

BULETIN

EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. VII.

AUGUST-SEPTEMVRIE-OCTOMVRIE

Nr. 8-9-10.

1936



EDITAT DE
SUBSECȚIA EUGENICĂ ȘI BIOPOLITICĂ A „ĂSTREI”
ȘI DE
INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI IGIENĂ SOCIALĂ, CLUJ.

Tabele pentru înălțimea, greutatea și determinarea stării de nutriție a copiilor români de 5—15 ani.

de
Dr. P. RĂMNEANȚU

Mi-am luat greaua sarcină de a face lucrarea de față, în urma descrierii cu jenă a mai multor medici școlari, igieniști, puericultori și surori de ocrotire, că în lipsă de un etalon național, nu au posibilitatea să compare rezultatele pe cari le obțin în urma măsurărilor copiilor.

Necesitatea tabelelor pentru înălțimea, greutatea și determinarea stării de nutriție a copiilor, rezultante a cercetărilor pe un număr mare de copii, o simt zilnic mai ales serviciile de igienă școlară și pedagogii, cari pe lângă chemarea ce o au de a preveni și combate stările de subnutriție, foarte frecvent sunt asaltați, — după propria lor mărturisire, — de părinții copiilor măsurați și cântăriți, cari doresc să cunoască, nu numai cifrele citite la antropometru și cântar, ci vor să știe și concluzia, adică, dacă copilul e normal dezvoltat sau nu.

Intr'adevăr, de o parte *studiile asupra creșterii fizice a copiilor*,^{1, 2, 3} făcute până de prezent la noi, fiind elaborate sau pe un număr redus de copii și dintr'o anumită localitate ori bazându-se pe categorii speciale, nu pot servi acestui scop, iar *tabele naționale pentru determinarea stării de nutriție*, până de prezent nu a încercat să întocmească nicio instituție. De altă parte lucrările streine asupra creșterii fizice a copiilor, publicate pe un material suficient de mare și tabelele standard, de vârstă, înălțime, greutate, americane⁴, pentru determinarea stării de nutriție, pe cari le-am tradus și le-am aplicat și noi, sunt privite cu neîncredere, cum e și firesc, ținând seamă, că diferențele de ambianță descrise de Villermé, Carlier, Rietz, Niceforo, Glasgow și cele de rasă, arătate de Quételet, Comity of Belgian relief (Belgia), Godin P., Variot și Chaumet, Binet A., Mayet L., Fessard A. (Franța), Gastpar, Stephani, Bogedes, Bachauer, Martin R., Schweers, Fränkel (Germania), Pirquet (Austria), Elderton (Anglia), Lampadarios (Grecia), Bird T. Baldwin și Th. Wood (Statele Unite ale Americii) și de alți autori, se manifestă și la copii ca și la adulți.

Astfel, în construirea tabelelor cari le redăm în acest studiu, pentru ca să nu sufere de neajunsurile amintite și pentru ca să fie

valabile pentru toți copiii români de 5—15 ani, sperând astfel ca să fie folosite de toate instituțiile din țară, cari simt nevoia unui astfel de etalon național, ne-am fixat următoarele condiții:

1. Copiii examinați să fie români de neam și limbă.
2. Numărul copiilor examinați să fie pentru orice vârstă atât de mare încât intervențiile hazardului să fie înlăturate.
3. Copiii să fie de proveniență, atât din mediul rural, cât și din cel urban și în proporții egale cu distribuția populației țării.
4. Să fie eșantilloane reprezentative din cele mai multe provincii.
5. Măsurătorile să fie executate într'o perioadă de timp, în care condițiile economice și sanitare din țară au fost staționare și să fie făcute în toate cele patru sezoane.
6. Prelucrarea să fie aritmetic precisă și să îndeplinească metodele clasice de biostatistică.

A) Precizări biometrice și distribuția copiilor examinați pe mediu, provincii și sex.

Cifra de 22,520 de copii români de neam, la care am ajuns, nu se datorește numai măsurătorilor făcute personal sau în colaborare, ci este în mare parte rezultatul binevoitorului concurs pe care l-am primit din partea: 1. D-șoarelor și D-nelor învățătoare, cari în vara anului 1935 au urmat în Cluj, cursul medico-sanitar inițiat de Dl. Ministru al Sănătății Dr. I. Costinescu; 2. Oficiului de Ocrotire al Municipiului din Cluj și 3. din partea Plășii Sanitare Model Cیلău.

Toate măsurătorile au fost făcute după aceleași principii și norme.

Vârsta a fost luată cea dela ziua mai apropiată de naștere, de exemplu: am considerat de opt ani, copiii cari la data măsurătorii au avut 8 ani \pm 6 luni.

Inălțimea am luat-o aranjând copiii să stea drepti și ținând maxilarul inferior orizontal. Ne-am folosit de antropometre metalice, tip Martin R., tip atașat de cântar și de antropometre construite din lemn, în atelierul Inst. Pasteur.

Greutatea. Am luat-o copiii fiind desbrăcați numai până la cămașă sau quiloți, cari nefăcând în medie mai mult decât 100 de grame, nu a modificat rezultatele într'u nimic. Ne-am folosit de cântare de persoane, tip Sica și de cântare decimale cari în 1935 au fost verificate de birourile oficiale, iar prealabil au fost controlate.

Uniformitatea de lucru ne-am asigurat-o în felul următor:

Surorile de ocrotire dela Municipiul Cluj și cele dela Plasa Gilău au cunoscut aceste norme încă la întocmirea fișelor pe care în mod curent le completează și cu aceste date, așa încât, când am cules datele din fișe, asupra taliei și greutateii, am ținut seamă numai ca vârsta să fie cea dela ziua mai apropiată de naștere. Invățătoarelor le-am dat instrucțiile teoretice într'o oră din lecțiile de igienă școlară și nu trije, iar pe cele practice în două jumătăți de zi de seminar.

Știind, că creșterea în talie și greutate variază și cu sezonul^b, măsurătorile le-am făcut în toate sezoanele, unele măsurători au fost făcute toamna și iarna, iar altele primăvara și vara.

În tabela care urmează, dăm detaliat distribuția copiilor în raport cu regiunea, mediul, localitatea, sexul și numele examinatorilor.

Distribuția copiilor pe regiuni și sexe. Numele și pronumele examinatorului.

Tabela Nr. 1.

Nr. crt.	Județele	Cemuncle	Nr. copiilor			Numele și pronumele examinatorului
			Total	Băieți	Fete	
TOTAL	general		22,520	11,761	10,759	
	rural		18,708	9,923	8,785	
	urban		3,812	1,838	1,974	
1	Alba	Abud	179	0	179	Otilia Munteanu
2	"	Reșia-Montană	102	0	102	Idem
3	Arad	Avram Iancu	102	67	35	Florica I. Cărpinișan
4	"	Lazuri	83	57	26	Idem
5	"	Măgulicea	42	22	20	Idem
6	"	Sivărsin	108	44	64	Dr. Petru Râmneanțu
7	"	Vărfurile	102	57	45	Florica I. Cărpinișan
8	Brașov	Baciu	82	26	56	Maria Lepedeau
9	"	Cernat	37	21	16	Idem
10	"	Crizbav	100	59	41	Maria Sandor
11	"	Cristian	182	93	89	Silvia Suma
12	"	Dârste	117	63	54	Maria Lepedeau
13	"	Holbav	97	53	44	Silvia Suma
14	"	Purcăreni	146	76	70	Maria Lepedeau
15	"	Satulung	33	13	20	Idem
16	"	Târlugeni	72	22	50	Idem
17	"	Turcheș	36	21	15	Idem
18	"	Vulcan	78	44	34	Silvia Suma
19	"	Zizin	29	12	17	Maria Lepedeau
20	Bihor	Borșel	451	274	177	M. Caba
21	"	Borșa-Cătur	86	53	33	Cornelia Dejeu
22	"	Lunca	286	157	129	Cornelia Begheu
23	"	Orvișele	94	62	32	Cornelia Dejeu
24	"	Peștis	112	82	30	Maria Nadiș
25	"	Săbolciu	91	46	45	Cornelia Dejeu
26	"	Tileagd	86	47	39	Idem

Nr. crt.	Județele	Comunele	Nr. copiilor			Numele și pronumele examinatorului
			Total	Băieți	Fete	
27	Caras	Borloveni-Vechi	94	55	39	Dr. Petru Râmneanțu
28	"	Pătaș	50	29	21	Idem
29	"	Vărădia	168	78	90	Drii Râmneanțu și Selegianu
30	Cluj	Agârbiciu	35	21	14	Drii Gomoiu și Râmneanțu
31	"	Buteni	71	34	37	P. Muescu
32	"	Calata	91	50	41	Idem
33	"	Căpușul-Mic	29	14	15	Drii Gomoiu și Râmneanțu
34	"	Cluj, municipiu	2914	1453	1461	Oficiul Surorilor de Ocrotire
35	"	Dumbrava	24	7	17	Drii Gomoiu și Râmneanțu
36	"	Fildul-de-Jos	52	27	25	Ana Ilieșiu
37	"	Gilău, Finișel, etc.	240	114	126	Drii Gomoiu, Râmneanțu și I. Prodan
38	"	Luna-de-Sus	45	25	20	Drii Gomoiu și Râmneanțu
39	"	Păniceni	22	9	13	Idem
40	"	Poeni, Val. Drăg., Bologa	330	170	160	Margareta Pop
41	"	Sânmihl.-de-Câmpie	102	61	41	Elena Iepure
42	"	Someșul-Cald	37	21	16	Drii Gomoiu, Râmneanțu și I. Prodan
43	"	Straja	15	7	8	Drii Gomoiu și Râmneanțu
44	"	Vălișoara	30	14	16	Idem
45	Făgăraș	Lisa	193	104	89	Maria Stanislau
46	"	Lisa	26	11	15	Traian Coșmașiu
47	"	Mândra	333	182	151	Victoria Rinea
48	"	Persani	484	280	204	Victoria Nastea
49	"	Sâmbăta-de-Sus	177	92	85	Lucia Blundea
50	"	Sâmb. de S. și Viștea de J.	58	27	31	C. Stanciu și I. Smadu
51	"	Ucea-de-Jos	102	60	42	M. Cătănă
52	"	Viștea-de-Sus	173	91	82	Melania Cașavencu
53	"	Voivodenii-Mari	83	46	37	Lucia Bica
54	Hunedoara	Șibet	155	91	64	Victoria Manu
55	"	Vajdei	572	399	173	Victoria Tichil
56	"	Vinerca	1079	462	617	E. Măgureanu
57	Ialomița	Gen. Dragalina	164	85	79	Drii Râmneanțu și Brătescu
58	Ifov	București	428	232	196	Idem
59	"	Crețești	139	75	64	Idem
60	Neamț	Piatra-Neamț	189	51	138	Elena Iancu
61	Prahova	Vălenii-de-Munte	102	102	—	Viola Papp
62	Sălaj	Cuceu	199	103	96	Valeria Lazăr
63	"	Supurul-de-Jos	200	103	97	Felicia Haiduc
64	"	Vășad	86	55	31	Eleonora Chiș
65	"	Vășad	221	114	107	Ambroziu Sabău
66	Severin	Iablanița	351	191	160	Drii Râmneanțu și Secheli
67	Sibiu	Apoldul-de-Jos	102	67	35	Melania Oancea
68	"	Benești	510	274	236	Elisabeta Pric
69	"	Cărpiniș	166	79	87	Eudochia Banu
70	"	Dobârca	89	44	45	Melania Oancea
71	"	Galeș	32	6	26	Maria Soră
72	"	Giârbova	102	53	49	Melania Oancea
73	"	Jina	477	250	227	Eudochia Banu
74	"	Ocna-Sibiului	510	285	225	Cornelia Popa
75	"	Poiana	746	370	376	Eudochia Banu
76	"	Rod	304	163	141	Elisabeta Geni
77	"	Săliște	476	223	253	Maria Soră
78	Someș	Boereni	85	42	43	Maria Nechita

Nr. crt.	Județele	Comunele	Nr. copiilor			Numele și pronumele examinatorului
			Total	Băieți	Fete	
79	Someș	Boereni și Rohia	102	53	49	Idem
80	"	Braza	83	53	30	Gh. Buligan
81	"	Ceaca	102	38	64	Leontina Pop
82	"	Ciceu-Giurgești	32	11	21	Aurelia Budea
83	"	Ciceu-Corabia	98	54	44	Cornelia Pop
84	"	Cupșeni	50	25	25	Cornelia Huțiu
85	"	Hășnaș	408	195	213	Leontina Pop
86	"	Lăpuș	108	64	44	Cornelia Huțiu
87	"	Lăpuș și Poiana	102	56	46	Maria Nechita
88	"	Lăpuș și Poiana Porc.	102	56	46	Idem
89	"	Libotin	109	72	37	Cornelia Huțiu
90	"	Olpret	204	34	170	Leontina Pop
91	"	Rogoz	88	54	34	Cornelia Huțiu
92	"	Simișna	204	143	61	Leontina Pop
93	"	Suciu-de-Jos	87	59	28	Cornelia Huțiu
94	"	Suciu-de-Sus	94	77	17	Idem
95	Târn. Mică	Bucerdea-Grănoasă	115	60	55	Aurelia Băcilă
96	"	Crăciunelul-de-Jos	196	107	89	Idem
97	"	Hărănglab	102	53	49	Elena Șurtea
98	"	Valea-Lungă	102	56	46	Idem
99	Teleorman	Țigănești	2550	1428	1122	S. Bligeanu
100	Timiș=T.	Banloc	449	226	223	Drei Râmneanțu și Tirică
101	"	Gaiu-Mic	92	46	46	Anetta Lepădatu
102	"	Partoș	80	45	35	Sofia Crețu
103	"	Sânicolaul-Mare	291	141	150	Persida Ștefi
104	"	Silagiu	175	83	92	Iconia Moise

Am ținut să redăm această tabelă, deși ocupă loc mult și e numai de o importanță redusă, dar o credem necesară, justificării cifrei totale relativ destul de urcată și orientării geografice.

Din acești 11,761 băieți și 10,759 fete, rezultatul a 136 copii nu a intrat în materialul prelucrat, deoarece copiii au avut vârsta fie sub 5 ani, fie deasupra de 15, ori nu li s'a luat vârsta, sexul, înălțimea sau greutatea.

Materialul l-am prelucrat, în vederea stabilirii mediilor aritmetice ale înălțimii și greutății la diferite vârste și pe sex și pentru întocmirea tabelelor standard de vârstă-inălțime-greutate cari să servească la determinarea stării de nutriție a copiilor români.

B) Înălțimea și greutatea copiilor pe vârstă și sex.

După ce am primit întreg materialul și am întocmit tabela de mai sus, am verificat încă odată sexul, notând băieții cu albastru, iar fetele cu roșu și am revăzut dacă s'a notat vârsta, înălțimea și greutatea fiecărui copil, apoi am tăiat din listele primite, datele singuraticilor copii, obținând astfel cartele de dimensiunea următoare :

Numele copilului	Sexul	Vârsta	Înălțimea	Greutatea
------------------	-------	--------	-----------	-----------

Distribuind cartelele pe sex și vârstă am obținut datele din col. 3 a tabeli care urmează :

Din aceste cifre citim, că pentru un an de vârstă, cel mai redus număr de copii examinați, cuprinde grupa fetelor de 15 ani, iar cel mai urcat, grupa băieților de 8 ani, pentru care avem examinați 1,736.

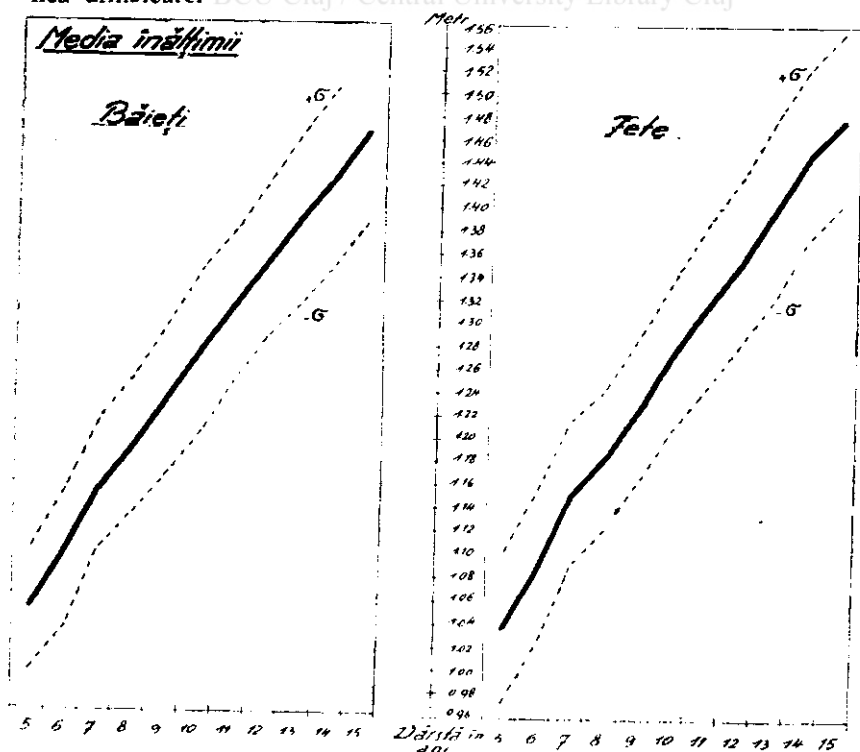
Am luat apoi cartelele fiecărei grupe de vârstă și am adunat cifrele înălțimii și ale greutateii, cu mașina electrică „Add-Index“, care scrie atât cifrele componente, cât și rezultatul final al adunării. Împărțind suma totală, cu numărul copiilor dintr-o grupă, am obținut media aritmetică a taliei și a greutateii pe sex și la diferite vârste, așa cum le citim din coloanele 4 și 8 a tabeli Nr. 2. Din aceste date cu multă ușurință, am calculat cifrele crude ale creșterii anuale, din coloanele 6 și 10 și procentele creșterii anuale la 100 din coloanele 7 și 11.

Pentru a calcula câmpul de dispersiune a copiilor de același sex și de aceeași vârstă, adică valoarea deviației tip, dela media aritmetică, am întocmit tabele de corelație. Din acestea am calculat momentul întâiu și pe al doilea, pe V_1 și V_2 și după formula $\sigma = \sqrt{V_2 - V_1^2}$, am calculat valorile din coloanele 5 și 9 (vezi metoda pe larg în altă parte)⁶.

Eroarea probabilă nu am calculat-o, deoarece cifrele examinațiilor sunt destul de mari.

1. Talia copiilor români.

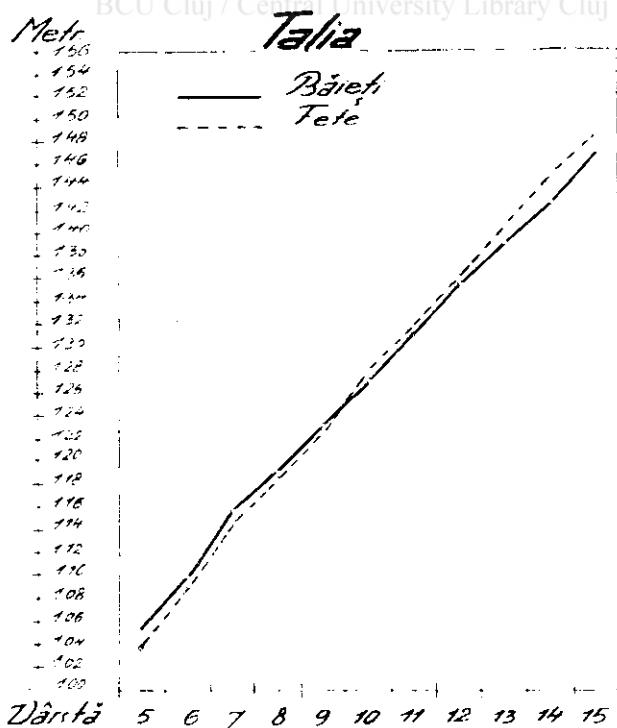
Caracteristica fundamentală a copiilor fiind creșterea continuă, se înțelege, că înălțimea nu poate avea, dela o vârstă la alta, decât un mers ascendent, cum reiese din tabela precedentă și din grafica următoare. BCU Cluj / Central University Library Cluj



Grafica Nr. 1.

Aceste valori ale înălțimii sunt specifice copiilor români. Ele sunt îndeosebi produsul factorului ereditar și în parte a influențelor mediului din țară și din timpul de astăzi. Nu toți copiii trebuesc să aibe însă aceste valori. Ele sunt numai niște medii aritmetice, câmpul de variație fiind destul de larg, după specificul singuraticelor familii. Variabilitatea copiilor din sânul aceleași grupe de vârste, atât în ce privește înălțimea, cât și în raport cu greutatea, după cum vom vedea, constatăm că se modifică dela o vârstă la alta. Deviația tip, constanța care ne măsoară dispersiunea câmpului de variație a copiilor de aceeași vârstă, e mai redusă la vârstele mici, decât la cele mari. Cu alte cuvinte, copiii la vârste mai mici sunt mai omogeni, decât cei dela vârste mai înaintate. Aceasta se observă din îndepărtarea diagramelor trase cu linii întrerupte, calculate prin media aritmetică $\pm 1 \sigma$, față de curba liniară plină a mediilor aritmetice, care reprezintă înălțimea. Fessard și colaboratorii, pe 6,885 de elevi din Paris⁷, au găsit deviației tip valori egale cu cele de mai sus, și cu același mers.

Talia băieților, față de a fetelor, deși nu urmează dela o vârstă la alta un mers paralel, totuși se înfățișează după o anumită normă



Grafica Nr. 2.

întâlnită în toate lucrările de asemenea natură. Până la o anumită vârstă, băieții sunt mai înalți decât fetele, iar dela această vârstă în colo diagramele se încrucișează și fetele încep să aibe statura mai urcată. Acest mers l-a evidențiat Pirquet⁸, Baldwin⁴, Clark, Sydenstricker și Collins⁹, Fessard⁷ și colaboratorii și alții. Intretăierea diagramei la copiii români are loc la vârsta de 10 ani, la nemți și americani la 11 ani, iar la francezi și greci la 8 ani.

Copiii români, băieți și fete, au înălțimea mai redusă decât copiii francezi, nemți și americani. Față de a copiilor greci, sunt superiori până la 10 ani, iar dela această vârstă în sus copiii noștri au statura mai mică. Deosebirea e mai pronunțată în special dela 11—12 ani în sus și mai ales față de a francezilor și a americanilor, cari sunt mult mai înalți.

Talia copiilor români, greci, francezi, nemți și americani.

Tabela Nr. 3.

VÂRSTA	B Ă I E Ț I					F E T E				
	Români	Greci ¹	Francezi ²	Nemți ³	Americ. ⁴	Românce	Grec. ¹	Franc. ²	Nemț. ³	Americ. ⁴
5	104.5	100.0	107.9			103.7	99.7	106.9		
6	109.5	105.0	113.6	111.7	114.7	109.1	104.5	112.6	110.5	113.8
7	115.8	111.0	117.7	116.3	119.5	115.4	111.0	116.4	115.4	118.5
8	118.8	115.0	121.8	121.5	125.1	118.2	115.5	122.3	120.6	124.3
9	123.0	120.0	127.9	126.6	130.2	122.8	122.4	127.7	125.8	129.4
10	127.3	126.0	132.9	130.2	135.1	127.5	126.5	133.9	129.6	134.5
11	131.2	131.0	137.8	133.4	139.9	131.6	135.0	138.6	133.8	140.1
12	135.4	138.0	142.5	138.1	144.4	135.6	140.0	145.6	139.0	146.0
13	139.1	148.0		142.3	150.0	142.3	145.0		144.4	152.0
14	142.5	159.0			155.5	145.1	151.0			155.5
15	146.8	161.0				148.1	153.0			

¹ Lampadarios E.: Vezi nota nr. 10. A examinat 3521 de copii, din toată Grecia și de toate clasele sociale.

² Fessard: Vezi nota nr. 7. Vârsta a fost luată: 5 ani = 5—6 ani. Copiii sunt din Paris.

³ Martin R.: Vezi nota nr. 11. Vârsta e luată: 6 ani = 5³/₄—6¹/₄. Copiii sunt din München.

⁴ Palmer C.: Vezi nota nr. 12. Copiii sunt din toate regiunile St. Unit. ale Americii.

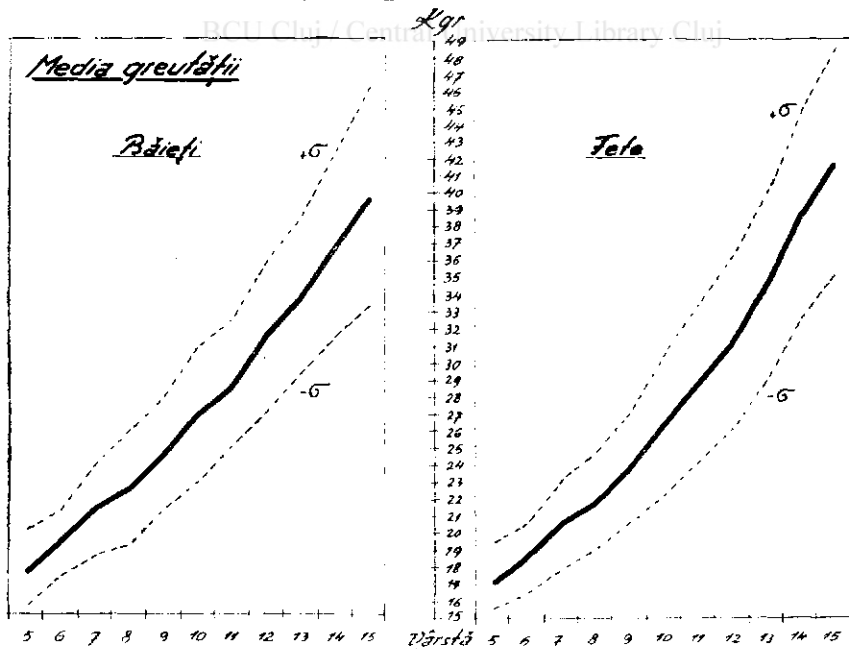
Această deosebire la vârstele mai înaintate ale copiilor, o credem că, se datorește mai mult ambianței, decât caracterelor ereditare. În Edinburg¹³, copiii din clasa populației cu stare socială rea au fost găsiți mai mici, decât cei din clasa bună. În Glasgow studiindu-se din punct de vedere economic, 72,857 de copii, s'a constatat aceeași

diferență, copiii săraci au talia mai redusă. Gebhard, în New-York, pe copiii italieni, cu stare economică deosebită, a întâlnit aceeași diferență în talie. Cu aceste exemple ne explicăm, că talia copiilor români, e mai redusă decât a altor neamuri, în bună parte datorită regimului alimentar calitativ unilateral.

Glandele cu secrețiune internă, în special tiroida, încă intervin în reducerea taliei. Aceasta glandă cu siguranță a jucat un rol și asupra copiilor examinați de noi, deoarece unele din satele cercetate, sunt bine cunoscute, că au o proporție urcată de gușați (Someșul-Cald, Borloveni-Vechi, etc.). Dar nu numai iodul ci și carența de calciu, care după cercetările pe cari le avem în curs de prelucrare, ne demonstrează, că joacă un rol însemnat, în împiedecarea creșterii normale a copiilor români.

2. Greutatea copiilor.

Media aritmetică a greutateii copiilor români, dela 5—15 ani, o citim din tabela Nr. 2 și din grafica următoare:



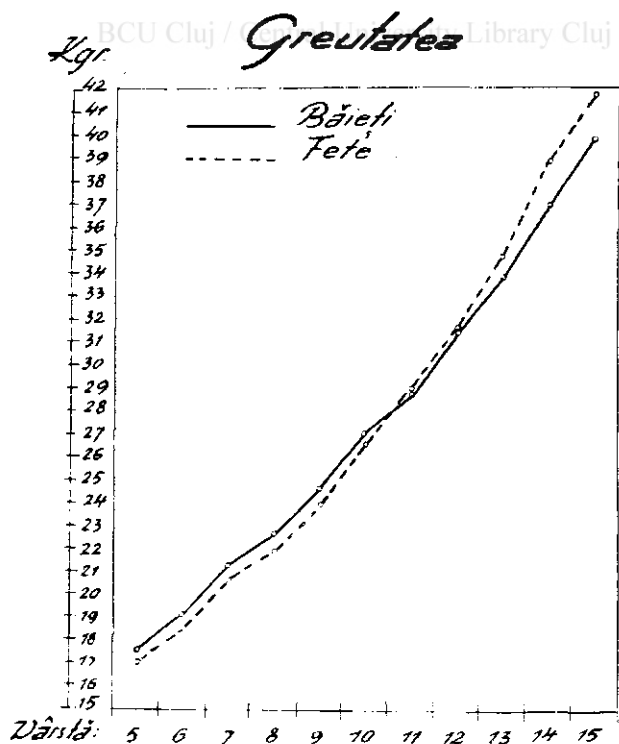
Grafica Nr. 3

Aceste medii se prezintă dela o vârstă la alta sub forma unei parabole, diagramă pe care de altfel o urmează și copiii de alte nea-

muri.⁷ Omogenitatea copiilor, studiată prin valoarea deviație tip, în raport cu greutatea, se prezintă identic ca și în raport cu talia. Câmpul descris de valoarea unei sigme, adăugată și scăzută din media aritmetică, prezintă același format de fâșie, îngustă la vârstele mici și mai largă la cele mari, ca și la talie. De sigur, acest câmp e relativ mai îngust pentru înălțimea copiilor, decât pentru greutatea lor, care e un caracter antropologic de importanță mai redusă decât statura.

