30 zile, care înregistrează ca și la români proporția cea mai urcată, urmează o perioadă de declin (1—6 luni), după care una de recrudescență (6—12 luni)! și e logic să fie așa, căci în această perioadă (6—12) începe alimentarea mixtă și artificială. La Români această evoluție e mai puțin evidentă decât la Maghiari, poate datorită faptului că alimentarea mixtă începe mai de vreme și mare parte din decesele din această perioadă, cad în aceia de 1—6 luni.

Distribuția deceselor infantile pe vârstă și sex:

Anul	0-30 zile		1-6 luni		7-12 luni		Total		Rata mort. inf.	
	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F
1924	67	44	28	35	28	18	123	97	220.8	181.9
1925	51	44	30	25	18	15	99	84	198.0	171.4
1926	51	44	34	31	24	12	109	87	210.4	186.7
1927	41	52	39	40	29	28	109	120	209.2	257.1
1928	45	44	34	28	12	17	91	89	173.0	184.3

Din datele mai sus consemnate reiese clar, că proporția deceselor considerate pe grupe de vârstă și în total, e mai mare la băieți decât la fete. Dăm mai jos pentru comparație, o tabelă cu proporțiile la 100 decese infantile pe naționalități și proporția la 1000 născuți vii, pe naționalități:

Anul	0-30 zile		1-6 luni		7-12 luni		Total		Rata mort. inf. (la 1000 născuți vii)	
	Rom.	Magh.	Rom.	Magh.	Rom.	Magh.	Rom.	Magh.	Rom.	Magh.
1924	40.91	9.55	21.36	7.27	12.27	8.63	74.55	25.45	203.7	198.6
1925	40.44	11.48	21.31	8.74	11.47	6.56	73.22	26.78	188.2	176.9
1926	39.80	8.67	25.51	7.65	11.79	6.58	77.10	22.90	202.1	171.8
1927	29.26	11.35	27.52	6.99	23.95	3.93	77.73	22.27	246.5	194.7
1928	38.33	11.11	27.22	7.22	9.45	6.67	75.00	25.00	177.4	182.2

C) *Mortalitatea infantilă în legătură cu starea socială economică a părinților.*

Din cetirea ratelor la 1000 născuți se vede că mortalitatea infantilă este indiscutabil mai mare la Români, decât la Maghiari. Cauza, credem că trebuie căutată în diferențele de situațiuni social-economice și mai ales igienice și culturale ale unora și altora; într-adevăr cea mai mică mortalitate infantilă, o găsim în comunele Vlaha și Săvădisla, exclusiv ungurești, cari au procentul cel mai scăzut de analfabeți, locuințele cele mai curate și igienice și starea socială și materială cea mai înfloritoare. Analizând mortalitatea infantilă la Români, în legătură cu starea lor economică, faptele nu corăspund așteptărilor noastre.

Această mortalitate se distribuie în mod uniform în comunele mai bogate ca și în cele sărace, ba în unele comune dintre cele

mai bine situate, cum e Luna de Sus, Vălișoara, Someșul Rece, Căpușul mic, mortalitatea infantilă foarte urcată, contrastează în chip evident, cu aceea din Agârbiciu, Dângăul mare, Straja și Lăpuștești cari trec printre cele mai sărace din plasa Gilău. Intervalul scurt de 5 ani, (1924/1928), pentru care am cules datele, ne împiedecă a formula concluzii în această chestiune, pentru acelaș motiv ne reținem a comenta datele din tabloul de mai jos privitor la d) *mortalitatea infantilă* (media pe 5 ani) și *procentul de analfabeți* (care e mai mare pentru femei și deci și printre mame decât printre bărbați) pe comune:

	<u>Mort. inf.</u>	<u>% de analfabeți</u>
1 Agârbiciu	137.3	62.9
2 Căpușul Mare	187.4	35.3
3 Căpușul Mic	212.9	32.1
4 Ciurila	202.6	47.1
5 Dângăul Mare	141.6	51.6
6 Dângăul Mic	169.2	70.8
7 Dumbrava	186.0	19.2
8 Florești	184.4	21.8
9 Finișel	175.8	35.0
10 Gilău	162.7	25.4
11 Hăjdate	223.4	52.3
12 Lăpuștești	160.7	76.4
13 Lifa Română	209.6	27.6
14 Luna de Sus	264.0	23.2
15 Măguri	192.0	64.5
16 Mărișel	223.0	65.3
17 Muntele rece	190.9	61.6
18 Păniceni	221.6	35.3
19 Săvădisla	154.9	10.7
20 Someșul cald	165.2	53.4
21 Someșul rece	273.1	56.2
22 Stolna	288.4	39.6
23 Straja	57.4	43.5
24 Selicea	237.1	52.9
25 Tăuți	270.8	45.8
26 Vălișoara	393.1	37.8
27 Vlaha	141.5	3.5

Mult mai interesantă ne apare distribuția pe vârstă și naționalități a deceselor infantile. Dată fiind repartizarea diferită pe vârstă, la Români și Maghiari, ușor putem bănuși că și cauzele terminale sau medicale ale mortalității diferă, și cu ele și măsurile preventive trebuie să difere la cele două naționalități pentru diferitele etape ale primului an al vieții. Așa la Români perioada cea mai critică, este prima lună dela naștere, datorită probabil maladiilor sau stărilor congenitale, printre cari debilitatea ocupă loc de frunte. La

maghiari această etapă e relativ mai ușor de trecut, poate datorită faptului că femeia maghiară se alimentează mai rațional și suficient și muncește mai puțin în epoca prenatală; se pare însă că la aceștia din urmă, epoca dela 1—6 luni și cea dela 7—12 luni cere comparativ mai multă atenție.

Cu alte cuvinte în lupta pentru reducerea mortalității infantile, vom stărui la Români mai mult asupra igienei prenatale, iar la maghiari mai mult asupra turburărilor de nutriție caracteristice vârstei de 1—6 luni și asupra maladiilor aparatului respirator (în special broncho-pneumonia) și maladiilor contagioase, caracteristice perioadei 7—12 luni. Trebuie să precizăm însă, că neavând date numerice pe care să sprijinim considerentele de mai sus, ele rămân mai mult ipotetice; ele arată totuși perspectivele ce s'ar deschide pentru noua organizare sanitară a plășii Gilău, dacă problema mortalității infantile s'ar studia în acest sens.

Pentru a accentua și mai mult asupra mortalității infantile în plasa Gilău, care în fapt nu face decât să confirme o calamitate națională, amintim de tabloul cu proporția la 100 morți pentru diferitele grupe de vârste. Din acesta se vede că aproape a treia parte din mortalitatea generală o formează decese sub vârsta de 1 an iar grupa de vârstă 0—18 ani însumează jumătate și chiar mai mult din mortalitatea generală.

Numărul morților dela 0—1 an întrece pe acela al grupei 1—18 ani, iar numărul morților dela 1—5 ani e mai mare decât al indivizilor de 5—18 ani.

e) Mortalitatea infantilă în legătură cu numărul încăperilor caselor de locuit.

Asupra acestui capitol, avem date la ancheta sanitară din casă în casă, făcută în comuna Gilău.

f) Cauzele mortalității infantile.

Multiplele cauze ale mortalității infantile se pot grupa în următoarele 4 categorii: 1. economice, 2. sociale, 3. sanitare și igienice, 4. terminale sau medicale. Această clasificare este cu totul convențională, neputându-se trage limite nete între cele patru grupe de cauze; ele se găsesc în interdependență, unele fiind consecința firească a celorlalte.

Aşa dacă în teză generală se admite, şi pe drept cuvânt, că sărăcia care implică un standard scăzut în condiţiile de trai şi care aduce de obicei, după sine condiţii sociale şi igienice inferioare, este responsabilă într-o largă măsură de o mortalitate infantilă ridicată, nu e mai puţin adevărat că mortalitatea infantilă mare, se poate vedea şi în familiile înstărite; mărturie în aceasta privinţă ne stă plasa Gilău, unde copii sub un an, mor cu o frecvenţă aproape egală şi la cei avuţi ca şi la cei săraci. În aceste cazuri, dacă sărăcia nu mai poate fi incriminată, în schimb starea sanitară şi igienică, fie a mediului înconjurător (şi prin aceasta înţelegem mai mult, locuinţa) fie a persoanelor, este vădit răpunzătoare de marele număr de decese în primul an al copilăriei, vârstă la care adaptarea la mediul ambiant, se face cel mai anevoie şi cu cele mai multe riscuri.

Deasupra tuturor factorilor provocatori ai acestei calamităţi, însă se găseşte starea de incultură a păturei rurale şi ignorarea absolută a celor mai elementare noţiuni de igienă generală şi mai ales infantilă.

Venind la cauzele terminale sau medicale ale mortalităţii infantile, trebuie să mărturisim că datele statistice pentru plasa Gilău lipsesc aproape cu totul pentru anii 1924, 1925 şi 1926, iar pentru 1927 şi 1928 sunt aşa de incomplete şi de puţin temeinice că nu le putem folosi; în felul acesta unul din cele mai importante capitole ale unui raport sanitar, lipseşte raportului nostru.

Totuşi din puţinul ce am găsit în arhiva serviciului sanitar al judeţului Cuj, şi din ancheta sumară din casă în casă din comuna Gilău, (implicând dificultăţile unor diagnostice respective, după date anamnestice, putem spune că principalele cauze de mortalitate infantilă sunt 3, în ordinea frecvenţei: debilitatea congenitală, turburările digestive şi maladiile aparatului respirator (broncho-pneumonia în special).

Maladiile contagioase cad pe un plan secundar în mortalitatea infantilă şi în plasa Gilău.

Din motivele de mai sus, nu putem reprezenta numeric şi grafic cauzele mortalităţii infantile pentru plasa întreagă; o vom face însă, când vom vorbi de ancheta din comuna Gilău.

Ca încheiere a acestui capitol, trebuie să spunem că rostul lui a fost acela de a schiţa problema mortalităţii infantile în plasa Gilău şi acela de a atrage luarea aminte a organelor sanitare că

și această plasă contribuie îndeajuns la reaua faimă a unei mortalități infantile mari pe care o are țara noastră.

Studiul temeinic al chestiunii, nu se poate face decât în decursul anilor, prin muncă neîntreruptă pe teren; acesta va fi și unul din principalele obiecte ale activității viitoarei plășii sanitare de demonstrație.

Ceace ni-se poate reproșa însă, și pe drept cuvânt, este că nu am cules date din registrele stării civile, pe o perioadă mai lungă ca 5 ani, ca să putem vedea evoluția sau trendul mortalității infantile și implicit cauzele creșterii sau descreșterii ei.

g) Date de comparație.

Mortalitatea infantilă în România. În vechiul regat pentru anii 1911—1915:

Anul	La 100 născuți vii	La % de decese de toate vârstele
1911	19.7	33.0
1912	18.5	35.2
1913	20.2	32.6
1914	18.7	33.4
1915	19.7	32.8
Media	19.3	33.3

Din cifrele de mai sus, reese că aproximativ a treia parte din numărul total al deceselor pe un an, revine copiilor sub vârsta de 1 an, iar a cincea parte din totalul născuților vii, mor în primul an al vieții. Această situație se suprapune exact celei din plasa Gilău pentru anii 1924—1928.

Mortalitatea infantilă pe provincii:

	la 100 născuți vii	% de decese
În 1918 în vechiul regat	30.0	10.4
„ 1919 în „	30.1	22.4
„ 1919 în Basarabia	15.2	18.1
„ 1920 în Regat	23.5	30.6
„ 1920 în Basarabia	20.5	26.8
„ 1920 în Bucovina	21.9	28.0
„ 1920 în Transilvania	20.0	27.9

Urmările războiului, adânc resimțite de vechiul regat se pot ceti în tabloul de mai sus.

Inregistrăm alăturat câteva date asupra mortalității infantile (proporția la 1000 născuți vii) din diferite țări, pe anii 1916—1921.

	1916	1917	1918	1919	1920	1921
Statele Unite	101.0	93.8	100.0	86.6	75.8	75.6
Australia	70.3	55.9	58.6	69.2	69.1	65.7
Belgia	116.3	140.1	133.8	103.0	—	—
Danemarca	99.9	99.6	74.2	91.6	90.7	77.2
Anglia și Wales	91.2	96.5	97.2	89.1	79.9	82.8
Germania	151.6	154.9	154.0	120.8	131.0	133.0
Olanda	—	100.0	103.2	93.4	82.8	85.8
Noua Zelandă	0.7	48.2	48.4	45.3	50.6	47.8
Elveția	78.5	79.2	88.2	82.4	83.7	—

Repartizarea pe zile și luni a mortalității infantile în Statele Unite, pentru anul 1921, pe procente:

Vârsta	% decese
0—1 zile	18.5
0—7 zile	37.8
0—1 luni	52.5
0—3 luni	66.0
0—6 luni	81.2
0—8 luni	92.0
0—1 an	100

Mortalitatea (proporție la 1000 născuți vii) în câteva țări pe sexe:

Statele Unite (1021)	băeți	83
	fete	67.3
Austria (1919)	băeți	169.3
	fete	142.6
Belgia (1919)	băeți	115.2
	fete	103.0
Danemarca (1920)	băeți	100.1
	fete	80.9

Germania (1919)	{	băieți	131.5
		fete	109.2
Noua Zelandă (1920)	{	băieți	54.9
		fete	44.9
Elveția (1919)	{	băieți	91.2
		fete	72.6

Mortalitatea infantilă și situația economică (salariul tatălui) în câteva orașe în America :

Salariul:	Mort. inf.
sub 450 dolari pe an	116.9
550— 649 dolari	116.6
650— 849	107.5
850—1049	82.8
1050—1249	64.0
1250—	59.1

Mortalitatea infantilă și numărul camerelor, după studiul lui Newman în Londra.

