

Câteva considerațiuni asupra stării psihice a unor membrii din familia bolnavilor mintali (aparținători).

În o lucrare publicată în 1926*), arătam cum medicii psihiatri se plâng de multe ori, contra unor membrii de familie sau aparținători, ce poartă sarcina îngrijirii bolnavului mintal.

Acești membrii de familie, considerați ca normali, denotă prin conduita lor, prin curioasele întrebări, recomandațiuni, acuzațiuni, importunări, etc. un temperament deosebit, putem spune chiar o stare nervoasă sau psihică deosebită (anormală).

Nu am pretenția prin cele descrise se arunc, în mod injust, epitetul de anormal, sau de bolnav psihic la orice aparținător ce a avut neplăcerea sau nenorocirea de a îngriji și supraveghia în familie, vre-un bolnav mintal. Ar fi să văd, cu o scrupulozitate rău înțeleasă și numai prin prisma medicului psihiatru, o stare de lucruri și fapte ce nu corespund complect realității. Trebuie să mărturisesc totuși (și faptul se poate confirma și de alți confrăți de specialitate), că observațiunile întreprinse ocazional pe unii din aparținători ce îngrijesc sau se interesează de soarta bolnavilor mintali internați, (jumătate din aparținători, rămânând indiferenți sau desinteresați), ne fac să constatăm că unii dintre ei pot prin starea lor intra în una din următoarele două categorii:

1. Indivizi care din cauza caracterului și temperamentului deosebit, sau a unei stări nervoase și psihice speciale, interpretează greșit cauza și tulburările bolnavului sau împrumută unele idei sau simptome ale acestei boli. În consecință importunează medicii prin părerile lor asupra etiologiei boalei pacientului mintal, își atribuie lor o parte din vină, dau recomandațiuni sau solicită imperios anumite măsuri, ce le cred juste pentru reabilitarea bolnavului, pentru dispariția cutărui sau cutărui simptom, etc.

*) Câteva propuneri cu privire la asistența psihiatrică și profilaxia mintală (An. Minist. Săn. și Ocr. publice, 1926).

Exemple din această categorie sunt numeroase.

Citez printre ele: acel soț care pune tulburarea mintală a soției pe socoteala infidelității ce i-a cauzat-o sau a neîndeplinirii anumitor forme de căsătorie; cazul mamei care socotind prea sensibilă firea copilului său, atribuie cauza boalei, asprimei educației dată fie de tată, fie de un educator sau instructor străin, etc.

Tot în această categorie ar putea intra aparținătorii ce pun boala pacientului respectiv pe socoteala pretențiilor senzuale și sexuale ale vre-unei femei histerice; pe aceea al vre-unei boale imaginare neglijate sau pe contrarietatea suferită de pe urma piederii puse căsătoriei sau a recăsătoriei unuia din părinți, recăsătorie ce a putut aduce înstrăinări de sentimentele, etc.

2. Aparținători ce pot prezenta în mic, tulburările psihice sau mintale (similare sau nu) bolnavului respectiv. Aceste tulburări de și pot fi observate uneori de timpuriu de specialiști, apar destul de târziu în ochii acelor nerutinați cu studiul boalelor mintale.

În această categorie intră cazurile de: paralizie generală conjugală sau familiară; paranoia, conjugală sau familiară; cazul fetei cu paranoidism ce îngrijea de tatăl paralizic sau al tatălui paranoic care îngrijește de fiul scizofrenic, etc.

Aparținătorii din aceste categorii reacționează, precum am spus mai sus, față de bolnav, față de ceilalți membrii ai familiei, sau chiar față de medic potrivit caracterului sau tulburării lor; ei sunt acei ce provoacă neînțelegeri, certuri, scandaluri sau chiar procese.

Care este explicația ce am pute-o da stărilor nervoase și psihice a acestor aparținători? Până la ce punct aceste stări influențează sau primesc influența bolnavului respectiv? Cum s'ar putea evita o astfel de influență?

În general aparținătorii sau membrii familiei unui bolnav mintal (acei direcți în special) sunt priviți ca subiecți care posedă o tară ereditară nervoasă sau mintală destul de încărcată.

În afară stărilor de ereditate cu boli aparente (directă preponderentă sau atavică) și a acelor homocrone neaparente pentru un moment, dar care și așteaptă timpul de apariție (și în care ar intra aparținătorii celei de a II categorie); se mai pot moșteni și așa zisele stări de ereditate morbidă, care se manifestă prin ușoare dezarmonii, disechilibre, defecte, tendințe sau fragilități psihice.

Faptul este aproape de toți cunoscut, cum că proveniențele accelorași părinți se prezintă cu terenuri sau tare diferite și că alături de sănătoși, găsim unii cu boli manifeste, alții cu stări latente; alții în sfârșit numai cu o susceptibilitate mai mare sau mai mică, mai mult sau mai puțin electivă, față de mediul ambiant, față de pericolele și greutățile vieții.

Ori ce clasificare a acestor caractere, tendințe sau susceptibilități, (ce se întâlnesc și la alte persoane de cât acele ce tratează subiectul de față), ar rămâne foarte relativă, de oare ce natura și știința se găsesc în o continue evoluție și renovare, iar o clasificare bună de astăzi poate să nu mai fie valabilă peste câțva timp.

De aceea printre anormali originali și dezarmonici clasați odinioară de Regis; printre cei degenerați și desechilibrați clasați încă de Morel, Magnan, etc.; vom găsi în examen la aparținătorii de mai sus și tipurile lui Kretschmer, acele ale lui Dupré, Delmas, Boll, etc. (emotivitate, psihastenice, mitomaniace, paranoiace, ciclotimice, etc.); precum și acele schizoide și perverse ale lui Claude, Bouyer, etc.

Fiecare din aceste tipuri sau caractere constituționale prezintă încă nuanța sa pură sau amestecată cu alt tip. Așa că există un întreg studiu al asociațiilor posibile și al transformării sau evoluției unora în altele. Noțiunea constituției nevropatiei sau psihopatiei aparținătorilor de mai sus, rămâne deci foarte fecundă nu ca stare nozologică proprie, dar ca obișnuință a căror origină este favorizată prin anumite condițiuni și evoluează fără încetare odată cu individul.

Observațiunile noastre întreprinse asupra acestor aparținători a dat ocazie să defileze înaintea ochilor noștri foarte multe stări constituționale nevropatice și psihopatice arătate mai sus de diverșii autori.

Am întâlnit printre ei deci indivizi dotați cu o senzibilitate particulară la emoțiuni. Acești indivizi manifestau exagerat (din punct de vedere fiziologic și psihologic ca intensitate și durată) față de un orice act neînsemnat sau față de orice impresie comună fără multă importanță pentru majoritatea oamenilor normali.

Tonalitatea efectivă exagerată a senzațiilor acestor aparținători, sentimentalismul lor anormal, le întuneca judecata și raționamentul, făcându-i să accepte ca bun și adevărat, cele zise sau făptuite de bolnavul mintal.

Este drept că acest sentimentalism exagerat poate fi până la oricare punct la baza personalității multora dintre noi, căci care părinte vede complect defectele copilului său, care autor nu apropie de sublim opera sa, etc. Lipsa de verificare și de discernământ la aparținătorii noștri, creia însă o stare de credulitate exagerată față de ori ce afirmare a persoanei bolnave iubite de ei.

Această credulitate (care stătea în raport direct cu gradul de hiperplasticitate a sistemului nervos și cu afectivitatea sa exagerată), aducea pe de o parte o stare de docilitate, sau de supunere a aparținătorului față de pretențiile și solicitările bolnavului, iar pe de alta o excesivă temere față de neplăcerile sau relele ce se pot ivi în viitor, de pe urma nesatisfacerei sau neexecutării acestor dorințe.

Unii dintre membrii familiei sau dintre aparținători dotați cu acest teren emotiv și afectiv exagerat, rămăneau în această stare foarte mult timp, la alții se planta cu timpul diferite anxietăți sau chiar concepțiuni bolnave (delirante).

Foarte apropiat de această stare era starea de astenie psihică. Emoția particulară a acestora din urmă era însoțită de nesiguranță, instabilitate, idei fixe a căror absurditate era recunoscută în total sau în parte.

Unii dintre membrii familiei bolnavului mintal observău că au plăcerea de a altera adevărul, a diforma expunerea unui fapt real, a se da în spectacol, a disimula sau simula anumite stări, a influența sau accepta diferite influențe sau gestiuni, etc.

Adevărați mitomaniaci sau histerici, acești aparținători erau dotați cu un grad foarte înalt de sugestibilitate. Ei puteau fi impresionati și primi tot așa de ușor o concepție patologică absurdă, a cărei conținut era o idee de persecuție, de mărire, etc. ca și o stare patologică complectă, adică ideea că sunt atinși de cutare sau cutare boală nervoasă sau mintală.

O tendință exagerată de orgoliu, amestecată cu neîncredere și suspjecțiune, s'a putut deasemena întâlni la unii membrii din familia bolnavului mintal. Aceștia adaptând concepțiunile la tendințele lor, explicau prin aceste tendințe, evenimentele, reglementau coincidențele, codificau întâmplările, părând că descopere în multe din ele o semnificare sau o indicațiune pentru sine sau pentru bolnav.

Intru cât deducțiile formulate erau strâns legate de anumite fapte reale, fiind însoțite și de un cortegiu de argumente cu

aparență logică, puteau aduce convingerea în unele persoane din auditorii și chiar adesiunea altora. Nu odată s'a întâmplat ca acuzațiile nedrepte adresate personalului îngrijitoresc sau chiar medicilor din partea unor astfel de aparținători să fie luate în serios, ba să-și câștige și numeroși cusținători ai cauzei.

Câte odată s'a întâlnit la unii aparținători adevărate caractere ciclotimice cu oscilațiuni aproape regulate de supra activitate sau subactivitate, de excitațiune intelectuală, cu optimism în cât privește starea bolnavului sau de depresiune cu pesimismul respectiv față de aceiași stare a suferindului.

S'a întâmplat apoi să mai observăm că pe lângă bolnavul mental îngrijit în familie, se găsesc uneori unii membrii ce păreau ascunși în sine, se izolau de mediul familiar și social, preferau reveria și concepțiile imaginare, arătau o stare de indiferență efectivă nu numai față de ceilalți membri, dar chiar de bolnavul mental.

În sfârșit sentimentele etice micșorate s'a întâmplat să le observăm de asemenea la unii dintre acești aparținători. Indivizii din această din urmă categorie, pe cât erau de docili la impulsurile lor proprii, pe atâta se arătau fără rezistență la sugestiunile din afară, sugestiuni ce le adaptau cât mai mult tendințelor sau fragilității lor imorale.

Un număr destul de însemnat dintre membrii de familie ai bolnavului mental sau dintre aparținătorii însărcinați cu îngrijirea acestui bolnav, s'au găsit că fac parte din clasa așa zisă a debilibilor mentali.

Cu această stare ei prezentau o încetenire sau o întârziere a evoluției intelectuale, provenită prin o insuficiență generală a funcțiunilor psihice, în special a judecății și raționamentului.

Este ușor de înțeles cum o idee bolnavă emanată de la bolnavul mental putea ușor fi acceptată de aparținătorii acestei clase, fie prin lipsa lor de cunoștințe (având numai câteva idei rare și neregulat diseminate), fie prin lenea, nevoița, dar mai ales neputința de a cerceta origina și consecința ideii expuse, cu un cuvânt de a încerca o verificare sau executa un discernământ.

Aceste defecte de judecată și raționament înlesneau acestor aparținători înregistrarea de idei și acte ale bolnavului mental, începând de la unele forme superioare ale imitației, de la așa numitele stări de mimetism (familiar) și mergând până la cele mai mari acte sugestive.

Membrii de familie cu aceste din urmă caractere constituționale, de îndată ce se găsesc în contact cu un bolnav mintal, nu pot fi decât atrași de ideile ce se pot mai ușor adapta caracterului lor. Ei vor simți deci afinitate și vor accepta dela bolnavul mintal tot ceea ce pot germina pe terenul moștenit.

Din toate cele expuse până în prezent deducem că bolnavii mintali formează împreună cu unii membrii din familie care-i îngrijesc, un grup morbid de simbioză psihică în sens negativ cu schimburi de idei cu influențe reciproce, influențe ce nu numai că modifică și în mai rău tulburările latente ale aparținătorului, accentuează tendințele sale constituționale și aceasta cu o repercursiune care poate periclită viitoarea îngrijire a bolnavului.

Mecanismul psihologic al acestei simbioze psihice își are la bază imitațiunea, persuasiunea, autosugestiunea și sugestia.

Cred de prisos a intra în detaliile acestui mecanism — cunoscut de noi toți — și prin care se operează transmiterea de idei sau tulburări cu un cuvânt contagiunea psihică sau mintală.

Ceia ce rămâne precis și real este faptul că: în unele împrejurări raționamentul unui paranoic poate lucra în mod persuasiv și sigur asupra mentalității unui aparținător sau membru de familie, dotat mai ales cu caracter interpretativ; în alte împrejurări un aparținător cu caracter imaginativ va prinde ideile bolnave, le va desvolta și amplifica în stări de meditație profundă sau de examen de conștiință în care tonurile emotive pot parcurge game diferite. În sfârșit în alte împrejurări impresiunile primite prin organele simțurilor venite prin cuvântul sau scrisul bolnavului mintal, sunt acceptate de aparținători fără nici o rezistență.

Intru cât starea înăscută nevropatică sau psihopatică acestor aparținători nu-i duce în situația să comită în mod evident acte dăunătoare lor, familiei sau societății și întrucât recomandările ce le-am face noi nu numai că nu își au efectul dorit, dar poate sunt respinse cu bruscheța; datori suntem să ne îndreptăm toată atenția față de bolnavul mintal declarat și recunoscut de cei în drept și să căutăm a-l scoate sau izola cât mai repede din grupul morbid în care trăește.

Prin această izolare înțelegem sustragerea cu desăvârșire a bolnavului din mediul comun în care a izbucnit și s'a dezvoltat

boala sa, întreruperea oricărui contact cu persoanele și lucrurile din acest mediu.

Dacă în trecut izolarea era privită mai mult ca un mijloc de evitare al daunelor materiale ce le putea cauza bolnavul mintal, deci numai ca o măsură de siguranță; astăzi această izolare se impune din motivele expuse mai sus ca o măsură profilactică și de tratament. În adevăr influența nefastă exercitată de unii membrii de familie cu caracterele menționate mai sus înrăutățește starea bolnavului, întârzie vindecarea lui, iar pe de altă parte acești aparținători ca și bătrânii și copiii ce se găsesc în acest mediu familiar, sunt susceptibili a împrumuta ideii care ajută la evidențierea anumitor stări neuro-psihice sau la izbucnirea tulburărilor mintale ținute latente.

Ca concluzie deci cred că ar trebui să se reglementeze :

a) Izolarea bolnavului mintal de restul familiei încă dela primele sale manifestațiuni.

b) Contactul cu familia ar trebui evitat până ce acest bolnav s'a adaptat noului său mediu izolator.

c) În reluarea contactului cu familia și atunci când medicul permite astfel de vizite, ele ar trebui să aibă loc în prezența unei persoane de încredere din familie sau spital, care să poată dovedi netemeinicia tulburărilor sau plângerilor bolnavului, plângeri ce ar putea influența starea psihică a vizitatorului respectiv, împiedecându-se astfel acuzațiuni și încriminări ce s'ar aduce în mod injust.

Nu cred că este nevoie să insist asupra bunelor rezultate și avantaje ce le-am obține sub acest raport atât prin crearea serviciilor de profilaxie mintală, cât și prin instalarea serviciilor deschise de asistență psihiatrică.

Dr. G. Preda

Directorul Spitalului de boli mintale, Sibiu.



Valoarea în bani a unui om.

Este un obicei bine cunoscut și adeseori aspru criticat al americanilor de a exprima valoarea celor mai diferite lucruri în dolari.

Nu ne surprinde deci titlul unei cărți noi, scrisă de *Doctorii Louis I. Dublin și Alfred J. Lotka dela Metropolitan Life Insurance Company din New-York*. Această foarte interesantă și foarte instructivă carte, poartă titlul bizar: *The money value of a man*, (Valoarea în bani a unui om).