Aceasta ne-o descrie mai clar coeficientul de variație, $\left(\frac{\sigma \times 100}{\text{Med. arit.}} \right)$, care e mai redus pentru statură, decât pentru greutate.

Pe sex, greutatea, ca și talia, are un mers diferit. La începutul vârstei studiate sunt mai grei băieții, iar la sfârșit sunt fetele. Fetele la epoca pubertății sunt cu vreo 2 kg. mai dezvoltate decât băieții. Intretărirea, nu are loc însă la 10 ani, după cum am văzut, că are la înălțime, ci la vârsta de 11 ani, conform diagramelor grafice următoare.



Grafica Nr. 4

In greutate, copiii români se deosebesc de cei streini, tot așa de mult ca și în raport cu talia. Numai față de nemți, atât băieții, cât și fetele sunt aproape egali. Deosebirea e mai pronunțată mai ales față de copiii francezi și americani, cari sunt mult mai grei. In comparație cu copiii greci, dacă rotunjim cifrele acestora, deoarece sunt calculate pe un număr mic de copii, constatăm, că greutatețile până la 11 ani, sunt aproape egale, iar dela această vârstă în sus sunt mai grei grecii.

Greutatea copiilor români, greci, francezi, nemți și americani.

Tabela Nr. 4.

VÂRSTA	B Ă I E Ț I					F E T E				
	Români	Greci ¹	Francezi ²	Nemți ³	Americ. ⁴	Românce	Grec. ¹	Franc. ²	Nemț. ³	Americ. ⁴
5	17.5	17.3	18.4			17.0	18.2	17.8		
6	19.1	17.7	20.4	19.2	20.8	18.5	19.4	19.5	18.6	20.4
7	21.2	18.3	22.2	20.7	22.6	20.6	20.4	21.2	20.2	22.0
8	22.5	18.8	24.3	22.7	25.1	21.8	21.0	24.0	22.2	24.2
9	24.6	21.9	27.0	25.0	27.6	23.8	24.7	26.8	23.4	27.0
10	26.9	25.4	29.7	26.5	30.3	26.3	26.2	30.3	26.0	29.8
11	28.7	28.4	32.6	28.5	33.3	28.7	29.2	33.9	28.2	33.7
12	31.3	30.9	36.0	30.4	36.3	31.2	35.0	39.0	31.2	37.8
13	33.8	37.8		33.1	40.5	34.7	39.5		35.3	42.9
14	36.8	35.5			45.1	38.8	42.5			46.7
15	39.8	48.2				41.8	43.5			

¹, ², ³, ⁴. Vezi notele dela tabela nr. 3.

Aproape față de toți copiii cari ne-au servit drept comparație, români la vârstele dela 12—15 se deosebesc chiar cu 5—10 kg. Fără îndoială, că în aceasta diferență a intervenit pe lângă standardul de viață redus dela noi și angajarea prematură a copiilor români în munca câmpului. Această cauză ne-o explicăm întru câtva, dacă luăm seamă de cercetările lui Fessard¹, cari ne demonstrează, că indiferent de vârstă, la o anumită talie copiii trebuie să aibe aceeași greutate. Ori, copiii români, deși au talia mai redusă, la această vârstă, față de copiii streini, totuși nu o au așa de mult, cât le este de redusă greutatea. Astfel după Fessard, băieților francezi de 149—150 cm., indiferent de vârstă, le corespunde o greutate de 42.13 kg., pe când copiilor români le găsim una mai redusă, în valoare numai de 39.0 kg.

Intretărierea greutateților în raport cu sexul, la francezi, are loc mai de timpuriu decât la români, la vârsta de 10 ani, la americani la 11 ani, la greci, fetele sunt mult mai grele decât băieții deja

la vârsta de 5 ani, iar la nemți la 12 ani. În general față de aceste neamuri, observăm, că fetele românce, întrec în greutate băieții la o vârstă mai înaintată, la 13 ani.

Aceasta încă ne indică, că trebuie să existe o piedică sau mai multe cari se opun dezvoltării normale a copiilor români.

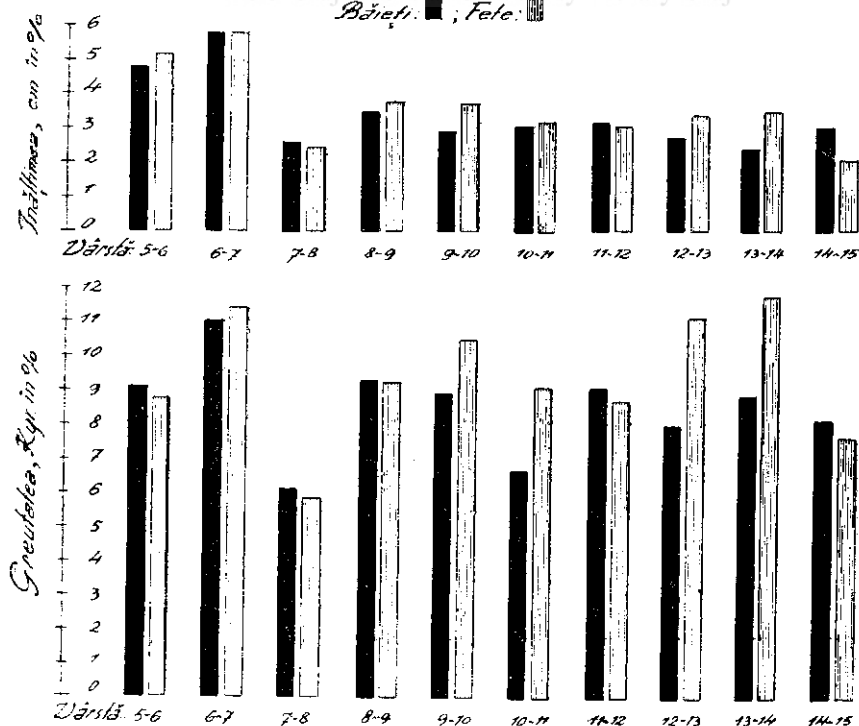
3. Ritmul creșterii copiilor.

Așa cum există un ritm al creșterii copiilor în raport cu sezonul, — în talie au maximum de creștere în cursul verii și minimum toamna, iar în greutate au maximum între Sept.—Ian. și minimum între Febr. și Aug.,⁷ — găsim un ritm și în raport cu vârsta.

Pentru a demonstra precis cantitățile de creștere adică indicele auxologic al taliei și greutății, dela un an de vârstă la altul, diferențelor crude din coloanele 6 și 10 a tabelului Nr. 2. le-am calculat proporții la 100 față de valorile de bază, la cari ele se adaugă în cursul unui an. Aceste proporții le-am redat în col. 7 și 11 și în grafica următoare:

Creșterea anuală a copiilor la 100

Băieți: ■ ; Fete: ▨



Grafica Nr. 5.

Din comparația acestor coloane, ținând seamă de vârstă și sex, constatăm fapte destul de importante.

Creșterea în talie e maximă între 5—7, atât pentru băieți, cât și pentru fete și e minimă, pentru băieți între 13—14 și 7—8 ani, iar pentru fete între 14—15 și 7—8. Acest ritm nu se supra-pune cu cel dela neamurile ai căror copii ne servesc de comparație în tabela Nr. 3. Deosebirea cea mai evidentă, pentru toți copiii, ne-o dă vârsta de 7—8 ani, adică anul întâiu de școală. Această creștere minimă în talie la 7—8 ani coincide și cu o creștere minimă în greutate. Hotărît, aceasta ne face impresia, că vieașa școlară la începutul ei produce un șoc puternic asupra dezvoltării fizice a copiilor. Această influență ne-o arată mai ales faptele din Copenhaga, unde în urma observării cauzelor dăunătoare, luându-se măsuri energice de prevenire, statura și greutatea copiilor a revenit și în acest an la creșteri normale¹³.

Între sexe, deosebirea cea mai pronunțată în statură, o dă vârsta de 12—14, când fetele au maximum de creștere și cea de 14—15 ani, când băieții cresc mai mult decât fetele. De sigur, că aceste diferențe sunt în legătură cu epoca pubertății.

În raport cu creșterea în greutate, constatăm, că aceasta are un mers paralel cu statura. *Atât băieții, cât și fetele, când au maximum sau minimum de creștere în talie au și în creșterea greutateii același mers.* O singură deosebire remarcăm, băieții la 15 ani, încă nu au ajuns la o creștere maximă în greutate. Ținând seamă, că fetele de 12—14 ani, au urmat identic în creșterea greutateii, ca și în a taliei, ar fi trebuit ca și băieții să aibe la vârsta de 15 ani maximum de creștere în greutate. Această stagnare, încă odată, ne evidențiază înrăurirea muncii fizice asupra dezvoltării copiilor și mai ales a băieților

C) Corelația dintre statură și greutate la aceeași vârstă. Tabele pentru determinarea stării de nutriție a copiilor.

Din mediile aritmetice expuse, ale taliei și greutateii copiilor, se observă, că dela un an de vârstă la altul se produc modificări în același senz. Mai mult, dacă considerăm numai copiii de aceeași vârstă, constatăm, că între talie și greutate există întotdeauna o corelație foarte strânsă, copiii cu statura redusă au greutate mică și invers au copii înalți. Această variabilitate în același senz, nu este determinată însă de un singur factor. Astăzi în general este admis, că înălțimea este indicele de dezvoltare a duratei vieții, adică e

în funcțiune mai ales de vârstă, iar greutatea este indicele condițiilor actuale de viață. Cu alte cuvinte, condițiile temporare ca, boală, insuficiență alimentară, eforturi fizice, disconfort social și altele, au influență mai urcată asupra creșterii în greutate, decât asupra creșterii în statură.

Acestea sunt principiile de bază cari au determinat pe primii autori să aplice corelația dintre statură și greutate în cercetările asupra stării de nutriție a copiilor. Mai explicit, nu gradul de corelație ne hotărăște starea de nutriție a unui copil, ci valoarea mediei aritmetice a greutății obținută pe mai mulți copii de aceeași vârstă, același sex și aceeași înălțime. Astfel o lipsă în greutatea unui copil, față de greutatea mediei stabilită pe mai mulți copii, ne indică o perturbare în dezvoltarea fizică a subiectului considerat.

Experiența de toate zilele, rezultată din aplicarea acestor principii, a demonstrat însă, că o lipsă de greutate nu este întotdeauna un indice absolut pentru a ne pronunța că un copil este sub nutrit, dar de cele mai multe ori, lipsa găsită, interpretată inteligent în cadrul și a altor simptome, este un instrument destul de precis.

E bine deci, ca înainte să declarăm un copil în stare de sub nutriție, să ne aruncăm privirea și asupra constituției lui generale.

Câmpul valorilor mediilor aritmetice a staturii și greutății copiilor de același sex și aceeași vârstă, nu este egal în senz orizontal și vertical, la toate neamurile, cum e și logic, dacă finem seamă că nici însușirile antropologice cari influențează mai ales talia, și nici condițiile de viață, cari determină greutatea, nu sunt egale la toate popoarele și în toate țările. Datorită acestora s'a născut nevoia ca tabelele pentru determinarea stării de nutriție să fie naționale. De altfel deosebirea, lipsită de paralelism, dintre valorile staturii și a greutății copiilor comparați în paginile precedente, ne demonstrează evident această necesitate.

Procedeu pe care l-am urmat în construirea tabelelor pe care le dăm, a fost următorul. (Vezi tabela Nr. 5 și 6).

Întâiu pentru fiecare sex și an de vârstă am întocmit tabele de corelație între statură și înălțime. Rândurile staturii le-am aranjat crescând cu 1 cm. iar coloanele greutății crescând cu 1 kg. Am adunat apoi numărul copiilor și suma totală a greutăților și a înălțimilor din fiecare diviziune. Din distribuția frecvenței copiilor în raport cu statura și greutatea, ne-am controlat încă odată valorile mediilor aritmetice redată în tabela Nr. 2. Din suma totală a greutăților pe care am împărțit-o cu suma copiilor din aceeași diviziune ne-am calculat în urmă media aritmetică a greutăților pentru fiecare înălțime. Acestor medii, bazându-se uneori la extremitățile staturii numai pe un număr redus de copii, le-am fixat limite artificiale. Am eliminat rezul-

tabelele cari au fost dincolo de valorile granițelor, de 2 ori σ , adăugate și scăzute din media aritmetică a staturii vârstei respective. Dar, chiar după această fixare de limite, mediile aritmetice, ale greutateților dela o înălțime la alta, nu au avut un mers exact uniform, mai ales la vârstele unde am avut măsurări copii pușini. Aceste salturi ne fiind normale în biologie, am procedat la rotunjirea figurilor. Aceasta nu am făcut-o în mod arbitrar, ci pentru fiecare vârstă în parte am calculat valorile regresunii liniare, adică pe $y = a + bx$.

După acest șir de operații biostatistice, am ajuns la cifrele definitive din tabele, cari nu au suferit decât transformări foarte mici în senzul îndepărtării intervenției hazardului, deci în vederea unei suprapunerii cât mai fidelă cu realitatea obținută la măsurători. Asemenea operații sunt necesare întotdeauna când nu lucrăm cu „un univres“ de copii, ci numai cu „eșantilloane“. Ele au fost făcute și de alți autori cari au întocmit asemenea tabele.

Odată ce am întocmit aceste tabele naționale, pentru determinarea stării de nutriție a copiilor, mai rămâne să dăm câteva lămuriri despre felul cum ne folosim de ele.

Vârsta copilului o luăm pe cea dela ziua mai apropiată de naștere, după cum am procedat la măsurarea copiilor cari ne-au servit în construcția tabelelor. Iată un exemplu: opt ani vor avea toți copiii cari la data examinării au împlinit 7 ani 5 luni și 30 de zile și n'au trecut încă de 8 ani și 6 luni. Un copil examinat în 20 Oct. 1936, care a fost născut în 18 Aprilie 1929 îl considerăm de 8 ani, fiind mai aproape de ziua nașterii din 1937, decât de cea din 1936.

Pentru măsurarea staturii și luarea greutateții, copiii vor fi descălțați și desbrăcați până la cămașă.

Determinarea stării de nutriție se face după cum urmează: în tabela sexului copilului examinat se caută cifra staturii citită la măsurătoare, iar în coloana dedesubtul vârstei copilului cântărit, în același rând cu statura lui, se găsește greutatea corespunzătoare.

Greutatea citită în tabelă poate să fie egală cu cea obținută la cântărirea copilului, mai urcată sau mai mică, după cum copilul e normal-nutrit, supra-nutrit sau sub-nutrit.

Starea de sub-nutriție o putem exprima chiar în procente, în felul următor:

Unui băiat de 8 ani, care are statura de 122 cm. și greutatea de 19.5 kg. în tabelă îi găsim, că îi corespunde 23.8 kg., ceea ce înseamnă, că îi lipsește 4.3 kg., adică cu 22.0% e sub-nutrit. Considerăm, în stare de sub-nutriție, copiii cărora le lipsește din greutate mai mult de 10%.

Având convingerea, — formată din studiul materialului pe care l-am adunat asupra constituției fizice și asupra alimentației populației

din Banat, și din alte observațiuni din restul țării, — că marea problemă a populației românești din țară, astăzi și în viitorul apropiat, e a stării fizice, care merge rapid spre declin, cred, că rezultatele publicate în această lucrare și mai ales tabelele pentru determinarea stării de nutriție, vor fi larg aplicate în toate școlile. Măsurătoarea elevilor, care e bine să se facă de două ori pe an, va fi, întotdeauna, urmată de o informație a părinților asupra stării de nutriție a copiilor, cum de altfel se obișnuiește în cele mai multe țări. Ea acolo deja de mult a devenit o muncă de rutină a serviciilor de igienă școlară.

Cartolina pe care o propunem să fie trimisă semestrial părinților, va conține pe contra pagina adresei, următoarele :

<p>Domnule,</p> <p>Copilul D=Voastre</p> <p style="text-align: center;">(Numele și pronumele)</p> <p>de: ani, fiind astăzi măsurat și cântărit, l-am</p> <p style="text-align: left;">(vârsta)</p> <p>găsit, că e în stare de sub=nutriție cu %.</p> <p style="text-align: right;">(cifra)</p> <p>Comunicându=Vă aceasta, rugăm să dați copilului mai multă atenție în ce privește alimentația și odihna, pentru ca la măsurătoarea viitoare să-l găsim normal nutrit.</p> <p style="text-align: right;">Al D=Voastre binevoitor,</p> <p style="text-align: center;">.</p> <p style="text-align: center;">(iscălitura)</p>
--

Dacă se va introduce și la noi comparația și comunicarea rezultatului măsurătorilor, pe cari le fac medicii, surorile de ocrotire și învățătorii chiar acum, atunci fișele pe cari le completează, nu vor mai fi considerate hârtii completate de geaba, ci în curând își vor manifesta rostul.

Acest efort atât de redus, va constitui cu siguranță un pas serios în asigurarea unei stări de nutriție bună a copiilor, care la rândul ei va avea ca efect păstrarea și urcarea vigoarei fizice și fericirea populației noastre de toate vârstele.

Summary. — There is given the height and weight of the roumanian children, represented by 11,661 boys and 10,723 girls.

The height of the boys and girls follows an ascendent stright line (Graph Nr. 1) and the weight of them follows a parabolic line (Graph Nr. 3).

We have, both for the height (Graph Nr. 1), as well as for the weight (Graph Nr. 3), a more homogeneous result for the smaller age groups, than for the greater ones. The value of the standard deviation (σ) is increasing toward the age of 15 years.

The height and weight values for the roumanian children are smaller, than those for the french, american and german children (Tables Nr. 3 and 4). These differences are more evident beginning with the 11–12–th year of age. Compared with the greek children there are differences only for the older children.

The auxologic index for the height and weight (Graph Nr. 5) is evidently reduced at the age of 7 and 8 years, probably due to the entrance of the children in the school. At the age of 15 years the boys have a rather reduced growth, probably due to the havy work, which are beginning to do at this age.

From this data there were constructed height and weight tables (Tables Nr. 5 and 6), which are recommendet to be used in schools, as national standards for the school children.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bibliografie.

1. Dr. Roșca V.: Dintr'o anchetă somatologică. Teză, Buc. 1926.
2. Drii G. Banu, Râmneanțu, etc.: Cercetări asupra creșterii fizice a copiilor de școală în România. Revista de Igienă Socială, Nr. 8, 1931.
3. Dr. Gh. Costin: Starea de nutriție la elevii de liceu. Revista de Igienă Socială Nr. 7, 1931.
4. Baldwin, B. T. și Wood, Th. D.: Weight-height-age tables for boys and girls. Ed. de The American Child Health Association, traduse complet prima dată la noi de Drii Gomoiu și Râmneanțu: Raport asupra anchetei din Plasa sanitară de demonstrație Gilău, Sănătatea Publică, 1930.
5. Palmer, C. E.: Seasonal variation of average growth in weight of elementary school children, P. H. Rep., vol. 48, 1923.
6. Dr. Râmneanțu: Corelația dintre nupțialitate, etc. in Bul. Eug. și Biopoltic, vol. VII, 1936, pag. 44–48.
7. Fessard, A. B., Laufer F., Laugier A.: Nouvelles tables de croissance des écoliers Parisiens, Poids-taille. Publications du Travail Humain. Serie A, No. 5.
8. Pirquet C.: Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 36, 1923.
9. Clark, Sydenstricker și Collins: Heights and weights of school children. Publ. H. Reports, Vol. 37, Nr. 20, 1922.
10. Lampadarios, E.: La croissance physique de l'élève grec. Arch. de Med. des Enfants, Nr. 11, 1929.
11. Martin, R.: Lehrbuch der Anthropologie, 1928.
12. Palmer, C. E.: Variation in physique an growth of children in different geographic region of the United States. Publ. H. Reports, Nr. 10, 1936.
13. Terman, L. M. și Almack, J. C.: The hygiene of the school child. The Riverside Press., Cambridge, 1929.

Considerațiuni asupra unei mai bune organizări psihiatrice.

de

Dr. G. PREDA

medic primar director superior

Știm că noile cercetări din domeniul biochimiei generale caută în întreg organismul cauza unei boli mintale. Prin aceste cercetări se demonstrează că în afara unor leziuni cerebrale mari și localizate care pot influența psihismul, cea mai mare parte a cazurilor de tulburări mintale pot fi datorite unor modifi cațiuni umorale sau chiar anatomo-fiziologice, fine, inconstante a căror multiplicitate și difuziune explică dificultatea descoperirilor și a demonstrării obiective.

Studiile psihologiei experimentale vin apoi să demonstreze apropierea din ce în ce mai mare a faptelor psihopatologice de cele psihologice. Această apropiere este evidențiată prin deviațiile trecătoare ale spiritului normal și prin numeroasele și variatele stări de tranziții (desechilibre) dintre omul normal și bolnavul mintal.

Realizările noi din domeniul psihiatriei — pe baza principiilor expuse mai sus — impun ca psihiatria să pătrundă în viața socială pe cât mai multe căi, în special pe calea juridică și pedagogică.

Cunoștințele acestei moderne psihiatrii nu au fost însă vulgarizate suficient. Literatura noastră jumătate medicală, jumătate romantică a pregătit numai în parte publicul pentru acceptarea ideii de apropiere sau de comunitate dintre bolnavul mintal și celelalte boale omenești. Ideile freudiste sunt în primul loc acele ce înlăturând caracterul izoteric a psihopatologiei au permis publicului să accepte chiar rarele inovații ale unei igiene și profilaxii mintale.

S'ar părea că chiar învățământul nostru psihiatric nu înlesnește suficient aplicațiunile practice ale psihiatriei sociale. Se dă prin acest învățământ o dezvoltare însemnată cercetărilor anatomo-fiziologice și biochimice, prea mică însă celor psihologice și antropologice. Unele clinici psihiatrice sunt lipsite de laboratoarele de investigații psihologice și antropologice care pot ajuta la completarea observațiilor clinice și a datelor ce ni le dau cercetările anatomo-fiziologice și chimice.

Instrucția psihiatrică a viitorilor medici se face mai mult în spirit limitat, individualist de observație clinică și de laborator anatomo-patologic și mai puțin în colectivitate adică în mediu familiar sau social.

În legea noastră sanitară și de ocrotire chestiunea profilaxiei mintale, atât de importantă sub raportul psihiatriei sociale este amintită la capitolul asistenței defectivilor (art. 455) prin următoarele rânduri: „Spitalele de boli mintale și nervoase precum și stabilimentele psihiatrice de orice fel funcționează și ca centre de profilaxie mintală în raza activității lor” și mai departe „Medicii acestor instituțiuni vor putea fi însărcinați a face studiile, anchetele, evidența și toate lucrările privitoare la problemele de terapeutică mintală de profilaxie și de eugenie”.

Tot la asistența defectivilor se găsește amintită problema anormalilor mintali de toate gradele și aceea deci de îngrijire sau de educare a copiilor defectivi și de reeducare a adulților (art. 463).

Profilaxia mintală s'ar părea că ar fi cuprinsă în lege și la capitolul Asistenței sociale și al organizării societăților de binefaceri, de oarece la art. 466 se prevede printre asociațiile de asistență de binefaceri: combaterea plăgilor sociale, ocrotirea fineretului și familiei dependente, asistența copiilor părăsiți și aceea a *anormalilor fizici și mintali*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Poate că regulamentul — care încă nu a apărut — să dea lămuririle necesare asupra organizațiilor prin care s'ar putea realiza profilaxia mintală și asistența socială a acelor dependenți, anormali fizici și mintali.

Încă din anul 1911 am insistat (prin numeroase lucrări)* asupra felului cum ar putea fi organizată la noi aplicația unei cât mai integrale psihiatrii în special a unei igiene și profilaxii mintale și al ocrotirii și asistenței sociale și de spital.

-
- *1. Les laboratoires de recherches psychologiques à Berlin 1911.
 2. Expertizele psihiatrice în armata franceză 1911.
 3. Asistența bolnavilor și anormalilor mintali din Ardeal 1921.
 4. Date biologice și psihologice necesare unei educații moderne 1926.
 5. Quelques propositions relatives à l'Assistance psychique et prophylaxie mentale 1926.
 6. Importanța igienei și profilaxiei mintale 1927.
 7. Câteva însemnări care privesc importanța igienei și profilaxiei vieții individuale și familiare 1928.
 8. Sfaturi cu privire la înapoiții de minte 1928.
 9. Sfaturi cu privire la educația perversilor morali 1928.
 10. Considerațiuni psihologice asupra stărei sufletești la oamenii politici 1928.
 11. Importanța creerii institutelor pentru alcoolici 1928.
 12. Criza morală și felul cum trebuie privită consecința morală 1928.
 13. Evoluția morală în raport cu știința 1928.

La congresul societății de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie din Iași, am făcut propuneri care priveau organizarea noastră psihiatrică și care fiind însușite de toți membrii congresiști s'au sintetizat în o moțiune ce a fost prezentată autorităților în drept fără mare rezultat.

În cele ce urmează caut odată mai mult să evidențiez tendințele psihiatriei moderne și ceea ce se s'ar putea face practic pentru a corespunde vremurilor și a ne pune de comun acord și cu principiile ce stau la baza noului cod penal.

Tendința psihiatriei moderne practice este în primul loc igiena și profilaxia mintală în al doilea îngrijirea bolnavilor anormali și mintali.

Trebue să recunoaștem că igiena mintală ar constitui în țara noastră mai mult un cod de profilaxie mintală aplicabil la indivizii care prin predispoziția lor înăscută sau câștigată se găsesc în o stare psihică ceva mai alarmantă.

Nu se poate aplica la noi o igienă mintală prin regulile de bună funcționare psihică de oarece noi suntem prea individualiști și nu acceptăm măsuri psihice ce ar atinge exercițiul vieții de toate zilele.

Igiena mintală mai ales în partea sa morală inspirând puțină încredere este deci primită de popor cu rezerve deși tălmăcirea ideilor ce privesc de aproape problema creșterii și educației sufletești a copilului pare că-l interesează mai mult și prin această problemă am putea să infiltrăm și alte idei de igienă mintală.

Trebue să ne mărginim deci să aplicăm în ceea ce ne poate da o profilaxie mintală ca preventiv și chiar curativ.

Cum ne găsim într'un secol când toată atenția se dă mamei și copilului (pentru care în alte țări s'au întreprins nu numai studii științ

14. Folioasele ce ne-ar aduce dispensarele de igienă și profilaxie psihică 1929.

15. Raporturile dintre neuropsihiatrie și psihosociologie care evidențiază și mai mult importanța igienei și profilaxiei mintale 1929.

16. Câteva însemnări asupra educației psihice în viața socială 1930.

17. Noua lege sanitară și problema igienei și profilaxiei mintale 1931.

18. Educația în raport cu reflexele psihice condiționale 1932.

19. Ce se urmărește prin studiile întreprinse în laboratorul de psihologie al spitalului de boli mintale Sibiu 1934.

20. Despre dispensarele neuro-psihiatrice 1934.

21. Ereditarea și psihismul 1934.

22. Organizațiuni psihiatrice de vădită utilitate 1935.

23. Considerațiuni medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihicește și siguranța socială 1935.

24. Considerațiuni asupra dezechilibrajilor 1935.

țifice dar s'a creiat legi protectoare și opere de asistență), este bine să începem și psihiatria noastră socială dacă nu de la mamă (timpul sarcinei) dar cel puțin de la copil. Trebuie să distingem dela început copilul anormal (arierat, debil, sau cu caracter rău) de cel psihopat (cu sindromele unei boli mintale). Studiul psihic al oricărui copil trebuie apoi continuat în toate etapele dezvoltării lui și în toate mediurile (familiar, școlar, armată, etc.) unde își face traiul, instrucția și educația.

Pentru o depistare a copiilor anormali și psihopați este nevoie să creiem la noi cași în țările din apus, *dispensarele neuro-psihiatrice*.

Aceste dispensare dependente de spitalele de boli mintale și nervoase ar fi privite ca prime posturi de ajutor psihiatric așezate în plină viață socială.

Acțiunea personală a medicului specialist în acest dispensariu consultații, examene, anchete, ajutoare, sfaturi, etc.), ar colabora nu numai cu aceea a personalului său sanitar auxiliar (asistența socială, soră de ocrotire, infirmieră, etc.) dar cu aceea a medicului igienist, școlar, legist precum și cu a pedagogului.

Odată cu depistarea s'ar putea face în aceste dispensare o friere a copiilor trimețându-se din timp anormalii, psihopații și delicvenții în instituțiile medico pedagogice, sau în organizațiile ce urmează să se creieze conform dispozițiilor din noul cod penal.

În cât privește copiii anormali trebuie să distingem încă pe acei atinși mai ușor, la care se poate face o asistență externă în mediul familiar sau social, cu îngrijiri medicale, ajutoare de viață și învățământ special adaptat capacității lor intelectuale; de acei mai gravi și pentru care instituțiile prevăzute în lege la art. 463 rămân de o absolută necesitate. Aceste din urmă însă sunt insuficiente.