În familie locuind în apartamente cu :

1 cameră	(Mort. inf.)	219
2 "	" "	157
3 "	" "	141
4 "	" "	99

Mortalitatea infantilă și numărul persoanelor locuind într-o cameră (Manchester, N. H. U. S. A.)

Nr. persoanelor pe cameră	Mort. inf.
In medie mai puțin de 1	123.1
mai puțin de 2	177.8
In medie 2	
dar mai puțin de 3	216.7

Mortalitatea infantilă și cauzele medicale în Statele Unite pe anul 1921 :

<u>Cauzele</u>	<u>% decese infantile</u>
Maladii congenitale	38.7
Maladii gastro-intestinale	19.2
Maladii respiratoare	12.8
Maladii contagioase	8.5
Toate celelalte cauze	20.8
	<u> </u>
Total .	100

n) *Mortalitatea maternă.*

Regretăm că lipsa de date ne împiedică să precizăm importanța și locul pe care trebuie să-l ocupe această problemă în concertul celorlalte probleme de sănătate publică în plasa Gilău. Pentru o perioadă de 5 ani, abia am găsit înregistrate 3—4 decese de cauză puerperală; această situație de ar fi reală, ar întrece așteptările cele mai optimiste, dar credem că avem suficiente motive să ne îndoim de veracitatea acestui fenomen. Deși în rapoartele moașelor stă scris, că absolut toate nașterile au fost asistate, totuși faptul că numai în 4 din cele 27 comune, sunt moașe diplomate, pe când în celelalte sunt numai moașe empirice, — femei mai în etate, fără nici o pregătire în arta moșitului și lipsite de instrumentația necesară, ne impune scepticismul și rezerva.

Nu știm că organele sanitare cărora le incumbă îngrijirea prenatală a femeilor gravide (medicul de circ. și moașa) să fi făcut vreodată, cu titlul de medicină preventivă, vreunul din examenele periodice, cari constituie procedeul de rutină în materie, adică examenul fizic general și local, pelvimetria externă și internă, luarea tensiunii arteriale, examenele de laborator necesare ca R. Wassermann în sânge, albumina în urină, examenul secreției colului și vaginului etc. iar dacă s'au făcut vreodată, nu le-am găsit menționate nicăiri. Dar chiar în lipsa unei contabilități exacte, asupra problemei maternității, putem noi să spunem dacă îngrijirea prenatală și natală în plasa Gilău merită o atențiune deosebită chiar dela începutul organizării viitoarei plăși sanitare?

Credem că da și pentru următoarele motive: Indiferent de numărul cazurilor de morbiditate și mortalitate puerperală, decesele provocate de nașteri sau anterior lor, reprezintă o problemă mai gravă, decât un număr egal de morți din restul populației sau

dintre copii, fie mici, fie mari, devreme ce moartea unei mame implică năruirea unei căsnicii, viitorul sdruncinat unui mare număr de copii rămași orfani și alți numeroși factori sociali și economici. În afară de aceasta, marele număr de copii morți în prima lună dela naștere, în majoritate cu debilitate congenitală, dovedesc cu prisosință o rea îngrijire prenatală a viitoarelor mame, rău de care viitoarea plasă sanitară trebuie să se sesizeze fără întârziere.

În fine problema igienei infantile, recte mortalitatea infantilă, nu poate fi separată de aceea a igienei prenatale, una fiind corolarul celeilalte.

i) Date de comparație.

Dăm alăturat câteva date comparative cu privire la numărul mamelor moarte, de cauze purperale, la 1000 născuți vii.

După un tablou întocmit de „Children's bureau of Dept. of Labor U. S. A.“, în anul 1923, mortalitatea maternă în 22 țări se prezintă după cum urmează :

Danemara	(192)	2.0	Australia	(921)	4.7
Olanda	(1921)	2.3	Germania	(1918)	4.9
Suedia	(1917)	2.5	Noua Zelandă	(1919)	5.1
Italia	(1917)	3.0	Spania	(915)	5.2
Norvegia	(1917)	3.0	Irlanda	(920)	5.5
Uruguay	(1910)	3.4	Elveția	(1915)	5.5
Japonia	(1921)	3.6	Frar ța	(1914)	5.7
Africa Sud	(1924)	3.9	Scotția	(1919)	6.2
Anglia, Wales	(1919)	3.0	Statele U. A.	(1921)	6.8
Ungaria	(1915)	4.0	Belgia	(1919)	7.2
Finlanda	(1918)	4.4	Chile	(1920)	7.5

În Statele Unite ale Americii, din grupa femeilor între 15—45 ani etate, mortalitatea de pe urma accidentelor și maladiilor purperale, e mai mare decât pentru oarecare altă boală exceptând tuberculoza.

O distinsă igenistă americană spune, ca încheiere a listei de mai sus, că mortalitatea maternă în Statele Unite, este o pată pentru civilizația acestei țări, cu atât mai mult cu cât se cunosc prea bine mijloacele prin care ar putea fi redusă și mai ales că pentru lipsa de suficiente îngrijiri prenatale a femeilor gravide și

în timpul nașterii, este responsabilă societatea și nu mama sau familia, individual.

Din studiile întreprinse în Statele Unite asupra cauzelor mortalității materne, reese că aceste cauze se pot grupa sub trei capitole: 1. practica obstetricii care nu pare a fi la înălțime; 2. lipsa de îngrijiri prenatale și 3) marele număr de moașe fără nici o educație în arta moșitului.

5. Căsătoriile și divorțurile.

Proporția sau rata căsătoriilor, se află împărțind numărul persoanelor căsătorite la populația dată, exprimată în mii. Pentru a evita orice confuzie, vom adopta dela Whipple termenul de „persoanele căsătorite la miia de locuitori“.

a) Rata în general și pe naționalități. Distribuția pe vârstă.

Dăm mai jos un tablou cu numărul căsătoriilor, pe naționalități și căsătoriți în total, după vârstă și sex.

Anul	Populația plășii Gîlău	Numărul total al căsătoriilor	Proporția căsătorit la 1000 locuitori	Căsătoriții pe naționalități						Căsătoriile pe vârstă									
				Români		Maghiari		Evrei	Alții	16-20		21-25		26-30		31-40		41 →	
				Prop. la 1000 loc. Români	Maghiari	Prop. la 1000 loc. Magh.	Prop. la 1000 loc. Evrei			B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
1924	27143	676	24.9	492	26.1	182	22.5	2.14	1	7	92	86	118	147	70	55	34	43	24
1925	27619	598	21.7	442	22.9	156	19.0	—	—	25	117	86	97	123	48	42	28	23	9
1926	27963	600	21.5	430	22.1	170	20.5	—	—	27	114	81	99	129	46	30	22	33	19
1927	28324	650	22.9	458	23.2	186	23.4	6	41	8	136	98	108	161	46	34	22	24	13
1928	28.64	620	21.5	458	22.8	162	19.3	—	—	20	115	93	121	135	32	37	24	25	18

Date comparative.

Înainte de 1916 proporția căsătoriilor la miia de locuitori era de 18,5 pentru Regat, mai ridicată decât în oricare altă țară. Pentru restul Europei această proporție oscila între Irlanda cu 10.4 (cea mai joasă) și între Ungaria cu 17.8 (cea mai ridicată după România). După război proporția căsătoriilor a variat între 16.4 (Elveția) și 25.6 (Belgia); în Franța s'a menținut în jurul lui 11.5

In Statele-Unite și anume in statul Massachussets, căsătorile au avut următoarele fluctuații :

1910	18·2
1911	18·6
1912	17·6
1913	17·6
1914	17·9
1915	17·0
1916	18·2
1917	19·8
1918	14·0
1919	17·9
1920	19·7

Dăm mai jos un tablou de proporția căsătoriilor la 1000 locuitori în România pentru anii 1900—1920 :

Anii	Proporția căsătoriilor	Anii	Proporția căsătoriilor
1900	13·4	1910	18·4
1901	14·5	1911	21·0
1902	18·1	1912	17·2
1903	17·7	1913	18·3
1904	16·2	1914	16·8
1905	16·0	1915	14·3
1906	20·3	1918	17·6
1907	21·0	1919	22·0
1908	18·0	1920	25·0
1909	18·7		

b) *Fluctuația dela an la an.*

Tabelă de numărul căsătoriilor după naționalitate și de proporția la 100 căsătoriți după vârstă și sex în plasa Giău, 1924—1928.

Anul	Numărul căsătoriilor pe naționalități				Proporția la 100 căsătorii după vârstă și sex									
	16-20		21-25		26-30		31-40		41—		Total			
	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F				
1924	492	182	2	1·04	13·61	12·72	17·46	21·73	10·36	8·14	5·03	6·86	3·55	100
1925	442	156	—	4·18	19·57	14·38	16·22	20·57	8·27	7·02	4·68	3·85	1·34	100
1926	430	170	—	4·50	19·00	13·50	16·50	21·50	7·67	5·00	3·66	5·50	3·07	100
1927	458	186	6	1·23	20·92	15·07	16·60	24·73	7·08	5·30	3·38	3·69	2·00	100
1928	458	162	—	3·23	18·55	15·00	19·52	21·74	5·18	5·97	3·87	4·03	2·90	100

Divorțurile în plasa Gilău nu formează o problemă socială ca în multe din țările mai înaintate în civilizație. Ne mărturisim câteva lipsuri și în această chestiune — aceea de a nu avea date asupra repartizării divorțurilor pe naționalități și asupra cauzelor divorțurilor.

a) *Rata divorțurilor în general.*

Dăm mai jos un tablou privitor la cifra absolută a divorțurilor și proporția la 1000 locuitori precum și proporția la 100 căsătorii pe anii 1924—1928:

Anul	Populația în Gilău	No. brut al divorțurilor	Prop. div. la 1000 locuitori	No. căsătorii	Prop. la 100 căsătorii
1924	27.143	13	0·48	676	3·85
1925	27.619	12	0·43	598	4·02
1926	27.963	7	0·25	600	2·33
1927	28.324	8	0·28	650	2·49
1928	28.764	11	0·38	620	3·55

b) *Date de comparație dela noi și de aiurea.*

După războiu, în 1929, numărul total al divorțurilor pentru România întregită, a fost de 7716, cu o proporție de 0·47 la 1000 de locuitori, ceea ce revine la 1 divorț pentru 50 căsătorii. Pentru Transilvania avem 0·57 la 1000 locuitori, adică aproximativ 1 divorț la 40 căsătorii.

Astăzi divorțurile în România manifestă o tendință la creștere, în aceeași măsură ca și căsătoriile.

Dăm mai jos câteva date asupra divorțurilor în Statele-Unite ale Americii, pentru perioada 1905—1920.

1905	0.58	In ultimii ani, divorțurile au crescut în această țară în proporții îngrijitoare. Pentru unele state, cum e Massachussets s'a vorbit în 1928 de 1 divorț la 7—8 căsătorii.
1910	0.56	
1915	0.62	
1920	0.95	

6. Sporul populației. Indicele vital al populației.

În Gilău, unde emigrările sunt un element cu totul neglijabil (din comuna Lăpușești au plecat 32 familii cu 155 membrii în jud. Satu-Mare, în 1928 însă pentru un moment ei au comptat cu sediul tot în comuna Lăpușești, în afară de aceștia mai sunt puține cazuri cari se duc la oraș din interese economice și mai puține cari își fac domiciliul stabil acolo, — sporul real al populației este aproape sinonim cu sporul natural, așa fiind, vom compta în datele ce consemnăm mai jos cu sporul natural, ca echivalent cu sporul real.

a) Excedentul natural al populației pe sex, naționalitate și religie.

Dăm alăturat un tablou cu excedentul natural al pop. în plasa Gilău, pe sex și naționalitate pe anii 1924—1928.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anul	Populația în plasa Gilău		Populația și excedentul pe sexe				Populația și excedentul natural pe naționalități							
	Populația	Excedent total	B.		F.		Români		Maghiari		Evrei		Alții	
			Popu- lata	Exce- dent	Popu- lata	Exce- dent	Popu- lata	Exce- dent	Popu- lata	Exce- dent	Popu- lata	Exce- dent	Popu- lata	Exce- dent
1924	27143	—	13511	—	13632	—	18860	—	8080	—	142	—	56	—
1925	27619	476	13755	224	13884	252	19224	364	8196	111	143	1	56	0
1926	27963	314	13892	157	14071	187	19480	256	8284	88	143	—	56	0
1927	28324	361	14080	156	14276	205	19758	278	8365	81	145	2	56	0
1928	28764	440	14488	440	14276	—	20105	347	8457	92	146	1	50	0

Tabloul de mai sus se completează cu un altul, privitor la nrul populației pe religii și excedentul pe religie.