Autorii acestei interesante cărți, precizează dela început că nu vor să evalueze valoarea omului nici după criteriile sentimentale, nici după considerațiuni cari au la bază aprecieri subiective, ci numai după criteriile cari privesc capacitatea de muncă și deci de câștig al omului, care se susține pe el și familia lui.

Dacă un astfel de om moare, familia are pierderi de natură sentimentală, cari scapă evaluării noastre, dar totodată are și pierderi economice, pe cari noi le putem evalua în dolari și cenți, ori în orice altă valută.

Pierderea de natură sentimentală poate fi ireparabilă, până când pierderea de natură economică, se poate repara cu o sumă echivalentă câștigului celui decedat.

Numai din acest punct de vedere caută autorii să stabilească și să precizeze valoarea în bani a unui om, la diferite vârste și după sex.

Scopul practic al acestor cercetări ni-l indică însuși ocupațiunea autorilor.

Di Dr. Dublin este statistician la Metropolitan Life Insurance Company (Compania metropolitană pentru asigurări de viață) iar Dr. Lotka este șeful biroului de cercetări matematice la aceeași Companie.

Pe cine poate interesa mai de aproape valoarea în bani a unui om, de cât pe o societate de asigurare pe viață, unde orice

boală și orice caz de moarte, înseamnă o pierdere economică și oricât de brutal s'ar părea, numai o pierdere economică.

Chiar cu riscul de a fi suspectat de o mentalitate barbară, trebuie să spun, că această problemă, valoarea în bani a omului, interesează în cea mai mare măsură și statul. Strict, din punct de vedere economic privit, fiecare om are valoarea sumei investite în el, dela momentul procreației până la data când devine capabil de câștig; iar câștigul lui este randamentul capitalului investit. Evident din acest punct de vedere privind omul, găsim unii, în cari s'a investit sume mari, și cari dau un randament mic sau chiar deficitar, alții, în cari s'a investit sume mici, dau un randament mare, de 100%,—1000%, sau 10.000%. Intre aceste 2 extremități se găsesc o serie întreagă de variațiuni, cari pot exista între capitalul investit și randamentul lui.

Acum privind chestiunea din punct de vedere economic al individului și a familiei lui, și tot din punct de vedere economic al Statului, care om are o mai mare valoare economică, care are o mai mare rentabilitate?

Evident acel om, care este mai sănătos din punct de vedere fizic, intelectual și moral, fiindcă câștigul lui este în proporție directă cu aceste calități ale lui.

Evident așa privind lucrurile, boala și moartea unui om de 25, 30, 50 ani, ori la orice etate când este încă capabil de muncă și de câștig, este o pierdere economică, atât pentru familie, cât și pentru Stat cari au investit în el o sumă, care încă nu s'a rambursat. Dar chiar și moartea unui copil de o zi sau de 1 lună este o pierdere economică, fiindcă se pierde capitalul investit. Interesul individului, familiei și Statului este ca morbiditatea și mortalitatea cetățenilor să fie cât mai mică, sănătatea fizică, morală și intelectuală, cât mai perfectă și durata vieții cât mai lungă, fiindcă rentabilitatea sumei investite în aceste cazuri este mai mare.

Unii cari nu privesc suficient de adânc lucrurile, ar putea spune, că Statul nu pierde nimic, fiindcă nu investește nici un capital. Ori, aceasta este inexact. *Statul investește un capital enorm în fiecare cetățean al lui*, prin instituțiile sale de asistență medicală, instrucție și educație și prin însuși existența unei organizații de Stat.

Scopul acestui articol este deci, de a arăta valoarea în bani a unui om, după calculațiile lui Dublin și Lotka, bazați pe principiile mai sus expuse, adică numai după criteriile economice, și nu

după sentimente și nici după autoaprecierea omului, în care caz pot exista variațiunile cele mai mari, acelaș om putând să-și evalueze viața la sume fantastice, când e vorba de ex. să-și salveze viața în schimbul unei sume, sau să nu și-o evalueze la nimic, ca de ex. în caz de sinucidere.

Privit omul în conformitate cu considerațiunile mai sus amintite, poate fi asemănat cu un stabiliment industrial. Ca și stabilimentul industrial, omul încă are costul de instalațiune, costul de naștere și copilărie, până când ajunge câștigător, în care timp se investesc numai sume și nu are nici o rentabilitate. Chiar și în perioada de muncă, omul ca și stabilimentul industrial are un cost de întreținere. Ca și la stabilimentul industrial și la om putem deci calcula: costul instalațiunii (nașterii), costul întreținerii, interesele capitalului investit, costul reparațiunilor în urma uzării (îmbolnăvirilor) etc.

Dacă facem contabilitatea vieții unui om, vedem că până la 15 ani, în cele mai multe cazuri chiar până la 18 ani și, și mai mult, bilanțul are numai pasive și deloc active; adică sunt numai spese și nu sunt venituri. În cele ce urmează capitalul investit îl vom calcula până la etatea de 18 ani, etatea la care în termin mediu, oamenii ajung la câștig propriu. În calcularea acestei sume, evident trebuie să ținem cont de faptul că, costul nașterii și creșterii variază foarte mult după standardul de viață al familiilor.

Autorii au făcut calculațiile pe baza unui câștig al capului familiei compusă din tată, mamă și 3 copii, de 3, 8 și 12 ani, (la vârsta lui de cel mai bun câștig, la 43 ani) de 2.500 dolari, adică aproximativ 400.000 Lei.

Evident această sumă nu poate servi ca bază de calculație la noi, unde majoritatea oamenilor nu câștigă nici a patra parte a acestei sume, ca termen de comparație însă ne putem servi de ea.

Costul nașterii. Intrarea în viață a omului costă bani, o „taxă de admitere“, care se plătește moașei ori medicului, ori amândurora. Costul nașterii variază foarte mult după condițiunile economice ale părinților, după tradiții și obiceiuri, după faptul dacă nașterea a avut loc în spital ori la domiciliu și după o serie întreagă de alte considerații. În termin mediu, costul nașterii la o „familie standard“ (cu 2.500 dolari venit anual) este de 200—300 dolari.

Costul alimentației. Variațiunile sunt mai mari ca la costul nașterii, din aceleași motive ca și la capitalul precedent. Spesele de alimentațiune, necesare în epoca desvoltării organismului copilului, le putem numi în analogie cu stabilimentul industrial „spese

de construcție", adică pentru construcția, dezvoltarea fizică a organismului.

Având în vedere că dintr'un venit de 2500 dolari, aproximativ 32% se spesează pentru alimentație, la o familie cu 3 copii, și având în vedere că alimentația unui copil până la 6 ani costă 50%, din aceea a unui adult, între 6—10 ani, costă 70%, între 10—14 ani costă 83%, iar peste 14 ani, egal cu cea a unui adult; putem calcula că alimentația unei persoane dela naștere până la 18 ani împliniți, costă 2.755 dolari pentru bărbați, și 2.612 dolari pentru femei. Cam tot la aceeași cifră ajungem dacă facem calculațiile pe baza necesității de calorii și prețul alimentelor.

Îmbrăcămintea și chiria. După calculațiile Departamentului Muncii, o familie cu 3 copii și 2.500 dolari venit anual, spesează anual 350 dolari pentru îmbrăcăminte. Din această sumă se repartizează:

pentru 1 băiat	(0—4 ani)	27·25	dolari anual,
„ 1 fetiță	(0—4 ani)	31·19	„ „
pentru 1 băiat	(4—8 ani)	39·97	„ „
„ 1 fetiță	(4—8 ani)	42·15	„ „
pentru 1 băiat	(8—12 ani)	49·58	„ „
„ 1 fetiță	(8—12 ani)	49·95	„ „
pentru 1 băiat	(12—15 ani)	58·65	„ „
„ 1 fetiță	(12—15 ani)	61·03	„ „
pentru 1 băiat	(15—18 ani)	96·24	„ „
„ 1 fată	(15—18 ani)	115·37	„ „

Îmbrăcămintea unui băiat până la 18 ani deci, costă 932 dolari, a unei fete 1.022 dolari, din care sumă reducând 20 dolari, prețul primei îmbrăcăminte la naștere, rămân, 902 dolari pentru 1 băiat, 1.002 dolari pentru 1 fată.

Pentru chirie o familie cu 3 copii și un venit anual de 2.500 dolari, plătește în termin mediu 540 dolari anual, deci 9.720 pe 18 ani. Cota parte a chiriei pentru un copil se calculează $\frac{1}{2}$ din total deci 1.620 dolari pe 18 ani. Pentru încălzit și luminat se calculează 300 dolari, pentru întreținerea locuinței 351 dolari, iar pentru înființarea unui domiciliu un cost inițial 150 dolari de copil. În total deci pentru locuință și îmbrăcăminte se calculează pentru un băiat 3.323 dolari, pentru o fată 3.423 dolari pe 18 ani.

Costul educației. După statisticele din Statul New-York costul unui an la grădina de copii este de 100 dolari, costul unui an la școala primară 107 dolari, la școala secundară 200 dolari; total costul educației (1 an la grădina de copii, 8 ani la școala primară,

4 ani la școala secundară) este de 1.756 dolari. Având în vedere că nu toți copiii urmează integral și complet școala primară și secundară, în termen mediu pentru educația unui copil se calculează 1.100 dolari (suportați de Stat) și aproximativ 50 dolari suportați de familie (cărți, recvizite etc.).

Costul sănătății. După cercetările statistice făcute în America, o familie cu 3 copii și cu un venit anual de 2.500 dolari spesează pentru sănătate anual 80 dolari, revenit pentru un copil până la 18 ani în total 283 dolari.

Pentru recreație, distracție etc. spesează o familie cu 3 copii și un venit de 2.500 dolari, 43 dolari la an, din care sumă se repartizează în termen mediu 7 dolari pe copil pe un an, deci 130 dolari pe 18 ani.

Ca spese diferite cheltuește o familie cu 3 copii și 2.500 dol. venit anual, 190 dolari la an. Pentru 1 copil se calculează $\frac{1}{6}$ din această sumă, deci pe 18 ani 570 dolari.

Totalizând spesele avute cu un copil dela naștere până la 18 ani împliniți, avem următorul tablou :

1. Costul nașterii	250 dolari.
2. Alimentație	2.755 „
3. Chirie și îmbrăcăminte	3.323 „
4. Educație (suportată de părinți)	50 „
5. Educație (suportată de Stat) 1.100 dol.	
6. Sănătate	283 „
7. Recreație	130 „
8. Asigurări	50 „
9. Diferite	570 „

Total 7.415 dolari

In total deci, nașterea unui copil și creșterea lui până la 18 ani în termen mediu, costă familia 7.400 dolari. Diferențele de cost între fete și băieți sunt atât de mici, încât le putem neglija.

Raportate aceste cifre la o familie din România cu un venit anual de 100.000 lei, $\frac{1}{4}$ din venitul unei familii cu o stare socială medie din America, nașterea și creșterea unui copil până la 18 ani costă : 311.900 lei, sau în cifră rotundă 300.000 lei.

Precum un stabiliment industrial fixează prețul fabricatului său, luând în considerare și procentul exemplarelor nereușite s'au stricate înainte de a fi vândute, tot așa și noi trebuie să luăm în considerare procentul copiilor morți, înainte de a ajunge vârsta de 18 ani, deci pentru cari tot capitalul investit s'a pierdut, faptul care

mărește „costul de producție“ a celor rămași vii. De sine se înțelege deci, că cu cât mortalitatea infantilă este mai mare, cu atât „costul de producție“ a celor rămași vii este mai mare.

Ca să urmărim comparația cu stabilimentul industrial până la sfârșit nu trebuie să uităm interesele sumelor investite și interesele capitalizate.

Tabloul ce urmează ne arată costul nașterii și creșterii unui copil până la 18 ani, având în vedere pierderile suferite în urma morții premature a unora și calculând asupra sumei investite un interes de $3\frac{1}{2}\%$.

1	2	3	4	5
Elatea	Costul brut fără mortalitate și interese	Plusul de cost pentru mortalitate	Plusul de cost pentru interesele de $3\frac{1}{2}\%$	Costul total (2+3+4)
	Dolari	Dolari	Dolari	Dolari
1	560	32	15	607
2	890	42	43	975
3	1.219	50	82	1.351
4	1.549	56	137	1.742
5	1.892	62	205	2.159
6	2.234	70	286	2.590
7	2.614	77	384	3.075
8	2.999	84	501	3.584
9	3.393	91	634	4.118
10	3.787	98	786	4.671
11	4.208	105	958	5.271
12	4.630	112	1.154	5.896
13	5.060	122	1.369	6.551
14	5.491	133	1.610	7.234
15	5.957	148	1.875	7.980
16	6.446	167	2.169	8.782
17	6.936	189	2.494	9.619
18	7.425	211	2.849	10.485

Să examinăm acum pe scurt considerațiunile practice ce se pot trage din aceste calculațiuni a „constului de producție“ a unei persoane de 18 ani.

Să calculăm „costul de producție“ a unui român de 18 ani. Facem aceste calculațiuni pe baza unui venit mediu anual de 100.000 lei. De sigur sunt în România multe familii cari câștigă anual mai puțin de 100.000 Lei, dar sunt multe cari câștigă cu mult mai mult de 100.000 Lei anual. Trebuie să luăm în considerare nu

numai câștigul în bani gata, ci și munca și câștigul în materii prime a țăranilor, ca să ne apropiem mai mult de realitate. Făcând calculațiile pe baza unui venit mediu anual de 100.000 Lei, pentru o familie compusă din tată, mamă și 3 copii, cifrele calculate de Dublin și Lotka pe baza unui venit anual de 2,500 dol. (400.000 lei) trebuie divizate cu 4. În acest mod putem calcula din tabloul alăturat „costul de producție“ a copiilor români la orice etate.

Să calculăm acum pierderile economiei noastre naționale datorite mortalității copiilor din România.

Să presupunem că în momentul actual, România are 18.000.000 locuitori. Va avea cu ceva mai puțin ori mai mult, va decide recensământul ce se va face; ca bază de calculație să luăm această cifră.

Mortalitatea generală în România (1928) e 20·3 la 1.000 locuitori, cece înseamnă că din fiecare 1.000 de locuitori mor anual 20·3, sau din 10.000 locuitori 203.

Mortalitatea în România pe vârste este următoarea:

Copii de 0—1 an	mor anual	6·0 la 1.000 locuitori,	deci	108.000
Copii de 2—5 ani	„	2·5 la 1.000	„	45.000
„	„	1·5 „ 1.000	„	27.000
Adulți „ 21—40	„	25 „ 1.000	„	45.000
„ peste 41 ani	„	7·8 „ 1.000	„	140.000
Total				465.400

Să calculăm acum pierderile bogăției naționale datorite mortalității copiilor de 0—20 ani în România.

„Costul de producție a unui copil de 0—1 an, calculat pe baza unui venit de 100.000 Lei anual este în termen mediu 20.000 Lei, a unui copil de 2—5 ani, 60.000 Lei, a unui copil de 6—20 ani 188.000 Lei.

Am luat aceste cifre medii, fiindcă nu toți copiii mor la etatea de 1, 5 și 20 ani, ci mulți mai înainte; am calculat deci costul de producție mediu pe perioadele de vârste.

Pierdem deci:

prin moartea prematură a	108.000 copii de	0-1 an	2 160,000,000 Lei
„	45.000	2-5 ani	2.700,000,000 „
„	27.000	6-20 ani	5.076,000,000 „
Total			Lei 9.936,000,000

Pierdem deci anual, numai prin aceste morți premature aproape 10 miliarde Lei.

Presupunem că Statul, înțelegând valoarea economică a acestei

pierderi, ar dori s'o reducă prin măsuri de medicină preventivă, și ar crea loc dispensării în valoare de 200.000 Lei chemate să combată mortalitatea infantilă.

Presupunem că în urma activității acestor dispensării mortalitatea copiilor de 0—1 an s'ar reduce cu 10.000 cazuri, a celor de 2—5 ani cu 5000 cazuri și a celor de 6—20 ani 2.000 cazuri. Această reducere presupusă nu e deloc exagerată. Să nu uităm că la noi mortalitatea infantilă e de 187 la 1.000 noi născuți, adică din 1.000 noi născuți mor 187 înainte de a împlini 1 an, (sunt regiuni unde mortalitatea infantilă e de 300—400 la 1.000 noi născuți) până când în Germania e de 133, în Anglia 82, în Olanda 85, în Noua-Zeelandă 48 la 1.000 noi născuți.