Dintre cele 39 așezăminte pentru ocrotirea copiilor (dependenți) din țară, numai 3 sunt rezervate pentru copii debili mintali și unul pentru corecția minorilor. Nu avem o asistență externă nici oficială și nici particulară Statele occidentale în special Belgia și Olanda ne depășesc cu mult. În Belgia există 80 clase de învățământ pentru copii arierați și 21 internate medico-pedagogice care educă 3687 copii. Mai există 20 stabilimente de reeducare pentru delicvenți, o casă de semi-libertate și numeroase servicii de supraveghere a copiilor care și au numai în Bruxelles 442 delegați.

În Olanda avem 58 școli de arierați pentru 9000 elevi, 2 institute medico-pedagogice, 2 institute pentru copii psihopați, 19 centre de lucru, apoi secții speciale atașate azilelor, etc.

Negreșit că opera de investigație științifică pe teren psihiatric

este o operă grea, o operă de echipă la care pot colabora o serie în-
treagă de specialiști. Ansamblul datelor trebuie să centralizate și
interpretate de medicul specialist, care prin cunoștințele sale este cel
mai în măsură să tragă toate concluziile practice. Acești medici tre-
buesc să aibă deci conducerea tuturor instituțiilor în care se suprave-
ghează, se educă, sau se îngrijesc copiii anormali sau psihopați.

Ca și pentru copiii și adolescenții dependenți, dispensarele
neuro-psihiatrice amintite mai sus pot (prin consultații, depistări, exa-
mene psihiatrice în familie sau societate, ajutoare, îngrijiri, suprave-
gheri, apărarea intereselor sociale, combaterea boalelor sociale, cerce-
tări asupra ritmului și raționalizării lucrului, orientări profesionale,
dispozițiuni pentru triere, internare, etc.) folosi tot așa de bine și
adultilor.

Trierea și repartiziția bolnavilor mintali adulți urmează să se facă
în spitalele de boli mintale și nervoase pentru acuzi, la azilele pentru
cronici, în coloniile de muncă sau în instituțiile de delicvenți și cri-
minali prevăzute în noul cod penal, care ca și acele pentru minorii
delicvenți și criminali, trebuie puse sub conducerea medicilor spe-
cialiști.

Că un astfel de dispensar se impune și poate aduce foloase
reale o dovedește cel creat la Sibiu în 1934 a cărui activitate se
poate vedea în buletinul anului 1935 al Spitalului de boli mintale și
nervoase. Trebuie să menționez că dacă acest dispensar care face și
operă de existență socială, ar fi subvenționat de Ministerul Sănătății,
dacă ar avea personal suficient și un material bogat și-ar înzeci acți-
vitatea. În prezent el este redus la un personal onorific și cu puțin
material pus la dispoziție de boli mintale. Dispensarul nu este
sprijinit nici de autoritățile comunale (în sarcina cărora cade con-
form art. 466 din legea asistență socială) și nici marele public, care
crede că totul trebuie să se acorde și să se susțină de Stat și care se
mulțumește numai să tragă beneficiile de pe urma existenței lui.

Este drept că sub acest raport suntem departe de înțelegerea
pe care o au pentru astfel de organizațiuni, autoritățile și cetățenii din
statele occidentale ale Europei.

În aceste state societățile particulare inundă și ele își coordo-
nează activitatea în ligi și federații. Citez ca exemplu Liga națională
de igienă mintală din Belgia, care pe lângă dispensarii se ocupă și
de o educație morală a publicului (igienă morală identificându-se pre-
cum am spus cu cea mintală) și Federația națională de igienă morală
și eugenie din Olanda compusă din asociațiile neerlandeze de igienă



mintală a confesiunilor catolice, protestantă și reformată; din asociațiile pentru gestiunea intereselor sociale ale bolnavilor nervoși și mintali, precum din aceea de promovare a consultațiilor pentru copii dificili și tinerețe părăsită și care lucrează de comun acord cu institutul de studii asupra eredității omului și biologiei rasei.

La noi nu avem decât o societate pentru ajutorarea bolnavilor mintali în special a acelor eșiți din spitale. Această societate își are sediul în Sibiu. Ajutorul pe care-l acordă bolnavilor mintali este redus, de oarece reduse sunt și resursele sale bănești, nefiind ajutată de Stat.

Nu am cunoștință de vre-o altă societate de igienă și profilaxie mintală.

În cât privește asistența spitalicească a bolnavilor mintali este cunoscut faptul că spitalele de boli mintale și nervoase, azilele de cronici și colonia familiară dela noi sunt insuficiente față de cifra populației noastre și lipsite de cele necesare. Aceste stabilimente psihiatrice (7 spitale, o colonie familiară și 8 așezăminte pentru ocrotirea defectivilor) îngrijesc aproape 6000 bolnavi. Acest număr se prezintă destul de mic față de cifra populației noastre (18.000.000 locuitori).

Numărul redus de paturi face ca spitalele să fie totdeauna supraîncărcate (peste efectivele bugetare), refuzându-se la foarte mulți primirea din lipsă de locuri libere.

Belgia care deși are numai 8.130.000 locuitori posedă 50 stabilimente psihiatrice ce îngrijesc 24000 bolnavi și 2 colonii familiare cu 4000 bolnavi și Olanda cu 6.800.000 locuitori posedă 43 stabilimente psihiatrice (unele pe categorii de boale) ce îngrijesc 23.700 bolnavi.

În Belgia mai există servicii de psihiatrie anexate marilor spitale urbane (la spitalul Brugman din Bruxelles și la Stuyvenberg din Anvers). Aceste centre psihiatrice urbane sunt înzestrate cu laboratoare pentru cercetări (biologice și psihologice), cu secții de triaj și spitalizare temporară (serviciul deschis) care deservește nu numai orașul dar și comunele vecine (18 comune în jurul orașului Bruxelles).

Negreșit că prin aceste centre se înlătură grelele transporturi ale suferinzilor, se asigură o mai bună observație și repartiție a lor și se descarcă spitalele psihiatrice.

Împreună cu Dl. Inspector General Stoichiția și cu concursul Diui Prof. Dr. Tomescu și Dr. Ionașiu s'a creiat un centru psihiatric la Sibiu. Având ca nucleu Spitalul de boli mintale și nervoase care ospitalizează acuși. Pe lângă el s'a înființat dispensarul de

care am vorbit mai sus precum și un azil de cronici instalat la Râul Vadului (susținut de Ministerul Sănătății).

Deși vremurile pline de crize financiare și economice nu sunt prielnice înzestrării acestor organizațiuni cu tot materialul necesar examinării și îngrijirii suferinzilor totuși rezultatele la care s'a ajuns sunt din cele mai încurajatoare.

Sunt cunoscute fazele ce se aduc prin îngrijirea pacienților mintali în coloniile familiare sau singuraticele familii. Avem la noi în țară colonia din Dicosânmarfin, iar Spitalul din Sibiu prin anii 1919 și 20 a avut câțiva pacienți (25) ce erau îngrijiți la familii din satele Cisnădia și Cisnădioara.

Dacă la Dicosânmarfin ca și la Cheel în Belgia putem spune că colonia este aproape o creație naturală cu evoluție decenară, alte colonii familiare sau familii singuratice care să se obicinuiască să îngrijească bolnavi mintali nu mai găsim și nici nu se mai poate crea în condițiunile de astăzi. Pierderea acestei obișnuințe se datorește autorităților sanitare superioare care scăzând cota alimentară a bolnavului (plătită uneori neregulat) nu mai permite familiei să dea bolnavului o îngrijire cum trebuie. Dacă se mai găsește totuși câte o familie de pe lângă spitale care ar lua suferinzi mintali, aceste familii pretind să li se dea numai bolnavi lucrători care de cele mai multe ori sunt cei mai necesari serviciilor din instituțiile care-i spitalizează.

Cunoscându-se pe de o parte greutățile cu care se pot construi noi stabilimente sau organizațiuni psihiatrice iar pe de alta binele de pe urma îngrijirii în familii, ar trebui să se încerce creierea obișnuinței ca familiile din jurul spitalelor de boli mintale și nervoase să îngrijească bolnavi, acordându-li-se o sumă mai ridicată decât cota alimentară a bolnavului din spital.

Toate organizațiile psihiatrice expuse mai sus trebuiesc inspectate de medici inspectori tehnici (psihiatri) cărora să li se încumbe controlul organizării și a bunei lor funcționări. Acești inspectori sunt consultați în țările din apus chiar pentru construcțiile ce privesc stabilimentele psihiatrice.

Concluziile ce le-am trage s'ar rezuma în :

1. Bună pregătire a medicilor în domeniul psihiatriei sociale prin: creierea de laboratorii (antropologie, psihologie experimentală etc.) pe lângă clinicele respective și spitalele mari prin activitatea psihiatrică în familii și societăți precum și prin participarea la cursurile de perfecționare în igienă și profilaxie mintală ținute la secția respectivă de pe lângă Institutetele de igienă.

2. O pregătire a personalului auxiliar sanitar (asistente, infirmiere, etc.) prin cursuri și aplicațiuni practice atât în domeniul igienei și profilaxiei mintale cât și a asistenței spitalicești.

3. Creierea dispensarelor neuro-psihiatrice în cadrul unui centru psihiatric (Spitalul) în care să se poată practica pe o scară mai întinsă o psihiatrie socială prin colaborarea dintre medicii specialiști, igienisti școlari, legiști și pedagogi. (Înzestrarea acestor dispensare ca și aceea a spitalelor cu cele necesare examinării și îngrijirii se impune de la sine).

4. Creierea instituțiilor speciale pentru delinquenți și criminali bolnavi și a acelor pentru reeducarea anormalilor sau desechilibraților prevăzute în noul cod penal precum și încredințarea conducerii lor unui medic specialist (psihiatru).

5. Încercarea de a se creia colonii familiare pentru ajutorarea suferinzilor cronici.

6. Introducerea și consultarea medicului psihiatru în toate organizațiunile unde este vorba de prevenire, educare sau îngrijire a anormalilor și bolnavilor mintali (consiliu sanitar superior, consiliu sanitar județean și comunal, asistența instituțională, birou de educare, etc.) precum și instituirea inspectorilor sanitari tehnici (psihiatri) pentru supravegherea și controlul tuturor organizațiilor psihiatrice.

7. Creierea unei ligi de de igienă și profilaxie mintală care pe lângă alte scopuri psihiatrice ar intensifica asistența externă a copiilor anormali precum și a unei asociații de studii igienice și psiho-medico-legale care coordonând lucrările igienistilor, psihiatrilor, medicilor legiști și juriști să poată forma fundamentul pe care să se poată așeza realizările practice din domeniul psihiatriei moderne.

Résumé: Considération d'une meilleure organisation psychiatrique.
Par Dr. G. Preda Sibiu.

L'auteur expose les circonstances qui dans notre pays ne permettent pas à la psychiatrie d'avancer comme elle le devrait, dans le domaine social. Il montre l'insuffisance de l'enseignement psychiatrique dans cette direction. La loi sanitaire ne fait que citer la prophylaxie mentale sans indiquer les moyens de l'appliquer. Il compare nos organisations à celles de Belgique et des Pays-Bas et arrive aux conclusions suivantes:

1. Les médecins doivent être instruits dans les laboratoires créés auprès des cliniques respectives et des grands hôpitaux; par un activité psychiatrique dans la famille et la société et par des cours de perfectionnement d'hygiène.

2. Une bonne instruction du personnel sanitaire par des cours et des applications pratiques dans ce domaine.

3. La création de dispensaires neuro-psychiatriques dans le cadre d'un centre psychiatrique, où l'on pourrait mieux pratiquer la psychiatrie sociale en collaboration avec les médecins spécialistes, hygiénistes, légistes, scolaires et les pédagogues.

4. La création d'institutions spéciales pour la rééducation des enfants anormaux et débiles, pour les malades délinquants et criminels, etc., qui doivent être conduites par un psychiâtre.

5. Essayer de créer des colonies de famille et de travail pour les malades chroniques, etc.

6. L'obligation de consulter le médecin psychiâtre dans toutes les organisations d'éducation, prévention, soins des anormaux; ainsi que celle de nommer des inspecteurs sanitaires techniques pour surveiller et contrôler toutes ces organisations.

7. La création d'une ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale, qui rendrait plus intense l'assistance externe des enfants anormaux, et celle d'une association d'études hygiéniques et psycho-médico-légales qui en coordonnant les travaux des hygiénistes, psychiâtres, légistes et juristes, pourrait former le fondement pour les réalisations de la psychiatrie sociale moderne.

Oficiul eugenic.

BCU Cluj / Central University Library de J

Docent Dr. AUREL VOINA

I. Obiective generale.

Naşionile ca şi singuraticii indivizi urmează căile impuse de legile generale ale vieţii: se nasc, cresc, înfloresc, ajung la apogeu, regresează şi mor.

Această evoluţie firească e stânjenită uneori de factori neprevăzuţi, care pot curma brusc firul vieţii unui individ sau pot sguduî din temelie prosperitatea biologică a unui popor. În astfel de cazuri declinul poporului poate începe înainte de a fi atins maturitatea vieţii, murind în copilărie sau în adolescenţă, cum moare individul în floarea vârstei, din cine ştie ce cauză de mică importanţă, care ar fi putut fi evitată cu ajutorul igienei preventive sau cu mijloacele terapeutice ale medicinei curative.

Ceeace face igiena şi medicina pentru salvagardarea singuraticilor indivizi, eugenia caută să înfăptuiască pentru un întreg popor, privit ca o alcătuire biologică omogenă, încălzită de flacăra acelorasi aspiraşuni superioare. Şi dacă nu se pierde în speculaşuni teoretice şi abstracte, eugenia poate să realizeze adevărate minuni, mai ales dacă acşunile sale sunt animate de necesităşi biologice sspecifice naşionii căreia se adresează. Căci deşi la baza acşunilor sale are prin-

cipii de ordin general, aplicabile oricărui popor, nu se poate contesta caracterul național pe care îl îmbracă igiena rasială aplicată, atunci când se adresează unei formațiuni de oameni, însuflețiți de acelaș ideal etnic.

Eugenia își extrage o parte din principiile sale din legile eredității. La rândul său ereditatea presupune o procreațiune iar fenomenul acesta vital derivă biologicește din exercițiul normal al funcțiunii sexuale, care asigură perpetuarea speciei în cadrul căsătoriei sau înafară de ea; laboratorul oficial al generațiilor viitoare este, însă, căminul conjugal; deaceea familia nu poate fi privită numai ca o unitate socială statică, de interes formal și actual, ci mai ales ca o alcătuire biologică dinamică, cu rădăcini adânci în trecut și cu multiple posibilități de expansiune vitală în viitor.

Conștiința răspunderii biologice față de semenii noștri și mai ales față de cei care vor veni după noi trebuie infiltrată fără pregeț în sufletul tuturor, prin educația familiară și instrucția școlară. Dacă aceste două resorturi ar funcționa în condiții bune, conștiința răspunderii biologice fiind veșnic trează, n'ar mai fi nevoie de o educație eugenică tardivă în preajma căsătoriei sau chiar după încheierea ei, prin diferite instituții, în rândul cărora oficiul eugenic ocupă un loc de frunte.

II. Obiective speciale.

Ideia îndrumărilor eugenice practice sub formă de consultații pre- și postmatrimoniale ar fi trebuit să se nască odată cu ideia eugenică, dar la începutul eugeniei moderne concepția aceasta deabia îndrăznea să mijcească, timid și teoretic. Nici chiar pentru Sir Francis Galton căsătoria eugenică nu era unul din dezideratele imediate ale științei create de geniul aceluia, care este părintele eugeniei.

La 1883 când a scris *Inquiries into human faculty and its development*, Galton nu avea decât 61 de ani, dar abia în anul 1904, la vârsta de 82 de ani, accentuă categoric nevoia imperioasă de a se populariza în cercuri cât mai largi ideile eugenice, cu scopul precis de a creia în rândurile candidaților la căsătorie o mentalitate favorabilă pentru căsătorii bazate și pe valoarea biologică a viitorilor soți, nu numai pe considerațiuni de ordin pecuniar sau pe entuziasmul finesc, emanat din frivolitatea unui senzualism morbid și timid puriu.

Enunțarea octogenarului Galton ar fi rămas — poate — multă vreme fără răsunet, dacă golurile lăsate de războiul mondial în rân-

durile populației n'ar fi atras atenția asupra necesității imperioase de a se reîmprospăta populația din punct de vedere cantitativ și calitativ. Preocuparea demografică pur numerică dela început s'a transformat treptat într'o grijă eugenică integrală, care a cuprins toate popoarele europene.

Dela Platon la Galton. — Este incontestabil că omul poate fi perfecționat. Concepția aceasta nu datează de azi, de ieri. Ea este tot așa de veche ca civilizația omenească. La popoarele din antichitate o găsim fixată în legi și tradiții milenare, mai puternice decât legea. Așa de pildă la Eleni se practica o eugenie aplicată, inspirată de celebra formulă care exprima chintesenta idealului aceluiași popor: *kalos kai agathos*, și care dovedește o stare de civilizație înaintată. Căci „frumosul” la ei era un deziderat izvorât din spiritul de observație subtilizat, care încolțește în om numai în faza de selecțiune estetică conștientă, vecină cu stadiul avansat în care procreațiunea nu pornește numai dintr'un instinct primordial, ci intervine și discernământul eugenic, relevat de Platon și Aristotel.

Pentru a găsi primele percepte eugenice formulate într'o formă precisă, trebuie să ne întoarcem cu 2300 de ani în urmă. În „Republica” sa Platon¹ enunță principii foarte îndrăznețe, destinate să ducă la ameliorarea rasei omenești: Căsătoria trebuie să fie dictată în primul rând de grija de a se obține copii cât mai frumoși și mai robuști, eroii naționali și câștigătorii emulațiilor sportive să aibă privilegiul de a-și alege femeile, fără drept de refuz: bărbații selecționați să se unească cu femei de aceeași calitate; debili să fie împiedecați dela procreațiune și toată atenția statului să se concentreze asupra copiilor bine înzestrați — și așa mai departe, tot alătea concepții pe care eugenia modernă le reînviază pe altă bază și le propovăduiește pe alte căi.

Preocupări actuale. — Astăzi asistăm la o adevărată renaștere eugenică. Începutul secolului al 20-lea se caracterizează prin reînvierea culturii fizice, prețuită în cel mai înalt grad cu 2000 de ani în urmă. Constatăm o surprinzătoare analogie cu Renașterea spirituală — artistică și literară — din secolul al 15-lea și 16-lea.

Spiritul omenească, viori și pătrunzător dela începutul evului mediu, s'a emancipat cu trei-patru sute de ani mai de timpuriu decât fizicul greoi și robit prea mult preocupărilor materiale. Corpul neglijat în evul mediu până la dispreț, se bucură astăzi de o reabilitare bine meritată.

Infrumusețarea febrilă a fizicului este una din manifestațiunile exterioare ale acestei reabilitări²; educația fizică privește o altă latură

¹ Cousin, Victor: *Oeuvres de Platon*, Ed. Rey et Garnier, Paris, 1834.

² Pentru detalii: Biologia socială a frumuseții, *Revista de igienă socială*, Nr. 3, 5, 8—1932. La dermatologie esthétique ou la cosmétologie et ses rapports avec l'eugénique. *Congresul internațional de dermatologie și sifilografie*, Budapesta, Septembrie 1935, de autorul acestui articol.

a acestei renașteri iar *eugenia* îmbrățișează un domeniu mult mai vast, cu obiective generoase și îndepărtate, tinzând să perfecționeze omul de mâine. În acest înțeles *eugenia devine o religie psihofizică a viitorului*, dupăcum creștinismul a fost, este și va fi religia etică de înaltă valoare altruistă și umanitară.

Eugenie și căsătorie. — Studiile asupra eredității au stabilit anumite legi precise, care pot fi puse în serviciul eugeniei practice. Se știe că unele defecte fizice și intelectuale se transmit la descendenți cu aceeași precizie cu care se transmit și însușirile pozitive¹.

Eugenisții ultraidealști ar dori ca oamenii înzestrați cu calități superioare să fie selecționați, pentru a servi ca pepinieră pentru generații cât mai apropiate de perfecțiune. Dacă operația aceasta este posibilă în fito- și zootehnie, la oameni e mult mai greu de realizat. Homicultura n'a depășit cadrul teoretic.

La om e mai ușor să facem mai întâi o *eugenie prohibitivă*, împiedicând transmiterea defectelor care dau naștere la minus-valori, ce pot deveni un balast greu pentru familie și stat. Deabia într'un stadiu mai avansat al organizării eugenice am putea ajunge la o selecționare eugenică a elementelor valoroase, păstrând, bine înțeles, așezarea etică și legală a societății actuale.

Postulatele eugenice se pot înlăptui pe cale de lege sau prin educație. Legea își are negreșit rosturile sale. Ea însă nu poate înlocui opera de o putere de o constructivitate inegalabilă a educației.

În slujba acestei educații e pusă o parte din activitatea oficiului eugenic matrimonial sau alte instituții cu caracter eugenic, chemate să îndrumeze pe tinerii candidați la căsătorie, neorientați sau dezorientați, căsătoria fiind un act solemn, pentru a cărui oficiere cei doi actori trebuie să fie pregătiți și altfel decum sunt de obicei.

Oficiul stării civile îndeplinește în actul matrimonial un rol formal, important desigur, dar cu totul unilateral și insuficient. Oficiul stării civile consfințește legal un acord stabilit pe temeiul unei înclinări instinctuale sau al unor interese lipsite cu totul de substrat biologic. Numeroase căsătorii nu au la bază decât stimulente de ordin pur pecuniar sau emană din minciuna convențională.

Oficiul de stare civilă se interesează de chestiuni care privesc numai latura, să zicem: administrativă, a mariajului. Investigațiunile

¹ Problema aceasta e discutată pe larg și documentat de Prof. G. h. Marinescu în lucrarea: *Despre hereditatea normală și patologică și raporturile sale cu eugenia* (Memorile secțiunii științifice ale Academiei Române, 1936).

acestei importante autorități matrimoniale se limitează la prevederile tradiționale ale unui cod civil învechit, care nu cercetează decât gradul de înrudire a contractanților, libera lor voință și absența vreunei alte legături matrimoniale.¹

Singura notă eugenică din actuala legiuire a căsătoriei privește gradul de înrudire dintre viitorii soți. Căsătoria eugenică trebuie să prefundă perechii hotărîtă să întemeieze un cămin, să respecte și alte condiții biologice.

S'a afirmat că măsurile restrictive ale eugeniei ar atenta la libertatea individuală, deoarece dreptul de autodeterminare nu tolerează nicio opreliște la alegerea tovarășului de viață; din cauza aceasta eugenia a fost acuzată de despotism.

Nu ne oprim pentru a demonstra superficialitatea absurdă a acestui punct de vedere; ne mulțumim numai să amintim, că chiar sub forma actuală codul civil prevede restricțiuni categorice, atunci când interzice căsătoria între rude sau poligamia. Și pe cât de firești par astăzi aceste restricțiuni intrate adânc în moravuri, pe atât de naturale vor părea mâine măsurile preconizate de eugenie.

III. Exemplul german.

Dela teorie, la realizări. — Deși dela fundamentala *Vererbung und Auslese* a lui Schallmayer nu s'au scurs decât 25 de ani, igiena rasei a pătruns adânc în conștiința maselor poporului german, dar nu atât prin acțiunea de lungă durată a propagandei, cât mai ales prin legi îndrăznețe, mulțumită cărora sterilizarea a reușit să elimine dela procreațiune un mare număr de elemente disgenice.

Legea sterilizării intrată în vigoare la 1 Ianuarie 1934 este o măsură biologică revoluționară. Efectele ce vor decurge de aici pentru capitalul uman vor înlesni mult eforturile eugeniei aplicate și mai ales activitatea oficiilor eugenice matrimoniale, care deocamdată au de luptat mult pentru a împiedica perpetuarea elementelor semidisgenice, care nu intră în prevederile legii de sterilizare — sau pentru a facilita căsătoriile eugenice preconizate de Socrates, Platon, Aristotel și Galton.

Instituția pe care o numim *oficiu eugenic matrimonial* — sau numai: *oficiu eugenic* — este organul de activitate practică a eugeniei aplicate.

¹ Privitor la această problemă vezi mai ales: Al. Vaida Voevod: Politica națională și capitalul biologic național, *Buletinul eugenic și biopolitic*, Nr. 7—8, 1927.

Fiecare domeniu al medicinei curative sau igienei preventive își desfășoară activitatea și își pune serviciile în folosul public cu ajutorul diferitelor instituții. Igiena preventivă lucrează prin laboratoarele de igienă, bacteriologie și epidemiologie, medicina preventivă activează prin mijlocirea dispensarelor speciale cu caracter preventiv, medicina curativă dispune de servicii de consultațiuni și de spitale.

Eugenia aplicată vine în contact cu populația prin mijlocirea unei instituții, care acolo unde a luat ființă mai întâi se numește *Eheberatungsstelle*, înființată în Germania în mod oficial la 19 Februarie 1926, după ce fusese preconizată în adunarea din 23 Septembrie 1916 a Societății germane de eugenie. În răstimp s'au înființat dispensare pentru sfaturi matrimoniale în Viena, Amsterdam și Praga, dar fără prea mare răsunet.

Tandler și Kautsky¹ au întemeiat la 1 Iunie 1922, la Viena, consultații matrimoniale, care nu erau decât o amplificare a consultațiilor sexologice, înființate cu 3 ani în urmă, pe lângă Institutul de sexologie.

Oficiul vienez, dupăcum spune Kautsky, la început nu avea un caracter strict eugenic, ci se ocupa de sănătatea generală a candidaților la căsătorie, pentruca mai târziu să devină o instituție în care oricine putea obține un sfat privitor la eugenie, sexologie și ereditate, chiar dacă nu era vorba de un mariaj în perspectivă.

Precursorul vienez în materia aceasta este Korach². Inițiativa sa datează din 1924, acelaș an în care Manes înființează în Hamburg un *dispensar sexologic* (*Sexualberatungsstelle*), destinat să se ocupe și de probleme malthusiene și de reglementarea nașterilor.

Decretul din 19 Februarie 1926 al Ministerului Ocrotirilor Sociale, privitor la generalizarea consultațiilor prematrimoniale, a determinat înființarea unui mare număr de astfel de instituțiuni. În scurt timp numărul lor a ajuns la 200, dar fără ca activitatea lor să îndreptățească speranțele puse în ele, nefiind deajuns de frecventate.

Pentru a li se da un nou avânt, la 12 Iunie 1927 s'a hotărât coordonarea activității tuturor oficiilor prematrimoniale, ceea ce a marcat un nou progres în existența lor, dar stimulentele cel mai puternic a fost imprimat de legea sterilizării din 1933 și mai ales de cruciada eugenică pornită de noul guvern german și determinată de *Legea*

¹ Kautsky: Bericht über Erfahrungen der Wiener Eheberatungsstelle.

² Korach: Öffentliche Eheberatungsstelle, *Deutsche Krankenk.*, H. 20, 1926.

pentru apărarea sănătății ereditare a poporului german (*Ehegesundheitsgesetz*), decretată la 18 Octombrie 1935¹.

Data fiind importanța covârșitoare a acestei legi, o rezumăm în cele ce urmează: O căsătorie nu poate fi încheiată când unul din logodnici suferă de o boală, care prin caracterul său molipsitor prezintă o primejdie fie pentru celălalt soț, fie pentru urmași — sau când unul din logodnici, fără a fi iresponsabil, este atins de o turburare psihică indezirabilă pentru comunitate. Înainte de încheierea căsătoriei, logodnicii sunt obligați să dovedească printr'un certificat de sănătate, că nici-o piedică, din cele menționate mai sus, nu se opune căsătoriei. Căsătoria contractată pe bază de date false este de drept anulată dela data încheierii căsătoriei. Eludarea dispozițiilor legale se pedepsește cu închisoare până la 3 luni.

Regulamentul acestei legi arată că organul chemat să stabilească incompatibilitățile matrimoniale psihofizice anti-eugenice este oficiul eredorasial. În chipul acesta instituția capătă o însemnătate de primul ordin, devenind un filtru eredobiologic de importanță vitală și covârșitoare pentru generațiile de mâine.

Repopularea Berlinului și oficiul eredo-rasial. — Realizările eugenice recente din Germania sunt așa de numeroase, încât am depăși mult cadrul acestui articol restrâns, dacă am căuta chiar numai să le enumerăm, fără a le mai comenta. Vom face aceasta cu alt prilej. Acum ne mărginim să spunem câteva cuvinte despre acea viguroasă campanie eugenică, cunoscută sub denumirea de *Repopularea Berlinului (Wiederbevölkerung Berlins)*.

Această operă se bazează pe un lanț de instituții, în care oficiul eredo-rasial (*Beratungsstelle für Erb- und Rassenpflege*) reprezintă zala principală. O ordonanță a serviciului sanitar al orașului Berlin dă instrucțiuni amănunțite privitoare la felul cum urmează să funcționeze consultațiile pentru igiena rasei și igiena eredității, nașiile de onoare² ale orașului și cum trebuie să se aplice legea pentru apărarea descendenților cu ereditate morbidă.

¹ Traducerea comentată a acestei legi a apărut în Nr. 1, 1936 al *Buletinului eugenic și biopolitic*, semnată de Dr. I. Făcăoaru.

² Nașia de onoare pentru familiile eugenice prolifică este una din numeroasele instituții eugenice din Germania de azi. Capul Statului acceptă să fie naș de onoare în familia în care sunt 9 copii în viață sau 7 fiți, inclusiv copilul ce urmează a fi botezat, cu condiția să întrunească însușirile eugenice cunoscute. „Nașia de onoare“ a orașului Berlin face o prețioasă selecțiune eugenică mintală și trupească, prin protecția familiilor numeroase. Capitala Germaniei botează anual 2000 de copii din categoria aceasta. Selecționarea acestor copii este una din atribuțiile oficiilor eugenice germane.