Anul	Greco-ort.		Greco-cat.		Rom.-cat.		Reformași		Mozaici		Luterani		Alții	
	Pop.	Exced.	Pop.	Exced.	Pop.	Exced.	Pop.	Exced.	Pop.	Exced.	Pop.	Exced.	Pop.	Exced.
1924	11253	—	7551	—	1412	—	6629	—	152	—	10	—	136	—
1925	11473	220	7687	136	1438	26	6722	93	153	1	10	—	136	0
1926	11643	170	7778	91	1465	27	6777	55	153	0	10	—	137	1
1927	11828	185	7885	107	1479	14	6829	52	155	2	11	1	137	0
1928	12088	260	7989	104	1438	41	6945	116	106	1	11	—	137	0

Dăm mai jos un tablou cuprinzând proporția la 100 de locuitori a sporului natural al populației în plasa Gilău, în total și pe naționalități.

Anul	Sporul pe 5 ani	Media anuală spor	Români			Maghiari			Evrei			
			% spor	% spor pe 5 ani	% spor anual (media)	% spor	% spor pe 5 ani	% spor pe 1 an	% Spor	% spor media pe 5 ani	% media pe 1 an	
1924												
1925	1.72	5.75	1.44	1.89	6.39	1.598	1.36	4.48	1.12	0.69	2.75	0.69
1926	1.23											
1927	1.27											
1928	1.53											
	1.73											

b) *Date de comparație.*

Pentru anul 1924, sporul natural în România întregită se distribuie astfel:

Vechiul Regat	1.76%
Basarabia	1.52%
Bucovina	1.21%
Ardeal	0.94%

Nașterile și excedentul natural în România, pentru perioada 1919—1924, au fluctuațiile următoare:

Anii	Nașterile %	Excedent % loc.
1919	22.9	0.23
1920	33.7	0.77
1921	38.1	1.51
1922	37.2	1.44
1923	36.0	1.37
1924	36.6	1.41

Excedentul mare al nașterilor asupra deceselor, revin în cea mai mare parte a populației rurale a țării. Cifrele de mai jos ilustrează, nu se poate mai bine, acest fapt, pentru anii 1911—1915 (nu avem date pentru o perioadă mai recentă):

Anii	Exced. % loc. rurali	Exced. % loc. urbani
1911	1.96	0.67
1912	2.29	0.97
1913	1.84	0.55
1914	2.09	0.81
1915	1.80	0.68

c) *Indicele vital al populației din plasa Gilău.*

$$\left. \begin{array}{l} \text{Indicele vital} \\ \text{(sau raportul } \frac{\text{nașteri}}{\text{morți}} \end{array} \right\} - 100 \times \frac{\text{Numărul nașterilor}}{\text{Numărul morților}}$$

Anul	Popul. totală		Români		Maghiari		Indicele vital			
	Nașteri	Morți	Nașteri	Morți	Nașteri	Morți	Populația totală	Români	Maghiari	
1924	1090	628	805	440	282	186	173·6	183 0	151 6	
1925	990	650	712	467	277	182	152·3	152 5	152·2	
1926	1014	654	747	476	262	177	155·4	156 9	148 0	
1927	987	654	722	488	262	154	153 0	147·9	170·1	
1928	1009	563	761	394	247	169	179·2	193·1	146·1	
Media pe 5 ani								162·6	166·7	152·2

Din datele de mai sus privitoare la indicele vital al populației din plasa Gilău ar reeși că această populație este în general sănătoasă și prosperă din punct de vedere biologic. Ușor se poate desprinde și faptul că populația maghiară cu un indice vital mai mic, departe de a fi decadentă este cu ceva mai inferioară celei românești din punct de vedere biologic.

Cap. V. — Bolile sociale.

a) *Morbiditatea și mortalitatea, rata pentru principalele boli întâlnite. Date de comparație.*

1. Tuberculoza.

În arhiva serviciului sanitar județean nu am găsit date asupra morbidității și mortalității în tuberculoză, decât pe ultimii doi ani (1927 și 1928). Dar și acestea sunt lipsite de precizie în privința repartizării cazurilor și deceselor pe etate, naționalitate, profesioni, nu reese clar dacă cazurile raportate în anii respectivi includ și cazuri vechi, sau sunt numai din cele depistate în anul în curs. Nu am găsit nicăeri date asupra suspecțiilor de tuberculoză și nici asupra contacturilor la această boală; nici nu am putut afla vre-o mențiune precisă asupra activității terapeutice și preventive în legătură cu cazurile de tuberculoză și implicit câte vizite s'au făcut la domiciliul bolnavilor de către medic.

Asupra segregării bolnavilor în spitale sau în sanatorii nu găsim decât mențiunea laconică: s'au internat în spital atâția, fără

Din cei 130 bolnavi de tuberculoză pulmonară, din plasa Gilău, pe 1927, 36 aveau o situație materială bună, 55 mediocră și 39 rea.

În spital au fost tratați 2. Aproximativ 39 de indivizi aveau baciloză deschisă.

Pentru anul 1928 din cei 107 bolnavi, 28 aveau o stare economică bună, 58 mediocră și 21 rea. La spital au fost tratați 30, toți cu formă deschisă. Analiza tablourilor de mai sus, pe lângă că ne dă un indiciu, cel puțin, asupra locului pe care îl ocupă tuberculoza pulmonară printre celelalte probleme de sănătate publică în plasa Gilău, dar ne oferă și prilejul să semnalăm lipsa din rapoartele medicilor a câtorva date statistice importante pentru studiul și cunoașterea temeinică a acestei probleme în plasa noastră.

Raportajul cazurilor de tuberculoză pulmonară.

(Cazurile de tuberculoză nepulmonară au fost așa de puține, încât am preferat să nu le dăm; noi am observat și — numai întâmplător prin plasă — mult mai numeroase cazuri).

Dacă comparăm ratele mortalității și morbidității cu acelea din restul țării, am fi înclinați să credem că tuberculoza pulmonară nu comportă în plasa Gilău, gravitatea cu care suntem obișnuiți să privim această maladie socială în țara noastră.

Comparată cu ratele altor țări, care au o mortalitate mică, situația în plasa Gilău încă ar fi satisfăcătoare; credem însă că boala e mult mai răspândită decât o arată datele de mai sus.

Astfel dacă socotim că, pentru fiecare mort de ftizie ar fi să avem aproximativ 5 cazuri confirmate, atunci pentru cei 2 ani 1927 și 1928, ar trebui să avem respectiv 200 și 110 cazuri, sau dacă acceptăm cota americană care cere ca pentru fiecare decedat din anul precedent să fie declarate 2 noi cazuri (de orice formă clinică), tot pe anul precedent, ar urma să avem în cazul nostru circa 170—180 cazuri pentru anul 1928.

Mai e un fapt care poate fi un indiciu al inexactității raportajului cazurilor de tuberculoză: este mortalitatea și morbiditatea pentru grupa de vârstă 50 în sus, pe 1927; aci vedem că la 10 decese corespund 5 cazuri de aceeași boală, în același an. Acest lucru s'ar mai putea explica și prin aceea că cele 5 cazuri au fost depistate în cursul anului 1927, iar majoritatea deceselor, ar putea fi dintre cazurile înregistrate cu un an în urmă, (1926 pentru care nu am găsit date statistice).

Repartizarea cazurilor și deceselor pe etate.

În grupa de vârstă 0—1 an găsim declarat un singur caz de tuberculoză pe anul 1927 și un deces pe 1928, probabil acelaș caz, iar în grupele 2—5 ani și 6—10 ani găsim respectiv 1 și 14 cazuri pentru 1927 și 7—11 cazuri pentru 1928. Această situațiune contrazice vădit aserțiunea clasică că atât morbiditatea cât și mortalitatea la tuberculoză sunt mari printre copiii mici și mai scăzute în a doua copilărie. Faptul s'ar explica fie prin dificultățile mult mai mari ale diagnosticului tuberculozei la copii mici, la cari formele acute, ușor de confundat cu oricare maladie febrilă, sunt cele mai frecvente, fie că e vorba numai de un hazard statistic, al anilor 1927 și 1928. Lipsa de date pentru o perioadă mai lungă ne împiedecă a formula vre-o concluzie.

Tot din tabloul distribuției cazurilor și în parte și din acela al deceselor, se confirmă faptul, că această boală se întâlnește cu frecvența cea mai mare între 20—40 ani (când avem și letalitatea cea mai urcată).

Dacă am avea și repartizarea cazurilor și deceselor pe sexe, am vedea poate, că pentru vârsta de 21—30 ani, elementul feminin plătește cel mai mare tribut boalei în cazuri și decese, pe când la bărbați întâlnim cele mai numeroase cazuri în grupa de vârstă 30—40 și cele mai multe decese în grupa 40—50 ani.

Se înțelege ușor importanța considerabilă a unor date exacte în această privință pentru organele sanitare cari în lupta pentru controlul tuberculozei și-ar concentra atenția cu precădere asupra unor anumite grupe de vârstă (diferite pentru cele două sexe) cele mai amenințate de această boală. Rubrica mortalității proporționale (% din numărul morților de toate cauzele) din tabloul al doilea, ne arată locul pe care îl ocupă tuberculoza pulmonară printre celelalte cauze de moarte în plasa Gilău, pe anii 1927 și 1928; din cetirea ei se vede că pentru grupele de vârstă 16—20 ani și 20—40 ani, media pe cei doi ani, a mortalității proporționale, este respectiv de 18,2 și 19,8, reprezentând pentru fiecare din grupele de etate mai sus menționate, aproximativ a cincea parte din numărul total al morților ce aparțin acelor grupe; tot din aceeaș rubrică se vede că numai 5% de morți de toate vârstele aparțin tuberculozei, adică abia a douăzecia parte din totalul deceselor sunt datorite tuberculozei. Din datele comparative ce prezentăm la sfârșitul acestui capitol, se va vedea situația din România și din alte țări în această privință.

Tuberculoza și ocupațiunea.

Ocupațiunea este unul din factorii de căpetenie în studiul tuberculozei. Pentru populațiunea din plasa noastră care e compusă în mare majoritate din agricultori, ea nu joacă decât cu mici excepții rolul covârșitor pe care îl are în cercetarea acestei probleme la orașe. Așa în comuna Vlaha, din plasa administrativă cu acelaș nume, medicul de circumscripție respectiv, se întreabă de ce, în potriva unei stări, social-economice și culturale a locuitorilor, mai mult decât satisfăcătoare, sunt atât de mulți ftizici. Cauza, credem, trebuie căutată în condițiunile de viață pe care le aduc acești locuitori în atelierile lor de tâmplărie, dulgherie, ferărie etc. din orașul Cluj, unde o bună parte din ei lucrează.

Credem că majoritatea cazurilor de tuberculoză pulmonară în plasa noastră, aparține agricultorilor, deși nu avem distribuția lor precisă pe ocupațiuni.

Ocupațiunea locuitorilor în plasa Gilău.

Dăm alăturat un tablou, reprezentând repartizarea populației din plasa noastră pe ocupațiuni, deși nu pare tocmai potrivit a insera această chestiune aci. După cum se va vedea clasificarea ocupațiunilor așa cum am găsit-o în statistica agricolă a județului și pe care o dăm ca atare nu este deloc fericită.

No. comunelor	Agri- cultori	Mesc- riași	Comer- cianți	Funcțio- nari	Lucră- tori cu ziua	Servi- tori	Fără ocupa- țiuni (copii, femei, bătrâni)	Totalul locuito- rilor
27	15.162	464	101	237	4111	391	8134	28764

După tabloul de mai sus, mai mult de a 4-a parte din populația plășii Gilău nu lucrează nimic, nu se ocupă nici măcar cu cerșitul.

Tuberculoza și naționalitatea.

Tabela de mai jos ilustrează, nu se poate mai bine, influența naționalității asupra curbei mortalității la tuberculoză. Ea reprezintă după studiul lui Dublin d'n 1920, mortalitatea la tuberculoză printre cetățenii newyorkezi, de diverse origini, dar cari acum trăesc unii lângă alții în aceleași condițiuni de viață.

<u>Născuți în</u>	<u>Rata mort. bărbați</u>	<u>Rata mort. femei</u>
Statele-Unite	170·9	109·6
Irlanda	589·3	276·1
Germania	267·4	115·3
Anglia	215·2	123·3
Austro-Ungaria	166·0	102·6
Italia	112·1	160·1
Rusia	114·7	74·6

Studiul cronologic al tuberculozei.

Cum rezultatul unei organizări metodice a luptei împotriva acestei boale, nu se poate aprecia decât printr'o contabilitate exactă, an de an a cazurilor și a deceselor, insistăm cu riscul de a ne repeta de-atâtea ori, asupra importanței unei anchete minuțioase pentru a ști, cu oarecare precizie, care e numărul cazurilor și deceselor de tuberculoză în plasa Gilău, cari apoi vor fi urmărite an de an.

Aceasta va fi încă una din preocupările de căpetenie ale plășii sanitare de demonstrație.

Tuberculoza pulmonară în România.

Neavând la îndemână date exacte privitoare la morbiditatea și mortalitatea în tuberculoza pulmonară pentru populația rurală din întreaga țară, ne mulțumim a da cifra absolută a morților și proporției la 100.000 locuitori pentru 34 orașe din vechiul Regat (capitale de județ) pe anii 1905—1921 incl.

