

TUBERCULOSIS AND ALCOHOLISM - EARLY TWENTIETH CENTURY SOCIAL DISEASES

Oana Andreescu, Assist., MD, PhD Candidate and Liliana Marcela Rogozea, Prof., MD, PhD, “Transilvania” University of Braşov

Abstract: The idea of medicine being a social science and that many diseases are based on social causes, appeared, for the first time, in 1847. During the period studied (1900 ÷ 1940), the alcoholism and the tuberculosis were representing public health problems due to the extremely high number of people affected. In the mentioned period, tuberculosis represented the 5th leading cause of mortality in 10% of the incriminated deaths. Both disorders were recognized for their dysgenic action. The research is based on analyzing some documents, published in the specialized Romanian media during the period 1900 ÷ 1940, as well as articles and several monographies.

Keywords: tuberculosis, alcoholism, social diseases, 1900÷1940

Introducere

În anul 1847 apărea, pentru prima dată, ideea că medicina este o știință socială și că multe dintre boli au la bază cauze sociale, boala începând să fie considerată un indicator al mizeriei. Astfel, începea să se vorbească despre inegalitatea săracilor și bogaților în fața morții, sărăcia fiind considerată o infirmitate socială, care nu atingea numai pe unii dintre indivizi, ci se repercuta asupra întregii societăți, ceea ce implica necesitatea dezvoltării unui puternic simț de solidaritate între diferitele clase sociale, înțelegându-se prin aceasta că sprijinul acordat asistenței săracilor reprezenta de fapt o protecție pentru întreaga societate [4, 16].

Gheorghe Banu (medic igienist român, 1889-1957) includea între bolile sociale acele boli care ating mase importante de indivizi, reducând numeric populația și compromițând calitatea ei biologică. Tuberculoza, pelagra, bolile venerice, alcoolismul, malaria dar și conjunctivita granulomatoasă deveneau astfel exemple de boli sociale [8].

Personalități medicale de primă mărime ale medicinei românești ca V. Sion, I. Moldovan, I. Cantacuzino, D. Mezincescu, S. Manuilă, P. Rîmneanțu, ș.a. s-au implicat în dezvoltarea sănătății publice. Aceasta era considerată un domeniu multidisciplinar care includea și aspecte din științele sociale, economice și manageriale. Medicina socială apărea ca fiind disciplina care privește omul în cadrul social, cu legătură între generații, studiind influențele ereditare, patologice, profesionale și sociale asupra sa și realizând „cultura sănătății” prin măsuri preventive, medicale și sociale în scopul obținerii unui optim de sănătate, având în sarcina sa și asistența socială [6, 7].

Din punct de vedere economic, sfârșitul secolului XIX și începutul secolului XX caracteriza România ca fiind un stat agrar, agricultura reprezentând principala sursă de venit pentru mai mult de 80% din populație.

După unele date, în 1905 – 91,9% din populația Vechiului Regat trăia la țară, peste 300.000 de familii țărănești ne-având deloc pământ, în timp ce 7.790 de mari proprietari funciari posedau o dată și jumătate mai mult pământ decât 957.287 de gospodării țărănești. Cei mai mulți țărani trăiau în condiții improprii (la congresul arhitecților din mai 1928 se

arăta că la o populație rurală de 14 milioane existau 3,2 milioane de locuințe, dintre care peste un milion cu o singură încăpere, și peste 700.000 de bordeie), iar alimentația era insuficientă și puțin variată. Lipseau cunoștințele de igienă și gospodărie și, în foarte mare parte, țărani erau analfabeți. Chiar și în București, conform unor date statistice publicate în Buletinul statistic al României din ian-aprilie 1931, 65 [%] din locuințe aveau 1-2 camere [16, 18].

Chiar și la sfârșitul anilor 30 se menținea același caracter agricol, din cei 19.422.660 locuitori, 15.816.685 (81,4%) locuiau la sate și 3.605.975 (18,6%) la oraș [9].

Începutul secolului XX se caracterizează însă și prin accelerarea procesului de industrializare. Fenomenul a determinat apariția de noi locuri de muncă în zona orășenească, prin meserii care au atras tinerii de la țară în marile aglomerații urbane, dornici să-și câștige în acest mod mijloacele de subzistență pentru ei și familiile lor, acceptând să lucreze din greu, în condiții improprii, accentuându-se legătura dintre populația rurală și cea urbană.