Potrivit acestei ordonanțe, policlinicile pentru consultații prenatale, ca și cele pentru copiii sugari și protecția primei copilării, se contopesc într'un organism unitar, sub denumirea de *Beratungsstellen für Erb- und Rassenhygiene*, adică Dispensare pentru igiena ereditară și rasială sau, mai succint, am spune: Oficii eredo-rasiale.

Noi le vom numi *oficii eugenice*.

Oficiul eredo-rasial are trei secțiuni: 1. Consultații matrimoniale; 2. Sfaturi pentru viitoarele mame și 3. Ocrotirea sugariilor și copiilor mici. Se mai preconizează a patra secție, pentru supravegherea sănătății fineretului.

Ramurile oficiului eredo-rasial. — 1. *Consultațiile matrimoniale* sunt chemate: să examineze candidații la căsătorie; să lămurească scopul eugenic al căsătoriei; să cerceteze aptitudinea lor sanitară și eugenică, în vederea mariajului și să le pună în vedere prescripțiile legale înscrise în noile legiuri, privitoare la exigențele biologice ale căsătoriei și creșterii copiilor.

Se bucură de atenție deosebită bolile ereditare, apoi siflisul și tuberculoza, pentru depistarea cărora se recurge, la nevoie, la preventoriile și dispensariile de specialitate. Dispensarul matrimonial întocmește certificatul de căsătorie prevăzut de legea pentru apărarea sănătății ereditare a poporului german.

Medicul dispensarului matrimonial trebuie să fie specializat în eugenie și versat în igiena socială și să cunoască legile și ordonanțele privitoare la protecția căsătoriei și educația copiilor.

2. *Consultațiile pentru viitoarele mame* (nu: dispensarul prenatal, cum se spunea până acum) care nu diferă mult de instituția similară pe care au înlocuit-o, stabilește o strânsă colaborare cu moașele particulare. Personalul este comun cu al secției pentru ocrotirea copiilor. Se cere categoric să nu se facă deosebire între aceste două domenii de activitate, pentru a se accentua caracterul unitar al celor trei secțiuni ale oficiului eredo-rasial.

3. *Ocrotirea sugariilor și a copiilor mici* este — în ordine cronologică — a treia preocupare a oficiului eredo-rasial. Lupta contra mortalității infantile a avut până acum o țintă pur cantitativă. Ideea eugenică tinde să îmbunătățească și calitatea, nu numai cantitatea materialului de care se ocupă. Activitatea acestui departament este sprijinită de constatările făcute la celelalte două secțiuni ale oficiului eredo-rasial. Elementelor eugenice semnalate li se acordă o atenție deosebită.

În genere se face o adevărată politică demografică, pozitivă și sistematică, cu caracter eugenic, de proporții mari, concepție care apropie oficiul eredo-rasial de instituțiile ipotetice preconizate de filosofii greci.

Ocrotirea aceasta (nu — pur și simplu — *îngrijirea* de până acum) se traduce, practic, prin ajutorul acordat de „nășia de onoare”, de care am vorbit mai sus. Orașul Berlin acordă părinților de pe teritoriul său pentru al treilea și al patrulea copil o subvenție lunară de 30 mărci aur pentru primul an al vieții și de 20 mărci până la

14 ani. În fiecare an se acordă cel mult 2000 de astfel de burse noi.

Familia distinsă cu acest „ajutor de onoare“ devine fina — iar copilul beneficiar, finul oraşului Berlin. Ajutorul nu este în funcţie de starea materială a copilului sau părinţilor; finii se bucură de diferite privilegii şi avantajii materiale.

Oficiul eredo-rasial joacă un rol foarte important la selecţionarea acestei categorii de copii. Personalul lui depistează părinţii care din cauza stării materiale precare împiedică cu voinţă procreaţiunea din care ar putea să rezulte descendenţi bine dotaţi din punct de vedere eugenic. Medicul eredo-rasial joacă şi rolul de propagandist faţă de părinţii constrânşi de nevoi să-şi limiteze numărul copiilor.

Alte instituţii eugenice. — Am schiţat pe scurt unul din multiplele aspecte ale mişcării eugenice din Germania. Cruciada igienei rasiale a luat un avânt aşa de puternic, încât abia putem urmări numeroasele dispoziţiuni legale, regulamentele şi ordonanţele menite să pună în aplicare principiile profesate de eugenia aplicată. Contingente numeroase de medici îşi însuşesc în diferitele institute de eugenie cunoştinţele necesare de specialitate, pentru a putea servi ideea eugenică cu competenţă şi folos. Antropologia şi ereditatea au început să fie predate profesorilor secundari şi chiar învăţătorilor.

Igienistul rasial (*Der Erbarzt*) este o nouă specialitate, de o importanţă covârşitoare pentru ameliorarea capitalului uman.

Un decret al Ministerului de interne german transformă oficiile eredo-rasiale din Berlin în *Oficii pentru igiena patrimoniului ereditar şi rasial*, generalizate şi ataşate pe lângă toate instituţiile sanitare din Germania, destinate să stabilească aptitudinea biologică a candidaţilor la căsătorie, să facă o cartare eredo-biologică a populaţiei, să întocmească certificatele matrimoniale, să uşureze aplicarea legilor eugenice cu caracter negativ (sterilizare) şi pozitiv (apărarea sănătăţii ereditare) şi în fine să joace în domeniul eugenic rolul care în viaţa religioasă revine bisericii iar în medicina curativă spitalului.

Avântul igienei rasiale se mai poate vedea din următoarele câteva exemple: Oficiul de stat studentesc din Germania cere candidatului la bursă să prezinte arborele genealogic al familiei până la 1800; nici un copil nu poate fi adoptat până nu i se cunoaşte istoria ereditară; pentru fiecare soldat se face determinarea grupei sanghine; se admite avortul eugenic şi, în fine, în Germania funcţionează 205 tribunale eugenice, care aplică legea sterilizării, pe baza căreia în primul an de funcţionare (1934) s'au făcut 56.000 de sterilizări.

Efectele exemplului german. — Cruciada eugenică germană a avut răsunet puternic în toată lumea. State care până acum tatonau chestiunea timid, au avut curajul să promulge legi cu caracter eugenic. În ultimul timp, sub impulsul exemplului german, s'a votat legea de sterilizare în Suedia; în Tokio s'a înființat un oficiu matrimonial pentru încurajarea căsătoriilor; „Societatea poloneză de eugenie” a înființat primele oficii pentru îndrumări prematrimoniale iar Statul polonez a legiferat sterilizarea. În Jugoslavia părinții cu 9 sau mai mulți copii sunt scutiți de impozite, introducându-se în acelaș timp certificatul prenupțial — și așa mai departe. Pretutindeni o activitate extrem de febrilă, care nici pe noi nu ne poate lăsa indiferenți, deoarece, mai mult decât oricare din popoarele amintite, avem nevoie de o împropătare eugenică a populației, atinsă de multe racile, care rod adânc în rădăcinile neamului, secătuit de boli moștenite sau dobândite în cursul vieții.

IV. Oficiul eugenic.

Eugenie și demografie. — Numericeste creșterea poporului român este înceată. Calitativ suferim urmările unei totale lipse de prevedere eugenică. După datele oficiale a cincina parte din copiii născuți mor în primul an al vieții și aproape a treia parte din totalitatea morților sunt copii mai mici de un an¹. Situația aceasta numerică este destul de elocventă pentru a nu ezita nicio clipă să scuturăm depe trupul neamului nostru acest record dezastruos, care ar apărea și mai sombru, dacă cu ajutorul aceluiaș prețios dezvoltator, care e statistica, am putea cunoaște amănunțit balastul disgenic al atâtor boli ereditare, grefate, agravate și acumulate de veacuri. O statistică a defectivilor ne-ar arăta și mai lămurit nevoia imperioasă a campaniei eugenice inițiată în Clujul românesc cu aproape 17 ani în urmă, puțin timp după inițiativa germană din 1916—17.

Iată argumente puternice care justifică și pretinde intensificarea acțiunii eugenice românești.

Dacă acum 10—15 ani eugenia era considerată la noi ca o utopie privită cu neîncrederea tuturor inițiativelor îndrăznețe, astăzi este intrată în rândul disciplinelor menite să împropăteze trupul neamului din care facem parte. Oficiul eugenic este organul prin care eugenia intră în rândul instituțiilor de știință aplicată.

¹ În anul 1935 s'au născut în România 585,386 copii și au fost 402.678 decese. Din totalul morților 112,415 sunt copii sub 1 an. (Pentru alte detalii vezi: S. Manuilă: *Buletinul demografic al României*, 1932—1936).

Propaganda și educația eugenică. — Doctrinile eugenice teoretice sunt deajuns de bine coapte pentru a putea fi traduse în aplicațiuni practice, puse în serviciul ameliorării capitalului uman. Educația eugenică este foarte prețioasă — dar rezultatele ei se afirmă târziu și numai în rândul oamenilor dotați cu oarecare grad de înțelegere, adică tocmai printre aceia, care și alfel sunt suficient de atenți cu ei înșiși și cu descendenții lor.

Pentru aceștia educația eugenică prezintă însemnătate mai mult pentru a-i stimula din punctul de vedere al numărului copiilor. Se știe că intelectualii au un număr așa de mic de urmași, încât clasa intelectuală urbană degenează și se stinge în câteva generații, dacă nu este înprospătată și alimentată încontinuu cu elemente noi, pom-pate din mediul rural și intelectualizate treptat pe căile cunoscute ale progresului.

Prin urmare pentru intelectuali educația eugenică este chemată să demonstreze perspectivele triste ale sgârâceniei procreatoare, prin uscarea arborelui genealogic. Temerea de a le dispărea numele și primejdia de a li se risipi averea sunt îndemnuri depe urma cărora clasele culte reușesc să-și mai mențină oarecum rândurile.

Propaganda eugenică ar fi una din atribuțiile oficiului eugenic național. Se va arăta cărturarilor nevoia transmiterii patrimoniului ereditar intelectual, care se fortifică treptat din generație în generație.

Această propagandă s'ar face pe bază de date statistice, prezentate concis și plastic, prin diagrame explicite și figuri elocvente, cu cât mai puțin text și cât mai multe sugestii utile. Textul abundent de cele mai multe ori nu se citește, iar dacă se citește, nu se reține. Polologhia afișelor n'are niciun răsunset. Ideia trebuie formulată lapidar, căutând întotdeauna expresii sugestive, ușor de memorat, care să ușureze asociația de idei. Propaganda de idei trebuie să împrumute metodele propagandei interesate folosite de reclama comercială; alifel se risipește fără ecou¹.

Oficiul nostru eugenic va face prin urmare multă propagandă eugenică, scoțând în relief ideia de tradiție, de perpetuitate națională — și necesitatea de a se întări însușirile prețioase moștenite dela antemergătorii noștri îndepărtați. Ne vom inspira din istoria națională nouă și veche și vom reînvia istoria antichității traco-daco-romane, pe care trebuie să o prezentăm ca un blazon prețios al originii noastre etnice.

¹ Amănunte în: *Noțiuni elementare de eugenie națională*, ce urmează să apară.

De temelul acestui principiu de propagandă, eugenia trece dincolo de actualitate și devine instrument valoros de educație națională.

Materialul grafic de propagandă eugenică trebuie să fie executat în condiții tehnice ireproșabile. Improvizajia strică mai mult decât tăcerea sau decât poate repara, după aceea, propaganda îngrijită.

Oficiul eugenic ia unele din atribuțiile de până acum ale consultațiilor prenatale și le amplifică, dând atenție mai ales, cum este firesc, epocii în care copilul nu există decât în intenția logodnicilor sau soților, viitori părinți ai unor copii pe care sunt obligați să-i plămădească ferivi de influențe disgenice, dupăcum căsătoria acestor părinți a trebuit să fie determinată de aceleași considerațiuni superioare.

Epoca gravidității necesită un anumit fel de îngrijire eugenică, dar asistența femeii gravide trece treptat pe seama dispensarului prenatal, pe măsură ce avansează sarcina. Obstetricianul va ține însă legătura cu oficiul eugenic și va căuta să cunoască temeinic principiile eugenice, pentru a căror punere în aplicare concursul său e de cea mai mare importanță.

Dealtfel oficiul eugenic românesc nu este o concepție nouă, decât cel mult în ceea ce privește detaliile realizării sale practice. În legea sanitară și de ocrotire din 1930 se preconizează înființarea oficiilor de ocrotire (art. 136—148) menite să se ocupe de protecția copilului normal, urmărindu-l în toate etapele vieții, până la adolescență. Secția ocrotirii naționale a acestui oficiu (art. 143), chemată să îndrumeze și să coordoneze „activitatea oficială cu a societăților particulare privitor la mamă, copil și fineret, în vederea unei cât mai prospere dezvoltări fizice, intelectuale și morale“ are un categoric caracter eugenic, care își așteaptă înfăptuirile practice.

Căsătoria eugenică. — Sunt numeroase cazuri în care căsătoria e determinată exclusiv de sentimente pasionale, pe care rațiunea nu poate să le înfrâneze sau să le influențeze. Sinuciderea iubiților împiedecați de a se căsători dovedește că puterea sentimentelor nu poate fi desconsiderată, orice pledoarie fiind de prisos. În astfel de cazuri educația eugenică prematrimonială rămâne ineficace. Dealtfel sentimentele violente nu trebuie înăbușite, eugenia însăși fiind inspirată de sentimente de altruism și umanitate.

Rămâne, însă, imensa majoritate a căsătoriilor în care intervine rațiunea, comandată de multe ori de considerațiuni materiale antieugenice. Oficiul eugenic va căuta să transforme raționamentul materialist într'un raționament biologic. Și deoarece laturea materială-economică a existenței nu se poate desconsidera, legiurile eugenice

viitoare vor trebui să vină în ajutorul căsătoriei eugenice, acordând ajutoare în bani elementelor eugenice de primul ordin, care nu-și pot întemeia un cămin, din lipsa unui fond de rezistență necesar ori-cărui început.

Statul, județele și comunele au atâtea terenuri agricole, încât împroprietărirea tinerilor model n'ar apăsa greu asupra bugetelor oficiale; în schimb s'ar creia un stimul euristic din cele mai sănătoase.

Iată una din chestiunile de care trebuie să se ocupe oficiul euristic, căci negreșit lui îi revine sarcina de a selecționa, după criteriile eugenice riguroase, elementele merituose, demne de a beneficia de acest fel de sprijin material. În niciun caz nu poate fi vorba de o alegere arbitrară, condusă de favoritism, pentru a nu compromite ideea căsătoriei eugenice.

În genere candidații la căsătorie trebuie să știe că defectele părinților dospesc și cresc în corpul urmașilor lor. E importantă în primul rând ereditatea unor boli grave, pentru a căror stăvilire s'a elaborat în Germania legea sterilizării, și care se transmit la descendenți, dupăcum se transmite culoarea ochilor sau a părului.

Candidații la căsătorie trebuie să știe că partenerul în familia căruia se găsesc persoane deviate dela normal, nu poate fi tovarăș de viață bun, sigur și permanent. Și mai trebuie să știe că intoxicațiile părinților alterează plasma germinativă, chiar dacă această intoxicație este trecătoare, dar se produce în momentul concepțiunii.

Este adevărat că instinctul de conservare repudiază un tovarăș cu defecte fizice și intelectuale prea evidente, dar sunt și cusururi grave, de care nu-și pot da seama decât medicul și în care unele persoane văd calități rare. Așa sunt, de exemplu, anumite manifestații psihice atrăgătoare la suprafață, dar care în fond nu sunt decât semnele precuroare ale unor turburări lăuntrice grave.

Există un gen de oameni care excelează printr'un exces de volubilitate suspectă și care caută să-și impresioneze interlocutorii prin tot felul de isprăvi imaginare.

Fata naivă nu are de unde să știe că toate aceste explozii de exuberanță pot fi uneori semnele delirului de grandoare, pe care medicul știe cum să-l interpreteze și la ce urmări poate să ajungă. Cienul acesta de oameni produc impresie puternică în rândul fetelor credule, ispitite de perspectivele pe care acești indivizi anormali le prezintă cu un lux exorbitant de amănunte.

Am dat un singur exemplu dintr'o sută de cazuri diferite, de care oficiul euristic prematrimonial poate avea prilej să se ocupe. În

ordinea aceasta de idei se pune pe tapet problema certificatului medical prenupțial, care a dat loc la atâtea controverse.¹

Fenomenul social și biologic al căsătoriei prezintă nenumărat de multe aspecte pe care oficiul eugenic va avea să le analizeze. Nu se poate trece cu vederea sterilitatea, care cauzează multă amărăciune în unele familii și care se poate pronosfica, deoarece capacitatea de fecundație a bărbatului poate fi stabilită, dacă chestiunea aceasta interesează pe femeia, care dorește să fie și mamă, nu numai soție.

Eugenie și sexologie. — Oficiul eugenic va trebui să lămurească și chestiuni de ordin sexologic. Obiectul eugeniei, adică omul de mâine, este fructul procreațiunii, fenomen care presupune existența unei funcțiuni sexuale. Scrutarea sistematică a problemelor sexualității este de dată relativ recentă și progresează greoi. Deși dela apariția primei ediții a celebrei lucrări a lui Krafft Ebing, *Psychopathia sexualis*, au trecut mai bine de 60 de ani, totuși studiile sexologice au rămas multă vreme în stare embrionară și problemele atât de complexe, legate de funcțiunile psiho-fizice ale sexualității, deabia în timpul din urmă au început să fie privite cu mai multă atenție.

Se întrezărește că cercetările sexologice întreprinse în țările din Apus vor reuși să dea o îndrumare cu totul nouă educației în genere, deoarece sănătatea fizică și morală a omului este în strânsă legătură cu conduita sa sexuală.

Problema sexualității merită să fie apreciată atât în temeiurile sale științifice, cât și în aplicațiunile sale practice, deoarece faptul sexual este în centrul psihismului individual și îndrumează cele mai importante manifestațiuni ale colectivității.

Conflictele de ordin sexualist constituie una din cele mai frecvente cauze care duc la dezorganizarea familiei. Secția matrimonială a oficiului eugenic va trebui să dea o atenție deosebită sfaturilor sexualiste. E vorba, bine înțeles, de îndrumări intramatrimoniale, menite să risipească neînțelegerile de ordin sexologic dintre soți².

În Statele Unite chestiunea aceasta era așa de avansată, încât s'a preconizat înființarea unui serviciu de consultații sexologice pe

¹ Dintre lucrările cele mai recente privitoare la această problemă amintim: Banu G.: Certificatul medical prenupțial, *Revista de Igienă Socială*, Nr. 5, 1936 și Schreiber G.: L'examen médical pré-nuptial; mesures préventives consécutives eugéniques et thérapeutiques; *Oeuvre nationale de l'enfance*, Bruxelles.

² Voina A.: Consultațiile eugenice prematrimoniale; comunicare la *Institutul Social Român, Secția de demografie, antropologie și eugenie*, 6. IV. 1935.

lângă Universitatea din Chicago. Criza economică de acum câțiva ani a împiedecat punerea în aplicare a acestui plan. Ideia de altfel nu e nouă. Unele din primele oficii eugenice din Germania se ocupau mai ales de laturea sexologică a căsătoriei¹. Insumi am asistat în 1930 la astfel de consultații date de Dispensarul matrimonial din Prenzlauer Berg, Berlin².

Trebuie să ne oprim aici, cu părerea de rău de a nu putea intra în mai multe detalii privitoare la organizarea oficiilor eugenice românești, care vor trebui să ia ființă odată cu legiuirile noastre eugenice care nu mai pot suferi amânare.

Discuția e deschisă. Cele câteva pagini de mai sus nu reprezintă decât o introducere succintă la discuțiile ce am dori să se desfășoare în jurul acestei probleme, pentruca instifuția de care ne ocupăm aici să poată fi cât mai folositoare. ●

Zusammenfassung. — Der Verfasser betont die Notwendigkeit der Gründung eines rassenhygienischen Amtes und erwähnt die diesbezüglichen deutschen Einrichtungen. Er führt die negativen und positiven Methoden der Rassenhygiene an, betrachtet die geschichtliche Entwicklung der vor- und nachhehlichen Beratungsstellen und weist auf die Notwendigkeit eines Erb- und Rassenamtes hin, dessen Aufgabe die erbgeneheitliche und quantitative Pflege der Bevölkerung wäre. Eine der Hauptaufgaben des rassenhygienischen Zentralamtes wäre die eugenische Propaganda. Die Gründung eines derartigen Zentralamtes ist übrigens schon in dem Gesundheitsgesetz vom Jahre 1930 vorgesehen. Durch das rassenhygienische Amt wäre eine zweckmäßige Gesetzgebung zur Verhütung der erbkranken Nachkommenschaft und zur Sicherung der erbgeneunden Ehe zu erreichen.

¹ Manes: Sexualberatungsstellen in Hamburg; *Die neue Generation*, II, 9, 1924.

² F. R. Scheumann: Eheberatung, Berlin, 1928.

Introducerea eugeniei în învățământul german de toate gradele.

de I. FĂCĂOARU.

„Eugenia va deveni odată un fel de religie a umanității — profetiza Francis Galton acum o jumătate de secol. Vorbele lui încep să se adeverească în timpul nostru. Numai că nu naționalii săi, ci germanii sunt cei dintâi, cari încep a-și adapta viața individuală și națională preceptelor eugenice. Conducătorii spirituali și politici ai Germaniei de azi imprimă conștiinței naționale o nouă concepție despre viață și cu asta o altă formă de viață în acord cu legile biologice. Acțiunea conducerii este nu numai de a însănătoși corpul etnic, ci și de a-i potența geniul rasial. Sănătatea maselor populare intră azi în preocuparea oricărei conduceri de stat, dar e o mare deosebire între cele două politici: una e să păstrezi sănătatea tuturor cetățenilor țării și alta e să te îngrijești numai de propriii fii ai nației și numai de cei buni, căutând să elimini tot ce-i bolnav și inferior. Deosebirea între cele două țeluri își găsește analogia în munca a doi grădinari: unul care îngrijește de toate soiurile de plante aduse de vânt întâmplător pe pământul lui și altul care caută numai de plantele utile, înlăturând bătăriile la timp.

Noua concepție despre viață privește în prima linie tineretul: dela el se așteaptă regenerarea germanului, a familiei și a națiunii germane. Noua conducere și-a dat seama, că noile concepții mai ales în sufletul tineretului vor găsi aderențele necesare. Tineretul s'a dovedit — ca totdeauna în istoria prefacerilor epocale — apt pentru realizarea noilor idealuri de viață. Introducerea eredității, antropologiei și a eugeniei în școală a fost primită cu viu interes, mai ales de tineretul școlilor secundare¹. Predarea acestor materii a fost dela început

¹ Școala secundară dispune chiar de manuale introduse oficial, cum sunt acelea de: Dr. Gerhard Benl: *Vererbungslehre*; Peter Kramp: *Rassenkunde und Rassenhygiene*, Leipzig, 1936; Arthur Steiding: *Stoffverteilungsplan für den Unterricht in Familienkunde, Vererbungslehre, Rassenkunde, Erbgesundheits- und Rassenpflege und Bevölkerungspolitik*, Berlin-Leipzig, 1936. Emil Jörns: *Erziehung zu eugenischer Lebensführung als Aufgabe der Volksschule*, Metzner, Berlin, 1935. De succesul cu care se predau aceste materii și de interesul elevilor pentru ele, am avut prilejul să mă conving personal vizitând la ora respectivă clasele câtorva școli primare și secundare din München în Septembrie a. c. Ar fi trebuit ca *organele* Ministerului Sănătății dela noi — cari au scos eugenia din programul surorilor de creștere acum doi ani, pentru motivul că ar fi un obiect prea greu și inutil —

obligatorie și elevii trebuie să depună examen la finele anului. Noțiunile ce se predau în ultimele 3 clase din școala primară sunt elementare, dar predarea lor este de așa natură, încât potrivit cu vorbele Führer-ului „niciun băiat și nicio fată să nu părăsească școala fără a fi pe deplin conștient despre necesitatea și ființa purității sângelui“.

Primul decret¹ datează dela 13 Septembrie 1933 și dispune ca în ultimele clase ale școlilor de toate categoriile să se predea: știința eredității, știința raselor, eugenia (igiena rasei), genealogia familiei¹ și demografia. În școlile secundare, eugenia se va preda într'un număr de ore suficient (2—3 ore săptămânal), la nevoie în dauna matematicii și a limbilor streine. Deoarece gândirea biologică va alcătui principiul fundamental al învățământului, toate celelalte materii: limba germană, istoria, geografia se vor adapta acestui scop.

Aceste materii sunt strict obligatorii în toate examenele finale pentru fiecare școlar și nu poate fi nimeni scutit.

* * *

Printr'un al doilea decret din 15 Ianuarie 1935, Ministerul Instrucțiunii determină amănunțit programa analitică a fiecărui obiect din cercul eugenic.

1. Știința eredității e obiectul de bază pentru toate chestiunile privitoare la știința rasei, la știința familiei, la eugenie și la politica populației. Ca urmare, ereditatea se va preda cu deosebită grijă și în mod suficient de amănunțit. Se va trata legile mendeliene cu regulile uniformității, a divergenței, a dominantei și a independenței, cum și redescoperirea lor la începutul secolului nostru; cercetările

să vadă caetele copiilor din școala primară, cu temele despre ereditate și eugenie, ca să se convingă de contrariul.

Dispoziția fineretului studențesc german — mai puțin medicinii! — pentru noile discipline se manifesta înainte de venirea actualului regim la putere, fie frecvențând cursurile de eugenie acolo unde existau, fie solicitând autorităților instituirea unor asemenea cursuri acolo unde nu existau, cum a fost cazul uniunii studenților dela Universitatea din Erlangen. În Ianuarie 1931, această asociație a cerut înființarea unei catedre pentru cercetări rasiale, antropologie, eugenie și ereditate. Din cei 23 de membri ai Comitetului, 21 au votat pentru, iar 2 s'au abținut. Nu fără interes, sunt mii de lucrări din aceste domenii, în special teze de doctorat sau cercetările antropologice cuprinzând aproape întreaga populație din Silezia, făcute exclusiv de către studenții inițiați, de sub conducerea antropologului Baron von Eickstedt.

¹ Textele decretelor sunt publicate în „Deutsche Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung“. Buletinul Ministerului Instrucțiunii pentru Prusia și Reich, din 5 II. 1935.

asupra corcilor; ereditatea dispozițiilor la corci; deosebirea între fenotip și genotip, deosebirea posibilă între fenotipul somatic și fenotipul psihic, legile selecțiunii, cum și aplicarea practică a geneticei în creșterea animalelor domestice și în cultura plantelor. Principiile teoretice se vor ilustra prin experiențe în grădina școliei.

Cu școlarii din clasele superioare se va demonstra mendelismul pe baza cercetărilor asupra celulei germinative. În legătură cu diviziunea celulară se va discuta seria fenomenelor de diviziune și teoria cromozomilor, lincajul caracterelor, determinarea sexului și ereditatea legată de sex.

În capitolul despre ereditatea umană se vor preda rezultatele cercetărilor asupra gemenilor și a familiilor, se va discuta transmisibilitatea dispozițiilor somatice și psihice, normale și patologice. Pe baza arborilor genealogici, privind familiile școlarilor sau familiile celebre se va demonstra, că însușirile psihice (înzestrări deosebite, talente, etc.) se reduc la dispoziții ereditare. Insușirile ereditare vor fi clar deosebite de cele dobândite. Se va accentua însemnătatea eredității față de influențele mediului — Lamarckism, schimbări durabile și schimbări temporale. Teoria mediului va fi supusă unei temeinice discuțiuni critice, din care să reiese în mod lămurit rolul dispozițiilor ereditare și al rasei față de rolul educației și al culturii.

Știința familiei constituie o importantă întregire a geneticei umane și se predă în clasele inferioare la diverse obiecte călăuzind pe școlar în așa fel, încât să devină conștient, că el este o verigă în lanțul generațiilor. Scopul va fi atins, făcându-se pedigriul străbunilor, al descendenților și al tuturor rudelor. Asemenea pedigriuri nu se vor limita la o simplă înfățișare a persoanelor înrudite, ci se va descrie amănunțit figura, mersul, pigmentația pielii, a părului și a ochilor, bolile, anomaliile și defectele, deformațiunile corporale, însușirile psihice, înzestrări deosebite, talente, etc. Ministerul Instrucțiunii din Saxonia a dispus, ca elevii din toate școlile: primare, profesionale și secundare să-și facă ei înșiși pedigriul familiei și să-și dea seamă de starea biologică a înaintașilor până la străbunici.

Igiena rasei (eugenia) va trebui tratată în cadrele învățământului biologic. Se va face deosebirea între influențele neereditare ale mediului și între schimbările durabile ale masei ereditare (mutațiuni); se va evidenția importanța selecțiunii în combaterea decadentei rasiale a poporului pe de o parte și în ridicarea nivelului biologic pe de altă parte. Se va trata cu toată seriozitatea selecțiunea negativă socială (contra-selecțiunea), dispariția treptată a elementelor superioare față de

înmulțirea disproporționată a elementelor disgenice cum și urmările spăimântătoare pentru descendenți ale ușurinței în căsătorie.