Anul	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1919	1920	1921
Cifra absolută	3043	3105	2959	2569	3012	2873	2852	2594	2818	2464	2771	3576	2975	2213
Rata mort. la 100.000 loc. cu. ori	259·5					245·0					236	304·9	253·6	188·7

Atragem atenția, că ratele mortalității ce am dat mai sus nu sunt exacte, fiindcă au fost calculate pentru toți anii, folosind aceeaș populație, aceea din 1922; se poate deci lesne deduce, că

aceste rate au fost în realitate mai mari, deoarece populația pentru anii 1905—1910, 1915—1919 și 1921 a fost mai mică.

Cu această rezervă privitye, aceste rate ne dau un prețios indiciu despre întinderea tuberculozei în populația noastră urbană. Se poate vedea din tabloul de mai sus cum mortalitatea în tuberculoza pulmonară, de 3 ori mai mare decât în țările apusului și în America (unde oscilează în jurul lui 100), era în continuă scădere dela 1905 până la 1919 când s'a urcat brusc (datorită relei stări economice postbelice și epidemiilor ce au bântuit atunci, în particular gripa) pentru a scădea iarăși în 1920 și 1921.

Mai interesante sunt datele de mai jos privitoare la mortalitatea la tuberculoză în județele din Transilvania și Banat în anul 1915 (Statistica maghiară).

<u>Județe</u>	<u>Rata mort. la 10000 loc.</u>
1. Făgăraș	170
2. Trei-Scaune, Timiș-Torontal	220
3. Brașov, Bistrița-Năsăud, Sibiu, Hunedoara	250
4. Bihor, Turda-Arieș	300
5. Ciuc, Alba-de-jos, Arad	320
6. Odorhei, Târnava-Mare, Cojocna, Mara- mureș și Caraș-Severin	350
7. Târnava-Mică, Sălaj, Sătmar	400
8. Mureș-Turda, Solnoc-Dobâca	450
<u>Media</u> .	<u>307</u>

Din tabloul alăturat ar reeși, că mortalitatea la tuberculoza pulmonară cel puțin pentru anul 1915, e mai urcată în Transilvania decât în vechiul Regat, aceasta cu atât mai vârtos, cu cât datele pentru Ardeal privesc numai populația rurală, unde în genere tuberculoza e mai puțin frecventă ca la orașe.

2. Sifilisul.

Morbiditatea.

Nu am găsit date utilizabile decât pentru anii 1927 și 1928; pe acest din urmă an lipsește și repartizarea pe etate a cazurilor.

Repartizarea cazurilor de sifilis, din cele 3 circ. medicale ale plășii Gilău, pe anii 1927 și 1928 e arătată în tabloul alăturat.

Anul	1927										1928						
	0-5	6-10	11-20	21-30	31-40	41-60	Plasa întreagă			Rata morb.	Plasa întreagă			Rata morb.			
							B.	F.	Total		B.	F.	Total				
Circ. Gilău	3	—	3	29	32	10	—	55	22	77	431,2 ^o	38	23	61	361,3 ^o		
Ci. c. Săvădisla	1	—	—	—	1	—	—	1	1	2		3	2	5			
Circ. Căpușul Mare	4	4	3	7	8	9	8	23	21	44		22	16	38			
	Total:										79	44	123		63	41	104

În total, s'au depistat, pe acești 2 ani, 227 cazuri de sifilis, 142 bărbați și 85 femei, cu o rată medie de 394,5 sau 0,39 la 100 locuitori. Din însăși spusa medicilor de circumscripții, boala ar fi mult mai răspândită, însă lipsa de educație, prejudecățile populației și absența unei asistențe medicale metodic organizată, fac depistarea cu deosebire dificilă. După formele clinice, cazurile se distribuie astfel pe anul 1927: Sifilis primar 1 caz, sifilis secundar 4, terțiar 117, sifilis nervos 1 caz.

Pe anul 1928 am găsit următoarea repartizare: sifilis primar 5 cazuri, secundar 55, terțiar 40 și sifilis hereditar 4 cazuri.

Pentru tratamentul cazurilor, s'a folosit mai cu seamă arsenicul și bismutul sub diverse forme; nu am găsit nicăeri menționată cantitatea, rezultatele și dacă tratamentul s'a făcut sau nu regulat, la toate cazurile. De asemenea nu s'a specificat dacă și de câte ori s'a folosit laboratorul pentru diagnosticarea și urmărirea cazurilor.

Mortalitatea.

În anul 1927, au murit în circ. Gilău 2 bărbați și 3 femei, în Săvădisla nu s'a înregistrat nici un deces de cauză luetică, iar în Căpușul-Mare 2 bărbați și 2 femei; total 9 decese cu o rată a mortalității de 31,6 ‰ locuitori pe acest an.

În anul 1928 nu s'a raportat serviciului sanitar nici un mort de sifilis.

După cum spuneam, după impresia noastră confirmată de relatările medicilor, numărul sifiliticilor e mult mai mare decât cel arătat în tabloul de mai sus. Cercetările clinice însoțite de Reacția Wassermann, făcută de medicul circ. Gilău într'o circ. medicală apropiată, unde funcționase mai înainte, au dat la iveală o proporție surprinzătoare de mare de sifilitici; sunt toate motivele să bănuim o

situație similară în plasa noastră, a cărei populațiune are aproape aceeaș stare social-culturală și aceleași moravuri.

Ancheta întreprinsă de serviciul exterior al policlinicei ambulatorii de sub conducerea dlui Dr. Stanca — în 2 comune din județul Alba-de-jos — cu toată nota de exagerare care i-se impută de mulți, încă ar veni în sprijinul bănuelilor noastre.

Așa în cursul anchetei din comuna Poiana-Ampoiului, au fost vizitate 493 persoane înscrise pe 132 foi familiale, dintre acestea, 74 de indivizi au fost găsiți sifilici, adică o proporție de 15 la sută sau o morbiditate de 15.000 la 100.000 locuitori.

Dar oricare ar fi realitatea, o anchetă minuțioasă, cu examene de laborator este absolut necesară, pentru a scoate această chestiune din domeniul literaturii gazetărești (sunt prea cunoscute strigătele de alarmă, că cea mai vrednică populațiune românească, Moții, se stinge, roasă de saracie, sifilis și alcoolism) și a-i da suportul și autoritatea științifică, în sensul unei confirmări sau desmintiri.

Cu aceasta va avea să se ocupe plasa sanitară de demonstrație Gilău.

Nu avem date precise asupra mortalității în sifilis nici în restul țării, pentru anul 1922 se dă o cifră aproximativă de 40.000 pentru întreaga țară, care raportată la o populație de 16.500.000 locuitori ar reprezenta o morbiditate de 250 la 100.000 locuitori sau 0.25%.

Nu am găsit nici o dată privitoare la celelalte maladii venereice, în arhivele serviciului sanitar județean.

3. Pelagra.

Puține cazuri de pelagră înregistrată în plasa Gilău, vin să confirme un lucru deja cunoscut: raritatea acestei boale în Ardeal și în genere în provinciile alipite, ca constituind tristul apanagiu al vechiului Regat. Cu toate acestea, ținând seama de alimentația relativ săracă și puțin variată a locuitorilor din comunele de munte ca Măguri, Mărișel, Muntele-rece și Lăpușești unde zarzavaturile nu cresc aproape de loc — ne-am fi așteptat ca boala să fie ceva mai răspândită în aceste comune. Raritatea cazurilor nu ne-o explicăm decât prin aceia că locuitorii găsesc în laptele pe care-l consumă în cantități satisfăcătoare — principiile alimentare necesare și vitaminele antipelagroase.

Mai notăm și faptul că populația acestor sate consumă relativ puțină făină de porumb.

Cazurile de pelagră înregistrate, în plasa Gilău au fost următoarele: Două în circ. Gilău în 1925, unul în 1926 în aceeaș circ. Cu alte cuvinte, în decursul a 5 ani, s'au declarat 5 cazuri de pelagră în plasa Gilău.

Nu s'a înregistrat niciun caz letal în tot acest interval de timp.

Date de comparații.

Pentru întreg județul Cluj, cu populație de 307.000 locuitori la 1921, s'au înregistrat 220 cazuri de pelagră pe o perioadă de 10 ani (1912—1921), iar în județul Tecuci cu o populație de 150.000 locuitori, s'au declarat 14.361 cazuri de pelagră pentru acelaș interval de timp.

4. Alcoolismul.

Cifrele consemnate în cazierile sanitare ale comunelor, neprezentând nici o garanție de adevăr, am căutat să ne informăm dela vânzătorii de băuturi alcoolice, asupra cantității anuale desfăcute; rezultatul a fost tot așa de nesatisfăcător: ni-s'au dat cantități, cari după impresia noastră nu reprezintă nici pe departe, realitatea.

În schimb toate autoritățile, medici, prefectori, preoți, învățători, notari etc. cu cari am stat de vorbă, au fost de acord în a recunoaște că în plasa Gilău alcoolul sub toate formele se consumă în proporții îngrijorătoare.

Nu am găsit nicăiri consemnate date asupra numărului absolut al alcoolicilor și nici asupra repartizării lor pe forme clinice. Dăm mai la vale câteva date numerice privitoare la această problemă în plasa Gilău, având cunoștință că nu facem mai mult decât să satisfacem zicala: Mai bine puțin decât nimic.

Numărul restauratorilor în plasa Gilău este de 2.

Numărul cârciumarilor este de 72, revenind la 1 cârciumă pentru 400 locuitori.

După datele înregistrate în cazierile sanitare ale fiecărei comune, pentru anul 1928, s'a consumat în plasa Gilău cam următoarele cantități de alcoolice:

Diverse rachiuri	140.944	l.
Bere	33.393	l.
Vin	25.888	l.
Licheur-uri	—	

Aceste cantități distribuite pe cap de locuitor revin la:

Rachiuri	4.9 l.
Bere	1.3 l.
Licheur-uri	—

Date de comparație din alte țări:

Dăm alăturat un tablou de cantitățile medii anuale de alcoolice consumate în diferite țări, pe cap de locuitor, pe anii 1901—1905, exprimate în litri:

<u>Țările</u>	<u>Bere</u>	<u>Vin</u>	<u>Rachiuri 50 /</u>
1. Franța	36.0	139.0	7.0
2. Italia	98.0	214.0	1.3
3. Belgia	218.0	4.6	7.0
4. Elveția	64.0	74.0	7.0
5. Danemarca	65.0	1.5	14.1
6. Anglia, Irlanda	133.0	1.6	5.2
7. Germania	119.0	6.6	8.1
8. Austro-Ungaria	42.0	17.7	10.3
9. Bulgaria	1.7	51.4	1.3
10. U. S. America	67.0	1.8	5.3
11. Suedia	59.0	0.6	7.6
12. România	1.0	21.0	4.0
13. Rusia	4.5	4.0	5.2
14. Norvegia	15.7	1.8	3.2
15. Finlanda	19.2	0.5	2.8

5. Cancerul.

Pentru anii 1924—1925 nu am aflat date referitoare la morbiditatea în plasa Gilău.

Puținele date ce am cules pentru 1926—1928 sunt consemnate în tabloul alăturat:

Anul	Morbiditatea				Mortalitatea			
	1927	1928	Total	Rata	1927	1928	Total	Rata
Circ. Gilău	—	—	—	—	—	—	—	—
Circ. Săvădisla	3	4	7	24.3	3	4	7	24.3
Circ. Căp.-Mare	—	2	2	6.9	—	2	2	6.9

Bănuim că cifrele de mai jos sunt mult inferioare.

Luată ca atare, ar însemna că cancerul e destul de rar în plasa Gilău; în tot cazul frecvența acestei boale nu se poate compara cu cea din alte țări, cum sunt Statele-Unite, unde cancerul reprezintă în ordinea frecvenței, a II-a cauză de moarte, cu o rată a mortalității de 130 la 100.000 locuitori.

Date de comparație. Câteva cifre. În Anglia la 100.000 locuitori au murit de cancer 53 indivizi (1893), iar mai târziu în 1903, au murit 85 indivizi 1906—1907. Decese p. 100.000 locuitori.

Danemarca	136
Olanda	101
Norvegia	100
Anglia	91
Franța	76
Italia	61
Spania	48
Algeria (europeni)	32

Frecvența crescândă a deceselor de cancer este astăzi bine stabilită, mai ales la populația urbană; două exemple vorbitoare:

Paris:	1876—80	9.4
	1881—85	9.5
	1886—90	9.9
	1896—1900	9.9
	1896—1900	10.5
	1901—1905	10.9
	1906—1910	11.3
Londra:	1851—1860	4.2
	1861—1870	4.8
	1871—1880	5.5
	1881—1890	6.8
	1891—1900	8.5
	1901—1909	9.4

6. Gușa.

După cum se va vedea din tabloul de mai jos, gușa reprezintă pentru plasa Gilău o problemă destul de proeminentă. Din examenul somatic ce am făcut printre copiii de școală din comuna Someșul-Cald, care are numărul cel mai mare de gușați,⁹ nu am găsit nici un caz aparent. E posibil să fi existat guși mici sau fruste, dat fiind faptul că nu ne-am ocupat în special de această chestiune. În tot cazul măsurile preventive pe cari eventual plasa

sanitară le-ar lua împotriva gușei, ar trebui să vizeze în primul rând populația școlară.

Anul	1927		1928		Total 1928	Rata morbidității 1928
	Sexul		B.	F.		
Circ. Gilău	100	96	98	91	189	844,8‰/1000
Circ. Săvădisla	13	26	13	21	34	
Circ. Căp.-Mare	17	8	11	9	20	

Total pe întreaga plasă Gilău . . . 503.