Suma de Lei 200,000.000 investită pentru reducerea mortalității infantile ar rezulta deci într'o economie de:

10.000 copii de	0—1 an	à	20.000 Lei	=	200,000.000 Lei
5.000	„ „	2—5 ani	à	60.000 „	= 300,000.000 „
2.000	„ „	6—20 „	à	188.000 „	= 376,000.000 „
					<hr/>
					Total 876,000.000 Lei

Cealaltă investiție poate să fie mai rentabilă ca aceasta? Americanii spun și cu drept cuvânt: „*Health work pays*“ (Munca pentru sănătate este rentabilă).

M. Zolog.



Insemnătatea respirației în legătură cu educația fizică.

Educația fizică urmărește întărirea organismului prin stimularea și activarea tuturor funcțiilor cu ajutorul unui exercițiu muscular potrivit dozat și corect executat.

Dintre toate celelalte, respirația este funcțiunea care poate fi mai ușor și mai direct influențată prin gimnastică, fie prin exercițiile respiratorii propriu zise, fie prin anumite mișcări cu repercusiune directă asupra mecanismului respirator.

Este un fapt bine stabilit, că activarea și amplificarea funcțiunii respiratorii prin gimnastică are cele mai salutare efecte asupra omului, îndeosebi asupra organismului plătând și slab dezvoltat a cetadinului sedentar, nu este însă mai puțin important de știut, că o gimnastică rău înțeleasă și incorect executată poate produce turburări grave în funcțiunea respiratorie și în consecință poate face mai mult rău decât bine.

Nu se mai poate astăzi admite, ca gimnastica să fie executată după bunul plac al fiecăruia sau după metode elaborate în mod empiric, căci ele niciodată nu vor putea evita greșelile. Ori cine propovăduiește astăzi educația fizică, cași toți acei ce o execută în mod conștient, trebuie neapărat să cunoască modul cum funcționează în stare normală singuraticele noastre aparate îndeosebi cel respirator, căci numai bazați pe legile firești ale fiziologiei vor putea impune diferitelor organe un plus de muncă, care să ducă la o fortificare, nu la obosirea precoce și dăunătoare a acelor.

Rostul acestei scrieri este să rezume pentru uzul celor ce se ocupă de educație fizică, îndeosebi pentru membrii sub-sectiei de educație fizică a „Astrei“, noțiunile elementare ale fiziologiei aparatului respirator, să arate cari sunt principalele greșeli ce se comit în mod curent împotriva lor în cursul exercițiilor gimnastice și cum pot fi evitate aceste greșeli pentru ca astfel

educația fizică să poată contribui alături de cea intelectuală și morală, la o dezvoltare armonică și integrală a individului.

Respirația este funcțiunea prin care organismul primește neconținut oxigenul necesar arderilor sale și în același timp se debarasează de anumite substanțe gazoase, îndeosebi de bioxidul de carbon, rezultante de pe urma activității chimice a diferitelor organe.

Acest schimb continuu de gaze se face cu ajutorul ventilațiunii pŭlmonare pe o enormă suprafață respiratorie (aproximativ 100 m. pătrați), aflătoare în interiorul plămânului care este compus dintr'un număr foarte mare de vesicule numite **alveoli**. Prin pereții foarte fini ai acestora oxigenul din aer trece în sânge, iar bioxidul de carbon urmează calea înversă,

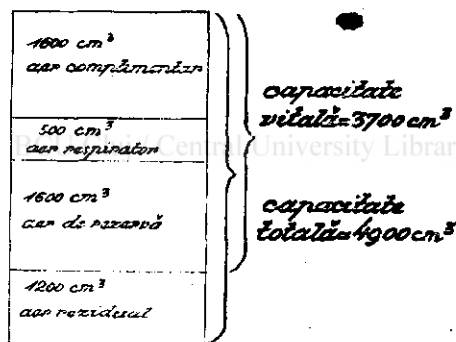


Fig. 1.

în baza unor simple legi fizice de difuziune a gazelor. Este ușor de înțeles, că oxigenul din alveoli ar fi foarte iute epuizat și înlocuit cu bioxid de carbon dacă el n'ar fi mereu înprospătat printr'o circulație neîntreruptă de aer. Această circulație este întreținută de mișcările respiratorii. Respirația are două faze alternante cu sens învers: inspirația și expirația. În cea dintâi aerul intră, în cea de a doua iese din plămân. Cantitatea de aer, care se primește cu ocazia unei respirații, este de jumătate de litru (așa numitul aer respirator), dar înafară de aceasta la sfârșitul unei expirații normale în plămân mai rămâne o cantitate de aproximativ 2,8 litrii, din care 1,6 litru poate fi evacuat printr'o expirație forțată (așa zisul aer de rezervă), iar 1,2 litrii nu se poate evacua și constituie aerul zis residual. Aerul respirator preocupat se amestecă deci în plă-

mân cu cel residual și de rezervă utilizată deja. Cu cât cantitatea acestora va fi mai mare, cu atât amestecul de gaze din alveoli va fi mai sărac în oxigen și mai bogat în acid carbonic, deci mai puțin prielnic unei bune respirații. Dacă înafară de inspirația normală mai facem una profundă, atunci mai putem inspira o cantitate de aer de circa 1,6 litrii, un plămân poate deci conține în inspirație maximă aproximativ 5 litrii de aer. Aceasta este capacitatea sa totală. Cantitatea de aer care poate fi evacuată printr'o expirație forțată (după insp. maximă) este de aproximativ 3,8 litrii și se numește capacitate vitală. Este evident că din punctul de vedere al bunei funcționări a aparatului respirator cea mai însemnată este capacitatea vitală, căci ea reprezintă măsura în care se face ventilația. Dacă vom constata o capacitate vitală normală sau mărită vom putea spune că acel individ are o respirație bună, dacă dimpotrivă capacitatea vitală va fi scăzută, vom putea trage concluzia că respirația se face în condițiuni defectuoase și va trebui să căutăm cari sunt cauzele acestei insuficiențe. De cele mai multe ori vom putea descoperi astfel boli pulmonare. În schimb o capacitate totală mărită nu este totdeauna identică cu o perfectă sănătate, căci ea poate fi datorită nu unei creșteri a ventilațiunii pulmonare, ci unei dilatații a plămânului. Această dilatație este defavorabilă din punctul de vedere al funcționării organului, căci în urma ei crește numai cantitatea aerului residual, pe câtă vreme capacitatea vitală scade.

În mod normal plămânul unui om adult face în stare de repaos 16 respirații pe minut, cantitatea de aer care îl traversează este deci de 8 litrii.

Ea va fi însă mult mai mare în cursul unui exercițiu fizic.

În cursul unui efort fizic se mărește atât numărul cât și amplitudinea (profundimea) mișcărilor respiratorii. Nu se modifică însă raportul ce există în mod normal între cele două faze ale respirației, între in- și expirație. Acest raport este de 1:2 sau de 1:3, adică expirația este întotdeauna cel puțin de două ori, adesea de trei ori mai lungă decât inspirația. Această diferență de durată poate fi exact măsurată cu anumite aparate de înregistrare grafică a respirației. Tot cu ajutorul acelor se poate constata, că între in- și expirație în mod normal nu există nici o pauză, trecera dela o fază la ceialaltă se face fără nici o întrerupere. Există însă o mică pauză la sfârșitul fiecărei expirații.

O întrerupere mai lungă a respirației nu este compatibilă cu viața, chiar și întreruperi de scurtă durată produc turburări grave, respirația este deci între împrejurări normale o mișcare continuă ritmică care să face în mod automat, independent de voiața noastră. Ea stă sub conducerea directă a unui centru special aflător în sistemul nervos central și care se numește centru respirator. Acest centru regulează în mod automat frecvența și amplitudinea mișcărilor respiratorii, adaptându-o nevoilor organismului în activitate sau repaos, de cari ia cunoștință prin anumite excitațiuni ce depind de cantitatea mai mare sau mai mică de bioxid de carbon aflător în sânge. Aceasta la rândul ei este în funcție de activitatea musculară. Cu cât activitatea musculară va fi mai intensă, cu atât se va utiliza mai mult oxigen și se va produce mai mult bioxid de carbon. Acesta va excita centrul respirator și respirația va deveni în mod automat mai frecventă și mai profundă.

Urmează să vedem cum se execută mișcărilor respiratorii comandate de centru, și cine le execută.

În fiecare inspirație plămânul î-și mărește volumul dilatăndu-se, pentru ca în expirația următoare să și-l diminue din nouă până la valoarea lui anterioară. Aceste mișcări alternante de distensiune și relaxare sunt posibile fiindcă plămânul este un organ elastic care dacă se întinde are tendința să revie asupra lui însași, să se relaxeze.

Se înțelege dela sine că plămânul nu se poate distinde singur, este necesară o forță mecanică care să îndeplinească această muncă. Forța această este furnizată de mușchii inspiratori. *Inspirația este deci o mișcare activă datorită contracțiunii mușchilor inspiratori.* Acești mușchi sunt astfel fixați pe diferitele părți ale scheletului, îndeosebi pe coloana vertebrală și pe coaste încât prin contracțiunea lor măresc volumul cavității (cutiei) toracice. Plămânul fiind silit să urmeze întru toate mișcărilor toracelui i-și mărește și el volumul, în consecință presiunea aerului dinăuntru său va scădea și o cantitate de aer corespunzătoare acestei scăderi de presiune va fi inspirată dinafară.

Mușchiul care contribuie în măsura cea mai mare la mărirea volumului cutiei toracice, deci cel mai însemnat din punctul de vedere al respirației este *diafragma*. El separă cavitatea toracică de cea abdominală și este fixat de coloana vertebrală și de coaste. Având o formă boltită cu convexitatea în sus, prin

contractiunea lui el se deplasează în măsură considerabilă (2—4 are însă numai unicul efect de a mări volumul plămânului. lățimi de deget) în jos (vezi fig. 2). Mișcarea diafragmului nu El are o funcțiune însemnată și pentru diferitele organe abdominale. In concavitatea diafragmului din dreapta fiind așezat ficatul, fiecare contractiune a diafrgmului, deci fiecare inspirație, mărește presiunea intra-abdominală, în consecnță cu ocazia fiecărei contractiuni se comprimă acest organ, îl stoarce ca o mână ficatul și favorizează astfel în măsură însemnată circulațiunea sângelui și a bilei din interiorulsău. Așa este asigurată revărsarea bilei în intestin și ajutată digestia. Prin presiunea pe care contractiunea diafragmului o exercită asupra intestinului, mișcarea acestuia este deasemenea stimulată și evitată constipația. Multe cazuri de constipații cronice, mai ales la femei sunt simplaminte datorite unei respirațiuni diafragmatice insuficiente.

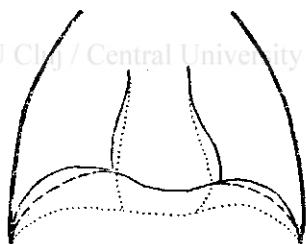


Fig. 2. -- Reprezentare schematică a mișcării diafragmului în respirația liniștită și adâncă.

Ceilalți mușchi inspiratori acționează asupra scheletului osos al cutiei toracice, asupra coastelor. Cu ocazia fiecărei contractiuni coastele, cari nu stau orizontal, ci piezișe dinapoi înainte sunt ridicate și prin aceasta măresc atât diametrul antero-posterior, cât și cel lateral al toracelui, producând o bombare a acestuia. Această bombare poate fi măsurată cu ușurință dacă cu o bandă metrică se măsoară circumferința toracică în in- și expirație la nivelul melonului. Diferența între cele două valori se numește indice respiratoriu și este la omul adult normal de aproximativ 7 centimetrii.

În anumite cazuri de inspirații forțate sau în anumite boli împreunate cu dificultăți respiratorii înafară de musculatura obicinuită se mai utilizează pentru inspirație și mușchi accesorii, îndeosebi mușchii gâtului. Vedem deci că forța musculară, pe

care o avem la dispoziție pentru a executa inspirația, este considerabilă. Această musculară se contractează în mod normal automat, dar ea poate fi direct influențată de voința noastră, noi putem să ne modificăm voluntar, ritmul, profunzimea și durata inspirației, putem chiar să o oprim pentru un timp oareșicare (maximul acestei „apnee voluntare“ este la omul normal 100 secunde, la pescuitori de perle și scafandrii ea poate fi crescută prin exercițiu până la 3 minute.

A doua faza a respirației, *expirația*, nu se face cu ajutorul unei activități musculare. Ea este o *mișcare pasivă* care se face numai în baza elasticității plămânului și se face cu atât mai ușor și mai complet, cu atât această elasticitate este mai mare, cu cât plămânul este mai puțin uzat. Fiindcă forța

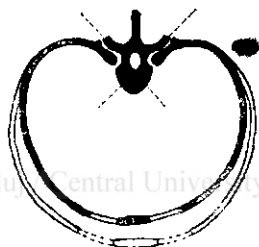


Fig. 3. — Proiectarea pe un plan orizontal a unei perechi de coaste și a pieselor lor de legătură. Poziția acestora în expirație e reprezentată în negru.

elastica a plămânului este mult mai mică decât cea a mușchilor inspiratori, evacuarea aerului inspirat se va face mult mai încet, durata expirației va trebui deci să fie mai lungă. Pentru cazurile când expirația este îngreunată din cauza unei boli oareșicare, mai există totuși anumite forțe de rezervă cari pot contribui la evacuarea aerului din plămân. Aceste forțe sunt tot de natură musculară, musculatura expiratorie este constituită prin mușchi abdominali cari dacă se contractă, măresc presiunea din cavitatea abdominală, aceasta se repercută asupra diafragmului care se va deplasa în sus și va produce astfel o diminuare a volumului pulmonar. Diafragmul este deci în aceeași măsură însemnat și pentru expirație cași pentru inspirație. În cursul respirației normale acești mușchi auxiliari expiratorii nu sunt utilizați. În expirațiile fortate ei nu sunt utilizați decât la sfârșitul acclora. Măsura în care contractiunea lor diminuează volumul cutiei toracice este mult mai mică decât cea în care el poate fi mărit prin mușchii inspiratori.

Trebue notat aci că între modul cum respiră cele două sexe există o anumită deosebire. Barbații fiind siliți prin activitatea lor musculară mai mare să facă mai des respirații profunde își utilizează în măsură mai mare diafragma, se spune despre ei că au un tip de respirație mai mult abdominal. Femeile respiră mai superficial și mai ales cu părțile superioare ale toracelui, se spune deci, că tipul respirator feminin este mai mult costal. La cânterețe și la sportive respirația diafragmatică poate însă deveni tot atât de amplă ca și la bărbați.

Înainte de a arăta efectele pe cari exercițiile fizice le au asupra funcțiunii plămânului, mai trebue să ne ocupăm de o parte foarte importantă a aparatului respirator, de căile respiratorii superioare și în deosebi de nas.

Contrar cu ceea ce se crede, că nasul este un organ care servește în primul rând mirosului, în realitate el face în primul rând parte din aparatul respirator. Rolul său în respirație este multiplu și extrem de însemnat. Traversând calea lungă și întortochiată a nasului, aerul rece care vine dinafară este încălzit în așa măsură, ca să nu fie iritant pentru celulele foarte sensibile cu cari sunt îmbrăcate căile respiratorii mai profunde: trachea, bronhiile și alveolii pulmonari. Totodată în nas aerul este încărcat cu o cantitate de vapori de apă pentru a avea umiditatea necesară când va ajunge în plămân. Traectul lung și cu numeroase curburi, pe care aerul îl parcurge în nas, cât și perișorii foarte fini și secreția mucoasă care se găsește pentru purificarea aerului în acest organ servesc pentru purificarea aerului inspirat. Toate particulele de praf și toate bacteriile cari plutesc în aer sunt reținute de această barieră nasală și aerul ajunge în plămân filtrat și purificat. Nasul mai servește apoi de regulator al amplitudinii și forței mișcărilor respiratorii și ca stimulent al centrului respirator. Prin măsurători precise s'a constatat, că presiunea aerului inspirat este considerabil scăzută dacă individul respiră pe gură, în același timp frecvența mișcărilor respiratorii este mărită, ritmul neregulat, amplitudinea inegală. De aceea indivizii cari respiră pe gură au o respirație superficială care nu permite o distensiune completă a plămânului, părțile mai greu distensibile, cum sunt vârfulurile pulmonare nu mai respiră suficient, devin „atelectatice“, în consecință toracele va deveni plat și slab dezvoltat.