Tuberculoza în România în prima jumătate a secolului XX

a. Caracteristici generale

În România, tuberculoza din această perioadă era considerată o afecțiune aflată în plină ascensiune, aflată în primele faze, în care răspândirea și mortalitatea datorită acesteia erau mai mari la oraș, constatându-se însă, în același timp, și o infectare masivă a mediului rural. Este recunoscut faptul că, la contactul cu forme puțin virulente de tuberculoză, se favorizează dezvoltarea unor mecanisme de apărare. Tinerii țărani, inocenți din punct de vedere imunologic, extenuați de muncă și slab alimentați, ajunși în contact repetat cu bolnavi de tuberculoză din mediul urban, reprezentau, în acest sens, gazde perfecte pentru dezvoltarea unor forme acute de boală, după perioade scurte de incubatie. Incapabili să își continue munca, aceștia se întorceau în mediul lor natural, devenind adevărate focare de infecție [3, 25].

Cu toate că valorile statistice referitoare la morbiditatea prin tuberculoză arată valori impresionante pentru perioada studiată, acestea nu reprezintă decât o palidă reflecție a realității. Deși prin „Legea combaterii tuberculozei” din martie 1926 se legifera declararea obligatorie a tuberculozei, mulți medici nu respectau acest lucru, deoarece declararea bolii nu atrăgea nici un fel de măsuri de asistență, numărul bolnavilor cu tuberculoză activă fiind estimat la peste 200.000 bolnavi la al „IV-lea Congres contra tuberculozei”, din 1939, de la Cernăuți [9, 30]. Valori mai apropiate de cele reale erau reprezentate de cele ale mortalității. Astfel, pentru regiunea I sanitară, având sediul la Craiova, dr. Ch. Langier, publica o statistică a mortalității prin tuberculoză, pe perioada 1925-1927, comparând mediile rural/urban, evidențiind în acest sens diferența dintre cele două medii dar și valorile în creștere referitoare la mortalitatea generală din cei trei ani studiați: 3,4%, 3,7%, 4,5% pentru mediul rural și 11,8%, 13%, 14,5% pentru mediul urban, tuberculoza reprezentând în perioada menționată a 5-a cauză de mortalitate [19].

Un aspect caracteristic morbidității prin tuberculoză este reprezentat de afectarea preponderentă a vârstelor tinere. Dovada este și statistica Sanatoriului TBC al Clinicii Medicale din Cluj unde apăreau printre pacienții internați 5,82% studenți (41,9% dintre ei fiind cu forme active, evolutive) și 6,2% elevi. Tot în acest context, un studiu clinic și

radiologic al celor 291 eleve ale unei școli de fete din Cluj evidenția la acestea 3,41% tuberculoză activă, 4,12% tbc pulmonară manifestă, dar inactivă, 1,71% tbc ganglionară activă, 7,9% adenopatii bacilare inactice și 35,09% tbc latentă. Chiar dacă 47% dintre eleve erau lipsite de semne clinice și radiologice de tuberculoză, la reacția Piquet însă, 92,5% dintre eleve au reacționat pozitiv, dovedind contactul infecțios tbc. Rezultate asemănătoare s-au obținut și asupra a 119 studente examinate dintr-un cămin studențesc din Cluj [11]. Într-o statistică a prof. Proca referitoare la copii, acesta descoperea o mortalitate de 21,2 % din mortalitatea generală la copii și adolescenți cu vârste de până la 20 de ani [15].

b. Impactul economico-social al tuberculozei

Valorile evidențiate ale mortalității tuberculoase din acea perioadă susțineau faptul că tuberculoza în România era încă în primă fază. Odată cu progresia civilizației și a igienei, mortalitatea datorată tuberculozei urma să prezinte o scădere la orașe și o creștere la țară, astfel încât, la un moment dat, mortalitatea de la țară o depășea pe cea de la oraș [26].

În valori absolute însă, cifra mortalității datorate tuberculozei era în creștere atât în mediu urban cât și în cel rural. De exemplu, în mediul rural erau înregistrați, în urma îmbolnăvirii cu bacilul Koch: în anul 1927 – 11.725 morți, în 1928 – 12.460 morți, în 1929 – 13.620 (fără județele Hotin și Durostor) morți, în 1932 – 25.759 morți [18].

Aceste pierderi numeroase de vieți omenești se traduceau, la nivel de stat, în mari pierderi economice. Din cei 19.875 morți de tuberculoză în 1930, 14.611 (73,5%) aveau vârsta între 15-45 de ani. În realitate însă, se estima că numărul deceselor datorate tuberculozei era în jur de 50.000 de persoane. S-a calculat că Statul Român avea un beneficiu de aproximativ 5.000 franci aur de pe urma unui cetățean tânăr (aproximativ 270.000 milioane lei), ceea ce înseamnă pierderi de peste 10 miliarde lei anual, la care se adaugă și capital uman de calitate superioară din punct de vedere intelectual și cultural. S. Irimescu, adăugând acestei sume pierderile datorate incapacității de muncă, ajungea la cifra de 17,5 miliarde lei [11, 18].

c. Lupta împotriva tuberculozei – la nivelul sistemului de sănătate

Pornind de la afirmația lui Grancher [15] care susținea că tuberculoza este cea mai curabilă dintre bolile cronice, când este tratată la vreme, că este cea mai evitabilă dintre bolile cronice dacă există măsuri de izolare eficiente și că afectând un număr impresionant de persoane, din toate straturile sociale, preponderent tineri, aduce mari pierderi economice statului, devenea tot mai evidentă importanța organizării unei lupte împotriva acestui flagel social, reprezentat de tuberculoză.