Media cazurilor de gușe pentru 1 an este de 251,5.

Cazurile cele mai numeroase de gușe le găsim în comunele Someșul-Rece și Someșul-Cald. După relațiile notabilităților din această din urmă comună, gușa ar fi scăzut simțitor în ultimii ani, de când locuitorii au început să se alimenteze cu apă din fântân', renunțând la cea de rău.

E de regretat lipsa de date pe mai mulți ani în urmă, pentru a vedea dacă spusele locuitorilor se confirmă; în tot cazul această chestiune este demnă de atenție.

În rapoartele serviciului sanitar nu am găsit menționate formele clinice ale gușei; după observațiile noastre însă, credem că gușa parenchimotoasă și chistică predomină.

7. Alienații-cretinii-surdo-mușii-orbil.

Referitor la aceste infirmități nu am găsit date decât pe doi ani (1927 și 1928). Nu am găsit nici o mențiune asupra formelor clinice ale alienațiilor și nici asupra cauzelor care au produs orbirea. Următoarele 2 tablouri rezumă datele asupra infirmităților anunțate mai sus, pe cei 2 ani — așa cum au fost găsite în arhiva Serviciului Sanitar.

Anul	Alienați							Cretini						
	1927		1928		Total		Total	1927		1928		Total		Total
	B.	F.	B.	F.	B.	F.		B.	F.	B.	F.			
Circ. Gilău	7	1	8	2	15	3	18	6	2	4	2	10	4	14
Circ. Săvădisla	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	1	8	1	9
Circ. Căpușul-Mare	0	0	0	0	0	0	0	5	2	6	2	11	4	15

Numai doi dintre alienați sunt internați în ospiciu. Dintre cretini nu s'a internat nici unul.

Surdo-muți	1927		1928		Total		Total	Orbi	1927		1928		Total		Total
	Anul								Sexul						
	B.	F.	B.	F.	B.	F.		B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
Circ. Gilău	5	4	4	4	9	8	17	6	3	6	3	12	6	18	
Circ. Săvădista	2	3	—	3	2	6	8	1	1	2	1	3	2	5	
Circ. Căp. Mare	9	14	10	15	19	29	48	12	5	15	7	27	12	39	

Deasemenea nici dintre surdo-muți și orbi nu s'a internat nici unul.

Nu am găsit nicăiri nici o mențiune asupra debiilor mintali. Raportul de față cuprinde însă, rezultatele investigațiilor făcute printre o mare parte (peste 1000) din copii de școală — de către dl profesor Roșca, dela Institutul de psihologie din Cluj.

Dr. I. Gomoiu.

BCU Cluj / Central University Dr. P. Râmneanțu.

Dispensarul psihiatric.

Iniințarea unui dispensar psihic, unei instituții de asistența psihopaților, ar putea să pară, în stadiul actual de popularizare al concepțiilor nouă în psihiatrie și în igiena mentală, ca un ce fără rost și fără folos. Un lux pentru niște „bolnavi incurabili“, despre cari, ca pentru a arăta cum era concepută nebunia pe timpul anterior lui Pinel, unii, dintre contemporanii noștrii, nu se sfiesc să spună, cu oarecare milă ocazională, că ar fi mai bine să fie omorâți; iar alții, în curent cu termenii aleși, susțin, în numele eufhansiei, aceeaș monstruoșitate, ca și cum ei ar fi în stare să tragă o linie de demarcație strictă, separând net pe normal de anormal.

Acestor exterminatori înverșunați ai „anormalilor“ — cari de cele mai multe ori au devenit nevrozați pentru că în lupta vieții au fost forțați să bată în retragere, să regreseze, pentru ca alți să progreseze — nădăjduind că le-ar putea domoli întrucâtva tendințele lor omucide, îmi îngăduesc să le amintesc două rânduri din Anatole France: „Qui peut se flatter de n'être fou en rien?... Nous

disons qu'un homme est fou quand il ne pense pas comme nous. Voilà tout. Philosophiquement, les idées des fous sont aussi légitimes que les nôtres". — (La vie littéraire).

De fapt, toată chestiunea aceasta se limpezește ușor, dacă ne dăm seama că sunt mai multe categorii de psihopați.

Din cercetarea activității psihice umane s'a ajuns la concluzia existenței unor facultăți în acest psihism. Unele, intelectuale, alcătuiesc psihismul superior; altele, morale, formează psihismul inferior.

Didactic, aceste facultăți au fost separate. Necesitățile metodei de învățământ au făcut ca această izolare să fie și mai adâncă, așa că se vorbește deosebit de percepții sensoriale, de memorie, de ideatie, de raționament și de voință, ca facultăți intelectuale; de instincte, de emoții, de efectiuni și de sentimente, ca facultăți morale. De fapt, toate aceste facultăți sunt asociate, ceea ce face ca activitatea voluntară să fie determinată în parte și de psihismul inferior, iar activitatea reflexă, la rândul ei, să fie determinată în parte și de psihismul superior.

Pe baza valorilor facultăților psihice — valori de calitate, de cantitate și de echilibru, — psihiatrii au clasat psihismele în patru mari clase:

Schematic, în jurul unei stări normale teoretice, sunt supra-normalii, oamenii superiori, fie intelectual, fie moral.

În jurul acestora sunt normalii, cei mai numeroși, ale căror facultăți au valori mijlocii.

Apoi, anormalii, sau subnormalii, intelectuali și normali cu facultăți calitativ și cantitativ inferioare sau dezechilibrate.

În jurul anormalilor se găsesc psihopații, cu turburări morbide în echilibrul, cantitatea și calitatea facultăților lor psihice. Aceștia sunt, deci, cei mai depărtați de centrul schemei — de starea normală teoretică. Când psihopatul e nesociabil și e periculos societății e socotit alienat. Termenul „alienație mentală“ are, așa dar, și o valoare sociologică: „se aplică numai acelorora dintre bolnavii mentali a căror sechestrare e obligatorie împotriva voinții lor, fie pentru a proteja societatea împotriva lor, fie pentru a-i proteja pe ei însuși împotriva incapacității lor de a trăi în libertate“.

Prin urmare sunt psihopați alienați, cari sunt internați ca periculoși pentru ei și pentru societate, și psihopați nealienați, cari trebuie să fie tratați ca cei ce sufăr de oricare altă boală — și, cum pentru aceștia sunt dispensare, policlinice și consultații externe, e, deci, nevoie să se întemeieze instituții similare și pentru psihopații nealienați.

Ce este un dispensar psihic ?

„O consultație pentru psihopați — zice doctorul M. Potet — unde se prezintă, fie singuri, fie aduși de vreo rudă, indivizii a căror stare mentală nu-i normală, al căror caracter și ale căror reacțiuni par străine celor din jurul lor“...

Examenul unui psihopat ușor, făcut cu multă prudență și îngrijire, și după o metodă deosebită de cea întrebuințată față de psihopații adeveriți, hotărăște distincțiunea între psihopații cari pot prin munca lor folosi societății și aceia cari trebuie să fie internați ca antisociali. Ținând seama de influența mediului social și moral asupra psihopaților în special, cunoașterea acestui mediu e de o mare importanță pentru tratarea unei afecțiuni, deaceia e nevoie de un serviciu social care să facă legătura între medic și psihopatul lăsat să se îngrijească acasă. Tot astfel, activitatea profesională, când ea nu corespunde capacității virtuale, ci numai celei actuale, a unui individ, poate determina agravarea unei boli.¹⁾ Deci, cercetarea aptitudinelor, precum și sarcina de a plasa pe cei apti de muncă, revenind tot dispensarului, opera lui își întinde și-si lărgeste câmpul de activitate, care de drept ar trebui să cuprindă și educația sexuală, educația socială în închisori și penitenciare, lupta împotriva imoralității în artă și în publicații, lupta împotriva toxicomaniilor de tot felul, etc.

Dispensarul psihiatric a luat ființă întâia dată în Statele-Unite. Exemplul minunat a fost curând imitat de America latină și de Europa: Anglia Franța, Elveția, Spania au aproape în toate orașele mari dispensare psihice și servicii deschise pentru psihopați. În Germania s'au înființat deasemenea numeroase „institute psihiatrice“, iar la Berlin, din anul 1920, funcționează prima policlinică de psihanaliză.

Cunoașterea adâncă prin psihanaliză, a psihopaților sau a celor predispuși, aduce reale servicii sociale, deoarece psihanalistul scoborîndu-se în întunecimele de nepătruns prin altă metodă, ajunge să găsească origina răului și astfel îl taie dela rădăcină; iar pe de altă parte, descoperind în timpul psihanalizei tendințele afectivității primitive ale unui individ, echilibrarea psihismului dezechilibrat, reintegrarea personalității dezintegrate prin psihonevroze se poate face prin psihosinteză, nu în cadrul tradițional, ci după structura intimă a ființei individuale.

¹⁾ Vezi „Spiritul contrarian și orientarea profesională“ de Dr. G. Retezeanu. Buletinul eugenic și biopolitic în 11—12 1929.

Ăceeaş negură învăluieşte toate conflictele care vin în atingere cu conştiinţa, atât la normali cât şi la psihopaţi; toate tendinţele omului, geniu, om de rând, nebun sau criminal, pornesc din aceleaşi profunzimi smârcoase ale inconştientului: deaceea prin lumina psihanalizei în această beznă, şi prin adâncirea proceselor primare, ni se deschid drumuri nouă de investigaţii şi de găsirea adevărului.

Din noroiul ancestral, în continuă frământare, tâşnesc părea negre care, după cum sunt straturile străbătute, ajung la suprafaţa ca izvoare cristaline, sau rămân întunecate, aşa cum au pornit.

După psihanalisti tendinţele inconştiente au în faţa lor patru drumuri, adică sunt patru feluri de procese, prin care aceste tendinţe pot fi satisfăcute: înăbuşite, refulate, tendinţele se preschimbă în simptome patologice; transmutate în activităţi socializate, ajung astfel prin sublimare la eficienţe morale şi estetice; satisfăcute erotic, duc la perversiuni; iar satisfacerea lor ipocrită, în paguba societăţii e pedepsită de codul penal. Prin urmare, aceleaşi tendinţe îl pot duce pe om la ospiciu, la academie, la închisoare sau la ocnă.

De obicei, la dispensarul psihic, se prezintă cei din categoria întâia, uneori şi cei din a treia; cei din a doua îşi găsesc, de multe ori, singuri drumul cel adevărat; iar cei din categoria a patra, sunt numai câteodată trimişi de judecătorul de instrucţie.

Aceste mecanisme de satisfacere sunt separat expuse pentru o mai uşoară înţelegere, în realitate ele lucrează laolaltă. Tocmai pentru aceasta, când la baza unei afecţiuni nu sunt leziuni organice, singura metodă de cercetare şi de terapie e psihanaliza, căci are posibilitatea de a urmări pas cu pas procesele secundare ale preconştientului, pe cele primare ale inconştientului şi, descurgând firele din fascicolele de tendinţe, poate să desfacă toate complexele: îndepărtând astfel încetul cu încetul reacţiunile periculoase pentru societate şi întărind reacţiunile de sublimare.

În general, dispensarul psihic, pentru a corespunde cerinţelor igienei mentale, trebuie, în primul rând, să facă diagnosticul unei turburări psihice cât mai precoce, tinzând la facerea diagnosticului chiar al predispoziţiei psihopatice, pentru a preveni, prin tratament şi prin măsuri de profilaxie socială, neajunsurile atât individuale, cât şi sociale.

Examenul psihic ar aduce reale servicii bunului mers obştesc, mai ales dacă ar fi legiferat: Şefii de servicii civile şi militare, ca unii cărora le incumbă datorii sociale de seamă, ar fi bine ca din cinci în cinci ani să fie obligaţi a se prezenta la dispensarii psihiatrice pentruca certificatul acestor dispensarii să consfinţească

drepturile pe care legea le dă capacității intelectuale și morale a reprezentanților autorității publice. Cerând umil iertare, amintesc că înalta situație socială nu scutește pe nici un personaj de eventuale afecțiuni mentale, cum nimeni nu-i cruțat de alte boli. Dar în vreme ce multe boli diminuează puterea de muncă a celui atins, unele boli mentale îi măresc activitatea, îl îndeamnă să facă lucruri extraordinare, care se înțelege că vor duce la un rezultat dezastruos pentru instituția în fruntea căreia se găsește.

Ca să ilustrez printr'un exemplu cele sugerate, îmi îngădui să povestesc o întâmplare, pe care mi-a spus-o un medic ilustru, despre un mare demnitar dintr'o țară oarecare.

Un președinte de consiliu de miniștri, ajuns de unele turburări mentale, a fost convins mai cu voie, mai fără voie, să cedeze locul altuia. După vre-o două-trei luni agravându-i-se simptomele morbide, urmașul său l-a întovărășit în fața unui specialist. Cu acest prilej, luându-i-se datele anamnestice, dialogul dintre specialist și succesorul președinte de consiliu a fost cam următorul:

— De când ați observat dumneavoastră, că prezintă aceste turburări?

— Nu de mult.

— (Mirat). Cum nu de mult?

— Da, căci până acum trei luni a fost președinte de consiliu la noi în țară.