Din cauza insultului perpetu, pe care îl reprezintă pentru plămân aerul rece, uscat și încărcat cu impurități, indivizii cu

respirație bucală vor fi mereu inclinați să facă bronșite catarale, să răcească ușor și astfel să devină predispuși pentru alte boli mai serioase ale plămânului.

Prin înervația foarte abundantă și sensibilă ce să găsește în nas, acesta este predestinat să joace apoi oarecum rolul unui post de avangardă pentru plămân: ori de câte ori în aerul inspirat se află substanțe gazoase toxice nasul declanșează un reflex care oprește imediat inspirația și ferește astfel plămânul de un insult grav.

Nu numai în-, dar și expirația se face în mod normal pe nas și este important ca să se facă așa, pentru că vaporii de apă



Fig. 4. — Calea străbătută de aer în inspirația bucală sau nazală.

cari ies cu aerul expirat să se condenseze și să se depună în cavitatea nasală spre a servi la umectarea aerului inspirației următoare. Cei ce expiră pe gură au nasul uscat și între atari împrejurări el nu-și poate îndeplini funcțiunile indicate mai sus. Pe lângă aceasta suferă și mirosul.

Din cele expuse reiese clar însemnătatea nasului ca organ al respirației, nu este deci exagerat ceea ce s'a spus că respirând pe gură comitem o abnormitate tot atât de mare cași când am vrea să mâncăm pe nas.

Să ne ocupăm acum de respirație în legătură cu educația fizică. Am spus că ori ce efort are ca urmare o intensificare a schimbului de gaze și a ventilațiunii pulmonare. La eforturile obicinuite cum rezultă ele de pe urma diferitelor ocupațiuni umane aceasta intensificare a ventilației, împreună cu mărirea corespunzătoare a amplitudinii și frecvenței mișcărilor respira-

torii se face în mod automat, după o perioadă relativ scurtă de adaptare în cursul căreia se produce o senzație de oboseală. Din moment ce adaptarea s'a făcut oboseala dispare. Spre ex. dacă cineva urcă un deal în primul sfert de ceas se va simți foarte obosit, va avea respirația frecventă și va simți o sete de aer, dacă cu toate acestea va continua să urce, în scurtă vreme oboseala îi va dispărea, respirația va deveni iarăși regulată, deși se va face după un alt ritm și setea de aer nu-l va mai chinui. Această adaptare automată a funcțiunii plămânului față cu noua situație creiată printr'un regim de efort muscular este fiziologică și nici decum dăunătoare organismului, dacă efortul prestat nu este disproportionat de mare și de prea lungă durată.

Când este vorba de exerciții gimnastice lucrurile însă se schimbă. Aici nu mai avem de a face numai cu o intensificare inconștientă, automată a ventilațiunii pulmonare. Există desigur și ea dar pe lângă aceasta *educația fizică caută să influințeze în mod intenționat respirațiunea*, cu scopul foarte laudabil de altfel, ca prin această gimnastică respiratorie să fortifice organismul și să mărească capacitatea funcțională a plămânului.

O influințare intenționată a mecanismului respirator este însă numai atunci îndreptățită și poate da numai atunci efectele salutare, dorite, dacă ea nu ajunge în conflict cu legile fiziologice, dacă nu modifică raportul dintre cele două faze respiratorii.

Or, experiența de toate zilele ne arată că lucrurile nu se petrec așa și că greșelile sunt frecvente și efectele defavorabile ale exercițiilor fizice asupra organismului deasemenea.

Mă voiu nizu în următoarele să indic principalele greșeli ce se comit, să arăt în ce consistă efectele lor dăunătoare și cum pot fi evitate.

1. Foarte adeseori vedem în orele de gimnastică respirația bucală, recomandată ca cea mai bună, „pentru a putea inspira o cantitate cât mai mare de aer curat“. Am văzut ce însemnătate are nasul în actul respirator și cari sunt dezavantagiile respirației pe gură. În afară de primejdia pe care o reprezintă pentru plămân contactul direct cu aerul rece, uscat și nepurificat, la respirația bucală atât amplitudinea, cât și ritmul, frecvența și intensitatea respirației se fac desordonat. Ampliațiunea toracică fiind insuficientă, atelectazia vârfurilor pulmonare este frecventă la acești indivizi, și nici odată cu respirația bucală nu

vom fi în stare să obținem rezultatele pe cari educația fizică le urmărește. Ea trebuie deci energic combătută.

2. Una dintre crorile cele mai des întâlnite la sportivi constă în tendința pe care o au de a-și exercita numai inspirația neglijând complectamente expirația. Acest regretabil obicei se explică parte prin concepțiunea greșită pe care laicii și-o fac despre rostul exercițiilor respiratorii și despre fiziologia respirației în general crezind, că o creștere a primetrului toracic este identică cu o mai bună ventilațiune și că deci scopul ce trebuie atins este obținerea unui torace cât mai „bine dezvoltat“ parte prin faptul că pentru actul inspiratului dispunem de o musculatură puternică și direct influințabilă prin voința noastră și exerciții, pe câtă vreme expirația se face pasiv și potențarea ei este greu de realizat dacă nu posezi în prealabil cunoștințele fiziologice necesare. Aproape în toate școlile de gimnastică și pe toate terenurile de antrenament exercițiile respiratorii constau dintr'o serie de inspirații adânci și forțate, fără ca cel ce le execută sau le comandă să se îngrijască ca după fiecare dintre ele să se facă o expirație tot atât de abundantă, adică de trei ori mai lungă ca durată decât inspirația ce-i premerge. Consecința inevitabilă a acestui mod de a proceda va fi, că de fiecare dată se va elimina din plămân mai puțin aer decât s'a introdus mărindu-se astfel considerabil cantitatea aerului residual și producându-se o dilatație a plămânului. Va să zică se va ajunge tocmai la contrarul scopului urmărit. În loc de o iperventilație vom avea o ventilație diminuată, în loc de un schimb de gaze facilitat unul îngreunat, pentru că diluția oxigenului se va face într'un volum mai mare de aer rezidual și în loc de senzația plăcută pe care o produce o saturație cu oxigen se va instala încurând o sete de aer.

Exerciții respiratorii practicate astfel timp mai îndelungat nu vor întârzia să producă o dilatație pulmonară permanentă, un emfizem, cu toate consecințele neplăcute ale acestei stări patologice. Antrenorii vor fi însă mândrii că au obținut la elevii lor o creștere considerabilă a perimetrului toracic, un piept bombat și plin.

3. În legătură cu exercitarea aproape exclusivă a inspirației se mai comite apoi o eroare și anume aceea, că inspirația adâncă se execută după o tehnică greșită, care face imposibilă inspirația complectă. Dacă vom provoca un sportiv începător, care nu cunoaște fiziologia, să facă o inspirație adâncă și vom observa

cum o execută, vom remarca întotdeauna, că el se năruie să-și dilate cât mai mult cutia toracică, mai ales în porțiunile ei superioare, neglijând inconștient respirația diafragmatică. Dovada că diafragma nu participă decât în măsură neînsemnată la exercițiile respiratorii ce se execută de obicei, este dată prin faptul, că peretele abdominal în loc să bombeze în cursul inspirației este aspirat înăuntru și devine excavat. Avem atunci ceea ce se chiamă respirația abdominală inversă. Respirând în acest fel, — și ori cine își va lua oboseala să observe, se va putea convinge, că această tehnică inspiratorie este generală în sălile de gimnastică — este imposibil să obținem o umplere integrală a plămânului cu aer, deci o inspirație completă, căci cel mai însemnat mușchi inspirator, diafragma, nu poate func-

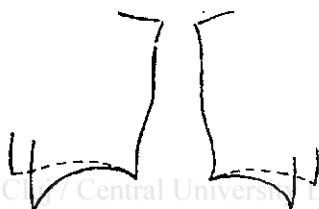


Fig. 5.

ționa în bune condițiuni. Contractiunea sa poate produce o mărire suficientă a volumului pulmonar numai dacă ea se începe atunci când curbura diafragmului este maximă, adevărat imediat după sfârșitul expirației, înainte de ce ar fi început ceilalți mușchi respiratori să dilate cutia toracică. În mod normal așa se și petrec lucrurile, întâi se contractă diafragma și pe urmă se ridică coastele. Dacă se inversează mișcarea, așa cum au tendința să o facă toți sportivii, când execută intenționat o inspirație adâncă, curbura diafragmului este diminuată înainte de ce el s'ar fi contractat, prin faptul că punctele sale de inserție periferică, adevărat costale, sunt ridicate și în același timp înainte și deplasate înafară prin mișcarea inspiratorie a coastelor, prin aceasta diafragma este pus într-o situație statică defavorabilă funcțiunii sale și contractiunea pe care o va face va fi aproape inaparentă (vezi fig. 5). Dar și mai mult decât atât: prin dilatarea bruscă și forțată a cutiei toracice se provoacă o întindere a mușchilor abdominali, în consecință o diminuare a volumului și o mărire a presiunii intraabdominale care de asemenea se va opune mișcărilor diafragmului. Într-o inspirație astfel executată

coordonarea funcțională a mușchilor respiratori este deranjată. din sinergiști ei devin aproape antagoniști, și efortul pe care îl fac este în bună parte inutil, iar rezultatul funcțional insuficient.

Pentru a evita această aberațiune, ori de câte ori vom executa inspirații adânci, vom avea grija ca mișcarea inspiratorie să fie începută întâi cu diafragma și numai după ce aceasta se va fi contractat și deplasat în jos vom cauta să dilatăm și porțiunile superioare a cutiei toracice. Procedând așa vom putea obține o umplere integrală a plămânului cu aer, în același timp vom facilita și expirația următoare, căci cu cât diafragma va fi fost deplasat mai jos, cu atât va diminua mai mult, prin revenirea sa în pozițiune normală, volumul pulmonar și va scoate din acesta o cantitate mai mare de aer utilizat.

Pentru a ne însuși o tehnică corectă a inspirației adânci ne putem face la început un autocontrol al aceleia, așezându-ne o mână pe abdomen și având grije ca la începutul fiecărei inspirații peretele abdominal să fie împins înafară prin contracțiunea diafragmului și nu aspirat înăuntru cum am văzut că se face de obicei.

4. În multe părți se practică greșitul obicei de a intercala între in- și expirație o pauză, oprindu-se mișcarea respiratorie în inspirație maximă. Am văzut că în mod normal nu există pauză decât la sfârșitul expirației, ca nu trebuie deci creiată artificial în cursul exercițiilor căci nu poate decât să strice elasticității pulmonare și să ducă la dilatația organului. Dovada nocivității acestui exercițiu ne-o dau scafandrii și pescuitorii de perle cari intră sub apă după o inspirație maximă. În scurtă vreme plămânul acestor oameni este uzat și ei devin emfizematici la o vârstă foarte tină.

5. O asemenea distensiune inspiratorie de lungă durată se mai poate produce în cursul exercițiilor gimnastice în momentul când executăm un efort muscular mai considerabil. Mulți sportivi au obiceiul să îndeplinească eforturile violente (ridicare de greutate etc.), reținându-și respirația în fază inspiratorie. Rezultatul va fi tot o distensiune exagerată a țesutului pulmonar cu aceleași efecte defavorabile. Trebuie deci respectat principiul general, că *în sport ori ce efort mai mare să fie executat, pe cât posibil, în faza expiratorie.*

6. Nu trebuie apoi pierdut din vedere, așa cum se face de multe ori, că între mișcările respiratorii și cele pe cari le executăm cu trunchiul și cu brațele în cursul exercițiilor fizice-

există o anumită legătură. Nici odată aceste mișcări să nu fie făcute astfel ca ele să se împiedice reciproc, ci dimpotrivă exercițiile fizice trebuie să favorizeze mișcările respiratorii. Aceasta se va putea obține numai atunci, dacă fiecare exercițiu va fi analizat din punctul de vedere a influinței pe care o exercită el asupra mișcărilor respiratorii și fiecare fază a lui va fi executată într'o fază respiratorie corespunzătoare. Așa spre exemplu toate exercițiile împreunate cu ridicarea brațelor se vor face în inspirație, iar coborîrea brațelor în expirație, toate exercițiile împreunate cu flectarea trunchiului înainte, înapoi sau lateral se vor face în expirație inspirându-se în faza când trunchiul este readus în poziție verticală, etc.

Iată o serie de greșeli cari se pot comite cu ocazia exercițiilor respiratorii. Dacă cei ce practică educația fizică nu vor ține seama de ele riscă să cauzeze prejudicii grave organismului, ei își vor supraveghia deci mereu tehnica respiratorie, pentru ca respirația să se facă corect, adică:

- a) să fie nasală, atât în in- cât și în expirație;
- b) expirația să fie cel puțin de 2 ori mai lungă decât inspirația;
- c) să nu se expire forțat (prin contractiunea musculaturii abdominale) decât la sfârșitul expirației;
- d) în inspirația forțată să se contracte întâi diafragma și apoi să se respire cu partea superioară a toracelui;
- e) să nu se facă pauză între in- și expirație, ci numai la finea celei din urmă;
- f) să nu se execute eforturi mai mari în fază inspiratorie;
- g) să se coordoneze singuraticile faze ale mișcărilor respiratorii cu diferitele faze ale exercițiilor fizice, pentru a se evita efecte antagoniste.

Procedând astfel vor putea fi siguri că exercițiile fizice pe cari le practică î-și vor produce efectul salutar dorit, sporirea vigoriei organismului și asigurarea sănătății.

Dr. L. Daniello
docent universitar, șeful secției de boli pulmonare
a clinicii medicale din Cluj.



Importanța educației în combaterea veneriilor.

În câteva articole anterioare, am schițat valoarea veneriilor în procesul de degenerare al rasei umane și am discutat capitolul prostituției și al promiscuității sexuale în general, înfățișând aceste probleme, ca surse inepuizabile, ce revarsă răul asupra umanității. Variatele măsuri legislative, adresate promiscuității, nu au pus nici o stavilă răspândirii veneriilor.

Alături de promiscuitate mai intervine însă și un alt fapt, de o extremă importanță și anume, relațiunile sexuale precoce, relațiuni începute de elementul masculin, mult înainte de a se fi ajuns la maturitatea desăvârșită, înainte deci de irezistibila afirmație a virilității, apoi exercitarea relațiunilor sexuale cu o frecvență ce depășește mult necesitățile funcționale. Se explică deci procentuația de 60—75 a bolnavilor venerici, repartizată pe această categorie a populației, — trist record al vârstei adolescente. Acest fenomen cade în sarcina lipsei educației sexuale, sau a lipsei de educație în general, întrucât școala modernă se ocupă aproape exclusiv de orientarea pașilor tinereții spre portul cunoștințelor celor mai variate, cedând hazardului educațiunea biologică, desăvârșirea caracterului. Voința, sobrietatea, moderațiunea, sentimentul moral și sentimentul de răspundere față de colectivitate și generația viitoare, problema sexuală, și altele, sunt tot atâtea ingrediente, cari în calculul educatorului continuă de a rămâne simple *valori neglijabile*. De aici rezultatul fals și repescusiunile lui adeseori dezastruoase pentru societate.

Modificarea educațiunei actuale și intercalarea în programul ei a unei educațiuni sexuale științifice și precaut adecuate diferitelor vârste, sunt probleme de ardentă actualitate.

Educație sexuală sistematică, nu există încă nicăiri. Streinătatea a dat alarma în repetate rânduri, problema nu a ieșit totuși, din faza ei de studiu și tatonare. Cei mai mulți recunosc

necesitatea clarificării sexuale și venerice a tinerei generații, fără să fi putut preciza norma după care să i-se confere cunoștințele referitoare la complicata problemă a transmiterii vieții, a reproducției.

Aproape toate cunoștințele, în materie de reproducție, rămân și pe mai departe, încredințate întâmplării. Părinții și școala, nici nu știu, nici nu îndrăsnesc să dea tinerilor vre-o deslușire asupra problemei sexuale, iar inițierea nu întârzie să se facă, precece, brutal, adeseori tragic.