În discuția mijloacelor de combatere a degenerării va intra „legea pentru prevenirea descendenței disgenice“, laturea ei morală, întroducerea unor asemenea legiuiri sau ale altora, cu acelaș caracter de apărare a rasei în unele state cum sunt: legiuirile demografice în Franța, sterilizarea (diferită de castrare!), legea imigrării și chestiunea negrilor în Statele Unite, etc.

Chestiunile despre ereditate și rasă nu vor fi discutate pentru ele înșile, de dragul cunoștințelor, ci pentru binele comunității, pentru învederarea legăturii indisolubile între individ, rasă, popor, stat și pământ. Fiecare din chestiunile menționate predate în școală trebuie să aibă o reală valoare pentru viață, pentru comunitatea națională, trebuie să însemne întărirea și orientarea voinței colectivității. În discuția asupra căsătoriei se va accentua cu deosebită tărie, că alegerea rațională a soșilor este aproape singurul mijloc de a influența compoziția ereditară și rasială a descendenților.

Politica populației va mijloci școlarului noțiuni clare despre fertilitate, proporția căsătoriilor, a nașterilor și a mortalității, chestiunea pregătirii profesionale, căsătoria târzie, falsul excedent al nașterilor, îmbătrânirea populației, sterilitatea populației din marele centre urbane, scăderea natalității la țară, limitarea nașterilor în raport cu straturile sociale, imigrațiunea la orașe a populației rurale și primejdia creșterii numerice a popoarelor învecinate. Trebuie să se învedereze școlarilor, că o dezvoltare sănătoasă a corpului etnic cere imperios îngrijirea elementelor valoroase din p. d. vedere rasial și ereditar, sănătoase și cu copii numeroși. Apoi o dreaptă repartiție a sarcinilor familiare, impozitul pe celibatari, o dreaptă soluționare a impozitului pe moștenire, chestiunea moștenirii gospodăriei, necesitatea conservării unei țărâni sănătoase, imigrarea în marile centre urbane, chestiunea colonizărilor, etc.

Știința rasei. Școlarii trebuie să facă deosebirea între rasă și popor, cum și între noțiunile de limbă, națiune, cultură și confesiune. În discuția raselor europene și mai cu seamă a raselor cari alcătuiesc poporul german, trebuie să se insiste asupra deosebirii dintre amestecul rasial nordic al poporului german de azi și alte grupe etnice streine, de altă rasă, în special evreii. Să se reliefeze faptul important, că sângele nordic este comun tuturor trunchiurilor germane și tuturor cetățenilor. Trebuie accentuat, că tipul rasial aparent nu corespunde cu necesitate dispozițiilor și însușirilor interioare și că cea mai sigură

caracteristică a unei rase este afișarea ei psihologică și caracterologică, produsul ei spiritual. În modul cel mai clar cu putință trebuie să se evidențieze școlărilor primejdia amestecului rasial cu grupe etnice streine și mai ales cu acele de origine extra-europeană. Popoarele și culturile corespund cerințelor istoriei numai atunci când își îndeplinesc misiunea potrivit specificului rasei lor, adică atunci când urmăresc felurile lor proprii. Orice amestec al unui popor cu rase streine din p. d. v. corporal sau spiritual înseamnă trădare față de propria lui misiune, dispariția propriei ființe. Motivul păstrării ființei etnice specifice, la adăpost de amestecuri cu rase streine nu este ideea despre inferioritatea acestora, ci pur și simplu structura lor rasială deosebită.

Celelalte obiecte de învățământ în serviciul noii concepții despre viață.

Geografia va lămurii școlărilor răspândirea raselor pe pământul german, cu descrierea însușirilor lor corporale, sufletești și intelectuale. Rasa nordică se va trata ca element de coeziune, evreimea ca element de discordie. La tratarea celorlalte țări europene și în special extra-europene se va întregi și clarifica conceptul de rasă. Prin exemple proprii din trecut și prezent se va învedera efectele încrucișărilor rasiale pentru individ și popor și se vor menționa legile vechi și noi ale altor popoare, cu privire la păstrarea purității sângelui. Cu prilejul discuției relativ la descoperirea și istoricul coloniilor va reieși dela sine însemnătatea rasei nordice. Politica imigrației în Franța în Statele Unite și Australia înlesnesc alte posibilități de a stăruii asupra conceptelor de rasă, stat și cultură. Pretutindeni se va interveni împotriva teoriei mediului, care socotește în mod eronat, că produsele culturale umane ar fi rezultatul forțelor din afară (ale mediului) și se va accentua, că omul este creatorul oricăror bunuri culturale, chiar și atunci când mediul este potrivit.

Istoria va lămurii importanța rasei în devenirea și dispariția popoarelor, cum și în creașunile lor spirituale sau de altă natură. Perspectiva istoriei bazată pe rezultatele științifice ale geneticii și biologiei respinge concepții ca teoria liberalistă a progresului. Ideea de rasă respinge așa numita democrație sau alte tendințe egalitare (Paneuropa, cultura cosmopolită, etc.) și dă un conținut solid ideii de rasă. Istoria lumii se reduce la istoria raselor și locul concepției „ex oriente lux” îl ia adevărul, după care cultura occidentală este produsul unor anumite popoare cu o structură rasială preponderent nordică din Asia Mică, Grecia, Roma și alte părți ale Europei, cari

s'au afirmat în lupta cu alte popoare sau cari au fost învinse și au dispărut, pentru că fără știința lor au păcătuțit împotriva legilor rasiale ale firei. Se va lua totdeauna ca punct de plecare patria rasei nordice și istoria germană timpurie (cam 2000 în. Hr.). Rădăcinile biologice ale ființei germanismului, dezvoltarea lui politică și culturală sunt în aceste prime începuturi ale istoriei lui. Bunurile culturale împrumutate au putut și pot acționa în sens constructiv numai când provin dela rase și popoare înrudite rasial cu ființa etnică germană. Acolo unde nu e cazul, aceste bunuri trebuesc îndepărtate ca material străin, dizolvant. Lupta acerbă pentru conservarea, plăsmuirea și dezvoltarea germanismului, pentru dobândirea unui loc sub soare și împotriva influențelor streine, a fost dusă nu de către masse, ci de către marii conducători. De aceea viața și străduințele lor vor alcătui esența învățământului istoriei. În acest fel de tratare a istoriei conform legilor vieții se va cuprinde și însemnătatea culturală a mișcării național-socialiste, care constituie prima mare încercare și poate ultima posibilă, pentru salvarea culturii rasiale nord-europene și reînnoirea ei.

Celelalte materii: *limba maternă, învățământul artelor, cântul, matematica* (alegera problemelor), *științele naturale, limbile străine* (bucățile de lectură) *educația fizică*, etc., își vor adapta programa și metodică lor noilor concepții. Mai ales la exercițiile corporale trebuie avută în vedere frumusețea și sănătatea corpului de rasă nordică, cum și voința lui oțelită. Plăsmuirea voinței politice a fineretului va alcătui scopul principal pe care educatorul nu-l va pierde din vedere. Asupra voinței și sentimentelor fineretului, educatorul nu va înrăuri, decât dacă gândirea, voința și acțiunea lui însuși constituie un model pentru fineret.

* * *

Introducerea eugeniei și a materiilor înrudite în școlile germane în forma expusă, poate fi criticată. Pe noi însă laturea criticabilă ne interesează mai puțin. Faptul, că structura rasială a poporului german este puțin deosebită de aceea dată de Günther și că rasa nordică, ia o importanță în învățământ, la care nu știm în ce măsură rolul ei în viața politică și culturală germană o îndreptățește; că se predau teorii raseologice în învățământ, cari n'au totdeauna o bază științifică indiscutabilă; că se admite drept un fapt *stabilit* frumusețea corporală și voința oțelită a oamenilor de rasă nordică; că asemenea concepții ar putea duce la confuzii în mintea elevilor, trezind sentimente curioase între fineri, între elev și profesor, între cetățeni de rase deo-

sebite, unii considerându-se de o valoare rasială superioară altora, este de presupus. Aceste chestiuni și altele similare lor pot mira. Dar nu noi ne socotim chemați a duce grija coeziunii sufletești a poporului german, a acestui popor care niciodată până acum, dealungul istoriei lui, n'a cunoscut o mai solidă coeziune spirituală ca sub actualii lui conducători. Obiecțiunile cari s'ar putea face sunt mai mult de ordin formal și deci de importanță secundară. Faptul fundamental rămâne la adăpostul oricărei critici și acela este: ridicarea problemei om la rangul ce merită. Pentru prima dată în istorie, conducerea unui stat a înțeles, că toate activitățile vieții sociale sunt în funcțiune de om; că toate celelalte reforme de orice natură ar fi ele, valorează atât cât valorează factorul om sub aspectul familiei și al națiunii. Critica și-ar avea rostul, atunci când chestiunile menționate n-ar fi înfățișate în teorii sau tratate cu caracter științific. Prin includerea lor în programa analitică însă, ele scapă științei, spre a se încadra politice de stat. Statul se poate prevea de principiul pragmatismului educativ și conducătorii lui procedează așa cum le dictează rațiunea de stat. De altfel în propriul nostru învățământ nu se predau noțiuni și concepții, cari nu numai că n'au temeiuri științifice, dar contrazic știința și contrariază brutal simțul veridic al elevilor de elită? Dacă genetica aparține științelor naturale, raseologia este la granița dintre știință și filosofia politică. Cel puțin este cazul cu noțiunile raseologice din programa analitică germană.

Noua rațiune de stat cere o educație socială și politică adecvată plămuirii unui nou tip de om, a unui popor nou. Dar conducerea statului german știe, că educația singură nu va realiza acest ideal, oricât de bune ar fi sistemele educative și oricât de luminată și tenace ar fi voința educatorilor. Conducerea nu vrea să cadă nici în cealaltă extremă: aplicarea brutală a măsurilor de selecțiune biologică și socială împotriva sau pe deasupra voinței cetățenilor. Tocmai actualii conducători nu vor să cadă în greșala *materialismului rasial*, ei cari sunt dușmanii ireductibili ai *materialismului istoric*. Transpunerea metodelor selective din lumea animală în lumea socială este posibilă. Condițiile științifice ale unei asemenea acțiuni de proporții mari sunt date. Normele de aplicare sunt ușor de stabilit. Ceea ce lipsește încă, este ambianța morală și socială. Creierea acestei ambianțe cere mulți ani și aici se va ajunge prin educarea tineretului. Schimbarea mentalității și a concepției despre viață constituie premisele. Necesitatea consecințelor se va impune cu atât mai limpede.

Prin difuzarea condițiilor de însănătoșire, întărire și potențare a

genialității rasiale și a solidarității colective, prin cunoașterea exactă a vredniciei comunității și a contribuției acesteia la cultura lumii, conducerea de stat a așezat la rădăcinile vieții naționale, însăși izvoarele din cari aceste rădăcini își trag seva. Biologia sau filosofia generațiunii, a familiei și a rasei, teoretică și aplicată prezervă specificul național și constituie în mâna conducerii pârghia pentru inobilarea corpului etnic.

Summary. — *The author discusses the introduction of eugenics in the program of education of the german schools. There is given an analysis of the curriculum concerning the new subjects: the science of races, the science of heredity, the eugenics, the genealogy of the family and demography. Commenting this reform the author finds it justified from scientific, as well as from political standpoint.*

SECȚIA MEDICALĂ BIOPOLITICĂ A „ASTREI“.

Referat citit la adunarea generală a „Astrei“ la Blaj, 19. IX. 936.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Organizarea sanitară rurală.

de

Dr. POMPILIU NISTOR
Medic primar al jud. Brașov

Criteriul de bună organizare și funcționare a sănătății publice într'un stat, nu poate fi decât scăderea și menținerea la un nivel cât mai jos a mortalității și a morbidității în general.

Dacă asupra morbidității la noi nu se pot avea date precise, întrucât nici nu putem face o discriminare între sănătate și boală, întrucât nu suntem ajunși la un astfel de nivel al organizării sanitare și al civilizației ca toți bolnavii, cel puțin la boalele mai grele și în delungate, să poată fi vizitați de un organ medical la dispoziția lor, sau și când există aceste organe, să fie cercetate și consultate de bolnavi, — asupra mortalității putem avea date mai sigure.

Înaintășii noștri, dar și o parte din factorii conducători ai țării și opinia publică de azi, au trăit în credința, devenită axiomă, că suntem națiunea cea mai voinică, cea mai sănătoasă și cea mai sportivă din lumea civilizată și că deci nu trebuie să ne facem griji pentru viitorul acestui neam. Dar în timpul din urmă, mai ales de un deceniu încoace, s'au ivit tot mai multe glasuri, s'au publicat diferite

studii și statistici și s'a reorganizat modul de înregistrare a mișcărilor demografice, cari au sdruncinat acea axiomă.

S'a văzut că natalitatea mare pe care ne bazam prevederile scade în mod regulat, inexorabil, și mai ales în regiunile cele mai valoroase din punct de vedere al calităților biologice ale națiunii românești. Că mortalitatea în general și a copiilor în special, nu vrea să fie pas cu scăderea natalității și că este cea mai mare din Europa. Și că în urma acestora escedentul scade freptat, ajungând sub nivelul altor state din vecinătatea noastră; și că dacă mai urmează acest ritm, viitorul nostru național, în lupta pentru afirmare și existență națională, poate fi periclitat.

Aceste adevăruri au pătruns și în public și în presa zilnică, care — ca de obicei — a trecut la extrema contrară, alarmând lumea cu perspectivele sombre ce ne-ar aștepta, dar cari din norocire încă nu sunt adevărate.

Opinia publică a mai aflat, cu oarecare surpriză, că „țăranul român cel cu șapte vieți în pieptul de aramă și care în veci nu pierе“, pierе în realitate mai repede, în număr mai mare decât țărani alți neamuri conlocuitoare; că în școale și la armată, făcându-se fișele sanitare individuale, puțini copii și tineri se pot afla despre cari să se poată susține că sunt sănătoși și normal dezvoltăți, în adevăratul înțeles al cuvântului.

Dar cu aceiași surpriză au aflat că nici la orașe situația nu e mai bună, în majoritatea așa ziselor orașe și chiar la unele municipii, se moare aproape tot atât de mult și de timpuriu ca la sate; ceea ce denotă că aceste orașe sunt departe de a merita numele de oraș, prin realizările lor sanitare și edilitare.

Datorită alarmării generale, care a cuprins atât presa zilnică și de specialitate, cât și cercurile politice și științifice, cât și lumea medicală, de sus până jos, în ultimul deceniu s'a dat tot mai multă atenție chestiunilor de sănătate și mișcării demografice a populației. Din aceste preocupări s'a născut și Ministerul Sănătății, ca entitate aparte în cadrul de guvernare a țării, Institutul Demografic, recensământul din 1930 și Legea Sanitară din 1930, cu numeroase legi și modificări ulterioare.

Legea sanitară din 1930 va rămâne legea de bază a oricărei legislații viitoare sanitare, ori ce punct de vedere și ori ce preocupări ar avea legiuitorii și conducătorii ministerului sănătății, pentru că ea conține principiile fundamentale și permanente ale oricărei organizații

sanitare, pentru că e corespunzătoare cunoștințelor științifice și curențelor de azi.

Datorită însă imperfecțiunii inerente oricărei legi noi, redactării uneori defectuoase, vederilor diferite ale conducătorilor cari s'au perindat la guvernul țării, această lege a fost mult discutată, de repetate ori modificată, și în jurul ei s'au purtat discuții foarte vii în congrese, adunări și reviste.

Dacă unele din aceste modificări au fost de fapt necesare, altele sunt premature, făcute înainte ca legea să fi putut fi aplicată și să se poată constata defectele ei.

Dar aceste continue schimbări denotă, că sănătății publice i se dă tot mai mare atenție și că se caută cu înfrigurare să se dea cu un ceas mai de vreme, deslegare celei mai arzătoare și importante probleme a statului, care e prosperitatea biologică a națiunii române, atât calitativ, cât și numeric. Și de sigur nu trece mult timp când se vor cristaliza principiile și se va ajunge, prin un concurs unanim al factorilor determinanți în stat, să avem o organizare sanitară, acceptată și urmată de toate guvernele, peste contingențele politice vremelnice, care organizare să curme oscilațiile actuale și ale cărei roade să fie ridicarea standardului sănătății și scăderea la minimul posibil a mortalității generale și infantile.

* * *

În cadrul preocupărilor de mai sus este natural ca și secția medicală și biopolitică a „Ăstreii” să se ocupe de problemele de actualitate ale organizației sanitare. Secția a ținut la Cluj mai multe ședințe, la care au participat numeroși medici primari de județ și de municipii, medici de circumscripție și de spital și alți medici din conducerea Institutului de Igienă din Cluj, și în cari s'au discutat aproape toate problemele de organizare ale vieții sanitare, ajungându-se adeseori la concluzii unanime. În cadrul acestor ședințe ni s'a încredințat lucrarea unui referat privind organizația sanitară rurală, inclusiv plasa și județul, care este una din cele mai controversate și la care se va ajunge mai greu la un consens.

În cele ce urmează încercăm să arătăm principiile și cerințele programatice cari trebuie să stea la baza organizației sanitare rurale; și dacă rezultatele acțiunii sanitare din cursul timpului, în special în ce privește mediul rural au fost așa de nemulțumitoare, credem că este a se datori nerespectării acestor principii.

1. Sănătatea populației nu se păstrează și promovează numai

prin medici și medicamente, spitale și alte instituții medicale. Acestea pot reface, uneori numai cârpi sănătatea, pot împiedeca moartea indivizilor, dar nu pot influența sănătatea masselor și nu au influență determinantă asupra mortalității generale, mai ales după cum s'a practicat medicina până mai dăunăzi, ca medicină aproape numai curativă.

Din buletinele institutului demografic am aflat, că din morții la sațe deabia 20—30% au avut tratament medical în boala de care au murit, iar din copiii sub un an deabia 10—15% ; la orașe aceste cifre ridicându-se dela 60% în sus. Dar chiar și aceste procente trebuie să le primim cu mult scepticism, căci știm că de multe ori acest pretins tratament a constă din o singură consultație a medicului, — dacă nu a fost a agentului sanitar sau a altui doctor sătesc, — poate la săptămâni ori luni înaintea morții, de cele mai multe ori neurmată de executarea tratamentului prescris și fără procurarea medicamentului dat ; iar alte ori, mai ales când verificarea nu se face de medici, acest pretins tratament este anunțat de frica unei responsabilități pentru moartea membrului familiei, în special a copiilor.

Aceste cifre dovedesc, că masele numai în mică măsură au beneficiat de asistență medicală, deci aceasta n'a putut influența mortalitatea. De altă parte mortalitatea mare dela orașe, chiar unde se arată tratament medical până la 100%, arată că nici acolo asistența medicală nu a influențat mortalitatea. Deci nu se va rezolva problema mortalității numai prin înmulțirea medicilor practicieni și chiar prin înmulțirea circumscripțiilor sanitare, fără alte măsuri.

Aceste măsuri vor trebui să fie economice, culturale, edilitare, de civilizație igienică și de practici igienice zilnice și regulate.

Până ce masa poporului nu se va putea hrăni substanțial, până ce femeile române nu vor ști găti mâncări bune din materialul ce le stă la dispoziție, uneori destul de abundent și bun, până ce nu se vor zidi case salubre, uscate, spațioase, luminoase ; până ce interiorul casei nu va fi ținut curat, fără muște, aerisit și înșorit ; până ce peria de dinți, săpunul, ștergarul, lighianul, baia nu vor fi generalizate și de uz zilnic ; până ce țărani nu vor avea pături individuale, cu albituri și efectiv întrebuițate, și se vor îngrămădi iarna în cea mai mică oada în promiscuitate ; până ce curtea va fi murdară, cu gunoaiele înprășiate, fără closet, ori cu closet impropriu și neîntrebuițat, cu fântâni insalubre, cu grajduri întunecoase ori fără grajduri ; până ce comunele nu vor întrebuița bugetul lor mai ales pentru aprovizionarea cu apă, canalizări, asanări de bălți, strângerea gunoaielor, măturat, stropit, abatoare, piețe, parcuri, șanțuri și străzi, școli etc., până

atunci cifrele mortalității nu vor putea fi influențate senzibil, chiar dacă ar avea fiecare comună câte un medic.

Organizația sanitară și administrativă va trebui deci să tindă mai întâi de toate, să schimbe condițiile edilitare și igienice ale comunei și populației; iar acestea vor putea fi ajunse numai când medicul va avea un cuvânt mai hotărâtor decât astăzi, atât în administrarea comunelor, cât și în votarea și executarea bugetelor. Am putea pretinde chiar ca medicii să facă parte integrantă, internă chiar din administrația comunală, care ar trebui să se confunde cu cea sanitară.

Din aceste premise rezultă următoarele concluzii:

a) Medicul, ca să-și poată da concursul lămurat și cu pricepere, trebuie să facă parte nu numai din consiliile comunale, ci chiar din delegația comunală sau să aibă cuvânt hotărâtor în chestiunile bugetare, edilitare, economice și culturale ale comunei, muncind zilnic și alături de organele administrative, chiar în cancelariile comunale.

b) Dar tot așa de mult trebuie să fie bine pregătit pentru acest rol al său, deci va trebui să aibă cunoștințe, teoretice și practice, de igiena edilitară, de legislația administrativă, de jurisdicția muncii, de legile și igiena industrială și de legile școlare etc. Va trebui deci să primească, înainte de a intra în funcția de medic sanitar, pregătire în igiena aplicată, de legislație administrativă și să cunoască toate legile în conexiune cu viața satelor.

2. Dar pe lângă imperfecțiunea organismului uman, marea extindere și specializare a cunoștințelor necesare de igienă, de legislația sanitară, industrială, administrativă, școlară, militară, etc., de altă parte purtarea agendelor de cancelarie și facerea de rapoarte, expertize, procese verbale, fișe, executarea de anchete sanitare, vaccinații preventive, puericultură, etc., cari toate se cer azi unui medic sanitar, sunt sarcini peste puterile unui om. Mai ales când acest om, adică medicul sanitar, nu are nici mijloacele materiale pentru trai asigurate din leafă, trebuind vrând-nevrând, să-și agonisească necesarul prin clientela cu plată, când nu are nici locuință corespunzătoare nici dispensar înzestrat cu cele necesare, nici personalul ajutorilor necesar, și este hărțuit de dimineața până noaptea de bolnavi, pe drumuri rele și cu vehicule cari zdrobesc nu numai oasele, ci și nervii. Este foarte greu, este chiar peste puterile unui om să se fie la curent și cu știința medicală și cu legislația și cu știința igienei publice și sociale. Pentru aceea una din aceste două mari sfere de activitate este și trebuie să fie neglijată; și aceasta este partea igienică preventivă, care nu aduce venitură, ci din contră îl pune adeseori pe medic în opoziție cu clienții

lui cei mai buni platnici, cum sunt negustorii și industriașii, cu organele administrative câteodată și cu atâtea interese, avuabile și neavuabile, ale fruntașilor de toate categoriile din sate. Sufere deci cea mai importantă din laturile de activitate ale medicului, care se resfrânge apoi și se răsbună asupra sănătății populației, cu toată activitatea curativă.

Este necesară deci și din acest punct de vedere scindarea sferei acțiunii medicilor sanitari: pe deoparte medici curativi, pe de altă parte medici igienişti. Medicii curativi vor trebui să fie mai mulți, în toate comunele mai mari dar în tot cazul la nu mai mult de 5000—6000 de locuitori. Medicii igienişti, cu rol preventiv vor fi mai puțini, aproximativ câte unul la 50.000 locuitori, unul de fiecare plasă sanitară.

3. Acceptând că sănătatea publică nu depinde numai de medicina curativă, ci în măsură și mai mare de realizările edilitare, administrative, bugetare, etc., ale comunelor, urmează dela sine să mai acceptăm că sănătatea aceasta nu poate fi impusă de sus, fără conlucrarea activă, zilnică și foarte intensivă, cu continuitate a județelor și comunelor. Deci nu va putea exista progres dacă comunele și județele nu vor fi considerate în viața sanitară, prin conlucrare cu organele sanitare locale și prin contribuție bugetară. Or comunele și județele nu sunt de acord să aibă numai contribuția bugetară, iar administrarea și repartizarea contribuției lor să fie încredințată altora, chiar când aceștia sunt Ministerul sănătății. Mai ales când se știe, că administrația dela centru este greoaie, biurocrațică, șablonică și de atâtea ori influențată de considerente contrare intereselor locale. În consecință, menținându-se directivele tehnice, coordonarea și controlul acțiunii sanitare ca un drept al ministerului sănătății prefăcut în organ tehnic, trebuie să admitem și să cerem descentralizarea pe județe a administrației sanitare, cu fonduri proprii, provenite din cota bugetară obligatorie a județelor și comunelor, din taxe și din cota de 2% din impozitul adițional sanitar. Toate aceste administrate autonome de eforiile sanitare locale, crearea cărora a fost o idee fericită, dar existența cărora a fost făcută iluzorie, prin măsurile de centralizare din 1934; bineînțeles dacă ele vor fi scoase de sub influențele politice de partid locale, ceea ce se poate înfăptui dacă din aceste eforturi vor face parte pe lângă prefect și delegatul consiliului județean, și membrii cooptați dintre bărbații marcanți, cu preocupări și cunoștințe igienice, edilitare și sociale, și dacă vor fi atașate serviciului sanitar județean (municipial).

4. Implicit această descentralizare aduce cu sine, deși aceasta este necesară și în stadiul de organizare actual, ca serviciul sanitar

judetean să fie astfel desvoltat, ca să poată face față multiplelor sarcini ce-i revin.

Este necesar deci ca să aibă atât personalul de cancelarie, ca secretar, contabil, impiegaji, dactilografi, cât și personalul medical corăspunzător.

Medicul primar de județ prin ocupațiile sale, prin rolul său de magistrat, dând autorizații, somații și amenzi, trebuind să se amestece și să dea dispoziții cari ating atât administrația, școala, cât și toate întreprinderile industriale și comerciale etc., trebuie să rămâie strein de orice alte preocupări, cari i-ar putea absorbi atenția și timpul ori i-ar putea influența judecata. Va trebui deci să nu mai aibă nici o altă funcție, să nu facă clientelă, și să nu activeze militant în nici un fel de politică de partig, chiar să nu facă parte din partide politice, asemenea magistraților. Căci care va fi autoritatea morală a unui medic primar care va da o sancțiune, va închide o fabrică, un atelier sau un local de consumație, o locuință insalubră etc., când acelaș medic a luat parte activă la campania electorală, alături sau contra celor pe cari va avea să-i sancționeze; ori cât va voi să fie imparțial și desbrăcat de orice pasiune, politică, totuși va fi acuzat că a lucrat influențat, pro sau contra, de interese de partid.

Chiar în situațiunea actuală, când sfera de activitate a unui medic primar de județ este atât de mărită și multilaterală, când el a trebuit să devie un funcționar de birou, el este atât de ocupat și absorbit de agendele de birou, încât rareori și numai în fugă se poate deplasa în comune, unde-l chiamă atâtea lucrări, începând cu măsurile de prevenire și combatere de boale contagioase și sociale, continuând cu controlul întreprinderilor industriale și comerciale și vizitarea școalelor etc., încât nu-i rămâne timp să se intereseze și inițieze în chestiunile edilitare și bugetare ale fiecărei comune; și mai ales să poată supraveghia, controla, îndruma, conduce și aprecia de aproape și individual activitatea personalului său subaltern.

Cu atât mai puțin poate avea timp să se ocupe cu luarea de inițiative mai mari ca anchete sanitare, vaccinări, fișe, lucrări de statistică demografică etc.

Dar când descentralizarea în sensul preconizat mai sus se va face, agendele serviciului sanitar al județului vor crește și mai mult, așa încât medicul primar de județ la va putea și mai puțin împlini. Va trebui deci să se realizeze cât de urgent plășile sanitare cu medici igienisți în frunte. În județele mici, având căi de comunicație suficiente, un singur medic igienist atașat medicului primar de județ

ar putea să satisfacă cerințele de control și îndrumare a serviciului preventiv.

În județele mai industrializate și cu un standard edilitar mai ridicat, va trebui să existe un inginer sanitar, specializat în industrie, în igiena muncii și în lucrări edilitare. El va putea fi atașat fie serviciului tehnic județean, fie inspectoratului muncii, fie direct serviciului sanitar.

5. Mai trebuie ca medicul primar județean, ca să-și poată îndeplini chemarea, să facă parte integrantă din administrația județului.

Este frumoasă independența, este necesar și nu poate fi încă schimbat în stadiul actual al ambianței vieții noastre politice, ca medicul primar și întreg personalul sanitar să aparțină ministerului sănătății, în ce privește numirea, avansările, salarizarea, disciplinarea etc.

Avem chiar credința că etatizarea serviciilor și instituțiilor sanitare este urmarea multiplelor și deselor cereri ale unei mari părți din conducătorii serviciilor sanitare, mai ales din vechiul regat, cari au făcut experiențe triste cu prefecturile și primăriile cari aveau să administreze și să îngrijească de bunul mers al serviciilor și instituțiilor sanitare; dar că în aceste cereri au fost și preocupări de independență.

Dar o astfel de independență de județ și de comune aduce cu sine și o desinteresare a serviciului sanitar de mersul administrației, dar tot odată și o expulzare a serviciului sanitar din partea administrației dela munca zilnică a vieții administrative. Este o independență care se manifestă prin o reciprocă ignorare, ori prin un joc de minge de adrese și contra adrese sterile, de pe urma cărora suferă mai ales sănătatea publică. Este, ca să întrebuițăm un termen drastic, o independență ca a cioarei în par; iar urmarea este că serviciul sanitar va avea un rol tot mai șters în viața județelor.