— Extraordinar! Doamnele prim-ministru, aceste simptome durează de cel puțin cinci ani. Ele s'au agravat zi de zi, și cecece ați observat ulterior, numind-o începerea boalei, e desfășurarea optimă a acestor semne morbide.

Ar fi oare nepotrivit ca înainte de a depune jurământul, viitorii miniștri să fie supuși unui examen medical psihic, făcut de o comisiune de specialiști? Ar avea, astfel, confirmarea că vor conduce țara nu numai pe temei electoral, ci și ca reprezentanți a tot ce are ea mai sănătos la minte.

Probabil că s'ar fi vărsat mai puțin sânge în trecut; războaie și revoluții albe și roșii ar fi fost poate evitate, dacă certificatul de integritate mentală ar fi constituit prima condiție pentru a fi numit sau ales conducător.

Plăcerea ușoarei sforțări de a înșira numele personalităților, cărora certificatul medical le-ar fi limitat activitatea, spre binele omenirii, o las cetitorului pentru a se convinge, în acest fel, că la rădăcina ambițiilor politice de tot soiul, dorințelor de dominare și de mărire, rod mai întotdeauna niște vietăți atât de mici, încât nu-

mai cu greu le poți vedea chiar la microscop. Convingerea aceasta îl va face apoi pe cetitor, dacă a ajuns la concepția că statul trebuie să intervină pentru prosperitatea biologică a neamului, îl va face să lupte pentru introducerea carnetului medical individual și pentru examinarea obligatorie, fizică și psihică.

S'ar putea obiecta că așa ceva e ne mai pomenit, că nu se întâmplă în nici o țară. Dar cele ce se fac aiurea s'au făcut totdeauna? Atunci de ce să așteptăm ca numai noi să imităm?

Dr. G. Retezeanu.

Considerații generale asupra cauzelor prostituției.

Am fi prea puțin exacti, dacă am crede, că în cadrele rezumative ale unui astfel de articol, s'ar putea analiza toate cauzele, pe cari s'a clădit problema ce tratăm. În articolul precedent, când vorbeam de evoluția prostituției privită sub aspect istoric, am schițat unele dintre cauzele ei. Am arătat cum ea a urmărit pas cu pas evoluția omenirii și avându-și începutul încă în cele mai primitive condiții de existență.

Moravuri primitive, apoi motive religioase, stau la baza prostituției antice. Din acestea se desprinde, pentru o scurtă epocă, prostituția spartană, practică din interese superioare de Stat, sau după cum am spune azi, din riguroase motive eugenice.

Înainte de a expune cauzele cari determină prostituția timpului nou, va trebui să precizăm noțiunea de prostituție. Vom abandona pentru moment, definițiunea complectă, dată prostituției în articolul precedent; aceasta pentru a simplifica lucrurile și pentru a evita eventualele confuzii. Vom înțelege deci prin prostituție, *promiscuitatea sexuală profesională* a elementului feminin. Din punct de vedere practic, această limitare a problemei este perfect justificată.

Problema prostituției ne apare astăzi, ca fiind sub dependența unor cauze, desprinse dintr'un ansamblu eterogen, ansamblu compus din elemente variate de ordin ereditar-patologic, psihologic, social și moral. Nici unul dintre acești factori, acționând izolat nu va putea duce la prostituție. Totuși în evoluția concepției

asupra problemei, a figurat câțva timp, teoria eredității patologice a lui *Tarnowsky*. După acest autor, prostituata e predestinată din naștere, de către alcătuirea ei biologică deviată dela normal, deci de către factori pur endogeni, față de cari toate celelalte momente, reflectate asupra femeii din ambianța socială și morală, n'ar avea prea mult de modificat. Cercetările antropometrice a *Pauline'i Tarnowsky*, transpune în domeniul prostituției ideile lombroziene din celebrul *uomo delinquente*. După această doctrină¹⁾, prostituata prezintă o serie întregă de malformațiuni anatomice, caracteristice degenerării ereditare. Aceste malformațiuni de ordin fizic, ar implica și o deviație dela normal al facultăților psihice, caracterizate în particular prin absența simțului moral și modificarea funcțiunilor sexuale.

Deviațiile antropologice ale craniului și feței, acestei categorii de femei, ar consta într'o micșorare a diametrelor fundamentale craniene, o diminuare deci, a cutiei craniene și consecutiv și a masei creierului. Aceasta ar fi explicația anatomică a scăderii intelectului și a simțului etic. Intre modificările feței se remarcă proeminarea arcadelor zigomatice și dimensiunile mărite ale maxilarului inferior. Asimetriile craniene și faciale, încă nu ar constitui o raritate, după cum nu constituie nici malformațiunile dentare, ale pavilionului urechii, ale extremităților, strabismul etc.

Stigmatetele de degenerare, ar fi numeric, invers proporționale cu starea socială. Numeroase în pătura de jos, ele se reduc considerabil în condițiile sociale superioare. Statistica dată de *Prof. Tarnowsky*,²⁾ arată, că prostituatele sunt dotate cu astfel de semne de degenerare fizică, într'o procentuație ce ar atinge cifra de 82, 64%, în timp ce procentul aceluiași stigmatete e numai de 14% în mediu rural și abia de 2% la femeile din pătura cultă. După doctrina autorilor *Tarnowsky*, prostituata ar ocupa cea mai de jos treaptă a scării sociale.

Însă această teorie, pe care aș numi-o *teoria eredității patologice* a prostituției, nu s'a putut impune ca factor etiologic independent. Ea conține desigur, un grăunte de adevăr, — după cum se exprimă *Blaschko* — însă căruia i-s'au atribuit amplori ireale. Numărul degeneratelor ereditare sortite dela început carierei desfrăului remunerat, e prea mic, pentru a justifica generalizări exclusiviste. Sunt și „prostituate născute“, adeseori membre ale

¹⁾ Blaschko A.: Syphilis u. Prostitution. — Berlin 1893. V. v. S. Karger.

²⁾ Tarnowsky B.: Prostitution u. Abolitionismus. — Hamburg u. Leipzig V. v. L. Voss. 1890.

famiilor prospere din punct de vedere material, cari indiferent de condițiile în cari sunt transplantate, recad cu grabă în murdăria promiscuității. În aceste cazuri izolate, responsabilitatea o au exclusiv determinanții ereditari. Mizeria, lipsa de muncă, împreună cu ceilalți factori de ordin social, ai complexului etiologic, sunt inexistenți în exemplul amintit.

Marea majoritate a cifrei prostituatelor, e compusă din elemente culese din pătura de jos a societății. În țările agricole, elementul rural dă cel mai mare contingent, pe când în țările cu viață industrială, majoritatea fetelor cu conducută sau pensionarele căsilor de toleranță, sunt de proveniență proletară.

Astfel ancheta oficială rusă, dela 1889, arată, că 47·3% au fost fete dela țară, pe când o și mai veche statistică berlineză (1872) relevă ca procentuație a provenienței proletare a prostituatelor, cifra de 69·9% ; 14·4% au fost fice de funcționari inferiori și abia 4·1% fete dela țară. Anchetele asupra motivelor cari au determinat pe femei la prostituție, trebuiesc conduse cu multă sagacitate și anamneza prostituatei, date fiind preferințele acesteia pentru minciună, trebuie privită cu multă rezervă, dacă nu chiar cu neîncredere. Din acest motiv nu aş putea atribui proporții reale, clasicei, statistici a lui *Parent-Duchatelet*¹⁾, care dintr'o anchetă făcută asupra alor 5.183, prostituate înregistrate, dă cifra de 1.441 cazuri (27·8%) pentru cele ce profesează desfrâul, din extreme lipsuri materiale ; 1.255 s'au prostituat din motive de orfanaj și abandonare, iar 89, din necesitatea imperioasă de a procura hrană alor săi.

După altă statistică dată de *Baumgarten* (Voss), contingentele fetelor de sub control din Viena, se repartizau astfel : servitoare 58%, lucrătoare manuale 16%, casierite 14%, lucrătoare din fabrici 5·5%, contortiste 0·38%, iar bone 0·36%. Restul până la sută se întregeste din cântărețe, friseuse, modele și altele.

Cifrele lui *Schnapper-Arndt* (Voss), făcute pentru Frankfurt, arată procentuația de 30%, pentru servitoare, 21·8% chelnărițe, 13% lucrătoare, 7·6% cusătorese.

Și celelalte statistici ar pleda pentru aceeași contribuție ridicată a servitoarelor, la cifra prostituției. Analiza acestor fapte ne descopere o altă lature a complexului de cauze. Majoritatea servitoarelor o formează fetele dela țară, cari complect lipsite de experiență, sunt abandonate tentațiilor urbane. Tocmai asupra acestui

¹⁾ Cit. din : Fürst H. : Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten etc. p. 16. V. H. Minjon, Frankfurt a M. 1920.

element se concentrează cele mai viguroase seducții, iar cedarea — dată fiind calitatea adeseori de marcă, a seducătorului — le apare irefuzabilă. Odată înfrântă castitatea și înlocuită prin conștiința inutilității ei, viitorul acestor fete va depinde numai de întâmplare. Mai ales dacă primul „pas greșit“ va fi tragic complicat de o eventuală sarcină, care expune pe femei la o nemerită de-sarmare morală și socială. Familia și societatea o respinge, postul i-se abzice, iar femeia ajunsă în stradă nu mai are prea mult de ales. *Aceste cauze de prostituare își au rădăcina în culisele mediului social, în lumea lui de ipocrizii și prejudecăți morale.*

Iată un moment determinant, care s'ar putea preveni, sau odată efectul produs, e susceptibil de reparat. Dacă ar fi să respectăm punctul de vedere didactic al expunerii, ar trebui să grupăm aceste cazuri în capitolul *prostituției ocazionale*. Cât privește numărul prostituatelor recrutate din clasa proletară, el pare a fi scăzut simțitor în timpul din urmă. *Blaschko*, atribue aceasta unei fortificări economice și morale a muncitorimei industriale feminine (Voss). Nu cred că explicarea lui *Blaschko* să fie motivul primordial al ameliorării acestei situații. Și iată pentru ce.

La începutul erei industriale, adevăratul timp când s'au alcătuit statisticile cari tradează procentul ridicat al contingentului prostituției de origine proletară, această castă nu reprezenta decât transpunerea în mediu urban al aceleași element rural neexperimentat cu viața de oraș. În plus, muncitorii industriali erau tocmai elementele mizere ale societății rurale, elemente poate rău dotate, cari nu au reușit să-și asigure existența prin lucrarea pământului. În mrejele de tentații, fetele acestor familii cădeau cu ușurință.

A urmat apoi stabilizarea muncitorimii, concretizarea ei într'o entitate socială păstrând însă un aspect cu totul particular. În conviețuirea intimă a sexului slab alături de bărbați în fabrici și ateliere, într'un mediu cu alt crez și altă mentalitate, s'a șters întâi simțul eticei convenționale. Bărbatul și femeia înfrățiți de duritatea muncii, pentru câștigarea aceleași pâini, se interesează prea puțin de calea pe care se câștigă. Morala acestui mediu admite tacit, escapadele remun. rate ale fetelor și amorul extraconjugal al soțiilor, făcute în scopul unei achiziții materiale, mai ales în perioadele de șomaj. Virginitatea, de cele mai multe ori precoce pierdută, nu atât în seducții galante din „lumea bună“ cât mai ales în însăși imoralitatea mediului proletar, nu reprezintă deloc echivalentul moral al feminității. Sarcina extraconjugală e mai mult un accident neplăcut decât o rușine, și nime în mediul proletar nu se gândește să atri-

bue acestui fapt proporțiile unei nelegiuiri. O astfel de femei, neîntâmpinând nici o dezaprobare umiltoare în ambianța ei socială și morală, nu e forțată să se înregistreze în armata desfrâului înregistrat.

Acesta cred, e primul motiv pentru care statisticile și-au redus procentuația referitoare la contingentul de prostituate, dat de societatea muncitoare. Efectele nu vor putea fi deci căutate într'o sanare morală și economică, ci mai degrabă în dispariția ipocriziei și a prejudecăților morale.

Statisticile amintite, dau astfel numai cifrele unei îmbunătățiri aparente, în realitate însă, promiscuitatea există, ea e doar împinsă spre spatele scenei, ferită de văzul public.

Fapt e, că prostituția ca promiscuitate profesională și-a diminuat cadrele, în urma dispariției unei stări de spirit ieșit morale. Prin aceasta totuși societatea nu a înregistrat un profit real, întrucât imoralitatea deghizată era înlocuită prin alta fățișe. Asupra acestui punct voi reveni când voi vorbi de combaterea prostituției.

Face excepție dela aceste considerații, muncitorimea marilor industrii modern organizate. Într'adevăr, aceasta a atins un înalt grad de „aristocratizare“ și ca atare, își identifică fizionomia socială cu aceea a claselor superioare.

Nici *Bonger* nu s'a putut emancipa de prea multă unilateralitate în momentul când a afirmat, că prostituția e „complementul inevitabil al legalelor căsnicii în doi“.¹⁾ El contrazice însuși aspectul prostituției din era pre-creștină, apoi sistemul poligam, care se desfășoară încă înaintea noastră. Prostituția e aceeași, atât în Orientul poligam cât și în lumea monogamă.