Această luptă trebuia să țină cont și de particularitățile clinice ale tuberculozei care, având o lungă perioadă asimptomatică, împiedică diagnosticul precoce, necesitând și o lungă perioadă pentru vindecare (1,5-3ani), ceea ce implica și utilizarea unor importante resurse materiale din partea statului.

Statul ar fi trebuit să contribuie substanțial la sprijinul financiar destinat luptei antituberculoase, dar din bugetul statului, pentru Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, erau alocate numai 3% din PIB (valoare mai mică comparativ cu bugetele din alte țări: Iugoslavia – 3,6%, Ungaria – 5,2%, Grecia – 5,6%, Polonia peste 6%, Olanda – 12,5%,

Austria – 15,5%, Danemarca – 24%). Valoarea acestei alocări era undeva la 997 milioane de lei, din care aproximativ 60% erau destinate sănătății publice [2].

Aceasta însemna că la noi se cheltuiau aproximativ 20 lei/an/cap locuitor pentru întreaga sănătate publică. La Secțiunea de igienă a Societății Naționale s-a stabilit că ar fi fost necesari aproximativ 1,5-2 franci aur/cap de locuitor pentru combaterea tuberculozei, valoare de 30 de ori mai mare comparativ cu cea alocată în fapt.

Din această sumă, numai aproximativ 1-2 lei/cap de locuitor era destinată combaterii tuberculozei, printr-un buget de 25-30 milioane lei/an. Comparativ cu această valoare, alte țări alocau sume mult mai mari: Danemarca – 70 lei, Franța – 30 lei, Olanda – 20 lei.

Casa Asigurărilor de Sănătate contribuia și ea, pentru combaterea tuberculozei, cu sume de 9 milioane în 1929, 7 milioane în 1930, 8 milioane în 1931 [14].

În scopul măririi acestor fonduri a apărut ideea necesității asigurării individuale contra tuberculozei, asigurare care trebuia să se extindă și asupra populației rurale. Legea dr. Costinescu din 1937 prevedea un fond special pentru tuberculoză prin legea asigurărilor sociale de aproximativ 200.000 mil lei. În 1943 M. Nasta revenea la propunerea introducerii unei asigurări împotriva tuberculozei [10, 16, 17].

Cea mai răspândită și utilă formă de luptă împotriva tuberculozei la începutul secolului XX, în lipsa unui tratament specific, a fost considerată, în cele mai multe țări, asigurarea de paturi în sanatoriile pentru tuberculoși. Apărute pentru prima dată în Germania în 1859 la Goerbersdorf, acestea s-au extins rapid, țările vestice ajungând să aibă zeci de mii de paturi, în care bolnavilor li se asigurau durate suficiente pentru curele de tratament, uneori și de peste un an. În Germania, țară fără declarație obligatorie, marea majoritate a bolnavilor era cunoscută fiindcă aceștia beneficiau de tratament în sanatorii. Astfel, în 1929, Germania avea 20.000 paturi pentru tuberculoza adultului și aproximativ 30.000 paturi pentru copii bolnavi de tuberculoză precum și 3.000 de dispensare. În Franța anulului 1915 existau 8.000 de paturi în sanatorii pentru tuberculoză, 12.860 paturi pentru tuberculoză externă, 10.807 paturi în preventorii, 100 școli în aer liber cu peste 3.500 locuri, 600 de dispensare [18, 16].

În România, însă, pe lângă numărul cu totul insuficient de paturi în sanatorii, durata medie de spitalizare a bolnavilor aparținând asigurărilor de sănătate era de numai aproximativ 45 de zile, durată insuficientă de izolare, timp în care capacitatea de muncă nu era redobândită, făcându-se astfel o risipă a fondurilor de asistență socială. Se remarcă și contradicția ce exista între diferitele legi referitoare la muncitorii tuberculoși. Pe când legea tuberculozei obliga instituția de îngrijiri tuberculosul până la vindecare și laajutarea familiei acestuia, legea contractelor de muncă nu-i dădea drept muncitorului decât la un concediu de 3 luni, care excepțional putea fi prelungit, după care se pierdea orice drept de asistență medicală a familiei [1,17].