Educația împotriva veneriilor, în mod schematic, ar cuprinde două opere distincte :

1. opera de profilaxie adresată boalei propriuzise,
2. opera de profilaxie adresată desfrâului sexual, a promiscuității.

Prima parte a problemei e mult mai ușor de realizat, întrucât organizația sanitară și mijloacele de profilaxie medicamentoasă, pot interveni cu succes. Organizarea acestei opere culminează în sistemul nord-american. Într'adevăr, Statele Unite, au început în primii ani cari au urmat războiului mondial, cea mai formidabilă campanie antivenerică, în care s'au angajat 60.700 medici, cărora li-s'au împărțit 73.900 broșuri asupra bolilor venerice. Expoziția antivenerică, a fost vizitată de 740.000 bărbați și adolescenți: s'au ținut 13.000 conferințe cu proiecțiuni și 5600 reprezentații cinematografice, frecventate de peste 2 milioane persoane. Diferite întreprinderi industriale și-au procurat și utilizat un milion de broșuri antivenerice, altele iarăși, au editat broșurile proprii. S'au ținut peste 29.000 conferințe, frecventate de un număr de peste 4.600.000 persoane. În 31 conferințe de profesori, s'a discutat necesitatea educațiunei antivenerice în școli. La 6.000 conveniri, numărând 145.000 auditori, s'au ținut conferințe cu subiect antiveneric. S'au răspândit peste 26 milioane pamflete. Între 22 Noiembrie și 4 Decembrie, a avut loc la Washington, un congres de 617 persoane — intelectuali și medici de ambe sexe — cari reprezentau întreg continentul american, cu scopul de a informa publicul despre ultima fază a campaniei antivenerice. S'au ținut cursuri de perfecționare asupra tratamentului veneriilor, asupra modului cum trebuiesc conduse serviciile antivenerice ale clinicilor și spitalelor; cursuri de perfecționare pentru surorile de ocrotire: conferințe juridice, sociologice, eugenice, apoi altele cu subiecte din domeniul ere-

dității și a educației sexuale. Toate acestea erau ilustrate prin expoziții de cărți, tratate, mulaje, filme, etc.

Societatea germană pentru combaterea veneriilor a desfășurat deasemenea un program, dintre cele mai laudabile, condus după aceleași norme ca și programul american.

Celelalte țări urmează mai în mic, exemplele de mai sus, după aceeași normă, adecvate posibilităților lor specifice. (Finger).

Cât despre a doua parte a problemei, anume opera de profilaxie adresată promiscuității, ea e mult mai grea de realizat decât cea dintâi; ea nu va putea fi realizată, decât printr'un ansamblu armonic de măsuri educative, pentru tinerime, fără sugestii inoportune asupra problemelor sexuale pure.

Pentru nordici, pivotul problemei, e constituit de „cultura voinței“. Spre a ilustra aceasta, voi cita ● Förster, lăsând să urmeze cuvântul de introducere din etica lui sexuală (Fürth):

„Pronunțarea spiritului tembel și neglijența epocii noastre, e un simptom, care ne indică în mod brutal, situația în care va ajunge societatea umană, dacă va continue să cultive exclusiv cultura cunoașterii, neglijând cultura voinței și a conștiinței. Această neglijare a caracterului ne apare cu atât mai funestă, cu cât civilizația modernă, își amplifică pe zi ce trece, mirajul tentațiunilor, adresate părții materiale a ființei noastre; într'adevăr tendința fundamentală și elanul civilizațiunii moderne, nu e altceva decât cea mai rafinată cultivare și satisfacere a componentei materiale a omului. Și tocmai acest cult pentru necesitățile materiale, e adevărata cauză a ceea ce s'a numit: hipertrofia sexuală a epocii noastre. Naivitatea, cu care astăzi necesitățile materiale, sunt așezate în centrul preocupărilor noastre culturale, e responsabilă de abnorma impudicitate, ce proclamă adeseori ca unic sens al vieții, satisfacțiile sexuale și erotice, lăsând cel mai liber joc tuturor capriciilor și perversităților“.

Apoi, în aceeași ordine de idei, autorul continuă: „Comportarea unui om în domeniul sexual, este compasul cu care i-se poate măsura gradul propriei lui educații; se poate stabili dacă această educație se bazează sau nu pe o exactă cunoaștere a naturii omenesți cu toate tentațiile ei și dacă ar putea opune sau nu acestora, mijloace de apărare eficace. Sub acest aspect, lipsa de moderațiune sexuală a tinerimei, ne apare ca un rezultat al educațiunii moderne, grație căreia toate facultățile sufletești se epuizează de acumularea diferitelor cunoștințe, ne mai

rămânând nimic ce ar putea acționa frânarea instinctelor“. Acest citat reprezintă sinteza unei întregi concepții; a concepții popoarelor de nord, care evită să atace educația sexuală în mod direct, crezând că aceasta s'ar putea face dela sine, prin coplectarea educației, în sensul formării caracterului.

Pe de altă parte se agită problema unei educații sexuale precoce, metodic organizată și începută încă din cursul elementar. În Franța, când s'a pus pentru întâia dată astfel chestiunea, multe cercuri și-au manifestat revolta și stupeoarea deopotrivă. S'a arătat îngrijorarea că, o astfel de educațiune începută din cea mai fragedă copilărie, nu ar fi decât o inițiere precoce și mulți doreau numai o educație morală, care să împiedice mintea copilului de a răscoli prea mult anumite probleme, pe cât de importante pe atât de grave pentru individ și societate.

Chestiunea educațiunii sexuale, e totuși mult mai complexă decât ar părea în primul moment. În orice caz, realizarea ei, nu se va putea ajunge prin mijloace șablonice, ea nu va putea îmbrăca o formulă unitară, valabilă oricând și în orice loc. Ea va trebui să fie în primul rând, meabilă și evolutivă, va începe prin cunoașterea vieții, apoi prin cunoașterea transmițerii ei, totul fiind predat în mod progresiv, științific și susținut de o desăvârșită educație morală. *De Plauzoles*, rezumă astfel doctrina maeistrului puericulturii, Prof. *A. Pinard*: „Viitorul rasei, e în întregime sub dependența educațiunii sexuale: ea va trebui să constituie primul capitol al puericulturii.

„Pentru a avea copii sănătoși și viguroși, trebuie ca însuși bărbatul și femeia să fie sănătoși. Ei trebuiesc vindecați de toate bolile și mai ales de cele transmisibile, să nu fie alcoolici, nici în stare de beție, sau surmenaj.

„Printre mijloacele profilactice privitoare la puericultură înainte de procreare, este unul care trece înaintea tuturor celorlalte, anume de a vulgariza noțiunea că toți indivizii sunt mai înainte de toate purtători de sămânță“. Aceasta este noțiunea ce trebuie infiltrată copiilor.

„Să-l învățăm pe copil viața. Să-i arătăm ceace este. Să-i dăm creerului său această noțiune capitală, de a ști: că el nu e decât o verigă dintr'un lanț ne'nterupt, care nu trebuie nici să slăbească, nici să se rupă. Să-i spunem că părinții lui nu numai că iau dat viața, dar mai ales l-au făcut depozitarul generațiilor viitoare.

„Trebue ca instinctul sexual al tinerilor Francezi și Franțu-zoici, să fie instruit, educat, întocmai ca și celelalte instincte ale lor, înainte chiar de-a se fi dezvoltat, numai știind fiecare, că dintre toate actele, pe cari le-ar putea săvârși în viață, cel mai grav, cel mai înalt, e actul procreației, va putea înțelege și pătrunde toate consecințele lui. Femecea educată după ace-leași principii, nu va mai fi, dupăcum e azi de prea multe ori, complicea involuntară și inconștientă, a acelor procreațiuni, cari nu sunt decât crime la adresa speciei“.

Profesorul Pinard dorește deci ca educațiunea sexuală să înceapă din momentul din care copilul se deșteaptă la viața intelectuală.

Să presupunem că ar trebui să înceapă; dar se naște întrebare, de către cine să se facă? Unii cred că părinții ar fi cei chemați pentru aceasta. Ei în primul rând sunt responsabili de viitorul copiilor, pe de altă parte, mulți părinți câștigă mai repede încrederea copiilor lor. Însă puțini sunt părinții cari ar putea da vre-o instrucție, asupra problemei sexuale. În condițiile ideale, după cât se admite în genere, aceasta ar trebui făcută acasă; școala nu poate sta totuși impasibilă față de o astfel de acțiune.

Părinții cei mai mulți nu știu nici ei prea mult asupra educației sexuale, sau dacă știu, preferă să tacă, ne'ndrăsnind să atace o problemă peste care morala tradițională așterne vâlul celei mai vinovate ipocrizii. Unii părinți, încearcă totuși să o facă pe cale indirectă, folosindu-se de unele broșuri cari tratează problema sexuală. Această metodă indirectă, impersonală, e un surogat educativ remarcabil, ce compensează lipsa sfaturilor directe. Presupunând însă că părinții ar cunoaște bine problema sexuală, ei ar putea proceda la educația sexuală a vârstarelor lor, pe calea indirectă a preocupării minții copiilor prin exemple bune, prin idealul stăpânirii de sine și a păstrării sănătății.

Educația sexuală adevărată însă, trebue dată în școală, armonizată cu studiul problemelor naturale, biologia și fiziologia. Problema sexuală să treacă drept o problemă deschisă, debarasată de orice pudicitate prejudecată, pedagogic adecuată diferitelor vârste, diferitelor clase sociale și cu referințe speciale pentru băieți pe deoparte și fete pe de alta. Deci o problemă,

deși unitară, totuși malcabilă în acelaș timp, pentru a se putea acomoda diferitelor condițiuni speciale.

De Plauzoles, împarte educația sexuală în 3 cicluri: ciclul I.: Noțiuni elementare cu privire la transmiterea vieții; ciclul II.: Noțiuni elementare cu privire la bolile infecțioase și ereditare; ciclul III.: Noțiuni referitoare la uniunea bărbatului cu a femeii cu scopul de a procrea și de a constitui o familie; prepararea tinerilor și tinerelor pentru rolul lor din viitor, de tată și mamă.

Primul ciclu s'ar referi la învățământul din prima școlari-tate. Ar începe prin noțiuni elementare de istorie naturală, întâi, relativ la reproducția plantelor, apoi a animalelor. Acestea ar fi noțiuni cari ar trebui predate copiilor, înainte de deșteptarea instinctului sexual, pentru a îndepărta orice umbră de mister impur rășfrâns asupra problemei sexuale. Să se sugereze totuși păstrarea rezervei, nu din cauză că problema ar avea în dânsa ceva rușinos, ci din motivul că ea constituie un ce sacrat în biologie viețuitoarelor. Se va învăța că viața se perpetuiază, că orice ființă provine dintr'alta, că ei înșiși sunt depositoryi generațiilor viitoare, că toate generațiile sunt solidare la perpetuarea speciei și că fiecareia îi incumbă datoria de a o perfecționa. Mai târziu, când începe studiul fiziologiei, fiziologia sexuală își va lua locul binemeritat, cu îndreptățiri egale, alături de studiul funcțiunei organelor digestive, respiratorii, circulatorii, etc.

Al doilea ciclu, va începe în cursul secundar, odată cu studiul igienei, a bolilor infecțioase și parazitare și a principiilor de profilaxie. În cadrele acestor noțiuni, se va trata amplu bolile sociale, se vor sublinia gravele prejudecăți aduse sănătății individului și mai ales vigoarei rasei. Nu se va mai păstra tăcere asupra sifilisului, care înainte de a fi o boală venerică e o boală generală și se va preda ca atare. Contagiunea venerică va fi tratată în al treilea ciclu, la finea educației sexuale.

Al treilea ciclu, tot după Plauzoles, — s'ar desfășura între vârsta de 14—16 ani. Acest ciclu va cuprinde tratarea amplă și științifică a problemelor biologice, igienice, eugenice și morale. Desăvârșirea caracterului și infiltrarea în sufletul tinerilor a datoriilor biologice, a simțului de răspundere, față de societate și față de cei ce o să-i urmeze.

Lupta împotriva promiscuității, nu va trebui să mai în-

târzie. Ea va trebui începută și condusă cu pricepere și entuziasm de toate forțele pedagogice și educative. Rolul fundamental, — considerând actuala stare de lucruri îi revine fără îndoială școlii, prin modificarea programului de învățământ în sensul unei educațiuni biologice complete, cu considerațiuni speciale asupra educației sexuale.

Dr. Ovidiu Comșia.

Anchetele sanitare și campania antisifilitică în Regiunea XI Sanitară în anii 1922 și 1924.

Combaterea plăgilor sociale trebuie să fie una dintre principalele preocupări ale conducerii de Stat. Deci scoaterea sifilisului din organismul unei societăți trebuie să fie datoria celor cu răspundere pentru viitor.

Tocmai în fața acestui pericol, acțiunea de a izola, de a filtra sifilisul și a feri — prin închiderea surselor de infecțiune — pe cei încă neatinși de boală, este una dintre cele mai înalte probleme și îndatoriri de ordin moral, cât și material. Refacerea economiei naționale prin eliminarea factorilor disgenici câștigă mult, dat fiind că, un strat de indivizi infectați cu sifilis, într'o societate, scade producția atât intelectuală, cât și morală a acestei societăți și, în, piedică fructificarea adevărată a energiilor originale.

Campania dusă cu toate puterile contra sifilisului, este cerută cu toată puterea generației care persistă încă, dar mai cu seamă a celei ce urmează.

În fața inamicului comun trebuie să se coordoneze interesele, de apărare, aducând pe acelaș plan de acțiune pe toți cei interesați în fața pericolului, apoi cum pericolul sifilisului interesează toată societatea, fără deosebire de clasă socială și stare materială, este necesar, ca în lupta aceasta de desrobire, să fie interesați toți factorii societății, atât cei cari dau lupta, cât și cei pentru cari se dă aceasta luptă.

Deci, se impune o acțiune generală, sistematică, dusă pe baza unui singur și bine chibzuit plan de acțiune, căci fărâmițarea energiilor în luptă, periclitează izbânda finală — *sănătatea publică*.

În Belgia, la congresul din 1925, s'a declarat că sifilisul nu mai este pericol social, rezultat uriaș obținut prin o muncă intensivă și o bună și sistematică organizare și luptă decisivă. Cu atât mai mult avem noi datoria, ca națiune tânără, abia la începutul organizării de Stat unitar, să formăm cadrele necesare pentru asigurarea eliminării sifilisului și asigurarea unei dezvoltări naturale, fără pericol.

Pericolul sifilisului numai printr'o muncă intensivă medicală-igienică și coordonarea într'o anumită direcție a acțiunii, se va putea înlătura.

Pentru atingerea scopului final — sănătatea publică — Statul este dator a întreprinde întreaga acțiune de regenerare, de perfecționare și progres sănătos.

În Ardeal, în vederea acestui scop, s'au format încă în anul 1919 luna Februarie, de către Resortul Ocrotirilor Sociale*), instituțiuni sanitare direct pentru acest scop, numite *Ambulatorii policlinice* și sunt formate direct ca organe de luptă ale Statului, prin cari Statul poate întreprinde oricând o acțiune energică contra plăgilor sociale și prin exterminarea acestora a asigura o dezvoltare sănătoasă a populațiunei țării.

În Ardeal campania antisifilitică prin ambulatele policlinice prinde rădăcini adânci, căci ambulatorul se adevărește a fi organul de conducere al luptei pentru regenerarea rasei și pentru restabilirea echilibrului social-sanitar.

În Ardeal, în 1921 s'a pornește o acțiune de combatere a sifilisului la țară, prin *echipe volante* și *anchete sanitare*. Ambulatorul policlinic este îndatorat a săvârși anchete sanitare în fiecare comună din cercul său de activitate, formând registrul sifiliticilor. Pe baza acestui registru se face tratamentul antiluetic, sistematic.

Pentru a ușura aplicarea tratamentului la un număr mare de sifilitici și pentru a da posibilitate tuturor de a-și primi tratamentul cuvenit, s'a luat în vedere formarea unor centre și subcentre de tratament, unui subcentru căruia îi aparțin comunele din apropiere, unde la ziua și ceasul indicat se prezintă bolnavii, pentru primirea injecțiilor.