S'a mai vorbit încă de *excedentul femeilor* asupra elementului masculin, ca de altă cale ce duce la desfrâul plătit. O astfel de presupunere nu mai trebuie combătută, întrucât inexactitatea ei e evidentă. *Ströhberg*²⁾ arăta încă înainte cu 30 de ani, că e vorba mai mult de o echilibrare numerică a sexelor. În Europa, cel puțin, excedentul femeilor, nu e deloc hotărîtor. Țara europeană cu cel mai urcat număr de femei e Norvegia, cu proporția de 1000:1060 în favoarea femeilor. În alte țări cifrele se inversează, așa spre exemplu Belgia are numai 985 femei la 1000 bărbați.

¹⁾ Cit. după Voss: Einfluss der sozialen Lage auf die Prostitution. Mosse-Tugendreich: Krankheit u. soziale Lage, p 461. F. Lehmanns Verlag, München 1913.

²⁾ Ströhberg: Prostitution — Stuttgart. V. v. F. Enke 1899 — p. 84.



Nu se poate admite nici presupunerea, că o femeie ar alege viciul din simplul motiv că a rămas nemăritată. Cu toate acestea, pentru autorii femenini cari analizează problema prostituției, ca spre exemplu *Henriette Fürth*¹⁾, tocmai acest lucru e motiv de efuzii sentimentale, de compătimire la adresa femeii și de revoltă împotriva bărbatului.

Hirsch, (Voss) semnaleză influența condițiilor economice asupra numărului prostituatelor: scumpirea vieții augmentează numărul, pecând ieftinirea îl scade. Statistica e făcută asupra prostituatelor berlineze, înregistrate.

Dăm aci o tabelă alui *Hirsch*:

Anul	Nrul prostituatelor	Anul	Nrul prostituatelor
1874	1966	1884	3724
1875	2241	1885	3598
1876	2386	1886	3006
1877	2547	1887	3063
1878	2707	1888	3392
1879	3033	1889	3713
1880	3186	1890	4068
1881	3767	1891	4364
1882	3900	1892	4663
1883	3769	1893	4794

Din această tabelă reese, că dela anul 1874—1892, prostituția e în urcare gradată. Dela acest an începe o scădere, care atinge minimul la 1886, pentruca dela această dată să se urce iarăși. Interpretarea curbei cu minimul în anul 1886, s'a făcut comparând-o cu aceea a scumpirii alimentelor pe piață. Intr'adevăr, în acel an pâinea, cartofii și carnea, ajunseră la cele mai mici prețuri.

Mai amintim, a'coolismul, ca moment adjuvant al prostituției. Rolul alcoolului se resumă la diminuarea voinței și a simțului etic, pe de altă parte, accentuiază dorințele sexuale.

Făcând o reprivire sintetică asupra cauzelor înșirate mai sus, recunoaștem că importanța fiecăreia nu e decât parțială. Piatra unghiulară a acestei construcții de patologie socială trebuie căutată în însăși particularitățile fiziologice ale sexelor; în caracterul pasiv al sexualității feminine și în impulsivitatea bărbatului. Fără această particularitate de fiziologie sexuală, promiscuitatea *ad libitum*, în scop profesional, a femeii, ar fi pur iluzoric. Caracterul pasiv al

¹⁾ Op. cit.

funcțiunii sexuale feminine, dă femeii posibilitatea unei promiscuități sexuale aproape nelimitată, în comparație cu ceea ce rolul său activ, poate permite unui bărbat. În schimb dorințele sexuale sunt un apanaj aproape exclusiv al naturii masculine. Astfel în mod normal, pe teren sexual, bărbatul e acela care provoacă, pe când femeia, doar, se supune și cedează.

Cedarea e însă limitată de anumiți factori: consecințele biologice ale actului sexual (sarcină, naștere etc.) și rigoarea legilor morale. Anestezia sexuală, înlăturarea simțului etic sau pervertirea lui, — fie în urma unei eredități patologice, relei educații sau exemplului rău, solidarizat cu trândăvia, superficialitatea — apoi impulsivitatea sexuală a bărbatului, vor constitui *ansamblul endogen* de cauze ale prostituției.

Sub acest colorit, prostituția — în sensul restrâns al cuvântului — ne apare ca echivalentul feminin al vagabondajului, al excrocheriei și până la un anumit punct, al criminalității.

Ansamblul exogen, constituit din confluența unor factori de ordin social, economic sau accidental, nu e propriu zis determinant, produce însă fluctuațiuni cantitative ale cifrei prostituției.

Ovidiu Comșia.

Istoria sifilisului.

I.

De unde a pătruns sifilisul în Europa ?

Teoria americanistă.

Scurt timp după ce *Fernando Cortez* subjugă Mexicul, intră în țara cucerită părintele franciscan *Bernardino da Sahagun*. Repede învață graiul poporului aztec la perfecțiune; fondează o școală clericală la Santa-Cruz-Tlatelolco, pe care o conduce timp de patruzeci de ani, unde indigenii mexicani, foarte inteligenți, își însușesc cultura Europei apusene, iar pe de altă parte călugării spanioli studiază și descrie țara cucerită, cu poporul și civilizația ei.

Sahagun fixează rezultatele cercetărilor urmate timp de patru decenii într'o monumentală „*Historia general de las cosas de Nueva Espana*”, care e un izvor prețios pentru orice cercetător al trecutului Americii și pentru istoriograful medicinei, cu atât mai autentic, cu cât știm că *Sahagun* a scris-o adesea direct după dictatul indigenilor azteci.

Intre alte ramuri ale civilizației lor, trebuie menționată medicina. Ea avea un caracter exprimat savant, și trecuse de mult peste faza medicinei populare, demoniace-empirice.

Mărturia medicilor azteci, cuprinsă în unele capitole ale cărții lui *Sahagun*, e de mare valoare pentru istoriografia sifilisului. Ei cunoșteau boala la perfecțiune sub numele de *nanauatl* și făceau prognosticul după intensitatea fenomenelor cutanate. Afectul primar, — ceea ce numim azi șancrul dur, — e exact descris de ei și nu ignorează nici legătura între el și afecțiunile secundare. Ce-i mai important: ei aveau noțiunea clară a sifilisului ca *boală constituțională*, și știau că el nu rămâne localizat numai asupra organului infectat, ci atinge întreg organismul. Un medic spaniol *Benavides*, care trăise mult timp între autochtonii din America, spune în 1562, că „indigenii cunosc această boală mai bine decât mine”. După mărturia Spaniolilor, Aztecii vindeau boala prin cure lungi și complicate, cu tratament intern, medical și extern, parte balneologic, parte chirurgical.

La Azteci sifilisul are chiar și zeul propriu, pe *Nanauatzin*.

Antropologul american, (Ceh de origină) *Hrdlicka*, care a studiat mii și mii de schelete precolumbiane din America, afirmă că nu a aflat între ele oase cu leziuni sifilitice, pe când între osemintele de mai târziu, de indieni și albi, ele abundă. Alți antropologi însă, afirmă că au găsit oase sifilitice precolumbiane și o mulțime de ceramice peruane, foarte fine și natural executate, reprezintă figuri de oameni cu leziuni cari seamănă foarte mult cu cele sifilitice.

Argumente importante din două izvoare istorice, scrierile lui *Diaz de Isla* și *Oviedo*, contemporani ai lui *Cristofor Columb* și o mulțime de alte mărturii de importanță secundară, pledează și ele pentru originea americană a sifilisului. După medicul spaniol *Diaz de l'Isola*, marinarii lui *Columb* s'au infectat în insula Espanola, — azi Haiti, — cu grozava molimă. *Isola* a tratat de această boală în 1493 în Barcelona mai mulți ma-

rinari reîntorși din prima expediție a lui *Columb*. Datele furnizate de *Isla* corespund până în amănunte celor spuse de croniciarul *Oviedo* și mai târziu de nobilul *Las Casas*.

Cu un aparat critic formidabil, istoricul medicinei moderne a cernut toate datele contimporane despre *origina americană* a sifilisului. Majoritatea istoriografilor medicali o admite, — atât școala franceză cât și cea germană. Opera cea mai recentă și fundamentală, în care se apără originea americană a sifilisului, e cartea lui *Ivan Bloch* „*Der Ursprung der Syphilis*”, (Jena, Fischer, 1901 și 1911). Nu-i cu puțință să intrăm în vasta argumentare a americanistilor: ar trebui să scriem mai multe volume ca să epuizăm întrucâtva subiectul. Mărturisim însă, că argumentele americanistilor ne par mai tari, și, până la proba convingătoare, contrară, admitem și noi originea americană a acestui grozav flagel.

Ce spun anticviștii?

Obiectivitatea științifică nu ne permite însă, să nu dăm aici și unele din principalele idei ale „*Anticviștilor*”, a acelei grupări de cercetători medico-istorici, care afirmă că sifilisul a existat în lumea veche din Antichitate, și că numai medicina mai simplistă a timpurilor dinaintea renașterii n'a fost în stare să-l deosebească de alte boale ale pielii.

În privința aceasta avem mai de curând o elegantă și vioacă lucrare a unui medic din München, *Gaston Vorberg*, „*Über den Ursprung der Syphilis*” apărută în 1924, în care se argumentează cu multă dibăcie împotriva americanistilor. Pe lângă argumente negative, — de ex. ale lui *Hrdlicka*, cari însă nu sunt de tot convingătoare, și o critică a celor afirmate de *Isla* și *Oviedo*, care e mai mult subiectivă decât obiectivă, — anticviștii aduc un bogat arsenal de date, cari, în orice caz, chiar dacă nu sunt în stare să răstoarne din primul moment teoriile americanistilor, totuși merită o discuție obiectivă și atentă, discuție care de fapt se și poartă azi în lumea medico-istorică și de bunăseamă încă mult timp nu va fi tranșată definitiv. Între acestea amintim osemintele preistorice din valea Petit Morin, în Franța, la cari o secțiune a unui os cubital are leziuni cari ar putea fi considerate ca sifilitice. Ar putea, — numai; dar *Aschoff*, anatomo-patologul de frunte din Freiburg, se exprimă foarte rezervat asupra naturii sifilitice a acestor leziuni. Un

alt argument al anticviștilor, foarte plausibil, e bustul lui *Socrate* din muzeul național din Napoli, cu stigmatе de eredo-sifilitic: nas în șea, strabism intern al ochiului stâng, asimetrie facială. Inșă *Socrate* poate să fi fost și numai rahitic; asta ar explica nasul în șea. Iar strabismul și paralizia facială nu trebuie să fie numai și numai o urmare a sifilisului moștenit, ci pot fi puse și în socoteala unei ușoare hemoragii cerebrale; *Socrate* era bătrân și iubea vinul, — n'ar fi de mirat să-l fi lovit o ușoară damba.

În sfârșit *Vorberg* citează cu o extraordinară erudiție o mulțime de pasaje din poezii, prozatorii, istoriografii și medicii antici, asupra boalelor venerice, care erau extrem de răspândite în urma destrăbălării sexuale, la modă în imperiul roman. El găsește în aceste citate tablouri clinice și simptome, care după părerea sa ar dovedi existența infecțiunii sifilitice în antichitate. Interpretările lui *Vorberg*, la prima vedere sunt sugestive. Inșă ele nu rezistă la o analiză mai amănunțită. Și aceste analize au fost făcute de medico-istorici și clinicieni de cea mai mare competență. Rezultatul acestei discuții este: o parte din citatele lui *Vorberg* din capul locului trebuie eliminate, deoarece e clar că nu se referă la sifilis, ci la alte boale venerice și ale pielii. O parte mai mică ar putea să conțină unele elemente pentru diagnosticul retrospectiv al sifilisului, ele totuși rămân atât de neclare și neprecise, încât nici unul din ele nu ne îndreptățește de a spune hotărât: a existat într'adevăr sifilisul în antichitate.

Astfel cartea lui *Vorberg*, care a stârnit atâta zarvă, a avut darul să deștepte din nou îndoeli asupra teoriei americaniste, n'a putut inșă s'o sdruncine până acum.

Karl Sudhoff despre sifilisul medieval.

Mult mai greu decât cuvântul lui *Vorberg*, trage în cumpănă părerea celui mai mare medico-istoric german, profesorul de Istoria Medicinii dela Universitatea din Lipsca, *Karl Sudhoff*. Într'o serie de cercetări extraordinar de precise, făcute dela 1911 încoace, Sudhoff a adunat toate acele date care ar putea indica existența sifilisului în Europa înainte de descoperirea Americii. El își pune două întrebări:

1. Există documente care să dovedească existența boalei înainte de 1493?

2. În caz că da, cum se întâmplă că boala devine cunoscută abia după această dată?