Este deci și mai mult necesar decât la medicul de circumscripție, ca medicul primar de județ să facă parte integrantă din administrația județului. Trebuie deci să lucre zi de zi, cot la cot, cu prefectul, subprefectul, cu delegația și consiliul județean, cu celelalte servicii județene, cu revizorul școlar, cu comitetul școlar județean, cu inginerul șef al județului, cu notari și primari, interesându-se de întreg mersul administrației. Căci astăzi care act administrativ, edilitar, școlar etc., nu are conexiune și influență asupra sănătății publice, luate în întregul lesul larg pe care l-am arătat mai sus?

Va trebui, ca medicul primar de județ să facă parte din consiliul județean cu vot deliberativ, să facă parte din delegația consiliului sau să ia parte obligator la ședințele ei; să facă parte din comitetul

școlar județean, precum și din celelalte comisii și comitete ale județului; să rezolve actele de interes sanitar și social, cari intră la județ și să dea avizul său obligator pentru toate actele cari ating sfera sanitară și edilitară a comunelor; să și dea avizul său obligator la aprobarea bugetelor comunale, în cari să poată înscrie din oficiu trebuințele sanitare ale comunei; să conlucre la întocmirea bugetului județului, îngrijindu-se de înscrierea alocațiilor de ordin nu numai sanitar, ci și edilitar, școlar și de ocrotire socială.

Dacă medicul se consacră activității lui exclusiv sanitare și culturale-sociale, dacă nu va activa politicește, nu credem să se găsească prefect, primar ori consiliu, pe cari să nu-i câștige pentru ideile sale, pe cari să nu-i dezarmeze din neîncrederea sau ostilitatea pe care le o acuză unii, și să nu găsească răsunet în opinia publică locală pentru problemele sanitare de realizat.

6. În cadrul concepțiunii că păstrarea sănătății națiunii, ridicarea standardului de sănătate, — care nu este numai un drept ci și o datorie a fiecărui cetățean, — și comprimarea la minimum posibil a mortalității, precum și menținerea sau întărirea forței biologice-eugene nice a națiunii, este o datorie de stat, acesta nu poate abdica de la nici unul din aceste puncte și este obligat să se îngrijească de realizarea optimă a lor. În consecință nici tratamentul curativ, ne mai vorbind de cel preventiv și de organizarea sănătății publice, nu-l poate desinteresa, nu-l poate lăsa deci numai în grija medicilor practicieni sau întâmplării. Căci în definitiv medicul practician nu este un scop în sine, ci deasemenea servește scopurile națiunii; și când interesele națiunii ar cere chiar suprimarea acestei funcțiuni, — ceea ce nu e cazul — aceasta ar fi în drept să o facă.

Cu atât mai puțin statul — națiune poate lăsa în grija medicului practician și particular îngrijirea omului bolnav, mai ales când e sărac sau e considerat sărac. Statul va avea deci datoria să aibă organizații de asistență medicală în toate părțile, până în ultimul sat.

Dar acestea nu pot să stea mai prejos decât cele particulare și vor fi create să servească întregii populațiuni. Nu se poate admite concepția ca spitalele și dispensarele să servească numai sărăcimii; iar toți ceilalți să treacă la sanatorii și la medicii particulari. Și deci ca atare instituțiile de asistență să fie înzestrate cât mai simplu, cu instrumentar și medicamente sumare și standardizate.

Pentru că se uită, — și aceasta a fost concepția, mai ales în trecut, — că și țaranul și săracul pot și au drept să aibă aceleași boli ca și bogatul; că pentru descoperirea și precizarea lor au nevoie

de aceleași mijloace de diagnostic și de acelaș tratament, specific, specializat și mai repede ducător la vindecare, chiar dacă medicamentele vor fi specialități și aparent mai scumpe. Deci nu se pot lăsa spitalele înzestrate numai cu câteva medicamente șablonatice, nici nu se poate mărgini înzestrarea dispensarelor cu câteva prafuri și alifii. Dealfel pacienții, chiar țărani și săracii, nu au încredere în acestea, nu le acceptă bucuros, or dacă le acceptă le aruncă, simțind instinctiv că nu-i pot fi de folos, atunci când sunt de fapt bolnavi și nu le cer pentru o durere de cap, de măsele, un deranj digestiv trecător. Mai ales când sunt precedate de un examen medical prea grăbit și sumar, ori al unui agent sanitar.

Și pentru că se uită, că între adevărații bogați cari se pot adresa medicilor practicieni și sanatoriilor, și între adevărații săraci, cu certificat de indigență, se află o întreagă gamă intermediară, de oameni cari nu sunt nici săraci, nici bogați. Nici destul de bogați pentru a se putea interna în sanatorii, nici destul de săraci, cari să fie tratați gratuit în spitalele statului, ori să fie tratați sumar și șablonatic. Această clasă care la noi cuprinde cel puțin jumătate din populație, mai ales la sate, este cea mai interesantă și mai viguroasă pentru viitorul biologic al neamului, pentru că cuprinde pe agricultorii mici și mijlocii, pe preoți, învățători, meseriași și comercianți mici, în general clasa mijlocie în ridicare.

Atât pentru aceștia cât și pentru săraci, dar chiar și pentru bogați, când aceștia voiesc să fie tratați de instituțiile și medicii statului în cari au încredere, statul este dator să și înzestreze spitalele și dispensarele cu mijloacele cele mai moderne de diagnostic și tratament.

Bine înțeles statul nu va putea face acestea din propriile resurse, ci numai în colaborare cu județele, comunele și cu societatea constituită; iar calea de colaborare nu poate fi decât prin cointeresarea lor la administrație, prin eforturile sanitare cu autonomie administrativă și bugetară, sub controlul și coordonarea Ministerului Sănătății, în modul preconizat mai sus.

7. În ce privește organizarea județelor și a satelor, este necesar ca acestea să aibă atât instituțiile, cât și personalul sanitar și auxiliar corăspunzător, pentru ca acestea să și poată produce efectul, conform principiilor de mai sus.

Instituțiile de care vor avea nevoie sunt:

a) O casă de ocrotire, care va consta cel puțin din o sală de așteptare și de consultație; în care însă consultațiile curative, pentru că

să fie eficace, trebuie să fie făcute totdeauna și numai personal de medic, cel puțin de două ori pe săptămână, iar cele preventive cel puțin odată pe săptămână, seriate pe categorii. În zilele de consultații curative se va face și tratamentul boalelor venerice, chiar și al tuberculoșilor, dar în ore deosebite după ceilalți bolnavi. La consultațiile preventive vor veni în serii gravidele, sugacii, școlarii și preșcolarii, premilitarii și adulții. Aceste dispensarii vor exista în fiecare comună de reședință de medic și în comunele mai mari; iar în celelalte va exista cel puțin o cameră la primărie ori în alt loc potrivit pentru consultații.

Pe lângă dispensar va funcționa casa de ocrotire și biroul medicului, cu registrele, fișele și tot inventarul oficiului. Dispensarul va fi înzestrat cu tot instrumentarul necesar, atât pentru diagnostic, cât și pentru tratament și examinările preventive. Este necesar să se facă o despărțire totală între locuința și cabineta de consultație, proprii ale medicului, cu instrumentarul propriu și având a servi la clientela particulară, și între oficiul său de medic sanitar și dispensar, în cari totul va trebui să fie al comunității și servind comunitatea în mod gratuit.

b) În casa de ocrotire va avea să funcționeze o infirmerie cu câteva paturi, pentru accidente, boli grele, faceri, cari cer o continuă supraveghere, confort și curățenie, precum și pentru izolări la anumite boli contagioase. Acestea vor funcționa mai ales în părți îndepărtate de spitalul central județean, la peste 40—50 Km. și cu mijloace rele de comunicație și de transport. Infirmeriile pot fi înzestrate și mai complet și mai sumar, dar vor avea în orice caz bucătărie, baie, apă potabilă.

c) Tot în casa de ocrotire sau separat după împrejurări, va funcționa o baie comunală — școlară, care trebuie să existe în fiecare comună mai mare, ca o școală de practică și disciplină igienică corporală. Aceasta va trebui să servească și populației din comuna respectivă, dar și pentru satele mai mici din jur.

d) În centrele industriale, dar și în comunele cu caracter agricol, mai ales unde lucrul câmpului se face în depărtări mai mari, vor funcționa și creșe pentru copii sugaci și cămine pentru preșcolari și școlari; acestea vor funcționa în întreg cursul anului și mai ales vara, când copiii au mai multă nevoie de supraveghere din cauza boalelor tubului digestiv. Iar în satele respirate sau de munte vor funcționa și cămine de zi și noapte pentru elevi și cantine pentru toți copiii cari acasă nu pot avea o mâncare caldă la amiazi.

e) În fiecare capitală de județ va funcționa un spital, care va avea toate secțiile mai principale, ca interne, chirurgie, maternitate, venerice și boli de copii. Deasemenea un spital de contagioși și un spital — sanatoriu — dispensar de tuberculoși; precum și un dispensar policlinic.

Spitale de plasă vor funcționa numai în județele mari și numai în centre îndepărtate de reședință, cari formează o regiune aparte, sunt un centru de gravitație natural, sau un centru industrial deosebit, sau unde anumite maladii îl fac necesar.

Spitalele mici rurale, fără specializare pe secții, nu au rost de existență și trebuiesc schimbate în infirmerii și case de ocrotire.

f) Fiecare județ va avea un laborator bacteriologic și chimic, eventual cu secții de chimie alimentară și industrială.

g) Fiecare județ va avea un serviciu motorizat de salvare și pentru transport de contagioși.

h) În capitalele județelor va exista, în conexiune cu orașul de reședință o stație de triaj și de deparazitare. Deasemenea o echipă de desinfecție, cu etuvă pe autocamion și aparatele portative, împreună cu o instalație de duș. În afară de acestea fiecare circumscripție, dar și fiecare comună mai mare va avea aparatele portative pentru desinfecții.

În ce privește personalul de care au nevoie serviciile în cadrul organizației de mai sus și a principiilor expuse mai înainte, este:

a) Un medic primar județean, cu un medic ajutor, ambii medici igienisti, ambii fără drept de a face clientelă; precum și un inginer sanitar de județ și întreg personalul necesar de cancelarie.

b) Medici igienisti de plasă, câte unul la 50000 locuitori, cari vor fi plasați, în reședințele plășilor sanitare. Aceștia deasemenea vor fi fără drept de a face clientelă. Ei nu vor fi și medici de spital sau de laborator, neputând fi legați de loc, trebuind să dispună de întreg timpul lor pentru deplasări, ocupația lor nelăsându-le timp necesar pentru ca să se ție la curent și cu știința și specializarea în medicina curativă. Ei vor fi subalternii medicului primar de județ.

c) Medici de spital în spitalul județean central, în spitalele de contagioși și de tuberculoși, în spitalele de plasă, și întreg personalul necesar spitalelor.

d) Medici de laborator, cu personalul necesar. Medicii de laborator nu vor avea rol de medic igienist, dar vor putea avea un serviciu de dispensar.

e) Medici de dispensare policlinice, cu personalul necesar. Aceștia vor avea și rol de propagandă și anchete în afară de dispensare,

aşa după cum legea sanitară prevede, în care caz vor avea salarizare completă de medici funcționari. Sau vor avea un rol numai de consultații în interiorul dispensarilor, în care caz vor trebui să aibă salariu redus, corespunzător activității lor de 1—2 ore pe zi; în acest caz vor putea fi recrutați și dintre medicii de spital sau medicii practicieni specialiști.

Dar tot așa de bine dispensarele, în modul cum funcționează actual pot fi anexate spitalelor, ca secții de consultații, fiind deservite de medicii spitalelor; în care caz ar exista o colaborare mai strânsă și necesară între spital și dispensar, care astăzi lipsește.

f) Medici comunali sau de circumscripție, cu rol curativ, inclusiv boalele contagioase și sociale, puericultura, școale și elevii, premilitarii, anchetele medicale etc.

g) Pe lângă fiecare medic de circumscripție va fi un agent sanitar, care va face lucrările scripturistice ale serviciului și dispensarului, va face desinfecțiile și va executa măsurile ordonate de medic. În nici un caz nu va locui în alte comune decât la reședința medicului, nu vor fi admiși să funcționeze independent și să dea consultații. Nu li se va încredința distribuția medicamentelor, vaccinările, internările și izolările de contagioși, controlul localurilor și atelierelor pe cont propriu, activitatea lor în aceste ramuri dovedindu-se a fi adeseori dezastruoasă și compromițând instituția medicilor sanitari.

h) Surori de ocrotire în comunele de reședință ale medicului, în comunele mari ori comune cu mortalitate infantilă și natalitate mare. Vor fi atașate caselor de ocrotire pe cari le vor conduce în gestiunea zilnică și vor avea rolul bine precizat în legea sanitară. Vor fi subalternele medicilor de circumscripții, cari le vor îndruma activitatea. Pentruca surorile să poată activa cu folos, vor trebui să aibă tot atât de mult și vocație, și dragoste pentru misiunea lor, ca și instrucție; vor trebui să fie încadrate unui regim quasi-religios, asemenea unor călugărițe laice, formând o organizație închisă și familiară de clasă.

i) Moașe comune, cari vor avea rolul lor de asistență la gravide, nașteri și vor fi agenții informatori ai medicului. Ele vor fi funcționare comunale sau județene, existând în toate comunele mai mari sau o moașe la 2—3 comune mai mici învecinate. În nici un caz nu are nici un rost să existe moașe cercuale cu mai multe comune.

8. În sfârșit acest întreg personal trebuie să fie pus în condiții de a putea funcționa nestingherit, la adăpost de mizerie, scutit de tentațiunea și chiar de obligamentul de a-și câștiga venite complimentare, prin ocupații laterale, ori chiar de a exploata drepturile ce le au și

de a căuta în orice legi, regulamente sau ordine, ușițele cari să le dea noi resurse de venit, mai mult sau mai puțin permise.

a) Va trebui mai întâi ca acest personal să fie la adăpost de contingențele locale deci va fi numit selecționat, avansat, recompensat, disciplinat și în parte salarizat de ministerul sănătății sau prin ministerul sănătății. Personalul auxiliar și administrativ, care trebuie să fie retribuit de județe sau comune, ca d. e. moașele, agenții sanitari, să nu fie plătit decât în mod indirect de acestea, prin eforturile sanitare ori prin serviciul sanitar al județului. Spre acest scop se va înființa un fond administrat de eforie, alimentat din cota procentuală obligatorie din bugetele județelor și comunelor și încasată direct de organele de percepție și deodată cu impozitele statului și comunale și vărsată direct fondului. La care se poate adăuga și contribuția statului și veniturile proprii ale instituțiilor locale. Acest fond va putea fi înțesat cu fondul sanitar actual local.

În modul acesta întreg acest personal va fi scos de sub influența, uneori teroarea și exploatarea mărimilor locale din sate, cari nu totdeauna să știu ridica peste interesele și rancunele lor personale. În acest mod ei vor fi mai regulat plătiți și vor fi mai liberi, mai siguri și mai imparțiali în activitatea lor, menținându-se însă controlul strâns asupra lor prin organele eforturilor sanitare și ale medicului primar de județ.

În ce privește însăși salarizarea personalului medical constatăm insuficiența ei și ne raliem întru toate la rapoartele Domnului Inspector General Stoichița, din adunările Asoc. Gen. a medicilor și la articolul publicat în Sibiul Medical No. 5—6, 1936. Iar în ce privește salarizarea personalului auxiliar constatăm inegalitatea lui și cerem egalizarea pe țara întreagă.

b) Pe lângă salariu acest personal va trebui să aibă asigurată și locuința, luminatul și încălzitul, așa după cum prevedea legea sanitară din 1930 și care a fost în parte anihilată de decretul lege de statificare a serviciilor. Preconizăm înființarea de locuințe în natură pe lângă dispensarii, dar independent de acestea, după cum ele există în multe părți din Ardeal, date și susținute și azi de comune sau județ, pentru medici; iar pentru personalul auxiliar această locuință poate fi și în interiorul spitalelor sau caselor de ocrotire.

Deasemenea acest personal va trebui să poseadă mijloacele de locomoțiune în raport cu numărul deplasărilor, cu depărtările și cu felul căilor de comunicație.

Noi credem, — așa după cum și ministerul sănătății a admis

în 1933, — că indemnizația fixă de transport ce o dă ministerul sănătății, trebuie să fie considerată ca o diurnă fixă pentru însuși faptul deplasărilor și nu ca cheltueli efective de transport. Căci după cum fiecare funcționar din toate ministerele primește o diurnă de deplasare și uneori și o indemnizație de întreținere, ca o despăgubire pentru timpul petrecut în deplasare, de cele mai multe ori în afară de orele de serviciu, pentru hainele deteriorate, pentru alimentația în plus și alte cheltueli, este tot așa de just ca și personalul sanitar să o primească. Mai ales că deplasările medicului se fac pe vreme bună ori rea, iarna și vara, ziua și noaptea, cu mijloace de locomoțiune uneori foarte proaste, durând, mai ales în circumscripțiile cu multe comune ori de munte și îndepărtate, ziua sau chiar zile întregi.

Iar cheltuelile efective de transport să fie suportate separat fie de minister, fie de județ sau comune, fie cu vehicol în natură, fie în paușale lunare, cari însă vor fi achitate tot prin fondul sanitar amintit mai sus.

Însă aceste cheltueli de transport, ca și diurna fixă dată de minister, să nu fie uniforme pentru toți, ci să fie în raport cu numărul și depărtările dintre comune și cu numărul deplasărilor. În modul acesta se va asigura o mai efectivă și mai deasă vizitare a comunelor și un eficace control din partea comunelor și a medicului primar județean. Iar numărul și zilele de inspecție vor fi fixate în conștințele de medicul primar de județ, de medicul de circumscripție și de comunele interesate, după trebuințele locale, respectându-se principiul ca fiecare comună să fie vizitată de două ori pe săptămână, dar în tot cazul cel puțin odată pe săptămână de medicul de circumscripție; iar o vizită, efectiv de serviciu, să dureze cel puțin 3—4 ore.

c) Pentru a remedia inegalitățile inerente între posturile de circumscripție, pentru a lega pe medici de locul odată ales, deci pentru a curma spectacolul unor circumscripții încontinuu ocupate și părăsite de medici, ca și de moașe și agenți sanitari, în detrimentul sănătății publice și spre demoralizarea populației, care astfel își pierde încrederea în seriozitatea și eficacitatea serviciilor sanitare, este necesar ca să se dea, pe lângă leafa uniformă pentru toți, unele adaosuri locale pentru circumscripțiile sărace, cu comune multe ori cu circulație proastă sau cu cătune resfirate în munți sau pe dealuri. Aceste adaosuri, fie că vor fi date de minister, fie de județe, vor fi definitive până ce împrejurările nu se vor modifica și vor face parte integrantă din salariu.

d) Deasemenea vor fi fixate prime de activitate, date celor me-

rituoși și activi, privind mai ales rezultatele de combatere a boalelor contagioase și sociale, de realizări edilitare și igienice, de numărul consultațiilor, al vaccinărilor, de puericultură etc., toate coroborate și condiționate de scăderea mortalității și a celei infantile. Aceste prime vor fi date, pentru aocoli protecțiile sau persecuțiile numai în baza propunerilor medicului primar județean și controlate de Inspectorul sanitar al regiunii. Și vor dura până ce nu se va face propunere contrară, bazată pe notele calificative și rapoartele de activitate ale celor în cauză.

Deasemenea vor fi reînființate gradățiile de merit cari au figurat în proiectul legii sanitare în 1930, dar au fost eliminate la votare. Iar înființarea corpului tehnic al medicilor și titlurile de distincție prevăzute în lege, dar neaplicate, vor fi deasemenea un stimulent pentru ambiționarea medicilor în spre o activitate cât mai rodnică.

Tot pentru cei merițoși vor trebui mai bine garantate avansările, transferările în locuri mai bune în mod obligator, iar locurile de medici de orașe să nu se poată acorda decât după un serviciu de câțiva ani în serviciile rurale.

În condițiile de azi, când un medic meritos și activ nu are nici un avantaj, nici moral nici material, asupra medicilor mai puțini activi sau cari se dedică aproape numai clientele particulare, aceasta este un izvor de deprimare, de descurajare a inițiativei și acțiunii altruiste a acestora, care se repercutează asupra mersului sănătății populației.

* * *

Rezumându-ne deci vom preconiza :

1. Descentralizarea serviciilor sanitare, creindu-se un serviciu sanitar județean cu sferă de acțiune mai extinsă. Înființarea de eforii sanitare la județ, cu buget și administrare autonomă, cu cote bugetare fixe din bugetele comunelor și județelor și cu încasarea lor și a taxelor prin serviciile de percepție ale statului; și cu încasarea impozitului adițional sanitar.

2. Incadrarea și integrarea serviciilor sanitare în administrația județelor și comunelor; cointeresarea comunelor și județului în acțiunea sanitară. Dar cu menținerea independenței personalului sanitar, prin menținerea lui la ministerul sănătății ca numire, disciplinare și salarizare.

3. Înființarea plășilor sanitare cu posturile lor preventive sanitare și cu medici igieniști în frunte, iar acolo unde împrejurările o

indică, creierea unui post de medic igienist ajutor pe lângă medicul primar de județ.

4. Autonomia bugetară a spitalelor și administrarea lor prin eforii. Inzestrarea spitalelor și dispensarelor cu mijloace moderne de diagnostic și tratament, pentru a servi tuturor cetățenilor, prin contribuția statului, județelor și comunelor.

5. Asigurarea de locuință, cheltueli de transport, prime de activitate, adausuri locale, pentru medicii rurali și igieniști, ca și pentru personalul sanitar auxiliar.

6. Preocupări de igienă, individuală și edilitară, de eugenie, de prevenire a boalelor și a debilității în general, ca factori esențiali în prevenirea bolilor și micșorarea mortalității generale și infantile.

Prin realizarea acestora suntem convinși că într'un scurt timp se vor putea modifica realitățile triste demografice de azi, pentru prosperarea și înaintarea poporului și statului nostru, pe care cu toții îl servim.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Résumé. — *L'auteur propose la décentralisation des services sanitaires et l'amplification des attributions des services sanitaires départementaux. Il pense que les conseils sanitaires départementaux, qui doivent être créés, et, qui auront leur budget propre et leur administration autonome, des cottes fixes des budgets des communes et départements, et, qui pouvaient toucher aux différents taxes sanitaires comme aussi à l'impôt sanitaire additionnel.*

On insiste aussi sur la création des arrondissements sanitaires mises dans le services de l'oeuvre préventive, et, sous la direction des médecins spécialisés en hygiène.

Principii și metode pentru organizarea și administrarea spitalelor.

de

Dr. CORNELIU RADU

Arad.

Doamnelor și Domnilor Colegi,

Bună starea fizică și psihică a colectivităților omenești este în strânsă și inextricabilă legătură cu sănătatea trupească și sufletească a indivizilor din cari sunt compuse. Este deci mai mult de cât firesc ca să acordăm o regală atențiune medicinei preventive, bazată pe principii și instituțiuni cari se adresează de preferință colectivităților, ca și medicinei curative care militează pentru restabilirea echilibrului biologic deranjat al unor indivizi. Deasemenea este perfect logic ca activitatea pe teren în aceste două vaste domenii ale sănătății publice să fie armonizată și coordonată până în cele mai mici amănunte.

Dar, pentru a realiza o desfășurare armonioasă a tuturor inițiativelor și acțiunilor cari tind la perfecționarea și raționalizarea organizațiunii noastre sanitare se cere în primul rând stabilirea unui acord desăvârșit între diferitele concepțiuni de politică sanitară cât și adaptarea acestora la realitățile noastre sociale. Ori, la un atare acord nu se poate ajunge de cât printr'o colaborare activă și permanentă a tuturor medicilor, igienisti și curativi deopotrivă; cu autoritățile sanitare diriguitoare cât și cu factorii legiuitori. De aceea inițiativa D-lui Profesor Dr. Iuliu Moldovan, președintele „Aștrei“ care dă posibilitatea corpului medical de a discuta toate problemele de sănătate publică, într'o atmosferă liberă de influențele nefaste ale cluburilor politice, este bine venită; iar noi avem o înaltă datorie morală de a răspunde chemării D-Sale și a contribui în limita modestelor noastre cunoștințe și puteri la progresul sănătății publice din țara noastră. Supunându-mă și eu unui atare comandament moral voi încerca să schizez în fața Domniei-Voastre, principiile și metodele a căror respectare și aplicare mi se par a fi de mare folos practic pentru perfecționarea și raționalizarea organizațiunii și administrației spitalelor, — instituțiunile pivot a le medicinei curative — astăzi în reală și necontestată suferință.

Doamnelor și Domnilor Colegi!

Spitalele au menirea de a repara, cu toate mijloacele de cari dispune știința medicală, tulburările organice survenite la indivizii

de orice categorie socială în luptă permanentă cu adversitățile mediului. Pentru ca să se poată achita integral de această chemare a lor, ele trebuie să satisfacă următoarele desiderate.

A) Să asigure precizarea diagnosticului și aplicarea tratamentului în condițiuni tehnice ireproșabile.

B) Să fie ușor accesibile suferinzilor.

C) Administrația lor, să se încadreze în modul cel mai perfect în viața spitalicească, creiând un mediu prielnic pentru activitatea tehnică a serviciilor și o atmosferă favorabilă unei grabnice reconfortări fizice și psihice a ospitalizaților.

Să analizăm pe rând dezideratele aci anunțate arătând și mijloacele cu ajutorul cărora vom fi în situația de a le realiza.

A)

Pentru precizarea diagnosticului clinic și aplicarea tratamentului în condițiuni tehnice absolut satisfăcătoare spitalele au nevoie de:

I. Organizație și utilaj tehnic perfecte.

II. Activitate tehnică medicală susținută.

III. Corp medical și sanitar auxiliar bine pregătit și devotat iar ca număr adaptat necesităților.

IV. Control și îndrumare pricepute și asidue.

V. Colaborarea efectivă între instituțiunile sanitare și societate.

I. La organizarea tehnică a unui așezământ spitalicesc vom avea în vedere următoarele:

1. Să dispună de servicii proprii pentru cele mai importante specialități. Din punct de vedere științific necesitatea divizării unui spital în servicii de specialitate conduse de elemente cu pregătire temeinică în domeniul acestora nu mai poate suferi astăzi nici o discuție. Obiecțiuni mai mult sau mai puțin justificate s'ar putea în schimb ridica cu privire la alegerea și stabilirea specialităților cari în mod obligator ar trebui să între în compunerea unui spital bine organizat. Mă cred a fi pe deplin obiectiv dacă în această categorie clasific următoarele specialități: a) chirurgia cu ortopedia, b) medicina internă cu boli contagioase, c) ginecologia și obstetrica cu pediatria

și în sfârșit ca anexă a futurora radiologia, laboratorul și prosectura. Evident că nu ne putem lipsi nici de serviciile dermatovenericelor și psihiatrice dar pentru acestea este suficient să se creieze pe lângă fieștecare spital din capitalele de județ câte un serviciu de consultațiuni căruia să se atașeze un număr oarecare de paturi pentru cazurile cari ar necesita o izolare imediată sau o observație apropiată. În centrele urbane cu populație mai numeroasă cum sunt municipiile, — centre economice și culturale a unor regiuni întinse — spitalele trebuie să dispună de toate specialitățile cari au catedre la facultățile de medicină. În asemenea centre unele servicii e bine să lucreze chiar independent sub formă de spitale de specialitate, ele fiind nevoite să facă față unor cerințe deosebite cari în cadrele spitalelor generale nu pot fi satisfăcute. Mă refer cu deosebire la necesitatea existenței unor spitale de copii, institute de obstetrică și ginecologie cât și așezămintelor de boli mintale ca instituțiuni de sine stătătoare și cu organizație perfect adaptată scopului urmărit.

Când necesitatea impune creierea mai multor spitale în aceeași localitate secțiunile acestora se vor fixa astfel încât să se întrească, fără a se concura în mod neobișnuit. Pentru a evita nesfârșitele certuri și intrigi, cu repercusiuni detestabile asupra bunului mers al serviciilor, principial suntem contra existenței a două sau mai multe secțiuni de aceeași specialitate în cadrele aceluiaș spital. În cazurile când afluența prea mare a bolnavilor întrece posibilitățile de muncă a unui medic primar, cred că soluția cea mai fericită este aceea de a atașa acestuia unul sau mai mulți medici asistenți bine pregătiți însă din punct de vedere tehnic subordonați medicului primar.

2. *Serviciile spitalicești trebuie înzestrate cu instrumentarul tehnic necesar.* Este inadmisibil ca din acest punct de vedere să fie insuficient echipate ba chiar mai slab înzestrate de cât cabinetele medicale particulare. În acest scop se impune stabilirea unor echipamente tip corespunzătoare diferitelor servicii de specialitate cari să cuprindă toate aparatele, instrumentele și materialele tehnice indispensabile pentru a face față cerințelor. Odată acest echipament tip stabilit — natural nu de către conștrații birocrați ci de către comisiuni formate din medici de specialitate cu experiență în materie — se va purcede la revizuirea inventarului tehnic a tuturor spitalelor pentru a constata lipsurile reale. Astfel vom ajunge în posesiunea unei situațiuni clare a tuturor lipsurilor și vom putea întocmi cu ușurință un program de înzestrare eșalonat pe o perioadă de câțiva ani, având totodată și posibilitatea de

a ne alcătui un plan de distribuție bine chibzuit și sustras de sub influențe dăunătoare cauzei.