Echipe se formează din : 1. *echipa de recunoaștere* și 2. *echipa de combatere*. Echipa de recunoaștere stabilește numărul îmbolnăviților, formând frontul contra sifilisului, iar echipa de combatere porcede la tratamentul sistematic și periodic.

Ca organe de ajutor funcționează sora de ocrotire, moașa, agentul sanitar, preotul, învățătorul.

*) Dr. Iuliu Moldovan secretar general, Sibiu 1919.

Ambulatoarele policlinice Cluj, Târgu-Mureș, Zlatna, Bistrița au anchetat un însemnat număr de comune în anul 1921 și 1922, stabilind numărul sifiliticilor și făcând acestora tratamentul.

Ambulatorul policlinic Cluj a anchetat în 1921—1922 următoarele comune, cu următorul procent :

Comuna	% sifilis	% tbc.	% vegetații adenoid	% gușă
Poiana Ampoiului . . .	15·0	4·4	14·0	0·2
Trâmboiele (vizitele cu Dr. Ion Rece) . . .	14·0	11·6	5·1	1·9
Hida	6·8	5·3	4·3	
Baica	11·8	7·0		
Drağ	9·7			
Miloan	8·1			
Ugruțiu	9·2			
Feleac	8·0			
Luna-săsească	6·7	11·5	5·7	0·4
Borșa Cojocnei	6·0			
Someș-Sat	4·7			
Tăuți	3·5	21·0		
Florești	7·9	10·6	6·7	0·3
Stolna	3·2	11·0		
Aiton	3·8			
Fildul-de-mijloc	7·9	26·0	1·5	0·3

Ca principiu a servit: *închiderea cât mai curând posibilă a surselor de infecțiune*, pentru împiedecarea transmisiunii virusului.

În acțiunea desfășurată pe sate ne-am bazat în prima linie pe ajutorul intelectualilor comunelor, în special al preoților. În vederea acestui ajutor s'a adresat următoarea rugare :

Pentru sănătatea publică.

— Ambulatorul Policlinic Cluj. —

D-le Părinte, D-le Invățător !

Indrumător al însănătoșirilor suieșteți, către tine ne îndreptăm cerându-ți ajutorul sufleteș și pentru lupta pornită întru vindecarea boalelor ce rod trupul țărânelor. Ajutorul tău dăni-l lămurind pe plugari că mai mult decât îngrijirea animalelor de muncă, e lipsă să păzim sănătatea muncitorilor și a femeilor și copiilor lor. Pregătește-te să ne ascuțe povața. *Arată-le că nu cerem nimic, decât sănătatea lor, că nu încercăm să le luăm, decât boala.* Că în aceasta străduință a noastră nu țintim nici credințe religioase nici politice, ci venim să aducem alinarea de oameni și frați. Învață păstorule pe boiavați să se arate cei ce se cred sănătoși de-asemeni — pentru că numai medicul cunoaște cu adevăr toate suferințele. Spune-le și Dta că nu e nici o rușine în nici o boală, dar păcat și rușine este în neingrijirea sănătății.

Seamăna-le alături de celelalte povețe bune și pe aceea, ca *cea mai mare sărăcie este boala*. Îndeplinindu-ne munca orânduită de Stat noi vom veni din comună în comună în cercetare — și cum sunt multe sate cu multe suferințe, timpul nostru e măsurat. Cu ajutorul D-tale ne încredem că la vestirea noastră să îi aflăm pe toți pregătiți și înțelegători, supunându-se întru folosul lor, datoriei de a fi sănătoși.

Increzători în înalta D-voastră înțelegere vă dorim tot binele.

Statistica comunelor Hida, Baica și Borșa întocmită cu ocazia anchetelor sanitare.

Comuna Hida (Județul Cluj).*)

(10 Martie—23 Martie 1922.)

Totalul locuitorilor 1285.

Bărbați	---	---	---	---	609
Femei	---	---	---	---	676
<i>Naționalitatea:</i> Români	---	---	---	---	658
Maghiari	---	---	---	---	248
Evrei	---	---	---	---	343
Alte	---	---	---	---	36

S'a prezentat la examen 750.

Aflat cu *sifilis*:

Sifilis I	---	---	---	---	— cazuri
Sifilis II	---	---	---	3	„
Sifilis latent	---	---	---	38	„
Sifilis III	---	---	---	4	„
Sifilis congenital	---	---	---	6	„
Paralizie progr.	---	---	---	1	„
Total	---	---	---	52	cazuri

Etatea acestora:

0—1 an	---	---	3	31—40 ani	---	---	13
2—5 ani	---	---	3	41—50 „	---	---	6
6—10 „	---	---	2	51—60 „	---	---	3
11—20 „	---	---	4	61—70 „	---	---	1
21—30 „	---	---	15	71—80 „	---	---	2

*) În timpul anchetelor în jud. Cluj ni-s'a dat un prețios ajutor de către Dl medic primar Dr. B. Bașiota. În comuna Hida în timpul anchetei a lucrat alături de noi Dr. Paul Deeșy medicul circumscripției și Leontin Turcu învățător.

Familii sifilizate :

Cu 1 membru	...	...	12	familii
Cu 2	"	...	6	"
Cu 3	"	...	5	"
Cu 4	"	...	2	"
Cu 5	"	...	1	"
<hr/>				
Total	...	...	26	familii

Procentul sifilisului în comună 6.8%.

Blenoragie :

Blenoragie acută	...	...	3	cazuri
Blenoragie cronică	...	...	21	"
Vulvovaginită gon.	...	...	3	"
Anexită, salpingită	...	...	9	"
Tumoară anexială	...	...	15	"
<hr/>				
Total	...	...	51	cazuri

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tuberculoză :

Tuberculoză pulmonară	...	...	27	cazuri
" ganglionară	...	...	5	"
" osoasă	...	...	4	"
" a. pielei	...	...	3	"
" vesiceei urin.	...	...	1	"
<hr/>				
Total	...	...	40	cazuri

Procentul tuberculozei 5.3%.

Estatea tuberculosicilor :

0—1 an	...	...	—	cazuri	31—40 ani	...	...	9	cazuri
2—5 ani	...	...	1	"	41—50 "	...	...	2	"
6—10 "	...	...	2	"	51—60 "	...	...	3	"
11—20 "	...	...	9	"	61—70 "	...	...	1	"
21—30 "	...	...	12	"	71—80 "	...	...	1	"

Sterilitate :

Blenoragică	...	...	6	cazuri
Alte motive	...	...	5	"
<hr/>				
Total	...	...	11	cazuri

Graviditate 13 cazuri

<i>Cancer</i> uterin	1 cazuri
„ mamelei	1 „
„ labiei infer.	1 „
„ stomacului	1 „
Total	4 cazuri
Vegetații adenoide	37 cazuri
Rachitism	10 „
Gușă	1 „
Angină foliculară	2 „
Apendicită	1 „
Balanită erosivă	1 „
Combustie	1 „
Congelatie	1 „
Conjunctivit. acuta	3 „
Conjunctivit. granul	1 „
Cataracta	3 „
Climacteriu	2 „
Cistită acută	1 „
Distorsie	1 „
Diathesă exsud.	1 „
Eccema madidans	3 „
Exsudat post partum	1 „
Emfisemă	8 „
Fistulă	1 „
Fractura tibiei	2 „
Furunculosa	1 „
Flegmon	1 „
Hernie inghinală	6 „
Hernie abdominală	2 „
Hemiplegie	3 „
Helminthiasă	2 „
Insuficiență bicuspid.	1 „
Incontinență urinară	3 „
Influenză	13 „
Litiasă vesicii ur.	1 „
Litiasa biliară	1 „
Miocardită cronică	1 „
Malaria	1 „
Metroragie	5 „
Neuralgie trigemin.	1 „

Nefrită	1 cazuri
Neurastenii	2 „
Otită medie	9 „
Obesitate	1 „
Pneumonie	1 „
Prolaps uterin	2 „
Pleurită	1 „
Panarițiu	1 „
Pertussis	6 „
Ruptura vesicii post. partum	1 „
Ruptura perinei invet.	5 „
Scabies	40 „
Sen litate	5 „
Trichophitiasă	1 „
Favus	4 „
Impetigo	10 „
Chist	1 „
Ulcer varicos	2 „

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vizitarea școlii:

Școala de stat: vizitați 160 copii, aflați cu:

urme de rachitis	25 copii
vegetații adenoide	47 „
scabies	15 „
tuberculoză pulmonară	8 „
impetigo	4 „
vulvovaginită gonococică	1 „
strumă	1 „
favus	2 „
eccema	1 „
orchită t. b. c.	1 „
nefrită	1 „
trichophitiasă	1 „

Școala confesională reformată: vizitat 34 copii;

rachitis	10 copii	scabies	3 copii
vegetatii ad.	6 „	otită medie	1 „
coxită t. b. c.	1		
tuberculoză pul.	2.		

Grădina de copii: vizitat 9 copii;

vegetații adenoide ... 4 copii
 rachitis 1 „
 impetigo 3 „

Tabloul statistic al comunei Hida
 nașteri, căsătorii și mortalitate pe 10 ani (1912—1921).

Intocmit de *Sabin Corcheș* secretar.

Anul	Nașteri	Căsătorii	Morți în etate de:					TOTAL
			1-10	11-20	21-40	1-70	70	
1912	140	33	39	8	4	16	10	77
1913	122	31	23	1	10	23	12	69
1914	125	26	34	11	3	21	6	75
1915	76	8	40	4	8	20	8	80
1916	57	8	31	6	15	22	15	89
1917	44	11	24	5	14	14	14	71
1918	55	38	29	7	31	28	12	107
1919	75	23	18	—	6	7	6	37
1920	159	109	42	10	26	26	15	119
1021	113	32	42	8	11	11	11	83

Natalitatea, mortalitatea copiilor 0—10 ani.

În Hida s'au născut copii la persoanele examinate și introduse în foile familiare:

vii născuți... .. 700 copii
 morți născuți 30 „
 Total 730 copii

Din cari au murit:

În etate de 0—1 an 95 copii
 „ „ „ 2—5 ani 54 „
 „ „ „ 6—10 „ 24 „

Total 173 copii (23'6‰).

Comuna Baica.

locuitori 237

Sifilis:

sifilis I. 1 caz
 sifilis II. 8 „

sifilis latent	9	„ (Wasserman + + + +)
sifilis III.	1	„
sifilis congen.	3	„

Total 22 cazuri (9·7%).

Etatea acestora :

0—1 an	—	30—40 ani	3
1—5 ani	—	41—50 „	2
6—10 „	1	51—60 „	2
11—20 „	7	61—70 „	—
	21—30 ani		7.

Tuberculoza (Procentul 70%) :

tuberculoză pulmonară	13 cazuri
„ cutană	1 „
„ osoasă	3 „

Etatea acestora: DSU Cluj / Central University Library Cluj

0—1 an	—	30—40 ani	3
1—5 ani	—	41—50 „	3
6—10 „	3	51—60 „	2
11—20 „	3	61—70 „	3

Sterilitate :

3 familii.

Graviditate :

3 gravide.

Alte boale :

blenoragia (complicații)	7 cazuri
cistită acută	2 „
pneumonie	2 „
influență	3 „
pertussis	9 „
trachoma	1 „
flegmon	1 „

furunculosă	.....	1	„
prolaps uterin	.....	1	„
amputația mân. dr.	.....	1	„

Natalitatea, mortalitatea copiilor 0—10 ani.

In comună Baica s'au născut copii la persoanele vizitate și introduse în foile familiare :

<i>vii născuți</i>	... ..	236	copii
<i>morți născuți</i>	... ..	15	„

Dintre cei 236 vii născuți au murit :

la etate de 0—1 an	... ..	39	copii
„ „ „ 2—5 ani	... ..	24	„
„ „ „ 6—10 „	... ..	8	„

Total 71 copii (30·0%)

(Datele referitoare la natalitatea și mortalitatea copiilor sunt culese dela cei vizitați, încât nu pot fi exact controlate).

In timpul anchetei sanitare din Hida s'au prezentat persoane bolnave și din alte comune învecinate :

din Sânmihai; cu sifilis manifest	8	persoane
blenoragie	5	„
din Fizeș; cu sifilis manifest	2	persoane
ulcus molle	1	„
tuberculoză	2	„
din Drag; cu sifilis secundar	4	persoane
blenoragie	2	„
din Ugruț; cu sifilis manifest	4	persoane
blenoragie	2	„
tuberculoză	1	„
din Miluan, cu sifilis manifest	5	persoane
tuberculoză	7	„
din Racăș; sifilis manifest	6	persoane
tuberculoză pulmonară	4	„
avort incomplet	1	„

Tabloul mortalității infantile dela 0—5 ani pe comune, în timp de 10 ani
(dela 1 August 1908 — 31 Iulie 1918).

Intocmit de Dr. Paul Deesy, medic de plasă.

Piasa Hida, județul Cluj.

Nr. curent	Comuna	Ani																	Total	băeți	fete	Totalul locuitorilor în anul 1908	Totalul locuitorilor în anul 1918
		1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918											
1	Hida	9	4	9	16	10	8	12	17	10	6	3	104	54+50	1484	1285							
2	Sân-Mihai	3	8	24	16	17	10	15	13	15	10	4	135	67+68	1441	1349							
3	Baica	4	5	7	11	6	5	4	3	4	2	1	52	30+22	379	354							
4	Drag	7	12	9	23	12	6	8	27	6	6	6	122	67+55	1298	1192							
5	Ugrușiu	1	9	9	12	1	5	7	8	3	7	1	63	29+34	706	676							
6	Miluan	2	6	16	5	4	6	10	17	9	3	7	85	37+48	728	710							
7	Așchileu-Marc	4	11	17	9	22	6	9	29	2	4	6	119	64+55	1064	978							
8	Așchileu-Mic	2	3	5	4	5	17	6	13	3	3	4	65	36+20	773	639							
9	Cristor	2	3	5	8	6	3	1	17	3	5	1	54	30+24	573	451							
10	Adalin	2	8	3	18	11	7	6	19	5	5	3	87	45+42	554	537							
11	Jimbor	3	6	12	10	9	9	7	9	7	7	7	80	33+47	856	783							
12	Chendermal	1	4	3	5	1	4	3					21	14+7	286	258							
13	Sântămăria	1	6	4	7	6	3	11	14	15	2	1	70	36+34	642	669							
14	Zutor	2	4	2	2								3	9+6	334	350							
15	Topa	1	3	10	16	6	11	6	6	7	2		68	36+32	852	744							
16	Dol	2	5	11	9	14	7	4	1	2	10	1	56	27+29	557	541							
17	Cubteș	5	4	3	6	3	5	6	1	2			35	17+18	348	321							
18	Lăpu	1	3	2	3	2							2	13+7	458	461							
19	Stobor	2	2	4	1		3	2	1		3	18	12+6	321	32								
20	Arghis	8	1	1	3	3	4	6	2		1	29	14+15	315	305								
21	Tic	4	12	7	5	12	7	10	8	6	5	3	79	47-32	679	758							
22	Cuzăplac	2	1	3	6	4	2	7	12	2	3		47	26+21	903	799							
23	Bercea	1	2	1	1		5	2			1	15	8+7	525	477								
24	Nierța	1	13	12	2	2	3	3	4	3	3		46	27+19	465	447							
25	Petrindu-Mare	2	22	6	3	6	4	12	6	6	4	1	72	37+35	748	659							
26	Petrindu-Mic	3	5	7	7	3	1	5	4	1	2	2	40	22+18	650	618							
27	Totelec	1	3	4	2	1	4	5	4		2		26	2+6	467	492							
28	Dănc	3	10	2	5	6	4	6	2	3	4	2	50	27+23	384	406							
29	Tămașa	3	2	6	10	10	1	13	6		2	2	55	27+28	614	607							
30	Almaș	2	22	13	18	14	11	28	24	10	5	4	151	83+68	1771	1671							
31	Băbiu	3	6	2		3		6	3		1		24	15+9	306	303							
32	Nireș	2	4	1	2	20	5	10	10	2	6		62	24+38	994	841							
33	Tăud	3	5	5	1	3			4	1	1	1	26	14+12	482	472							
34	Cușiș	1	2	1	3			1	2				9	5+4	232	216							
Total		73	216	220	243	254	154	232	315	132	118	53	2000	1051+949	23192	21671							

N. B. Dela începutul războiului (1914) până la 1920 în întreaga plasă a funcționat numai un medic.

Din cei 1638 vii născuți au murit în etate:

de 0—1 an 163 copii.