Iată în linii generale argumentarea savantului medico-istoric: Antichitatea nu ne-a lăsat o descriere medicală a sifilisului. Medicina medievală, care n'a îndrăsnit să iasă din limitele moștenirii dela cei vechi, tocmai de aceea n'a putut să își formeze o idee proprie asupra sifilisului și să-i dea tabloul clinic. Dacă boala a existat în evul mediu, stadiul ei primar era confundat cu celelalte boale venerice cunoscute, stadiul secundar cu boalele pielii, — mai ales lepra și râia, — iar stadiul terțiar, după cum se manifesta, cu diverse boale interne și ale pielii. Totuși avem unele indicii indirecte. Medicii medievali învățaseră să aplice mercurul. Acest medicament se folosea la boalele pielii. Simptomatologia lor era foarte simplistă și sub denumirea de „scabies”, de „grosse vérole”, „gros mal”, se înțelegeau o mulțime de afecțiuni cutanate. În descrierile nozologice medievale găsim o mulțime de cazuri care se vindecă, uimitor de repede, după aplicarea mercurului, pe când altele rămân refractare. Din efectul mercurului *Sudhoff* crede că poate să tragă, prin diagnoză retrospectivă „ex juvantibus”, concluzia asupra existenței sifilisului medieval. Dar *Sudhoff* mai produce și alte documente și mai puternice. Într'un proces din anul 1463, în Dijon, se spune explicit că le „gros mal” a fost transmis prin raport sexual. Pe la 1440 aceeași boală e numită în Italia „mal franzoso”, iar la 1489 niște mercenari elvețieni au fost stigmatizați că sunt „franțuji”, adică, că suferă de „boala franțuzească”. Când după 1493, sifilisul devine general cunoscut, tot sub denumirea de „boală franțuzească”, veronezii *Giorgio Sommariva* și *Natale Montesauro* afirmă clar că boala cea nouă era cunoscută mai de mult de noroc sub acelaș nume. În sfârșit în 1495 împăratul german *Maximilian* promulgă un edict, prin care amenință cu cele mai grele pedepse pe toți cei care blasfemiază, deoarece în urma obiceiului de a înjura pe Dumnezeu, s'a lătit, cu pedeapsă, o boală grozavă în țară, numită „morbus francicus”. Ori, după părerea americanistilor, boala cea nouă în 1495 încă nu apăruse în Germania. Deci edictul lui *Maximilian* ar fi merit să infirme acest argument principal al teoriei introducerii sifilisului din America.

La a doua întrebare, *Sudhoff* dă un răspuns destul de plausibil: sifilisul devine cunoscut în Europa după 1493 în

urma unei concurențe de împrejurări favorabile. Renașterea e în floare, lumea se descătușază cu frenezie de disciplina mintală și dogmatismul evului mediu. Incepe o eră nouă de liberă cugetare și liberă cercetare, care se manifestă în medicină printr'o rupere bruscă de toate formele tradiționale. E epoca descoperirilor în toate domeniile. Astfel medicii, care se obișnuiesc a crede numai ceea ce văd, simt și aud, devin mai simțitori pentru orice finețe în diagnostic și au îndrăsneala să construiască noi tablouri clinice. La 25 Noemvrie 1484 planeta Saturn și Jupiter sunt în conjuncțiune. Acest aspect astrologic este explicat de cunoscătorii stelelor ca un semn de „ciumă care domină organele genitale”. Cine cunoaște influența enormă a astrologiei asupra acelei epoci, înțelege ușor că această conjuncțiune creează o stare de spirit, un fel de psihoză a masselor, prin care se concentrează toate atențiunea asupra boalelor venereice, stare de spirit din care dela sine s'a putut desvolta diagnosticul diferențial al sifilisului. Astfel, în mod cu totul firesc, lumea medicală ajunge în mod firesc să detașeze din grupul confuz al boalelor de piele, tabloul clinic al sifilisului.

Argumentația lui *Sudhoff*, masivă și strânsă, poate să sgu- due teoria americanistă a originii sifilisului. Inșă și ea poate fi discutată. Faptul că 'n evul mediu multe boale ale pielii se vindecau în urma tratamentului cu mercur, încă tot nu permite o concluzie absolut sigură că acele boale erau de natură sifilitică. Mercurul are o putere antiseptică mare și dă rezultate excelente la o mulțime de afecțiuni cutanate, cauzate de paraziți animali și de ciuperci. Nici numirea de „mal franzoso” al unor boale de piele, obișnuită înainte de 1493 în Italia, nu este un argument absolut sigur: cunoaștem atât de des în Istoria Medicinii faptul că numele unei boale trece asupra alteia asemănătoare. In sfârșit nici edictul lui *Maximilian* nu e doveditor: El este din 1495, așa dar *după sosirea lui Columb* din călătoria sa și nu dovedește mai mult decât că sifilisul era cunoscut în Germania cu un an înainte de cum se credea până acum.

Astfel controversa între americaniști, anticviști și medie- valiști rămâne și astăzi deschisă. Ceeace se poate afirma, este că:

1. Sifilisul ajunge cunoscut în Europa la sfârșitul sec. al XV-lea, când se ivește sub o formă gravă, cu caracter epidemic, introdus probabil din America.

2. Dacă el totuș a existat în Europa înainte de această epocă, în nici un caz n'a fost recunoscut ca atare de știința medicală de atunci și poate că a avut o formă mai puțin gravă și apărarea numai sporadic.

Istoria Medicinii ne arată cu prisosință că în totdeauna au existat astfel de mutațiuni în caracterul calitativ și cantitativ al boalelor, mai ales al celor infecțioase.

Dr. Valeriu L. Bologa.

ACTUALITĂȚI.

Recensământul cazurilor de sifilis și blenoragie în orașul Philadelphia (U. S. A.).

Pentru o mai eficace combatere a bolilor venerice, este necesar a cunoaște cu o precizieune oarecare numărul cazurilor și distribuția lor pe diferite categorii ale populației. Având în vedere că declararea bolilor venerice nu e încă pretutindeni obligatorie și chiar și dacă este obligatorie, numărul cazurilor declarate nu totdeauna corespunde cu numărul cazurilor reale, un recensământ al acestor boli făcut în condițiuni cari garantează exactitatea rezultatului obținut, este foarte util pentru Serviciul sanitar.

Pentru a cunoaște la un moment dat numărul persoanelor tratate ori ținute în observație pentru sifilis și blenoragie, autoritățile sanitare ale orașului Philadelphia, au adresat un chestionar simplu tuturor medicilor oficiali ori particulari, clinicelor, spitalelor și altor instituțiuni sanitare, *ca să declare numărul tuturor persoanelor sub tratament ori observație din cauza acestor boli, pe data de 1 Februarie 1929.*

Datele s'au clasificat după sex și stadiul boalei. Sifilisul s'a designat ca „recent“ dacă nu a trecut mai mult de 1 an dela data infecțiunii și „vechi“ dacă a trecut mai mult de 1 an. Blenoragia a fost clasificată „ațută“, dacă nu a trecut mai mult ca 3 luni dela data infecțiunii și „cronică“ dacă a trecut peste 3 luni.

O altă întrebare din chestionar a fost *declararea tuturor cazurilor noi venite la tratament ori observație, în luna Ianuarie 1929, dacă nici odată înainte nu au fost tratate, indiferent dacă infecțiunea a fost veche ori recentă.*

Ancheta din Philadelphia nu are pretenția de a fi exactă până la ultima cifră. S'a contat pe faptul că multe persoane, deși suferind de una din aceste boli, nu au consultat încă medic, deci nu sunt cunoscute și nu pot fi declarate. Ancheta are deci în vedere numai cazurile de sub tratament medical.

Din 3202 medici în practică medicală efectivă, numai 9, adică mai puțin de 0·3%, au refuzat orice informație.

Din restul de 3193 medici 1027, adică 32', au avut sub tratament ori observație, cazuri de sifilis ori blenoragie.

Din 115 instituții sanitare 45% au avut sub tratament ori observație cazuri de boli venerice, iar dintre 158 osteopați (un fel de subchirurgi cu liberă practică) 15, adică 9·5%.

Pe ziua de 1 Februarie 1929:

din toate cazurile de sifilis și blenoragie declarate 44·8% au fost în tratamentul medicilor practicieni, iar 49·2% în diferite instituții sanitare,

din toate cazurile de blenoragie declarate 50·3% au fost în tratamentul medicilor practicieni, iar 49·7% în diferite instituții sanitare,

din toate cazurile de sifilis declarate 38·9% au fost în tratamentul practicienilor iar 61·1% în diferite instituții sanitare.

Numărul tuturor cazurilor de sifilis și blenoragie declarate pe ziua de 1 Februarie 1919:

De cine au fost declarate	Bărbați	Femei	Total
de medici	5.905	1.418	8.323
„ inst. sanitare	6.931	3.453	10.384
„ osteopați	69	33	102
Total	12.905	5.904	18.809

Cazuri de sifilis declarate:

De cine au fost declarate	Bărbați	Femei	Total
de medici	2.353	1.145	3.498
„ inst. sanitare	3.067	2.479	5.546
„ osteopați	23	15	38
Total	7.462	3.239	9.727

Cazuri de blenoragie declarate :

De cine au fost declarate	Bărbați	Femei	Total
de medici	3.555	1.273	4.825
„ inst. sanitare	3.864	974	4.838
„ osteopați	49	18	64
Total	7.462	2.265	9.727

Populația orașului Philadelphia pe ziua de 1 Febr. 1929 a fost 2,064.200, din care 1,027.972 bărbați și 1,036.228 femei.

Totalul cazurilor de sifilis și blenoragie declarate pe aceeași zi a fost 18.809, adică 9.11 la 1000 locuitori. Frecvența cazurilor de blenoragie este de 4.71, iar a celor de sifilis de 4.4 pe 1000 de locuitori.

Frecvența ambelor boli este de 12.55 pe 1000 bărbați și de 5.7 pe 1000 femei, deci proporția de frecvență între bărbați și femei este 2.2 : 1.

Ancheta din Philadelphia ne mai arată că femeile, atât în caz de sifilis, cât și de blenoragie, se prezintă într'un număr mai mic ca bărbații la tratament în stadiul acut al boalei, și ajung la tratament numai când boala este înveterată, ceea ce prezintă un fapt important în răspândirea acestor boli.

În al doilea rând ne arată că bolile venerice în stadiul lor acut sunt mai mult tratate de medici particulari, iar în stadiul lor cronic mai mult în insti.uții.

Numărul *cazurilor noi*, venite spre tratament ori observație în cursul lunii Ianuarie 1929, este următorul:

Cazuri noi de sifilis și blenoragie :

Tratați de :	Bărbați	Femei	Total
Medici	1.849	701	2.550
Inst. sanitare . .	1.113	584	1.697
Osteopați	16	7	23
Total . .	2.978	1.292	4.270

Distribuția cazurilor după stadiul boalei (recent, vechi, acută, cronică) este următoarea :

	Sifilis		Blenoragie	
	recent	vechi	acută	cronică
Bărbați	32.0%	68.0%	38.4%	61.6%
Femei	26.6%	73.4%	21.2%	78.8%

Distribuția cazurilor după locul tratamentului (medici practicieni, instituții sanitare) :

	Sifilis și blenoragie	
	Medici practicieni	Instituții sanitare
Bărbați	46.3%	53.7%
Femei	41.5%	58.5%

	Sifilis	
	Medici practicieni	Instituții sanitare
Bărbați	43.7%	56.3%
Femei	31.9%	68.1%

	Blenoragie	
	Medici practicieni	Instituții sanitare
Bărbați	48.2%	51.8%
Femei	57.0%	43.0%

Distribuția cazurilor noi după stadiul boalei și sexul pacienților :

Sex	Sifilis și blenoragie		Sifilis		Blenoragie	
	acut	cronic	acut	cronic	acut	cronic
Bărbați	53.5%	46.5%	42.4%	57.6%	59.2%	40.8%
Femei	41.1%	58.9%	39.7%	60.3%	42.3%	57.7%
Bărbați și femei	49.7%	50.3%	41.4%	58.6%	54.8%	45.2%

Din datele de mai sus vedem, că totalul cazurilor noi de sifilis și blenoragie venite spre tratament în cursul lunii Ianuarie 1929 au fost: 4.270, din care 1612 cazuri de sifilis și 2.568 cazuri de blenoragie.

Luând cifrele de mai sus ca medie pe 1 lună și înmulțindu-le cu 12 (luni) obținem numărul cazurilor de sifilis și blenoragie noi pe 1 an, cari sunt: 19.344 cazuri de sifilis, 31.896 cazuri de blenoragie, deci peste 50.000 cazuri de boli venerice nou venite spre tratament în curs de 1 an.

Proporțiile respective pe 1000 locuitori sunt: 24.82 de sifilis și blenoragie, 9,37 sifilis și 15.45 blenoragie.

Tot tabelele de mai sus ne arată că numai jumătate (49.7%) a persoanelor infectate solicită tratament în stadiul acut al sifilisului și blenoragiei, și anume, dintre cei sifilitici mai mulți (58.6%) vin la tratament în stadiul cronic, dintre cei cu blenoragie mai mulți (54.8%) în stadiul acut al boalei.

Datele obținute prin acest recensământ și concluziile ce se pot trage din datele obținute sunt suficient de interesante și importante ca și alte servicii sanitare să repete exemplul dat de Philadelphia.

(Venereal disease information, vol. XI. Nr. 1—1930.)

Morbiditatea de boli venerice în Germania în anul 1927.

Rata morbidității pe 10.000 locuitori :

B o a l a	B ă r b a ți	F e m e i
Blenoragie acută	62.7	18.4
„ cronică	3.7	4.7
Șancru moale	2.2	0.3
Sifilis primar	5.2	1.2
„ secundar	4.2	5.2
„ latent	3.6	4.8
„ congenital	1.1	1.2
Total	42.7	35.8

Rata morbidității pe 10.000 locuitori după etate și sex :

0—19 ani		20—29 ani		30—39 ani		peste 40 ani	
B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
19.9	23.5	268.0	103.4	125.7	39.4	28.8	8.2

(Venereal disease information, vol. XI. Nr. 1. 1930.)

M. Zolog.