II. O activitate tehnică medicală susținută atât pe teren practic cât și pe teren științific se poate obține :

1. *Prin raționalizarea muncii personalului medical și sanitar auxiliar.* Este un fapt notoriu că o bună parte a medicilor de spital, pentru a-și asigura existența, dețin mai multe funcțiuni iar o altă parte este prea intens preocupată de interesele clientelei particulare. Timpul și energia lor se impart deci în mai multe direcțiuni. Ca urmare firească serviciile spitalicești nu beneficiază de toată priceperea și puterea de muncă a personalului medical ci numai de surplusul rămas neutilizat în altă parte. Ori, normal ar fi ca serviciile spitalicești să constituie preocuparea de căpetenie a tuturor medicilor de spital. Pentru a facilita realizarea acestui deziderat se impune a) fixarea pe cale de regulament a orelor de muncă obligatorii fiecărei categorii de medici din slujba spitalelor, b) repartizarea echitabilă a acestora la diferite spitale și servicii c) salarizare conformă cu studiile precum și cu răspunderea morală și materială.

2. *Prin adaptarea metodelor de investigațiune clinică cât și acelor de ordin terapeutic la noile achizițiuni din domeniul diferitelor specialități.* În acest scop ar fi de dorit ca o cotă parte din onorariile medicale ce se rețin pentru necesitățile spitalului să se afecteze în mod obligatoriu pentru formarea de biblioteci pe seama fieșterii cărui serviciu de specialitate. Achiziționarea cărților și revistelor însă trebuie să se facă după merit; deaceia cred că ar fi bine ca biroul de studii al ministerului sănătății să întocmească la începutul fieșterii cărui an o listă a tratatelor, cărților și revistelor cari merită să fie reținute pentru aceste biblioteci. Și pentru ca interesul științific cât și deprinderea de a consulta literatura să fie permanent întreținute, nu mi se pare de loc deplasat de a impune corpului medical pe cale de regulament ținerea unor ședințe științifice bisăptămânale sau lunare în cadrul cărora să se citească referate din articolele revistelor sau cărților intrate și să se discute cazurile clinice mai interesante.

3. *Printr'o colaborare loială permanentă între diferitele spitale și servicii.* Rețnșarea în zidurile serviciului, ca într'o fortăreață înaccessibilă colegilor de spital cât și practicienilor, nu poate constitui

o condiție prielnică pentru o cooperare laborioasă și de cea trebură combătută cu toate mijloacele posibile la nevoie mergând chiar și până la aplicarea unor represii disciplinare.

III. Rolul personalului medical și sanitar auxiliar în organismul spitalicesc este covârșitor și ca atare merită o atenție deosebită. Să vedem deci cari sunt sarcinile fieștecărei categorii din cadrele acestui personal și ce anume condițiuni trebuie să îndeplinească pentru a fi de o reală utilitate.

1. *Medicul primar este creurul diriguitor care conduce efectiv întreaga activitate ce se desfășoară într'un serviciu spitalicesc. Răspundere morală care apasă umerii săi este imensă. Tocmai de aceea se impune o selecțiune cât mai riguroasă, selecțiune care după părerea mea nu se poate limita numai la aprecierea cunoștințelor profesionale a candidaților ci trebuie să se întindă și asupra calităților cari evidențiază profilul psihic și moral al acestora: spirit de inițiativă, energie creatoare, servicii prestate, valoare morală etc. Numai în felul acesta vom fi în situația de a pune pe fieștecare la locul potrivit de unde ne poate da maximum de randament.*

2. Nu se poate trata cu prea multă ușurință nici problema recrutării medicilor secundari și auxiliari colaboratorii de totdeauna a medicilor primari. Medicii secundari au obligațiunea de a aplica ordinele medicilor primari referitoare la tratamentul și îngrijirea bolnavilor, constituind astfel organele de execuție ale acestora. Interesul bolnavilor reclamă deci în mod firesc ca între aceste două categorii de medici se existe în permanență o înțelegere deplină bazată pe comunitate de vederi și loialitate. De aceea cred că este mai judicios ca medicii secundari să fie numiți la propunerea medicului primar al serviciului respectiv și nu prin concurs cum se procedează astăzi. Este adevărat că la concurs se prezintă deobicei elemente dintre cele mai bine pregătite, însă între acestea se găsesc foarte mulți cari datorită structurii lor sufletești nu se pot încadra în mediul spitalicesc pedeață parte un serviciu spitalicesc nu se poate conduce decât cu un personal care posedă deplina încredere a medicului primar singurul care poartă răspunderea vieții bolnavilor.

3. *Recrutarea și formarea și disciplinarea personalului tehnic auxiliar la rândul său constituie una din problemele vitale ale așezămintelor spitalicesci. Dacă o bună parte din spitalele noastre nu au*

reuşit încă nici până acum să învingă indiferenţa sau chiar adversitatea marelui masse a populaţiei, deplin justificate prin reminiscenţe din trecutul mai mult sau mai puţin apropiat, aceasta se datoreşte mai ales lipsei de pregătire tehnică şi sufletească a infirmierelor şi surselor de caritate. Contactul bolnavului cu mediul spitalicesc se face prin intermediul infirmierelor. De la calităţile sufleteşti ale acestora depinde nu numai felul cum ospitalizaţii se adaptează la noul mediu ci şi influenţa pe care aceste o exercită asupra evoluţiei boalei. Cu deosebire manifestă este influenţa mediului asupra copiilor şi femeilor bolnave. Acei dintre noi cari cunosc viaţa intimă a serviciilor spitaliceşti sunt desigur de acord cu mine când afirm că, pregătirea tehnică şi cu deosebire aceia sufletească a personalului sanitar auxiliar dela spitalele noastre în general lasă încă mult de dorit. Neajunsurile provenite din această cauză s'au accentuat şi prin faptul că printr'un statut promulgat în anul 1933 personalul sanitar auxiliar a fost pus pe picior de egalitate cu personalul medical. Eventualele neglijenţe, abateri dela datorie sau conflicte neputându-se sancţiona şi lichida de cât pe cale disciplinară care reclamă formalităţi fără de sfârşit. Ce siguranţă poate avea medicul singurul răspunzător în faţa oamenilor de viaţa bolnavilor lăsată în grija sa când auxiliarii săi fireşti scapă de sub autoritatea sa? Astfel fiind se impune o grabnică revizuire a statutului amintit în sensul ca primele 2 pedepse disciplinare, — admonestarea verbală şi admonestarea în scris, să fie aplicate de către medicul primar al serviciului, a 3-a pedeapsă, — pierderea salariului până la 30 zile, de către medicul primar director a spitalului pe baza unei anchete, iar pedeapsa suspendării cu pierderea salariului şi destituirea de către comisia de disciplină regională. Deasemenea ar fi consult pentru cazurile când medicul primar nu mai poate avea încredere în personalul său să se poată recurge la măsura transferării în interes de serviciu, reducându-se formalităţile la un simplu raport al medicului primar către Inspectorul regional.

În aceeaş ordine de idei pentru a grăbi selecţionarea unui corp de infirmiere bine pregătit ar fi de dorit ca şcoalele respective să dea o atenţie mai mare pregătirii sufleteşti a elevelor, iar ultimul an de şcoală să fie destinat specializării în diferite domenii ca: puericultură, pediatrie instrumentară la chirurgie, laborantă la serviciile de radiologie etc.

4. Afară de calitatea personalului sanitar auxiliar, care este determinantă în asigurarea unei îngrijiri raţionale a bolnavilor ospitalizaţi,

nu trebuie să uităm că *bunul mers al serviciului mai este în funcție și de număr nu numai de calitate*. Numărul acestui personal se va stabili nu după norme generale fixe, cum sunt acelea din regulament pentru funcționarea instituțiilor de asistență medicală, ci după norme adaptate la *necesitățile particulare ale fieștecărui serviciu de specialitate*. Fără un număr suficient de personal sanitar auxiliar nu se poate menține un serviciu medical neîntrerupt. Deaceea în spitalele moderne din străinătate personalul infirmier e repartizat în trei grupe cari se succed în serviciu la interval de 8 ore. În felul acesta îngrijirea și supravegherea bolnavilor nu lasă nimic de dorit. În acelaș timp în spitalele noastre o infirmieră — în ciuda prevederilor regulamentare chiar — nu odată are în sarcina sa 20 până la 30 de bolnavi, iar serviciul de noapte este îndeplinit de o singură infirmieră a 50 până la 100 paturi.

5. Evident că dacă pretindem personalului Sanitar auxiliar atâtea calități și îl încărcăm cu atea obligațiuni *nu putem neglija nici problema unei echitabile salarizări*. Atâta timp cât la salarizarea acestora nu se va ține seamă de aplicarea unor norme mai juste nu ne putem aștepta ca această profesiune să fie îmbrățișată de elemente bine pregătite iar soarta bolnavilor va fi lăsată și mai departe la discreția unui personal insuficient înzestrat atât din punct de vedere sufleteș cât și din acel profesional.

IV. Controlul de îndrumare și supraveghere neîntrerupt este indispensabil pentru asigurarea unui randament optim în activitatea tehnică a spitalelor. Acest control se poate realiza :

1. Prin creierea unui corp de inspectori sanitari de specialitate. Pentru a nu compromite ideia la formarea acestui corp care trebuie să reprezinte elita morală și intelectuală a corpului medical de spitale nu se va ține seamă de nici o altă considerațiune, de cât de aceia a valorii morale și intelectuale a candidaților. Organele aceste de control vor activa astfel încât să constituie călăuze pricepute pentru începători și tovarăși cu mai multă experiență pentru medicii cu oarecare vechime în serviciu.

2. Prin înființarea unor spitale model pentru fieștecare specialitate în sensul propunerii Dlui Dr. Sabin Manuilă (Revista Ministerului Muncii, Sănătății etc. No. 7—8 din 1935) unde să se experimenteze metodele cele mai raționale de lucru urmând ca experien-

tele de aci să servească ca îndreptar celorlalte servicii de specialitate. Aceste spitale sau servicii bine utilizate și conduse de personal medical cu calități personale și morale alese ne pot servi și ca pepiniere pentru formarea elementelor cari aspiră la titluri de specialitate dar nu află posibilitatea de a se aranja în serviciile clinicilor.

V. Colaborarea între instituțiunile sanitare și societate se poate realiza prin :

1. *Creierea unui serviciu social pe lângă fieștecare așezământ spitalicesc.* Serviciul social este de mare utilitate în primul rând la spitalele de copii, institutele obstetrice, cât și la sanatoriile de tuberculoși serviciu social de spital s'a născut din nevoie simțită de a pune bolnavul în condițiuni optime pentru refacerea lui. Bolnavul nu poate fi separat de ambianța socială de unde el este ridicat. Problemele bolnavilor sunt nenumărate. Incepând cu formalitățile de internare la spitale, cu anchetarea capacității lui de plată a taxelor de întreținere, cu caracterul condițiunilor sociale de acasă, cari au influențat boala, cu îngrijirea membrilor de familie rămași acasă fără mijloace de existență și până la aranjarea convalescenței bolnavului, sunt fapte de fiecare zi care preocupă pe fiecare bolnav. Asistența socială nu se va mai mulțumi ca prin ancheta socială ce o întreprinde să furnizeze medicului informațiuni asupra cauzelor cari au produs boala ci se va îngriji să elimine factorii cari au concurat la producerea boalei scrie în revista citată Dl. Dr. Sabin Manuilă. Iar noi, având în vedere natura preocupărilor sale, nu putem ridica nici o contestație justificată contra creierii serviciului social al spitalelor ci ne exprimăm doar dorința de a-l vedea cât mai în grabă realizat, nutrinđ speranța că acest serviciu ne va ajuta mult și în câștigarea încrederii meselor populare avizate la o asistență sanitară rațională.

2. *Participarea personalului medical al spitalelor la toate acțiunile și inițiativele de ordin medico-social din raza lor de activitate.* Beneficiile morale pe care le recoltează așezămintele spitalicesci în urma unei activități medico-sociale intenzive și rodnice ale personalului medical sunt adeseori extrem de prețioase.

B)

Oricât de perfect ar fi organizat însă un așezământ spitalicesc el nu se poate achita integral de chemarea sa de cât în cazul când

accesul bolnavilor de orice categorie nu întâmpină dificultăți prea mari. Pentru a înlesni accesul tuturor suferinzilor la instituțiunile sanitare se cere :

1. Să fie așezate într'un punct central spre care gravitează majoritatea populației din raza lor de activitate. Dat fiindcă aceste puncte sunt de obicei identice cu centrele administrative județene, ideia înființării unui spital central în fieștecare capitală de județ este mai mult de cât justificată.

Evident că atunci când situația geografică este de așa natură în cât un număr mare de bolnavi din cauza distanțelor greu de parcurs sau din lipsa căilor de comunicație sunt puși în imposibilitate de a beneficia de asistența medicală ce le-o oferă spitalele centrale județene, este perfect logic ca nici aceștia să nu fie lăsați la voia sorții, să se înființeze și pentru ei așezăminte spitalicești, stabilindu-le în inima regiunii vitregită de conformația geografică a solului. Pornind dela aceste considerațiuni spitalele cu destinație specială cum sunt cele pentru pelegroși, malarie etc. trebuesc așezate și ele tot într'un punct central al regiunii unde molimele arătate bântuie cu mai multă furie.

2. Să existe un acord permanent între autoritățile sanitare aparținând diferitelor ministere, case și regii autonome etc. Din acest punct de vedere prevederile legii sanitare dela Art. 1—4 cari concentrează în mâna ministerului sănătății îndrumarea și coordonarea activității pe teren sanitar a tuturor instituțiilor de asistența medicală, ori cărei autorități ar aparține ele, sunt mai mult decât salutare.

3. Să asigure transportul bolnavilor în condițiuni optime dela domiciliu la spital și viceversa. Problema aceasta și-a primit o deslegare parțială pe teritoriul unor municipii datorită cooperării cu societățile de salvare. Dar situația este mai ales gravă în ce privește bolnavii din provincie unde lipsesc mijloace rapide de transport. Administrațiile locale deși obligate ași organiza cu mijloacele proprii asistența socială deci și transportul bolnavilor în marea lor majoritate sunt prea anchilozate într'un biurocratism șters încât să se poată sesiza și de asemenea cazuri. Astfel fiind un serviciu de transport care să lucreze în colaborarea cea mai strânsă cu serviciul social al spitalului respectiv cât și cu toate organele de asistență socială și sanitară din județ este indispensabil ori căruia așezământ spitaliceșc.

4. Sarcinile materiale în legătură cu ospitalizarea, taxele de îngrijire etc., să fie astfel stabilite încât să nu prejudicieze nici o

clasă socială. Din acest punct de vedere prevederile legii sanitare ni se par echitabile așa că nu simțim nevoia a mai insista asupra acestei chestiuni.

C)

Administrația la rândul ei se va încadra astfel în viața spitalelor încât serviciile tehnice să aibă în aceasta un colaborator loial și nici decum un balast supărător. Ea trebuie să fie mereu activă și animată de o nesecată energie creatoare, cu toate acestea chibzuită și ordonată ca orice gospodărie bine condusă. Administrația va avea mereu în vedere că orice neglijență, ușurință sau întârziere în executarea lucrărilor sau îndatoririlor sale firești atrage după sine o gravă perturbare în bunul mers al serviciilor tehnice, iar ca urmare pune în primejdie viața bolnavilor sau în cazul cel mai bun compromite rezultatele terapeutice. De aceea biurocrațizarea excesivă a administrației spitalicești constituie nu numai o greșală de concepție în materie ci chiar o culpă cu consecințe din cele mai dureroase asupra activității așezămintelor spitalicești. Spre a răspunde dezideratelor aci enunțate la reglementarea și raționalizarea administrațiilor spitalicești vom avea în vedere următoarele considerațiuni :

1. *Fiecare instituțiune va avea la începutul unui nou an bugetar, bugetul său propriu definitiv fixat și aprobat, căci numai astfel este posibilă o activitate administrativă creatoare bazată pe un program de muncă elaborat și chibzuit până în amănunte.*

2. *Bugetul instituțiilor spitalicești se va stabili pe baza necesităților reale constatate și verificate la fața locului și nu dela masa verde. În felul acesta să dă pe deoparte posibilitatea directorilor de a prezenta situația reală într'un mod mult mai lămurit de cât pe hârtie, iar pedeałtăparte ușurează și documentarea organelor de control cari astfel își pot forma o icoană mai fidelă asupra necesităților fiecărui servici.*

3. *Se va acorda directorului o libertate cât mai largă în administrarea bugetului căci numai astfel lucrările administrației se pot armoniza cu activitatea serviciilor tehnice. Sistemul actual excesiv de centralist are darul de a sugruma în fașe orice inițiativă și a zădărnici efectele celor mai bune intențiuni.*

4. *Aprovizionarea promptă și la timpul oportun atât cu materialele tehnice cât și cu alte obiecte de inventar sau materiale consumabile va constitui întotdeauna una din cele mai de seamă preocupări ale gospodăriilor spitalicești. Ori, acest obiectiv nu poate fi atins decât prin ruperea cătușelor nesfârșitelor formalități birocratice.*

5. *Eforturile sanitare constituite și activând în sensul intențiilor D-lui Dr. Costinescu ministrul sănătății și ocrotirilor sociale, în cazul când în fruntea lor se va afla oameni de ispravă și dacă prin măsuri inoportune nu li s'ar știrbi nimic din drepturile și obligațiile impuse de inițiatorul lor pe lângă stimularea inițiativelor locale ar mai avea și darul de a suprima și o serie de forme birocratice inutile menite cel mult a acoperi cu forme legale risipa sau nepriceperea. Ar fi de dorit ca aceste eforturi să intre cât mai curând în atribuțiunile lor legale spre a ne dovedi absoluta lor utilitate.*

6. *Ridicarea și întărirea prestigiului funcțiunii de director prin drepturi și atribuțiuni mai largi cari să impună subalternilor constituie o condiție sinequa non pentru ca gospodăria spitalicească să meargă pe calea cea bună. În situația de astăzi autoritatea directorului se exercită în mod efectiv abia asupra personalului de serviciu dela bucatărească în jos, căci în sus îi lipsesc aproape cu desăvârșire posibilitățile de a aplica sancțiuni imediate și eficace în cazuri de indisciplină sau abateri dela datorie. Ori lipsa sau chiar numai întârzierea sancțiunilor cuvenite formează întotdeauna clemente generatoare de anarhie și dezordine.*

Autoritatea directorului a ajuns în suferință și din cauza sistemului de rotație bazat pe alegeri periodice cari demoralizează cadrele. Deaceia opiniez pentru stabilitatea funcțiunii de director și în același timp și contra divizării acestei funcțiuni în aceia de director tehnic și director administrativ, divizare ce nu poate duce decât la fricțiuni și lupte dăunătoare cauzei căci doi șefi egali în grad și funcțiune chiar dacă au atribuțiuni diferite nu pot conviețui liniștit și mai ales nu pot colabora în mod eficace.

Stabilitatea în funcțiune a directorului mai este necesară și pentru continuitatea în conducere, condițiunea esențială a unei gospodării raționale. O asemenea continuitate se impune în primul rând în vederea asigurării unui program de muncă și de realizări neîntrerupt asupra importanței căruia nu cred necesar să mai înzist.

7. *Formarea și selecționarea riguroasă a personalului administrativ și cu deosebire a administratorului de spital după norme uni-*

forme și pe baza unei pregătiri profesionale teoretice și practice temeinică. Postul de administrator este un post de încredere, administratorul fiind mănuiitor de bani publici, iar ca atare se cere să întrunească toate condițiunile morale și materiale necesare pentru a i se putea acorda un credit moral și material nelimitat căci, directorul deși gestionar de drept după regulament nu poate fi și nici nu trebuie degradat la rolul de jandarm.

8. Un control administrativ asiduu și pătrunzător din partea unor controlori experți în contabilitate și administrație spitalicească se impune nu ca mijloc de vexațiune ci cu scopul de a obicnui personalul administrativ cu activitatea metedică și ordonată. Un asemenea control nu poate fi lăsat în sarcina directorului, căci lucrările de contabilitate au o tehnică a lor proprie a cărei însușire nu intră în preocupările sale.

9. În sfârșit o bună administrație spitalicească nu va pierde nici odată din vedere că toți aceia cari conviețuiesc și activează în cadrele unui așezământ spitalicesc medici, infirmieri, personal administrativ, personal de serviciu și bolnavi formează împreună o mare familie. Această familie numeroasă pe lângă nevoile sale materiale de fieștecare zi mai are și necesități de ordin sufleteesc cari nu pot fi integral satisfăcute numai prin acordarea drepturilor înscrise în legi și regulamente. Deaceia administrația spitalicească nu se va sustrage dela nici un sacrificiu pentru a crea în interiorul spitalului un mediu cât mai atrăgător: locuințe confortabile și prietenoase pentru personal, grădini vesele și parfumate pentru bolnavi și personal deopotrivă, saloane și camere de bolnavi curate și luminoase, distracții compatibile cu starea bolnavilor; pentru adulți radio, bibliotecă etc. iar pentru copii jucării și jocuri individuale și colective. Procedând astfel vom realiza o legătură sufletească mai intimă între instituție și personal pe departe și între bolnavi și personal pe departe și între bolnavi și personal pe de altă parte, legătură indispensabilă pentru ca un așezământ spitalicesc să se poată achita integral de îndatoririle sale firești.

Doamnelor și Domnilor Colegi,

Tehnica de organizare și administrație spitalicească în țările cu civilizație mai înaintată și cu preocupări de asistență sanitară și socială mai avansată în ulimul deceniu s'a perfecționat în așa măsură

încât realizările din acest domeniu au depășit deja cu mult modestele dorințe pentru a căror îndeplinire corpul medical român susține astăzi o luptă înverșunată. Din punct de vedere documentar poate ar fi fost interesant să evoc în fața D=Voastră părerile și concluziunile celor mai proeminente personalități din țările unde înfăptuirile spitalicești recente sfidează chiar și puterea noastră de imaginație. Procedând astfel aș fi satisfăcut fără doar și poate curiozitatea legitimă a multora dintre cei de față, dar în acelaș timp cu siguranță aș fi sădit în sufletul D=Voastră și sămânța amărăciunei, dacă nu aceea a desnădejdei, văzând la ce depărtare este de noi palatul fermecător al realizărilor ideale și ce întunecos este pustiul pe care trebuie să-l străbatem pentru a ajunge la porțile sale. Deaceia am renunțat de a zugrăvi în fața Domniei=Voastre lucruri, fapte și dorinți la a căror înfăptuire am fi nevoiți să renunțăm încă dela primul asalt al spiritului nostru creator, și m'am mărginit la înșiruirea acelor cari mi s'au părut a fi mai apropiate de înțelegerea colectivității căreia aparținem și care având și mai mulți șorți de realizare. Nu mă îndoiesc că unii dintre D=Voastră, colegi cu experiență mai îndelungată și înzestrați cu o mai mare putere de pătrundere a lucrurilor, vor afla oarecari lacune în modesta mea expunere. Lipsurile pot fi chiar însemnate, căci viața spitalicească să desfășoare în aspecte bogat nuanțate, prezentându-se în culori diferite după cum suferă influența mediului sau aceea a personalității conducătorului precum și timbrul specialității. De altcum asemenea lipsuri și lacune sunt mai mult decât firești într'o conferință a cărei extindere este limitată în timp și totodată în funcție și de răbdarea auditorului. Mulțumirea mea sufletească ar fi totuși deplină dacă aș putea părăsi acest loc cu siguranța unor zile mai bune pentru viitorul spitalelor noastre, viitor căruia i-am închinat astăzi o prea modestă ofrandă.

Zusammenfassung. — *Der Verfasser beantragt die Errichtung von Musterkrankenhäusern, die die Anwendung neuerer Behandlungsweisen ermöglichen. Weiter betont er die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen den Krankenanstalten und der Gesellschaft zwecks Sicherung eines bekömmlichen sozialen Milieus für den Kranken. Die Durchführung dieser Aufgabe fiele einem besonderen sozialen Dienst zu. Um den Anstalten eine einwandfreie Arbeit sicherzustellen, ist neben einer erhöhten Handlungsfreiheit für die Anstaltsleitung auch eine besondere berufliche Vorbereitung des Verwaltungs- und technischen Hilfspersonals notwendig.*

Calificarea medicilor sanitari.

de

Dr. NISTOR POMPILIU

medic primar județean.

Una din cele mai neglijate probleme, din punct de vedere practic, deși destul de discutate teoretic, este calificarea medicilor funcționari.

Totodată aceasta este una din cele mai neplăcute sarcini ale fiecărui șef de autoritate sanitară și totodată și una din cele mai de prisos.

Este neplăcută pentru că înseamnă să dai nota de apreciere unui coleg, să-i judeci activitatea, să-i faci un portret al activității publice, dar fără să ai criterii fixe, bine studiate, bazat pe anumite norme, cari să te împiedece să greșești, cari să te facă să poți justifica pentru ce ai dat respectivele note calificative și nu altele, cari să-ți dea fie însuși încrederea că ai fost just și obiectiv și nu te-ai condus de aprecieri subiective sau de resentimente sau simpatie față de cel calificat.

Așa cum e starea actuală, simți o jenă să-i arăți subalternului tău nota ce i-ai dat-o, pentru că nu o poți justifica decât prin fraze generale, prin aprecierea subiectivă a activității acestuia. Și chiar când o bazezi pe morbiditatea, mortalitatea generală și mortalitatea infantilă din raza de activitate a celui calificat, unele din puținele criterii obiective ale calificării este greu să deosebești ce poți atribui medicului și ce stadiului cultural, economic, și altor împrejurări locale, activității școlii, realizărilor edilitare, felului de viață, naționalității populației etc.

Din această cauză notele calificative le dai ca ceva secret, confidențial și chiar ca ceva rușinos, pe sub mână.

De altă parte, chiar când cauți să fii cât mai obiectiv și mai drept, deci implicit și sever în aprecieri, ai îndoiala, ai chiar mustra-rea de a fi prea sever, când știi sau presupui, că în alte județe vecine ori în alte inspectorate, această notare se face după alte criterii sau fără nici un criteriu, ci după bunul plac, după considerente de prietenie, de servicii persoane aduse și adeseori de natură politică. Și ai deci temerea că ai nedreptățit pe al tău, — ori l-ai prea ridicat, după cum deasemenea poate fi cazul, — prin notarea ce i-ai dat-o.

Să mai adăugăm că există încă o prejudecată, mai ales la generația mai veche de medici, ca medicul să nu fie judecător al altor medici colegi, că medicul prin definiție este la locul lui și știe să-și facă datoria, deci nu mai trebuie controlat și judecat: de unde apoi provine și valul de aprecieri în superlative de laude.

Intervine însă un corectiv care să te facă să treci mai ușor peste neplăcuta sarcină: Este faptul că dela început știi că aceste notări sunt de prisos, sunt numai un exercițiu de gimnastică intelectuală și morală în căutarea terminelor și în balansarea meritelor celui judecat, care nu va avea nici o urmare practică.

Căci este notoriu, că în unele județe și în unele inspectorate aceste notări nu se dau, nici chiar sumar și arbitrar. Iar și dacă se dau, rareori a fost avansat, transferat, recompensat, retrogradat sau pedepsit vreun medic în urma acestor notări.

Dar cum ar și putea fi altfel, când și la Minister se știe cum se dau notete calificative și când acelaș Minister stă în fața unor aprecieri diametral opuse asupra aceluiaș candidat, date de diferiți medici primari ori inspectori, uneori chiar de aceeași persoană.

Din faptul că notelor calificative nu li se dă importanță — și nu li se poate da în modul cum se fac astăzi, decât cum grano salis și mai ales având în vedere *persoana* care le-a dat — decurg mai multe consecințe cari strică și prestigiului corpului medical, de sus în jos, și însăși activității sanitare.

Astfel transferările din locuri mai rele în locuri mai bune de regulă se fac nu după meritele de activitate și devotament pentru sănătatea populației ale medicilor, ci după aprecieri subiective și mai ales după intervențiile prietenești, interesate sau politice. Mai ales că, conform stilizării articolelor respective din legea sanitară, Comisia Administrativă e suverană în aprecierea oportunității de transferare; căci nu e obligată nici să justifice, nici să facă cunoscut cel puțin pentru ce a fost transferat X, pentru ce a fost înlăturat Y sau pentru ce nici X și nici Y nu a primit transferarea, ci locul s'a trecut asupra următorilor trecuți la capacitate.

De aici urmează, de altă parte că medicii oficiali, începând dela Județ și până la circumscripție, știindu-se siguri pe locurile lor, văzând că orice activitate ar avea, vor avea aceeași leafă, vor fi tratați la fel, vor fi la fel nerecompensați și vor avea aceeași posibilitate de transferare și avansare, ca și cei slabi, ca și cei egoiști, cari caută să și facă cât mai multă clientelă particulară și cari din drepturile ce le revin prin legi, regulamente și dispoziții caută să scoată cât mai multe avantajii personale, pentru cari activitatea altruistă rămâne pe ultimul plan și pentru cari funcția devine o curată sinecură, — își pierd elanul, își pierd încrederea și încetul cu încetul se alătură celorlalți.

Este deci timpul ca medicii funcționari să fie clasaji și tratați, cu toate consecințele și materiale și morale, după meritul lor, după zelul și priceperea ce o pun în interesul statului și sănătății publice.