2—5 ani 269 „

6—10 „ 37 „

Total 469 copii (28.7 %).

Vizitarea școlilor.

Școala de Stat, totalul copiilor 130:

Tuberculoză	5
Urme de rachitism	18
Vegetații adenoide	41
Sifilis congenital	2
Influența	1
Morbilli	1
Impetigo	3
Scabies	8.

Școala confesională, reformată, totalul copiilor 18:

Tuberculoză	1
Vegetații adenoide	6
Favus	1
Scabies	1

*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

În anul 1924, luna Februarie Ministerul Sănătății hotărăște generalizarea campaniei antisifilitice pe întreaga țară. În Cluj, Direcțiunea Regională XI Sanitară convoacă în vederea combaterii sifilisului pe toți medicii primari de județe, medicii șefi ai secțiilor spitalicești venerice, medicii șefi ai ambulatoriilor policlinice. În 2 Februarie 1924 s'au prezentat numiții domni la Spitalul de femei Cluj, unde d. Dr. Titu Ionescu director regional a arătat intențiunea Ministerului, precizându-se astfel sistemul de luptă:

Combaterea se va face prin organele sanitare ale Statului și prin un sistem de organizație centrală. Centrul va fi direcțiunea regională Sanitară, Cluj, acest centru va lua dispozițiile necesare, va da medicamentele și instrucțiunile.

Combaterea se va face prin: 1. *Centre fixe*. 2. *Echipe volante*.

Centrele fixe sunt ambulatoriile policlinice, cât și secțiile venerice dela spitale.

Centre fixe în județul Cojocna:

- Ambulatorul Cluj,
- „ Hida,
- Spitalul din Mociu,
- „ „ Huedin.

Județul Bistrița-Năsăud: Ambulatorul Bistrița și ambulatorul Năsăud.

Comuna Borșa (Cluj).*)
(26 Martie—5 Aprilie 1922.)

Locuitori prezentați la vizită 939.

Sifilis :

Sifilis I	1 cazuri
Sifilis II	1 „
Sifilis III	12 „
Sifilis latent	36 „
Sifilis congenital	9 „
Metasifilis	1 „
Total	60 cazuri (6.0 ‰).

Etatea sifiliticilor :

0—1 an	2	21—30 ani	11
2—5 ani	3	31—40 „	12
6—10 „	5	41—50 „	11
11—20 „	5	51—60 „	10

Familii sifilizate :

cu 1 membru	8 familii
2 „	10 „
3 „	5 „
4 „	3 „
5 „	2 „

Tuberculoză :

Tuberculoză pulmonară	16 cazuri
Tuberculoză osoasă	5 „
Tuberculoză ganglionară	1 „
Peritonită tbc.	1 „

Carcinoma

3 cazuri

Malarie

9 cazuri

Pneumonie

3 „

Febră tifoidă

1 „

Heine—Medin

1 „

Morbilli

10 „

*) In timpul anchetei am fost ajutat de către Dl Dr. Aurel Voina și Dr. Dobó medicul circumscripției.

Struma	13 cazuri (Basedov 6.)
Epilepsie	1 „
Rachitism	13 „
Gripă	12 „
Vegetații adenoide	48 „
Scabies	39 „

Sterilitate :

după gon.	6 familii
alte motive	10 „
Total	16 familii

Graviditate 13 cazuri

Natalitatea, mortalitatea infantilă :

vii născuți	1638 copii
morți născuți	129 „
Total	1767 copii

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Județul Mureș-Turda :

1. Ambulatorul Târgu-Mureș,
2. Spitalul Reghinul-Săsesc,
3. Circumscripția san. Toplița,
4. „ Bandul de Câmpie,
5. „ Mercurea-Niraj.

Județul Maramureș :

1. Spitalul Sighetul-Marmației,
2. „ Vișeu de sus.

Județul Sălaj :

1. Spitalul Zălau,
2. „ Șimleul-Silvaniei,
3. Circ. san. Cehul-Silvaniei.

Județul Sătmar :

- 1, Ambulatorul Satumare,
2. „ Seini,
3. „ Baia-Mare,
4. Spitalul Careii-Mari,
5. „ Ardud,
6. „ Șomcuta-Mare.

Județul *Solnoc-Dobâca* :

1. Ambulatorul Dej,
2. „ Lăpușul-unguresc,
3. Spitalul epidemic Gherla.

Județul *Turda-Arieș* :

1. Ambulatorul Baia de Arieș,
2. „ Albac,
3. „ Iara de Jos,
4. Spitalul Turda.

Pentru comunele cari cad în raza de activitate al centrului fix se înființează echipe volante, cari eșind în comune la fața locului vor face tratamentul: Aceste echipe vor sta din următorul personal: un șef medic, un medic secundar, și un laborant.

Pentru a putea organiza și executa toate cele de sus este neapărat de lipsă de-o propagandă între populație. Din aceasta cauză se vor ține conferințe în comune și anume: In primul rând conferințe premergătoare, cari se vor ține de către preoți, învățători, primari, notari. In această conferință se va arăta poporului ce importanță are sănătatea și se arată, că statul dorește să dea ajutor în aceasta privință. Pentru aceasta vor veni medici la sate, cari vor ținea și ei la locul lor conferințe, povățuind poporul și ajutând în caz de boală. In acest sens se face adresă către conducătorii bisericilor, revizorate școlare și organe administrative.

După această propagandă premergătoare, se face adevărata propagandă medicală. Medicii arată prin conferințe pericolul ce rezultă din răspândirea unor boli între popor și îi sfătuiesc să ceară totdeauna ajutorul medicului în caz de boală. Se arată că vor veni medici în comune, cari vor trata pe ori și ce bolnav și de ori și ce boală, în mod gratuit. Se atrage atenția, că în întreaga țară să va examina populația.

Ministerul Sănătății, Direcțiunea Generală sanitară aprobă prin Nr. 6631, 15 Martie 1924 raportul de organizare a luptei antisifilitice.

Direcțiunea Regională Sanitară, Cluj adresează o circulară către medicii primari de județe Nr. 3877/925, 22 Martie. Direcțiunea Generală Sanitară Nr. 6631 a aprobat înființarea centrelor fixe pentru combaterea sifilisului, pentru județul Dvs. centrele fixate sunt următoarele: Binevoii a aduce aceasta la cunoștința celor

competenți. În conformitate cu convorbirea avută în Cluj trebuie începută și propaganda recerută pentru pregătirea masei poporului. Direcțiunea XI sanitară a intervenit la oficiile eclesiastice, administrative și școlare în vederea organizării propagandei antimergătoare. Credem că această propagandă se va termina în maximum una lună, deci până la 1 Maiu, încă în timpul lunei Aprilie se va putea începe propaganda. D-lor medici oficiali în comunele, în cari deja s'au ținut conferințe din partea organelor nesanitare. Astfel combaterea propriu zisă s'ar începe mai târziu cu ziua de 15 Maiu. Binevoii a aduce cele de sus la cunoștința D-lor șefi de centre fixe, a-i îndruma să organizeze centrele fixe și în conlucrarea cu ei a începe în primul rând organizarea propagandei medicale.

La ordinul acesta răspund medicii primari de județe, stabilind în parte fiecare itinerariul și totodată și comunele sifilizate.

Să face prin Nr. 3924/924, 31 Martie, un apel către forurile bisericești, școlare și administrative în vederea campaniei antisifilitice, cerând ajutorul eficace al acestora.

Pentru a asigura și intensifica propaganda se primește propunerea societății studenților în medicină, care în frunte cu Dl Drd. Ioan Vonică și-au oferit serviciile pentru propagandă sanitară.

Direcțiunea Regională în 19 Maiu 1924 face următorul circular către toate centrele fixe. Nr. 5765/924; am dispus să vi să pună la dispoziție de către depozitul de medicamente Cluj toate utenzile și medicamentele necesare pe trei luni pentru combaterea sifilisului, cerute de Dvs. prin o adresă sosită la aceasta Direcțiune. Imediat după primirea celor de sus veți începe campania de combatere și în modul cel mai intens în conformitate cu convorbirile avute în Cluj și conform instrucțiunilor primite deja. Veți face combaterea după o metodă bine chibzuită — după o propagandă făcută deja —, ținând seama de împrejurările în care să află populația din sate, munca la câmp etc. căutând a nu-i împiedica dela ocupațiunea lor zilnică. Tot succesul combaterii se bazează pe măsurile binechibzuite luate de Dvs. Ne veți ține în curent de mersul combaterii, raportându-ne săptămânal.

Acțiunea de propagandă premergătoare durează totă primăvara. Acțiunea propriu zisă a combaterii sifilisului prin echipe volante se poate însă iniția abea după întâi Septemvrie, data fiind împrejurările economice dela țară.

Ținând seama de consideratele acestea, acțiunea eficace a luptei antisifilitice se începe în 1 Septemvrie, pe întreg frontul.

Medicii primari de județe raportează că, s'a terminat propaganda atât antemergătoare, cât și medicală.

D. e. Dl Dr. Chitul medicul primar al județului Bistrița raportează următoarele :

„Referitor la ordinul circular din 29 Martie 1924. Nr. 3877, am onoare a raporta că în acest județ s'a terminat propaganda premergătoare pentru combaterea sifilisului. S'au ținut conferințe în fiecare comună rurală, la cari au asistat un număr mare din ambele sexe ale populației, aceasta este pregătită întru toate pentru examenul medical special, care se va face cel puțin în centrele sifilizate“. Totașa și Dl Dr. L. Domide medicul primar al Someșului.

Odată terminul pregătit echipa volantă poate începe acțiunea. Direcțiunea Regională Sanitară Cluj în 2 August 1924, face următoarea adresă către medicii șefi ai echipelor volante: Nr. 8823/924. D. G. S. a aprobat pentru regiunea XI sanitară sume pentru a putea organiza echipe volante în vederea combaterii sifilisului la sate. Dir. XI San. a decis înființarea alor două echipe volante și anume în felul următor: una echipă va avea un medic șef conducător cu 200 Lei diurnă, un medic secundar cu 120 Lei pe zi, și un laborant cu 80 Lei diurnă. Echipele volante se vor deplasa în felul următor :

Jud. Bistrița Năsăud { Septembrie, Dr. Comes.
Octombrie, Dr. Lechințeanu.

Jud. Solnoc-Dobâca { Noiembrie, Dr. Cârlig.
Decembrie, Dr. Pecurariu,

Jud. Cojocna { Septembrie, Dr. Stanca.
Octombrie, Dr. Weber.

Jud. Turda Arieș { Noiembrie, Dr. A. Pop și Dr. Stanca.
Decembrie, Dr. G. Pop.

Se va pune la dispoziția echipelor spesele de transport și medicamentele gratuite dela depozitul de medicamente, iar instrumentele se vor lua de către Dnii șefi ai echipelor dela ambulatoarele ce conduc. După 1 August se va pune la dispoziția D-lor șefi de echipe un tablou de comunele sifilizate, precum și un itinerariu.

Echipele înzestrate cu cele necesare, aprovizionate din belșug cu neosalvarsan, hidrargir, kalium iodat, etc., pleacă în 1 Septembrie 1924.

Luna Septembrie.

Echipa volantă No. I.

Centre fixe: ambulatorul policlinic și spitalul de femei, Cluj.
 Medic șef: Dr. Dominic Stanca.

Medici secundari: Drd Eugen Marer, Drd Aurel Pop-Baldi și
 Drd Cornel Cocian.

Laborant: Ioan Opreș și Gheorghe Antal.

(Personalul ajutător s'a perondat în timpul activității.)

Echipa volantă No. II.

Centrul fix ambulatorul policlinic, Bistrița.

Medic șef: Dr. Iosif Comes.

Medic secundar: Dr. Domitian Băciu.

Laborant: Irina Görög.

Medic ajutor: Dr. Constantin Titieni.

Luna Octombrie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Echipa No. I.

Centrul fix ambulatorul și spitalul de femei, Cluj.

Medic șef: Dr. Carol Weber.

Medic secundar: Drd Aurel Pop-Baldi.

Laborant: Drd Cornel Cocian.

Echipa No. II.

Centrul fix ambulatorul policlinic Bistrița.

Medici șef: Dr. Laurențiu Lechințan.

Medic secundar: Dr. Schuster.

Luna Noembrie:

Echipa No. I.

Centrul fix ambulatorul policlinic, Albac.

Medici șefi: Dr. Alexandru Pop și Dr. Stanca.

Medici secundari: Dr. Gheorghe Pop și Dr. Ioan Vonică.

Echipa No. II.

Centrul fix ambulatorul policlinic, Dej.

Medic șef: Dr. Augustin Cârlig.

Medici secundari: Dr. Cornel Bota și Dr. Coloman Hochteif.

Luna Decembrie.

Echipa No. I.

Centrul fix ambulatorul policlinic, Albac.
Medic șef: Dr. Gheorghe Pop.

Echipa No. II.

Centrul fix ambulatorul policlinic Dej.
Medic șef: Dr. Gheorghe Pecurariu.

Intenția echipelor.

A fost să se deplaseze în comunele declarate sifilizate să examineze pe toți locuitorii, făcând registrul sifiliticilor și totodată a începe tratamentul acestora.

În prima linie ne-a interesat sifilisul manifest.

Deci, în prima linie ne-am dat silința să închidem focarele deschise, pentru a împedica lățirea sifilisului.

Pentru a asigura diagnosticul clinic sau făcut la cei suspecți analiza sângelui.

Celor aflați cu sifilis manifest li s'a administrat momentan prima injecție cu neosalvarsan. După posibilitate s'a încercat să li se administreze acestor bolnavi, cei puțin 5—6 injecții cu neosalvarsan.

Dr. Iosif Comes a ajuns să facă bolnavilor aflați cu sifilis' n cele patru comune vizitate de dânsul, X—XII injecții cu neosalvarsan.

În combaterea sifilisului pe sate am luat două directive, anume: în numele localității îndepărtate de centrele fixe s'a recurs la formarea unui nucleu de cerc de tratament (Dr. Comes), periodic, anume la 5 zile se prezintă un medic din echipa volantă pentru facerea injecțiilor.

În localitățile mai apropiate de centre fixe ne-am dat silința a vedea cât de mult popor, depista sifiliticii și ai preda pentru continuarea tratamentului centrului fix (de exemplu în jurul ambulatorului Gida și Albac). Bolnavii aflați sunt presionați de organele administrative pentru continuarea tratamentului.

Amândouă echipele au încercat să pătrundă în prima linie în comunele cele mai îndepărtate și cele cu greu accesibile, acolo unde și serviciul medical este anevoios.

Bazați pe principiile acestea am hotărît ca echipa Nr. I. să plece în creerii munților apuseni (Gilăului), pe Someș în sus, în comunele de munte: Someșul rece, Răcătău, Măguri, Mărișel, iar după terminarea acestora, pe Valea Almașului, de unde să semnalau multe infecții sifilitice.

Echipa Nr. II. să deplasează în munții Bistrîței; Ardan, Friș, Ruștior și Sebeșul de sus.

Echipa Nr. I. a examinat în luna Septemvrie comunele următoare: Someșul Rece, Răcătău, Măguri, Mărișel, Fildul de mijloc, Jimborul mare, Baica, Miloan, Ugruți, Drag, Adalin, Fizeș, Sâmpetru, Borșa, Giula, Sânmihaiu.

Echipa Nr. II. a examinat în luna Septemvrie comunele: Ardan, Sicul mare, Sebeșul de sus, Friș.

Echipa Nr. I. a examinat în luna Octomvrie comunele: Cămărașul deșert, Sărmășel, Sânmihaiul de câmpie, Fiscut, Lumpert, Budatelec, Țapu mare, Chiciud, Chibulcut, Vișua, Țăgșor, Tușin, Sâmpetru de câmpie, Pintic.

Echipa Nr. II. a examinat în luna Octomvrie comunele: Ilva-mare, Ibănești, Ilva de jos, Ilva de sus, Romuli, Telciu.

Echipa Nr. I. a examinat în luna Noemvrie comunele: Bistra, Secătura, Neagra, Albac, Scărișoara, Lupșa, Vidra de sus.