În Italia, prin legea asigurărilor speciale împotriva tuberculozei, din octombrie 1927, s-au strâns fonduri enorme, fonduri de aproximativ 500.000 milioane lire/an (echivalent a 4,5 miliarde lei), care permiteau darea în folosință a 20.000 de paturi în următorii 10 ani. De asemenea s-a organizat și o lună a tuberculozei (între Paști și Rusalii) în timpul căreia au conferențiat 6.000 de medici pe teme legate de tuberculoză, urmărind nașterea unei conștiințe populare și a convingerii că lupta împotriva tuberculozei este o datorie civică [20].

Și la noi, prin mijloacele de propagandă, medicii au făcut ca bolnavii să se prezinte mai repede la consultații, dar din bolnavii noi descoperiți cu tuberculoză în 1938 în București numai 20,7% au găsit un loc în sanatorii [17]. Dacă în 1934 proporția celor care mureau fără să fie consultați de medic varia între 58-82%, în 1937 62,8% dintre morții de tuberculoză din mediul rural și 93,5% din cei morți în mediul urban au avut parte de consult medical [2, 9]. În 1943 România avea în jur de 5.000 de paturi destinate bolnavilor de tuberculoză, în sanatorii și spitale. Bolnavii erau repartizați după categorii sociale, în defavoarea păturilor rurale, (care din 33.674 morți dădeau 25.885 cazuri), având hrană insuficientă și condiții necorespunzătoare, nu se făceau radiografii, nu se făcea pneumotoraxul pe măsura necesității, dispensarele antituberculoase erau puține și funcționau defectuos [8, 10]. În 1930 România avea aproximativ 1 pat la 100 decese comparativ cu 26 paturi/100 decese în Italia, 55 paturi/100 decese în Germania, 77 paturi/100 decese în Anglia, 83 paturi/100 decese în Suedia, 103 paturi/100 decese în Danemarca. Pentru o profilaxie eficientă era necesar ca numărul paturilor din sanatorii să se apropie de cel al deceselor prin tuberculoză, ceea ce însemna cel puțin 30-40.000 de paturi [2, 18].

d. Lupta împotriva tuberculozei – inițiative particulare

În fața acestei răspândiri a tuberculozei și a posibilităților de luptă total insuficiente și ineficiente ale statului român a apărut necesară organizarea luptei antituberculoase în cadrul unor societăți private.

În 1901 a fost creată prima societate antituberculoasă – „Societatea pentru profilaxia și asistența tuberculoșilor săraci” - sub conducerea prof. Petrini-Galatz, directorul general al Serviciului Sanitar. Printre membrii fondatori se numărau personalități de primă linie ale medicinei și vieții publice [6]. Din același an a funcționat și primul dispensar antituberculos, unul dintre primele din lume. La inițiativa acestora, și cu ajutorul guvernului Sturdza, s-a dat în folosință în anul 1906 primele 80 de paturi, înființându-se Spitalul Filaret.

În 1908 s-a înființat și „Societatea pentru combaterea tuberculozei la copii” sub conducerea profesorului Gheorghe Proca [23]. Din 1913 s-a adăugat și „Societatea pentru izolarea tuberculozei”, cu cele 200 paturi ale azilului de bătrâni Zerlendi, societate care avea drept scop izolarea cazurilor avansate și astfel scoaterea din circulație a numeroși factori contagioși.

Profesorul Ion Cantacuzino a inițiat constituirea unei societăți care avea drept scop aprofundarea și cercetarea aspectelor științifice și medico-sociale ale tuberculozei, respectiv „Societatea pentru studiul tuberculozei”. Această societate a funcționat între anii 1930 și 1948.

Deși în cadrul acestor societăți activau personalități de seamă ale lumii medicale, puterea lor de a impune măsuri legislative eficiente era limitată. De aceea, prof. Cantacuzino a propus în 1933 reunirea tuturor societăților antituberculoase sub conducerea unei unice organizații, „Liga națională în contra tuberculozei”. Această societate a fost înființată prin lege în aprilie 1934, sub înaltul patronaj al MS Regele Carol al II-lea și sub conducerea activă a dr. I. Costinescu. Aceasta grupa toate instituțiile oficiale și particulare interesate în aplicarea unui program coordonat antituberculos: Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale, Ministerul Apărării Naționale, Ministerul de Interne și cel al Educației Naționale, societățile private, Casa Națională a Asigurărilor Sociale, Casa Muncii C.F.R., Eforia