Echipa Nr. II. a examinat în luna Noemvrie comunele: Preluca veche, Preluca nouă, Ciocotiș, Trestia, Cărpiniș, Vad, Copalnic, Plopiș, Copalnic-Mănăștur.

Echipa Nr. I. a examinat în luna Decemvrie comunele Ponorel: Vidra de mijloc, își continuă tratamentul început de echipa Nr. I. în luna Noemvrie.

Echipa Nr. II. a examinat în luna Decemvrie comunele: Lemnin, Toplița, Sălnița, Foleac și Valea Groșilor.

Tabloul statistic al serviciului extern pe anul 1924.

Comune examinate.

Someșul rece, Răcătău, Măguri, Mărișel, Fildul de mijloc, Jimborul-Mare, Baica, Ugruțiu, Miloan, Drag, Adalin, Fizeș-Sâmpetru, Fizeș, Sânmihaiu deșert, Borșa, Ciunafaia, Giula, Ardan, Sicul-Mare, Seueșul de sus, Friș, Ruștior, Ilva-Mare, Ibănești, Ilva de sus, Telciu, Romuli, Cămărașul deșert, Sărmășel, Sânmihaiul de Câmpie, Fiscut, Lumpert, Budatelec, Țagul-Mare, Catina, Chiciud,

Chibulcut, Visua, Țagșor, Tusin, Sânpetru de Câmpie, Pintic, Bistra, Secătura, Neagra, Albac, Arad, Scărișoara, Lușă, Vidra de sus, Vidra de mijloc, Ponorel, Lemniu, Toplița, Sălința, Feleac, Valea-Groșilor, Preluca Veche, Preluca Nouă, Ciocotiș, Prestia, Cărpiniș, Vad, Copalnic, Plopiș. Total 77 comune.

Câți indivizi au fost examinați :

Echipa	Nr. I. (Dr. Stanca)	... ..	in luna Septembrie	10.854	indiv.
„	Nr. II. (Dr. Comes)	... ..	„ „	2.957	„
„	Nr. II. (Dr. Lechințan)	... ..	Octombrie	3.000	„
„	Nr. I. (Dr. Weber)	... ..	„ „	9.778	„
„	Nr. I. (Dr. A. Pop și Dr. Stanca)	„	Noembrie	6.211	„
„	Nr. II. (Dr. Cârlig)	... ..	„ „	3.851	„
„	Nr. I. (Dr. G. Pop)	... ..	Decembrie	2.600	„
„	Nr. II. (Dr. Păcurariu)	... ..	„	2.904	„
			<u>Total</u>	41.155	„

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deci, s'au examinat prin serviciul extern permanent în celea 4 luni de acțiune :

66 comune
și
41.155 indivizi.

Specificat pe echipe :

				comune	indivizi
Echipa	Nr. I.	Dr. Stanca,	luna Septembrie	17	cu 10.854
„	Nr. II.	Dr. Comes,	„ „	4	„ 2.957
„	Nr. I.	Dr. Weber	„ „	15	„ 9.778
„	Nr. II.	Dr. Lechințan	„ „	5	„ 3.000
„	Nr. I.	Dr. Pop și Stanca,	luna Noembrie	9	„ 6.211
„	Nr. II.	Dr. Cârlig,	luna Noembrie	8	„ 3.851
„	Nr. I.	Dr. G. Pop,	luna Decembrie	3	„ 2.600
„	Nr. II.	Dr. Păcurariu	„ „	5	„ 2.904
			<u>Total</u>	66	„ 41155

Procentul sifilisului în comunele examinate:

Echipa No. I Dr. Stanca.

Someșul-rece	6·2	%
Răcătău	25·4	„
Măguri	21·4	„
Mărișel	17·6	„
Fildul-de-mijloc	7·6	„
Jimborul-Mare	5·4	„
Baica	11·8	„
Adalin	20·3	„
Borșa	8·9	„
Fizeșul sânpetru	4·3	„
Sânmihaiul-deșert	11·9	„

Echipa No. II Dr. Comes.

Ruștior	6·7	%
Sebeșul-mare	7·6	„
Ardanuj	14·9	„
Friș	18·4	„

Echipa No. I. Dr. Weber.

Cămărașul-deșert	4·82	%
Sărmășel	1·37	„
Sânmihaiul-de-câmpie	0·92	„
Fiscut	0·72	„
Lumpert	0·71	„
Budateleac	1·32	„
Țagul-Mare	3·83	„
Cătina	1·36	„
Chiciud	1·07	„
Chibulcut	0·30	„
Visuia	0·39	„
Țăgșor	3·99	„
Tusin	1·70	„
Sânpetru-de-câmpie	2·14	„
Pintic	1·11	„

Echipa No. I. Dr. A. Popp și Dr. Stanca.

Bistra	20·9	%
Secătura	1·2	„

Neagra	11·9	%
Albac	12·9	„
Arada	16·8	„
Scărișoara	10·2	„

Echipa No. II. Dr. Cârlig:

Preluca-veche	19·45	„
Preluca-nouă	27·88	„
Ciocotis	12·43	„
Trestia	15·24	„
Cărpiniș	13·23	„
Vad	15·82	„
Copalnic	13·16	„
Plopiș	13·	„

Echipa No. II. Dr. Pecurariu.

Lemniu	6·5	%
Toplița	1·8	„
Sălnița	1·4	„
Feleac	2·4	„
Valea-Groșilor	7·8	„

Formele sifilisului.

Echipa No. 1. Dr. Stanca:

Sifilis primar	5 cazuri.
„ secundar	65 „
„ latent	703 „
„ III.	139 „
„ organic	20 „
„ nervos	12 „
„ congenital	145 „
Tabes	36 „

Total: 1115 cazuri.

Echipa No. 1. Dr. Weber: (jud. Cojocna, câmpia)

Sifilis primar	1 cazuri.
„ secundar	29 „

„ latent	---	120	„
„ terțiar	---	1	„
		<hr/>	
		Total:	151 cazuri.

Echipa No. II Dr. Lechințan. (Jud. Bistrița-Năsăud).

Lues I	---	1	indivizi
Lues II	---	62	„
Lues latent	---	13	„
Lues III	---	17	„
Lues congenital	---	3	„
		<hr/>	
		Total	96 „

Echipa No. I Dr. A. Pop și Dr. Stanca. (Turda-Arieș).

Lues I	---	—	indivizi
Lues II	---	16	„
Lues latent	---	140	„
Lues congen.	---	6	„
		<hr/>	
		Total	162 „

Echipa No. II Dr. Cârțig. (Solnoc-Dobâca).

Lues I	---	18	indivizi
Lues II	---	63	„
Lues latent	---	427	„
Lues III	---	66	„
Lues congenital	---	22	„
Tabes	---	1	„
Paralizie	---	1	„
		<hr/>	
		Total	598 „

Echipa No. I Dr. C. Pop. (Turda-Arieș).

Lues I	---	—	indivizi
Lues II	---	27	„
Lues III	---	15	„
Lues congenital	---	21	„
		<hr/>	
		Total	63 „

Echipa No. II Dr. Pecurariu. (Solnoc-Dobâca).

Lues I	—	indivizi
Lues II	16	„
Lues latent	70	„
Lues III	8	„
Lues congenital	1	„
Tabes	1	„
	<hr/>	
Total	96	„

Procentul în general:

Sifilis I	0·8	‰
„ II	4·3	„
„ latent	60·8	„
„ terțiar	10·8	„
„ nervos	0·45	„
„ congenital	9·8	„
Tabes	1·3	„
Paralizie	0·03	„

Totalul sifiliticilor aflați prin echipele volante.

2787 indivizi.

Deci, la 44.154 indivizi examinați
2.787 sifilitici.

Media procentului în general 6,3‰.

In timpul campaniei s'au dat injecții:

cu salvarsan	5.319
cu salhirsin	1.906
cu bijodură	449
cu Hg. sal.	30
	<hr/>
Total	7.704 injecții

Specificate pe echipe:

*Echipa Nr. I. Dr. Stanca 652 injecții salvarsan.
548 salhirsin.*

<i>Echipa Nr. II.</i> Dr. Comes	2.771	injecții salvarsan.
	258	„ salhirsin,
	241	„ bijodură.
<i>Echipa Nr. I.</i> Dr. Weber	103	injecții salvarsan,
	206	„ salhirsin.
<i>Echipa Nr. II.</i> Dr. Lechințean	175	injecții salvarsan,
	105	„ salhirsin,
	98	„ bijodură.
<i>Echipa Nr. I.</i> Dr. A. Pop	210	injecții salvarsan,
	200	„ salhirsin.
<i>Echipa Nr. II.</i> Dr. Cârlig	972	injecții salvarsan,
	110	„ bijodură,
	30	„ Hg. sal.
<i>Echipa Nr. I.</i> Dr. George Pop	348	injecții salvarsan,
	360	„ salvarsan.
<i>Echipa Nr. II.</i> Dr. Pecurariu	88	injecții salvarsan,
	200	„ salhirsin.

În timpul campaniei s'au făcut prin echipe volante 2014 analize de sânge.

(Analizele au fost executate în laboratoarele igienice din Cluj, Satu-Mare și Târgu-Mureș).

Afară de echipele volante au dezvoltat o acțiune de combatere centrele fixe (ambulatoarele policlinice și secțiile venerice dela Spitalele de Stat). Prin aceste centrele fixe, începând dela 1 Mai 1924 până la 31 Decembrie 1924 au fost tratați 8.841 sifilitici.

Ambulatorul policlinic, Cluj	...	872	sifilitici,
Spitalul de femei, Cluj	...	361	„
Ambulatorul policlinic, Dej	...	579	„
„ „ T.-Mureș	...	243	„

S'au administrat 19.061 injecții cu neosalvarsan,
8.202 „ cu mercur.

Afară de acest tratament s'a mai împărțit o mare cantitate de alifie de mercur pentru fricțiuni.

Analize de sânge 4.935.

Rezultatul atins prin acțiunea aceasta este satisfăcător, deși suntem încă departe de a putea opri cu desăvârșire întinderea sifi-

lisului, în tot cazul bariera care s'a pus și se pune continuu prin munca neobosită a acestor organe și de către medicii practicieni specialiști în aceasta materie, este un obstacol important în calea sifilisului, reducând puterea sa de acțiune.

Problema cea mai dificilă în combaterea sifilisului este transportul. Dela ușurarea și accelerarea transportului echipei medicale depinde rezultatul, pe care-l așteptăm. Ca să putem face o adevărată combatere, generală și sistematică, avem necondiționat nevoie de transport sigur și repede la fața locului.

Echipele în acțiunea, al căror rezumat îi dăm aici, au avut mult de îndurat în urma greutăților de transport, în majoritatea comunelor echipa s'a deplasat cu trăsuri, căruțe, sănii, în unele locuri călare, ba în multe comune chiar pe jos, ducând bagajele în spinare, modul acesta de transport răpind foarte mult timp prețios pentru echipe.

Pentru a asigura un rezultat mai superior se impune, deci, ca echipa să fie inzestrată cu automobil, asupra căruia să dispună, în care să-și ducă instrumentele, cât și medicamentele necesare, transportându-se cu iuțeală din comună în comună.

Dr. Dominic Stanca.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lupta contra alcoolismului.

În activitatea mea îndelungată de asistență socială, am constatat că ravagiile ce le face alcoolismul își caută prada cu deosebire în rândurile muncitorimei și populațiunei rurale, unde am văzut adevărate drame familiare, consecințe ale acestei plăgi, ce bântuie poporul nostru.

În sensul directivelor Astei feminine, precum și ale Statutelor Uniunii femeilor române, care luptă contra plăgilor sociale, am vorbit la Congresul Uniunii femeilor române, ținut la Cernăuți, în 1928, despre acest subiect, pus la ordinea zilei.

Tot așa am ținut de cuvîntă a releva în cuvîntul meu „Familia țărănească“, ținut în Secția feminină a Congresului internațional agricol din anul 1929 la București, consecințele dureroase ale alcoolismului.

Societatea „Temperanța“ filiala Brașov, consacrată luptei contra alcoolismului, adresându-mi rugarea de a vorbi în ziua de 1 Iunie a. c., am rostit din nou principiile prin care am putea combate această plagă, pentru a fi de ajutor celor ce sufer de pe urmele alcoolismului. Întrunirea a fost constituită cu concursul celor trei naționalități ale orașului, când am dat și concursul meu cu următoarele cugetări:

Domnilor și Doamnelor, Iubită tinerime !

Salut aceasta întrunire în numele Uniunii Fem. rom. și a Astei feminine biopolitice, care luptă contra plăgilor sociale.

Vorbesc astăzi contra alcoolismului, una din cele mai formidabile plăgi ale omenirii, -- vorbesc în numele tuturor familiilor nefericite, care sunt condamnate a suporta consecințele acestei plăgi; — în numele tuturor acelor copii procreați și născuți în acest păcat, acelor copii ce suportă și luptă o viață întregă cu organismul lor slăbit și degenerat de blestemul alcoolismului.

Este grea lupta noastră cu care ne împotrivim, dacă ne dăm seamă că dela cea mai mică cârciumă din sat și bodegă din oraș, până la cel mai elegant varieteu și bar din capitală, alcoolul este suveran.

Totuși este dureros că această plagă se năpăstuește cu deosebire asupra celor nevoiași, asupra acelor pături ale poporului nostru, pe care le socotim talpa țării, — muncitorimea la oraș și populația rurală la sate.

În toate organizațiile sociale, începând dela cea mai modestă societate, până la congresele internaționale și la Societatea Națiunilor, femeia stă alături la luptă contra acestei nefaste patimi, ce sdruncină și zdrobește puterea unui neam.

Da. — noi trebuie să stăm alături de femeia care suferă intolerabila purtare, a aceluia cap de familie, ce vine în stare de ebrietate, brutalizând pe ai săi, ce sunt condamnați la o vitregă viață, căci Mama, înspăimântată de groază își ea de mâna pruncii torturați cu chipul palid și ese în miez de noapte, în gorul iernii pe drumuri.

Stăm alături de aceea femeie, care vede cum întregul venit, adunat prin munca unei săptămâni, este prăpădit și înghițit de orificiile nesățioase ale cârciumelor ce stau în drumul muncitorului oboșit.

Și cât de necesar ar fi fost acest ban, aruncat pe spirtul otrăvitor, pentru alimentarea familiei, pentru acești copii slabi, rachitici și flămânzi, candidați la tuberculoză și fără putere de rezistență față de ori ce boală.

Dar Domnilor și Doannelor, o hrană suficientă și igienică ar aduce un aport considerabil chiar la rezolvarea problemei de care ne ocupăm: ar putea fi un antidot contra alcoolismului, de oarece știut este că muncitorul consideră alcoolul ca un reconfortant al forțelor sale.

Cu toate acestea Societățile feminine nu au putut și nu vor putea învinge aceasta plagă, fără concursul Statului, care prin crearea de legi succesive, ar putea reduce afluența de cârciumi prășite ademenilor în drumul omului muncitor, care ne mai având stăpânire de sine, cade victimă acestei patimi.

Noi societățile luptătoare pentru această problemă a apărării naționale, vom putea reuși numai prin o propagandă intensivă și neîntreruptă, înfățișând întregul dezastru, ce-l produce alcoolul, demonstrat prin conferințe și predici în biserici, prin publicațiuni ilustrate, proiectuni și filme cinematografice.

Afară de aceasta am propus și propun alcătuirea unui tablou, ce va arăta în 10 puncte, primejdiile provenite din alcool.

Acest tablou, afișat în școli și familii, ar fi un avertisment pentru tinerime și s'ar înțăuri în sufletul acestei noi generații; iar aceste porunci vor fi involuntar învățate și urmate, precum se învață cele 10 porunci a-le Domnului.

Și acum mă adresez ție, iubită tinerime, ca o Mamă cu rugarea, să ascultați aceste sfaturi, pentru că :

1. Alcoolul amenință toate forțele vii a-le țării;
 2. Slăbește armata pe baza ei de recrutate;
 3. Alimentează azilele de nebuni;
 4. Umplescă pușcăriile de criminali;
 5. Dă cel mai mare contingent tuberculozei;
 6. Face din om o brută;
 7. Din femce o nenorocită;
 8. Din copii o victimă;
 9. Disolvă familia;
 10. Iar prin disolvarea familiei sapă temelia Statului.
- Acesta ar fi un postulat al apărării naționale

M. Baiulescu.