spitalelor civile și serviciul medical C.F.R., Așezămintele Brâncovenești și Sfântul Spiridon, Societatea de Cruce Roșie, Institutul de Seruri și Vaccinuri și Institutul de igienă. Obiectivul Ligii era elaborarea planului de combatere a tuberculozei și coordonarea activității tuturor celor implicați în lupta antituberculoasă. Această ligă prevedea și originea fondurilor necesare funcționării: 60% din venitul Loteriei de Stat, 60% din venitul net al taxei timbrului de control sanitar al specialităților medicamentoase și cosmetice, 10% din venitul net al monopolului stupefiantelor, 2% din venitul net al monopolului alcoolului. De asemenea, membrii ligii au reușit să obțină votarea unei legi de asigurare socială, în decembrie 1938, care prevedea înființarea unui fond special realizat prin contribuția angajaților și a patronilor, fond destinat tratamentului și combaterii tuberculozei. Sub imboldurile Ligii s-a reușit votarea unei legi prin care se acordau funcționarilor tuberculoși concedii de până la 3 ani (2 ani cu salariul întreg) și care se putea prelungea până la 5 ani în caz de necesitate. Prin eforturi comune au reușit să crească numărul de paturi în sanatorii de la 2.220 în 1933, la înființare la 4.507 în 1935 [23].

În condițiile în care în România instituțiile de tratament erau în număr foarte redus, lupta trebuia dusă în special pentru preîntâmpinarea tuberculozei. Introducerea de către dr. Cantacuzino a vaccinării prin metoda Calmette a fost o metodă strategică de a scădea mortalitatea și morbiditatea în rândul copiilor. Începută în aprilie 1926 aplicarea pe scară largă a vaccinării a făcut ca numărul vaccinaților în România să crească de la an la an, fiind astfel a doua țară în ceea ce privește numărul de copii vaccinați după Franța (peste 600.000 de copii vaccinați la începutul anilor 30). Situația se prezenta astfel: 1927 – 9.300 vaccinați, 1928 – 17.600, 1929 – 30.000, 1930 – 70.000, 1931 – 110.000, 1932 – 140.000, 1933 – 180.000, 1934 – 215.000, 1935 – 270.000, 1936 – 353.000, 1937 – 448.000 [13, 14].

Alcoolismul în România în prima jumătate a secolului XX

a. Caracteristici generale

În același context socio-economic, consumul de alcool a început să devină o problemă de sănătate publică, alcoolismul fiind considerat una dintre cele mai răspândite boli sociale, dar în același timp și un factor favorizant pentru tuberculoză, pelagră, sifilis.

Deși alcoolul a fost mereu disponibil, problemele legate de consumul excesiv de alcool au apărut mult mai târziu, fapt explicat de faptul că accesul la alcool era destul de limitat, alcoolul fiind produs pentru uz personal. Alcoolul produs în gospodării avea concentrații scăzute și nu existau mijloace de depozitare a alcoolului, prin urmare nu putea fi comercializat.

Începutul secolului XX se caracterizează printr-o accelerare a procesului de industrializare, inclusiv a industriei producătoare de alcool, fenomen care a înlesnit populației accesul la alcoolul industrial, mult mai accesibil ca preț. Dezvoltarea industriei producătoare de alcool a fost favorizată de existența bazei socio-economice predominant agrare, bază ce a favorizat în special acele ramuri ale industriei care se bazau pe produse agricole. România era bogată și în podgorii și plantații pomicole care făceau din ea un producător important de vinuri și băuturi distilate în paralel cu cele industriale.

În plus, industria alcoolului reprezenta o piață de desfacere rentabilă și importantă pentru produsele rezultate din activitatea agricolă, creând falsa impresie că scăderea consumului de alcool nu era posibilă decât în momentul în care pentru aceste materii prime

ori pentru producția de alcool se găsea un debușeu economic cel puțin la fel de rentabil. În același timp faptul că aproximativ 10 [%] din bugetul statului provenea din producția de alcool, iar bugetele comunelor rurale sau urbane depindeau și mai mult de comerțul cu alcool determina ca industria alcoolului să reprezinte o sursă atractivă pentru buget în ciuda cheltuielilor mari care rezultau din consumul de alcool [32].

Primele distilerii, producătoare de alcool din cereale, cartofi sau sfeclă, au apărut în 1855, numărul lor crescând de la 49 distilerii în 1893 până la 245 în 1928 [6, 24]. În anul 1894-1895 s-au produs numai în fabrici aproape 35.000 tone de alcool din cereale și cartofi. Consumul de alcool estimat la sfârșitul secolului trecut era de 9-10 litri alcool pur/an/cap locuitor. Comparativ cu celelalte state, cu acest nivel al consumului, România se plasa undeva în prima jumătate a clasamentului [12]. Această pondere a consumului de alcool s-a menținut la aceleași valori și la începutul secolului XX [27, 29].

Deși cele mai mari cantități de alcool se consumau la țară, raportând la numărul de locuitori reiese că marii consumatori de alcool erau orășenii, iar ideea că țărani erau marii consumatori era eronată. De altfel, consumul în marile orașe era și mai mare. Astfel, 4.800.000 locuitori rurali consumau 36.675.410 litri vin, 1.227.060 litri bere, 2.248.190 litri rachiu, iar 1.300.000 locuitori urbani consumau 35.011.950 litri vin, 6.695.050 litri bere, 19.506.360 litri rachiu;

Pe cap de locuitor, în 1901, consumul era de 7 litri vin, 0,2 litri bere, 5 litri rachiu pentru un locuitor rural și 31 litri vin, 6 litri bere și 17 litri rachiu pentru un orășean. Calculele făcute pentru capitală, ajustate la numărul real de consumatori, aproximativ 1/3 din locuitori, reflectau niște cifre impresionante: 193 litri vin, 42 litri bere, 55 litri rachiu [33]. Pentru producerea acestor cantități de alcool țărani foloseau cantități mari din fructele și cerealele recoltate în detrimentul hranei familiei.

La începutul anilor 1920, în România se cheltuiau aproximativ 15 miliarde lei/an pentru comerțul cu alcool, pentru spitalizări, zile nelucrate, cheltuieli judecătorești, accidente și decese [22].

În 1924, valoarea pâinii consumate în țara noastră era de 17.550.000.000 lei, iar pe alcool românii au cheltuit în același an 11.627.000.000 lei [27]. Este interesant de comparat această valoare cu valoarea bugetului Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale care pentru anul 1924 era de numai 763.216.908 lei [5].

În 1929 s-au cheltuit 16 miliarde lei pe băuturi, sumă ce reprezenta jumătate din valoarea exportului României din acel an [31].

Cheltuieli adiționale legate de consumul de alcool rezultau și din faptul că alcoolismul era considerat ca factor favorizant pentru 30% dintre tuberculoși, 50-80% dintre alcoolici ajungând tuberculoși. 47,7% dintre copiii sub 5 ani mureau datorită lipsei de îngrijire a părinților și a alcoolismului. În 50% din cazurile în care era necesară intervenția poliției, jandarmeriei sau a administrației locale, conflictele erau datorate consumului de alcool [24, 31]. Aceste urmări ale consumului de alcool costau statul român aproximativ 7 miliarde lei prin zile nelucrate, la care se adaugă cheltuielile de spitalizare, procese, ajungându-se la peste 14 miliarde lei anual [27].

b. Strategii de reducere a consumului de alcool

Deși bugetul câștiga bani mulți din impozitul pe alcool, cheltuielile ce rezultau din consumul exagerat de alcool au determinat inițierea mai multor strategii.

Una dintre ele consta în organizarea de reuniuni de temperanță. Prima reuniune de temperanță de pe teritoriul Transilvaniei, parte a imperiului austro-ungar până în 1918, a luat ființă în 1847 în Brașov, sub conducerea lui Ioan Petricu. Membrii acestei reuniuni promiteau să nu mai consume alcool distilat și să fie cât mai cumpătați în consumul de vin și bere [28]. Numărul acestor reuniuni a crescut, la sfârșitul secolului XIX existând aproximativ 30 de reuniuni antialcoolice, funcționarea lor fiind înlesnită de prevederi antialcoolice importante existente în legislația maghiară. Prin circulara nr. 1125 din 24 aprilie 1903, Ministerul ungar al Cultelor și Instrucțiunii Publice, solicita înființarea de reuniuni de temperanță [29].

În a doua parte a secolului al XIX-lea și până la cel de-al doilea război mondial a funcționat în Transilvania și Societatea „Astra”, care prin secțiunea medicală și biopolitică, condusă de Iuliu Hațieganu, a avut o bogată activitate antialcoolică. În lupta antialcoolică s-au angajat și fețe bisericești. Pe acest fond a luat ființă și „Reuniunea de temperanță antialcoolică a teologilor de la Blaj” [28].

În 1897 a luat ființă prima societate antialcoolică din România, „Liga română contra alcoolismului”, întemeiată la Iași, urmată în 1908 de „Liga națională de temperanță”. În paralel au funcționat și alte societăți. Un exemplu ar fi „Asociația pentru emanciparea civilă și politică a femeii”.

Toate aceste asociații își propuneau să combată abuzul de băuturi spirtoase prin conferințe, inclusiv radiofonice, congrese, publicații și articole cu scopul de a asigura educația sanitară a maselor largi și susțineau inițierea educației antialcoolice încă din timpul școlii. Astfel, din 1900, timp de 16ani, a apărut revista lunară „Antialcoolul”, sub conducerea și pe cheltuiala de muncă și energie a dr. Mina Minovici. În 1900 „Congresul Asociației Generale a Medicilor” a fost consacrat în întregime problemei alcoolului.

În fruntea acestor manifestări se aflau personalități medicale ca prof. dr. Victor Babeș, prof. dr. Ion Marinescu, prof. dr. Alexandru Obreja, prof. dr. C.I. Parhon, prof. dr. Mina Minovici, prof. dr. Proca, prof. dr. Felix care au căutat mijloace pentru autofinanțarea acestor societăți pentru că sprijinul statului era minimal.

Alte măsuri au fost luate, în parte sub influența societăților de temperanță, de către administrația publică.

Prima lege elaborată la nivel național care avea drept scop limitarea consumului de alcool a fost cea din 1867 - „Legea privind Impozitul asupra Băuturilor Spirtoase”- care prevedea impozitul diferențiat pe tipuri de băuturi alcoolice.

În 1908 s-a emis „Legea monopolului băuturilor spirtoase în comunele rurale și măsurile contra beției în comunele rurale”, lege adoptată din inițiativa „Ligii Naționale de Temperanță”. Prin această lege se limitau numărul de debite la numărul de locuitori, se limitau orele de vânzare, se limitau consumatorii (persoanele sub 16 ani și cele în stare de ebrietate nu puteau fi servite). Legea presupunea punerea sub controlul autorităților comunale a cârciumilor, autorități care aveau dreptul de a da autorizație de deschidere și închidere a cârciumilor, de a încuraja apariția societăților de cumpărare și de acordare

exclusiv acestora a dreptului de exploatare a mai mult de o cârciumă. Legea a suferit mai multe amendamente în 1909, 1910, 1914, 1932, nefiind însă aplicată.

O altă măsură legislativă a fost cea din 1930 când prin articolul 339 din Legea Sanitară și de Ocrotire se permitea medicului igienist să intervină în reducerea numărului de cârciumi dacă consumul de alcool era prea mare într-o comună.

Retragerea brevetelor de băuturi spirtoase de la evrei în 1940 a reprezentat o măsură politică ce a determinat o scădere importantă a numărului de debite, dat fiind că aceștia dețineau, conform unei statistici din 1920, peste 30% din cârciumile din Transilvania, iar în Moldova numărul lor era și mai mare [29].

Concluzii

Favorizate de condițiile socio-economice precare, de lipsa de educație a populației din punct de vedere gospodăresc, igienic și sanitar, dar și de lipsa de pricepere a conducătorilor, bolile sociale au găsit la nivelul României, în prima jumătate a secolului XX, un mediu prielnic de răspândire.

Atât tuberculoza cât și alcoolismul au determinat, astfel, organizarea unor societăți private de combatere a acestor boli sociale care au strâns în jurul lor personalități medicale și politice ale vremii și care, prin finanțare proprie, au reușit să conducă și să inițieze măsuri în acest scop.

Deși au existat și măsuri administrative și legislative ale Statului Român, acestea nu au fost decât parțial aplicate, sprijinul financiar de la bugetul acestuia fiind mult sub necesități.

BIBLIOGRAFIE:

Alexandrescu-Galați N., în *Discuții*, Revista Științelor Medicale, Tipografia „Cultura”, București, iunie 1931.

Alvirescu G., *Tuberculoza la sate, Discurs rostit în ședința din 26 aprilie 1934 a Adunării Deputaților, la discuția generală a proiectului de lege pentru înființarea „Ligii Naționale pentru combaterea tuberculozei*, Tipografia Universității Cernăuți, Cernăuți, 1934.

Banu Ghe., *Mari probleme de medicină socială*, Editura Göbl, București, 1938.

Baboeanu N., *Dedesubturi... - Cronici de literatură socială și de politică comunală*, Tipografia cooperativă „Poporul”, București, 1910.

Bordea I., *Serviciul sanitar al României și Igienă publică între anii 1905-1922*, Tipografia „Cultura”, București, 1924.

Cantacuzino I., *Contribuția unor medici de seamă la lupta contra alcoolismului în țara noastră*, Ed. Medicală, București, 1964.

Cânciulescu M., *Deschiderea cursului de medicină socială, Lecția inaugurală*, Mișcarea Medicală Română – Acta Medica Română, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, noiembrie-decembrie 1942.

- Cânciulescu M., *Problema medicală, socială și economică a luptei contra tuberculozei în România*, Mișcarea Medicală Română – Acta Medica Română, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, mai-iunie 1943.
- Ciucă M., Nasta M., *Tuberculoza în România. Tuberculoza în mediul rural*, Revista Științelor medicale, Tipografia „Cultura”, București, mai 1939.
- Consiliul Sanitar Superior, *Unificarea și raționalizarea luptei împotriva tuberculozei*, Mișcarea Medicală Română, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, martie-aprilie 1943.
- Hațieganu I., Daniello L., *Pericolul tuberculozei în universitate, dispensarii și sanatorii pentru studenți*, Revista Științelor medicale, Tipografia „Cultura”, București, februarie 1926.
- Iacobovici I. M., *Causele mortalității primei copilării în România și mijloace de ale combata*, Revista „Spitalul”, Institutul de Arte Grafice „Eminescu”, Supliment 1902.
- Ionescu Mihăiești C., Nasta M., Ciucă M., Veber T., *Vaccinațiunea antituberculoasă prin BCG în România, zece ani de vaccinațiune în București*, Revista Științelor Medicale, Tipografia „Cultura”, București, aprilie 1939.
- Irimescu S., *Tuberculoza și Asistența Socială*, Asistența Socială – Buletinul Școalei Superioare de Asistență Socială „Principesa Ileana”, anul IV, nr. 1-2, Editura "Cartea Românească", București, 1932.
- Irimescu S., *Combaterea tuberculozei, asupra raportului d-lui Mina Minovici*, Revista Științelor Medicale, Tipografia „Cultura”, București, mai-iunie 1909.
- Irimescu S., *Combaterea tuberculozei. Măsuri pentru a stăvili extensia boalei. Legiferări și organizări de asistență*, București, Tipografia „Ion C. Văcărescu”, 1929.
- Irimescu S., *Foloasele diagnosticului timpuriu al tuberculozei pentru combaterea boalei*, Mișcarea Medicală Română, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, noiembrie-decembrie 1939.
- Irimescu S., *Tuberculoza în România*, Revista Științelor Medicale, Tipografia „Cultura”, București, iunie 1931.
- LangierCh, *Evoluția tuberculozei în Craiova*, Revista Științelor Medicale, Tipografia „Cultura”, București, martie 1925.
- Liga Națională pentru Combaterea Tuberculozei, *Tuberculoza - boală vindecabilă*, editat de Liga Națională pentru Combaterea Tuberculozei, București, 1936.
- Manicatide M., *Tuberculoza copiilor*, Revista Științelor Medicale, Tipografia „Cultura”, București, iunie 1931.
- Manliu I., Coșmescu V., *Alcoolismul, Cele 10 adevăruri despre alcool*, broșură editată de Ministerul Sănătății Publice, al Muncii și Ocrotirilor Sociale, 1923.
- Miloșescu P., Miloșescu D. I., *Din trecutul tuberculozei și victime memorabile din România*, Ed. Tridona, Oltenița, 2012.
- Minovici St., *Primejdia alcoolismului! Alcool metilic - abstinență sau temperanță?*, Revista Societății "Tinerimea Română", București, martie 1929.
- Moldovan I., *Combaterea tuberculozei, Conferințele ținute la cursurile de perfecționare pentru medici, 1-8 iulie 1926*, Institutul de Arte grafice „Viața”, Cluj, 1926.
- Nasta M., *Tuberculoza în România, cu privire specială la tuberculoza în mediul rural. Îndrumător pentru activitatea medicilor și studenților în medicina rurală*, Tipografia „Presa”, București, 1943.
- Obregia Al., *Alcoolismul, scriere de propagandă antialcoolică*, Tipografia I. Brănișteanu, București, 1925.

- Roșu V. T., *Reuniunea de Temperanță Antialcoolică de la Blaj între 1910 – 1917*.
- Rotar Marius, *Propagandă și acțiuni antialcoolice în România interbelică*, <http://www.cceol.com/asp/author/details.aspx?authorid=1b84abfe-fa57-4ef0-af02-9a019fd5dca3>
- Saim A., *Tuberculoza, problemă socială*, Mișcarea Medicală Română, Craiova, Ed. Scrisul Românesc, mar-apr. 1940.
- Simionescu St., *Despre alcoolism*, Tipografia „Artistica” P. Mitu, Pitești, 1929.
- Tămaș Oana Mihaela, *Uzul și abuzul de alcool din România în context european la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX*, Teză de doctorat, Universitatea Babeș-Bolyai, Facultatea de Istorie și Filozofie, Cluj-Napoca, 2012.
- Urechia A., *Cercetări asupra alcoolismului în România*, Revista „Spitalul” nr. 6, Institutul de Arte Grafice „Eminescu”, București, 1902.