Aceasta nu se poate face fără o justă calificare în serviciu.

Dacă această calificare nu e ușoară nici în mediu închis, cum e la spitale, laboratorii, dispensare, la cari toate condițiile și datele se află în interiorul instituției — în situația de azi a acestor instituții cari nu-și îndeplinesc rolul lor prevăzut în legea sanitară de propagandă și anchete în afară de instituție — după cum foarte bine a arătat Dl. Dr. C. Radu în Nr. 5—7 1936 al Buletinului Eug. Biop., — cu atât mai grea este calificarea medicilor sanitari, începând cu medicii de județ și oraș, și isprăvind cu cei de circumscripție, și chiar a personalului sanitar auxiliar.

Pentru că activitatea acestora este multilaterală, curativă, preventivă, edilitară, de propagandă, de poliție sanitară etc., etc.; pentru că se exercită în medii culturale, sanitare, economice etc., diferite nu numai în județe învecinate, ci în cuprinsul aceluiaș județ, ba și în cuprinsul aceleiași circumscripții.

Pentru că activitatea lor și rezultatele vizibile ale acestora depind și de standardul sanitar deosebit din sat în sat, de realizările sanitare și edilitare ale comunelor, de standardul vieții, și de ocupația locuitorilor, de bugetele generale și în special sanitare, de salubritate și edilitatea comunelor și județului, de comprehensiunea conducătorilor administrativi și căpeteniilor politice din județ și comune, de atmosfera generală față de problemele sanitare, și de atâtea imponderabile locale, pe cari le poate sesiza numai o atentă și desinteresată observațiune.

Dar tot atât de drept este că toate cele de mai sus pot fi influențate în bine prin o perseverență activitate și prin acel dar ce nu se poate prinde în cuvinte, al celor devotați unei cauze, cari cu timpul pot schimba o atmosferă, pot desarma ostilități și pot mișca pietrele chiar.

Se cere însă ca aceștia să fie recunoscuți, sprijiniți, recompensați și onorați de autoritățile superioare; pentru aceasta au să servească însă notele calificative.

Iar nota calificativă va trebui să fie cont de toate împrejurările de mai sus.

* * *

Pentru o bună calificare însă se mai cer unele condiții prealabile :

1. Serviciul să fie standardizat pe țara întreagă. Să se fixeze și să elaboreze în sfârșit Ministerul normele după cari vor funcționa serviciile. Astăzi în diferitele inspectorate, dar și în cuprinsul aceluiaș inspectorat și în cuprinsul aceluiaș județ sunt alte registre de purtat — de cele mai multe ori nici nu sunt, — alte rapoarte de făcut, alte proceduri la diferite cauze sanitare, în special edilitare, de controlul alimentelor, controlul școalelor, fișe, în combaterea epidemiilor etc. O comparație justă în condiții așa de diferite, nu se poate face.

2. Să se pue medicii și personalul sanitar în aceleași condiții materiale. Căci nu vom putea cere aceleași rezultate unui medic care are o locuință în natură bună, un dispensar, soră de ocrotire, agent sanitar și moașe, care are ajutor material dela comune pentru transport, care are 2—3 comune, înzestrate cu șosele carosabile, care are comune, cu apeduct, lumină electrică, canalizare, școli bune, farmacie, bugete sanitare și edilitare bune, și în cari comune este o tradiție sanitară și un nivel cultural-economic-higienic ridicat, etc., ca și unui medic fără locuință corăspunzătoare, în comune fără șosele, fără realizări edilitare, fără dispensar și personal, cu 10—30 de sate răzlețe, sărace etc. Și având ambii acelaș salariu, aceiași diurnă, dar posibilități diametral opuse de a-și întregi salariul din venitele clientelei.

3. Să se facă posibil șefului autorității superioare să-și poată cunoaște personalul subaltern cât mai bine: să-l poată vizita cât mai deș, având timp suficient de control. În organizația de azi nici medicul primar de Județ, nu-și poate cunoaște personalul în toate amănunțimile necesare, fiind legat de birou prin multiplele sarcini ce i s'au impus și neavând un locțiitor, mai ales în județele mari: nici inspectorul nu poate cunoaște activitatea medicilor primari de județe, municipii și spitale, laboratorii, dispensare etc. pentru ca să-i poată controla și cunoaște în toate aspectele activității lor.

Astăzi de multe ori aprecierea subalternilor se face mai ales după rapoartele înaintate, cari adeseori sunt ticluite fără bază reală; și știm că adeseori medici în ordine și promji în rapoarte, au activitate aproape nulă pe teren și invers.

4. În sfârșit trebuie să existe norme unitare și fixe de calificare, lucrate și impuse până în detalii de Ministerul Sănătății, prin consultarea nu numai a organelor centrale, ci mai ales a celor exterioare.

În care va trebui să se ție cont de starea sanitară — actuală a țării întregi, dar și a singuraticelor provincii și chiar județe din aceeași provincie.

* * *

Principiile de calificare din legea Sanitară din 1930, încă neaplicate, le aflăm cele mai bune, pentru că se bazează pe date concrete, controlabile și raportate la rezultatele activității medicilor și serviciilor. Dar legea n'a tras și consecințele logice ale calificării; pentru că unei bune calificări repetate ani întregi, nu-i corespunde nici măcar o gradajie de merit (care însă a fost prevăzută în expunerea de motive, dar a fost scoasă la votarea legii), nici obligativitatea de a fi preferați cei bine calificați la transferări în locuri mai bune materialmente ori mai ușoare de administrat.

De altfel legea din 1930, prevede avansarea medicilor în baza titlurilor, vechimei și activității lor, fără mai cere concurs; rămânând logică cu principiile ei în felul cum prevede discernământul medicilor prin metoda de calificare de mai sus.

Mai puțin logică este schimbarea ulterioară a legii, care deși a menținut sistemul de calificare, dar a condiționat avansările de un nou examen; ce nu are rațiune îndată ce calificările de activitate sunt cele din lege. Probabil că autorii introducerii examenului s'au condus de faptul că partea aceasta a legii nu s'a aplicat; dar atunci deodată cu introducerea examenului trebuiau să șteargă și articolii referitori la calificare.

* * *

Schița D-ului Agr. Dr. M. Zolog din buletin Nr. 1—2/1936 ale cărui principii ni le însușim întru totul, este foarte potrivită în general; dar detaliile grupei bolilor contagioase și sociale, trec peste posibilitățile actuale și încă mult timp și peste cele din viitor ale noastre. Pentru că organizațiunea noastră sanitară, nu numai de jos, dar mai ales de sus, posibilitățile de acțiune ale medicilor, în mediul administrativ și economic al județelor, nu sunt de așa natură încât să se poată țină cont de standardele arătate și cel mult dacă aceste standarde se vor modifica cu situația specifică țării și regimurilor noastre.

Trebuind să facem în calitate de medic primar de județ, notele calificative ale personalului nostru, în lipsa modelului dat de Minister sau de inspectorate și simțind că simpla notare cu câteva fraze de

circumstanță este insuficientă, încă dela 1931 am întocmit o fișe individuală care cuprinde și grupele Domnului Zolog și altele în plus.

Baza pentru întocmirea fișei ne-a fost: rezultatele inspecției noastre a cancelariei medicilor, a proceselor verbale de inspecție, urmărirea activității lor pe toate terenele sanitare și pe teren cultural și de propagandă prin conferințe, prelegeri, purtarea lor în societate și raportul cu organele administrative, școlare etc. din cercul lor. Dar mai cu seamă ne-am bazat pe raportul de activitate anual ce l-am introdus din 1930 și din care am publicat în broșuri pe cele din 1930 și 1933, augmentate cu tabele statistice de activitate, dar și de mișcarea demografică, asupra căreia am pus mare pond, făcând dependentă calificarea și de mersul mortalității generale și infantile; bineînțeles când respectivii medici au activat mai mulți ani în aceeași circumscripție.

Neavând modele de tabelele statistice, adaptate pentru mediul rural, a trebuit să ne întocmim singuri modelele, cari se pot vedea în raportul nostru pe 1933.

În cursul anilor ne-am mai dat seama că concluziile răspunsurilor noastre la grupele de activitate prin: bun, foarte bun, corespunzător etc. nu sunt suficient de precise și discriminarea între ele lasă loc la un joc prea mare. Deaceia din 1935 am aflat necesar să introducem și cifrele ca concluzie a calificației date în text, și anume de la 20 în jos.

Dar suntem conștii că, concluziile din aceste cifre sunt valabile numai după ce se vor realiza condițiile de standardizare cerute mai sus.

Deasemeni am introdus și note calificative pentru personalul sanitar auxiliar, pe cari sunt obligați medicii de circumscripție și dispensare să le dea, rămânând să le complectăm noi după cunoștințele și experiențele față de acest personal auxiliar.

La surorile de ocrotire am luat ca criteriu, că nu poate fi calificată bună o soră în al cărei sat, după o activitate de mai mulți ani, să nu fi scăzut mortalitatea infantilă. La moașe am luat ca criteriu, în afară de numărul moșirilor, mortalitatea în primele zile a nou născuților, procentualitatea de vaccin B.C.G. administrat și în bolnăvirile de maladii puerperale la femei.

Nu am avut prilejul de a da note calificative pentru medicii de județ, dar cunoscând care trebuie să fie activitatea acestora, vom preconiza un model și pentru ei. Bine înțeles aceste note vor trebui date de inspectoratul general Sanitar al regiunii, care le va putea

însă da cu dreptate și comprehenziune numai dacă cunoaște serviciile sanitare din proprie experiență, adică dacă s'a ridicat de la circumscripție, prin județ sau municipiu, la inspectorat.

* * *

Vom da în cele ce urmează o schemă de calificare a medicilor sanitari după modelul preconizat mai sus, care nu poate fi perfect, care poate fi modificat, care poate fi socotit prea pretențios, dar care credem că poate servi ca bază unei bune și corecte calificări.

I. Nota calificativă a medicilor de circumscripție și comunali.

1. Activitatea de birou:

_____ purtarea registrelor,
 _____ „ cazierului comunal,
 _____ rapoarte periodice.
 _____ corespondență.
 _____ raport anual și de activitate.

2. Inspectarea comunelor:

_____ de câte ori pe săptămână.
 _____ sumară sau femeinică.
 _____ regularitatea la zilele fixate.

3. Combaterea epidemiilor:

_____ vizitarea și tratarea.
 _____ izolarea.
 _____ desinfectarea.
 _____ declararea.
 _____ depistarea și filiația.
 _____ control bacteriologic.
 _____ control serologic.
 _____ vaccinări preventive.
 _____ seroterapia.

4. Combaterea boalelor sociale:

_____ depistarea.
 _____ tratamentul.
 _____ fișe individuale și familiare.

- _____ consultații.
- _____ diagnostic de laborator.
- _____ prostituția clandestină.

5. *Activitatea pe terenul igienei și salubrității publice :*

- _____ măsuri pentru curățenia străzilor.
- _____ curților, caselor.
- _____ intervenții pentru realizări edilitare sanitare, ca :
- _____ apă potabilă, canale, luminat, băi, strand, golirea closetelor.
- _____ cărarea gunoaielor.

6. *Protecția mamei și a copilului :*

- _____ examinări de gravide.
- _____ „ de sugaci.
- _____ „ de școli.
- _____ „ de elevi.
- _____ vaccinul B. C. G.

7. *Activitatea de medic curant :*

- _____ consultații.
- _____ consultații gratuite.
- _____ specialitate sau preferință.
- _____ înregistrări, fișe.
- _____ aparate speciale.
- _____ probe de laborator.
- _____ I. O. V.

8. *Activitatea de poliție sanitară :*

- _____ controlul autorizațiilor de funcționare.
- _____ „ debitelor alimentare.
- _____ „ atelierelor și fabricelor.

9. *Activitatea culturală și de propagandă :*

- _____ face parte din societăți culturale.
- _____ conferințe, prelegeri, cursuri de școală, premilitare, de cuprins sanitar, de igienă și cultural.
- _____ lucrări științifice : publicații, comunicări, conferințe.
- _____ participarea la cursuri de perfecționare, congrese.
- _____ bibliotecă, reviste de specialitate.

10. *Comportarea față de administrație, școli, societate :*

- _____ raporturile de serviciu cu autoritățile.
 _____ „ sociale cu autoritățile.
 _____ purtarea în societate.
 _____ raporturile cu personalul subaltern.

11. *Distincții, pedepse disciplinare, concedii :*

- _____ inițiativă, energie, perseverență.
 _____ capacitate de organizare.
 _____ autoritatea în serviciu.
 _____ altruism.
 _____ activitatea în serviciu.
 _____ „ culturală, propagandă.

De sine înțeles că notarea atât de amănunțită se poate face pe lângă o bună cunoaștere prin contact des, **inspecții**, studierea rapoartelor, control personal al superiorului și nu se poate răspunde totdeauna la toate sub-secțiile.

Notarea se va face cu aprecieri în text și cu o notă generală la fiecare din cele 11 capitole, cu o notă sumară la al 12-a.

II. Nota calificativă a personalului sanitar auxiliar.

1. Priceperea și cunoștințe profesionale.
2. Calități personale.
3. Sârguința și conștiințiozitatea în serviciu.
4. Disciplina și purtarea în serviciu.
5. Purtarea în societate.
6. Activitatea pentru combaterea boalelor sociale și contagioase,
B. C. G. puericultură.
7. Activitatea pentru salubritate, controlul debitelor etc.
8. Concluzii generale.

Această notă va fi dată de medicul de circ. și va fi mai sumară.

III. Nota calificativă a medicului primar de județ.

În afară de capitolele dela nota medicului de circ., cari pot fi în întregime menținute, cu modificări în subcapitole, cerute de felul serviciului și de faptul că medicul primar jud. nu e medic curativ, mai trebuiesc adause și note despre puterea de organizare a serviciilor, de perseverența în control, de organizarea și combaterea boalelor contagioase (vaccinări, seruri, realizări de dispensare și infirmerii) de capacitatea de conducere, de modul cum a știut combina activitatea serviciului propriu cu cea administrativă a județului, rezultatele la rea-

lizările sanitare și edilitară și în bugetele județului și comunelor, activitatea la Oficiul I. O. V., de contabilitate, a fondului sanitar local etc.

Prelucrarea mai pe larg a acestui capitol, ar comporta o prea mare întindere: ne mărginim deci numai la schițarea lui.

Brașov, la 3 Septemvrie 1936.

Summary. — *In the first part of the paper, the author discusses the necessity of a more elaborate standard appraisal form for the activity of the physicians from the public health. In the second part of the paper he gives appraisal forms which are used by him, proposing their public discussion and their general acceptance for the whole country, after the due modifications.*

Cronica Eugenică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. Congrese, Instituții noi, numiri, decese.

* **Congresul organizațiilor internaționale eugenice** a avut loc între 16—21 Iulie a. c. în Schweningen (Olanda). Legiferările eugenice germane au trezit interesul tuturor și au avut aprobarea unanimă a congresiștilor. Viitorul congres se va ține la Berlin.

* **Congresul național german de antropologie fizică** s'a ținut la Dresda, la 24 și 25 Sept. cor.

* **Congresul de antropologie criminală**, viitor va avea loc în primăvara anului 1937 la Roma. Informațiuni se pot cere la Prof. Dr. B. di Tullio, Roma, Via Giulia 52.

* **Societatea germană pentru ereditate** își va ține al 9-lea congres în primăvara anului 1937 în Frankfurt a. M. Anunțarea comunicărilor la: D-na Prof. P. Hertwig, Berlin-Dahlem, Albrecht Thaer-Weg 6.

* **Cel de al 9-lea congres internațional pentru ereditate** se va ține la Moscova în a doua jumătate a lunii August, anul viitor. Comunicările se vor anunța până la 15 Februarie 1937 la: Organisation Committee of the seventh International Congress of Genetics, Institute of Genetics, Academy of Sciences, Bolshaya Kaluzhskaya 75, Moscow, U.S.S.R. zu richten.

* **Congresul internațional de demografie** se va ține la Paris în anul 1937.

* **Un Institut pentru biologia rasei** a luat de curând ființă în Copenhaga.

* **Un Institut de credo-biologie în Bonn.** De la 11 Mai funcționează în Bonn Institutul psihiatric și neurologic pentru cercetări ereditare sub direcția Prof. Dr. Pohlisch.

* **Un Institut de Antropologie și Cercetări rasiale**, a luat ființă pe lângă Universitatea din Ierusalim. Cercurile științifice își arată o vie surprindere față de această hotărâre luată în congresul mondial al medicilor evrei, ținut la Tel Aviv, deoarece până acum evreii desconsiderau cercetările rasiale, această „știință aparentă” fără alt rost decât acela de a provoca războiul între popoarele pacifice. Caracteristic este faptul, că pe când evreii palestinieni își creiază o raseologie națională, în Paris s'a ținut la 19 și 20 Septembrie a. c. o conferință internațională împotriva științei raselor și a antisemitismului. Între altele s'au tratat și temele: „Organizarea luptei împotriva raseologiei și a antisemitismului prin unirea evreilor și creștinilor” și „Asimilarea imigranților și a refugiaților politici”.

* **Biroul de ereditate umană din Londra**. Atragem atenția naturaliștilor, geneticienilor și medicilor noștri asupra înființării unui birou de ereditate umană în 115 Gower Street, London W. C. 1. Conducerea o are un consiliu științific. Biroul colaborează cu Galton Laboratory. Scopul: adună material provenind dela toți cercetătorii și toate instituțiile lumii, cu privire la transmiterea însușirilor umane, istoria familiilor cu pedigriuri, studii genetice și statistice asupra genurilor, cum și extrase din articole publicate.

* **Dr. Richard Korherr** a fost numit director al oficiului statistic al orașului Würzburg.

* **Demnitatea profesională**, care își are expresia în Senatul uniunii medicilor englezi — nu îngăduia medicilor să anunțe absențe, întoarceri din concediu, mutări, etc., pentru motivul că asemenea anunțuri constituie o reclamă deghizată și reclama este interzisă medicilor englezi. În ultimul timp s'a îndulcit măsura, întrucât medicii au cel puțin permisiunea se anunțe asemenea absențe etc. pe cale de circulație adresate numai pacienților.

* **Prof. Dr. Iulian Talko-Hryniewicz** a decedat la 26 Aprilie a. c. El are marele merit de a fi creatorul antropologiei poloneze. Tot el a înființat Institutul de antropologie din Cracovia și este autorul unui mare număr de lucrări antropologice.

* **Karl Pearson** a murit în etate de 80 de ani la 27 Aprilie c. Când Galton a înființat catedra de eugenie pe lângă universitatea din Londra datorită donației lui personale de peste 20 de milioane, a stăruit ca Pearson să ocupe catedra, deși acesta era un distins matematician și nu medic. Fusese atras în acest domeniu de scrierile lui Galton, părintele eredității umane și ale lui Darwin. Cu ajutorul lui Galton, Pearson a fondat revista „*Biometrika*”, creind însăși această știință. Edita și „*Annals of Eugenics*”. Printre elevii săi se numără Fison, Greenwood și Pearl.

II. Eugenie.

* **Campament eugenic**. „Institutul central de educație și învățământ” a organizat între 9—18 Iulie a. c. un lagăr în Rantenheim b. Berlin pentru dascălii și dascălițele de grad primar și secundar în care aceștia au fost orientați asupra metodelor de predare a eugeniei în școală.

* **Cursuri eugenice și eredo-biologice**. Dela 1 Noiembrie 1936 până la 30 Iulie se vor ține cursuri speciale pentru tinerii medici sub auspiciile consiliului sanitar național și al oficiului politic-rasial al NSDAP. Cursurile sunt destinate întregului domeniu al eredo-biologiei și problemelor rasiale, cum și politicei rasiale național-socialiste. Institutul Kaiser Wilhelm pentru antropologie, genetică umană și eugenie

va colabora, membrii săi urmând a preda tinerilor medici cunoștințe femeinice în Genetică, Eredo-biologie, Eugenie și Antropologie, cu lucrările metodice și practice corespunzătoare scopului. Cei interesați se pot adresa la: Rassenpolitische Amt, Berlin NW 7, Robert Koch Platz 7.

* **Cursuri eugenice speciale pentru judecători.** Ministrul de Justiție al Reichului a dispus ca președinții Tribunalelor și Curților de Apel eugenice din întregul Reich să urmeze cursuri speciale la Berlin și la München. Magistratii se vor iniția la aceste cursuri în chestiunile privitoare la „legea matrimonială” și „legea prevenirii descendenților disgenici”.

* **Ideea de familie în noua Germanie.** Curtea superioară administrativă din Prusia a luat deciziunea să considere infidelitatea în căsnicie a unui funcționar (resp. funcționară) ca o infracțiune gravă împotriva serviciului, care va fi pedepsită corespunzător. Legiuirea germană are de scop cu deosebire apărarea onoarei, cum și încurajarea și apărarea căsătoriei. Din partea funcționarilor trebuie să se ceară imperios tăria de caracter.

* **Normele de căsătorie în armata germană** au fost fixate de curând de către generalul v. Blomberg, ministrul de războiu al Reichului. Permisivitatea de căsătorie nu se dă unui soldat înainte de a fi împlinit 25 ani sau 6 ani de serviciu. Logodnica trebuie să fie de sânge german (nu îndeplinește această condiție dacă fie și numai unul din bunici este de sânge negerman); să aibă nume bun, dintr-o familie onorabilă, fidelă și devotată statului, sănătoasă din p. d. v. ereditar și fără datorii. Noua gospodărie trebuie să fie asigurată din p. d. v. financiar. Permisivitatea pentru căsătorie o dă superiorul și va fi prezentată oficiului stării civile. Refuzul va fi consemnat în scris.

* **Căsătoria cu o persoană disgenică** rămâne interzisă în Germania, chiar când persoana disgenică este sterilizată. Rostul căsniciei este de a dărui comunității copii sănătoși, eri prin căsătoria cu un disgenic, persoana sănătoasă rămâne ca și pierdută pentru națiune.

* **Măsuri eugenice în străinătate.** În Polonia. Societatea eugenică poloneză a propus guvernului un proiect de lege cu scop eugenic și biopolitic. În proiect se prevede intervenția statului pentru ajutorarea tinerilor perechi, lipsite de mijloace. Condiția principală e ca tinerii să n'aibă defecte, să fie de valoare biologică și să fi dovedit activitate productivă în specialitatea lor. Apoi li se va acorda scutirea de impozit pe 5 ani, gratuitatea ceremoniei căsătoriei și vor fi sprijiniți spre a-și închiria locuința sau a-și procura instrumente de muncă. Anumite societăți de asigurare private sau comunale vor veni cu ajutoare pentru zestre, alăptarea și educarea copiilor. Mijloacele necesare se vor crea printr'un fond alimentat din impozite pe celibatarii trecuți de 30 de ani și de perechile fără copii, căsătorite de peste 5 ani. — *Bulgaria* plănuiește introducerea unor officii pentru sfaturi matrimoniale. Candidații la căsătorie vor fi examinați și sfătuiți. Examinarea este obligatorie și sustragerea este aspru sancționată. — În *Argentina* o căsătorie nu va fi legal recunoscută, decât după ce candidații vor fi depus în prealabil certificate de sănătate, „în vederea apărării interesului generațiilor viitoare”. — În *Canada* cu prilejul unei conferințe a primarilor s'a hotărât cu unanimitate să se ceară guvernului introducerea sterilizării voluntare a deficienților mintali, cum și sterilizarea acelor părinți dela cari nu se pot aștepta copii normali.

* **Certificatul de aptitudine și de sănătate eliberat de un medic delegat al oficiului sanitar** va fi obligator pentru primirea tinerelor germane în BDM (Bund deutscher Mädchen).

* **Organizarea eliminării disgenicilor în Germania.** Ofițerii de stare civilă sunt obligați să comunice oficiului sanitar competent despre fiecare căsătorie ce se anunță, spre a se da puțința controlării eventualelor împrejurări ce ar putea exclude căsătoria.

* **Societatea eugenică poloneză** a organizat o săptămână de propagandă eugenică între 10—16 Iunie 1936 la Varșovia. Între altele societatea a prezentat publicului un film despre ereditate, a organizat conferințe și o expoziție eugenică.

* **O revistă nouă.** La Budapesta apare de curând revista în limba germană sub direcția Privat-docentului Dr. I. G a s p a r: „*Rassen im Donauraum. Beiträge zur Rassenkunde, Erbbiologie und Eugenik der Donauvölker*“.

* **Persoanele sub tutoret** n'au voie să se căsătorească, chiar dacă tutoretul este pentru o perioadă de timp limitată. După legea matrimonială din 18. 10. 1935, tribunalele sunt obligate să comunice imediat oficiilor eugenice cazurile de pronunțarea tutoretului, spre a da puțința acestora să refuze certificatul de aptitudine matrimonială.

* **Mulași coloniali în Belgia.** 3000 de mulași coloniali urmează a fi primiți ca cetățeni cu toate drepturile în Belgia. Din partea belgienilor s'a cerut interdicția pătrunderii acestor mulași în țară. E de văzut însă dacă guvernul belgian nu se va alătura politicii demografice franceze acceptând totuși nr. de mulași menționat.

* **Apărarea rasei în Italia.** *Mussolini* a interzis ofițerilor, soldaților și funcționarilor italieni căsătoria cu negrese.

* **Simpptome de degenerare.** Cu prilejul ultimelor operații de recrutare din Franța s'a stabilit o proporție enormă de 53% (cincizeci și trei) de oameni inapți pentru serviciu. Și mai sombră apare situația prin comparație cu Germania: operațiile de recrutare din 1935 în această țară indică o proporție de 15% inapți. Și totuși Franța păstrează o atitudine de dezinteresare față de știința și practica biologiei rasiale.

* **Asigurarea pentru maternitate în Italia.** Guvernul Italian a decretat, ca toate lucrătoarele din Industrie și Comerț cu un salariu sub 800 lire să fie de drept asigurate pentru caz de maternitate. Lucrători și lucrătoare contribuie lunar cu o sumă, la fel contribuie întreprinderile particulare și statul însuși. Din suma de 8 milioane lire, de care guvernul dispunea în 1934, a ajutat 38.633 mame cu câte 300 lire.

* **Vox clamantis in deserto.** *Von der Meersch* se ridică în publicistica franceză împotriva guvernului francez, căruia îi reproșează inacțiunea în domeniul biopoliticii: nici unul din partidele actualmente la putere nu se ocupă cu chestiuni de redresare biologică a națiunii, deși s'ar putea urma pilda Germaniei și Italiei, reformele biopolitice fiind și mai necesare în Franța. Autorul cere îndiguirea urbanizării după exemplul Italiei prin interzicerea exodului populației rurale la orașe, prin introducerea luminei electrice și a apeductelor la sate (stare generalizată demult în Germania) și prin ridicarea salariilor lucrătorilor rurali. Spre a se remedia fărâmișarea proprietății rurale, autorul cere imitarea legiuirii germane privitoare la „moștenirea gospodăriei“ (*Erbhofgesetz*). „O voce în pustiu“ mai mult, pentrucă guvernanți par fi mai îngrijorați de păstrarea democrației, decât de prosperitatea corpului etnic.

* **Scrieri eugenice pentru copii.** Asociația învățătorilor din regiunea Köln-Aachen a luat inițiativa de a se da fiecărui absolvent la ieșirea școlii o broșură eugenică: „*Tu și poporul tău*“. Broșura luată ca amintire rezumă chestiunile eugenice învățate în școală: despre familie și trunchiul biologic, despre răspunderea fiecărui cetățean față de el însuși, față de familie și poporul său, despre nevoia unei noi morale și despre însănătoșirea rasială a poporului.

* **Comuniștii cer egalitatea de drepturi pentru Negri.** Intr'un congres recent, comuniștii din America au cerut în moțiune egalitatea de drepturi pentru negrii din Statele-Unite.

* **Interdicția căsătoriei deficienților mintali.** Statul Nebraska U.S.A. a dispus să se întabuleze toți deficienții mintali, spre a nu li se încuviința căsătoria acestora, cari ar fi rămas nesterilizaji.

* **Disgenicii sunt mai prolifici decât elementele superioare.** Recensământul populației din California din 1930 a confirmat pe o scară întinsă ceea ce se știa de mult: digenicii se înmulțesc mai repede decât elementele valoroase. Familiile cu un copil la universitate au în medie 2 copii; familiile cu un copil internat într'un stabiliment pentru deficienți mintali au în medie 4 copii; iar familiile cari sunt de peste 5 ani dependente au în medie 5 copii.

* **Numărul disgenicilor sterilizați în Statele Unite până la începutul anului 1936 este de 23092.**

* **Ereditatea și alfabetul.** Ivan Povoloff unul din cei mai mari fiziologiști ai lumii, afirma — puțin după înmormântarea propriului său fiu, mort de cancer — că această boală este ereditară și recomanda ca persoanele atinse de defecte ereditare să renunțe la procreare. Înainte de toate „doctorii“, spunea el „trebuie să fie tot așa de familiari cu legile eredității ca și cu alfabetul“.

BCU Cluj / University Library Cluj

III. Demografie.

* **Numărul copiilor titrațiilor din Austria** este foarte mic. Din statistica unei mari întreprinderi reiese că dintr'o 100 de titrați numai 68 au copii: 26% au 1 copil, 30% au 2 copii și numai 12 familii au 3 copii; nicio familie cu mai mult de 3 copii. Nr. mediu de copii pentru titrații din Austria întreagă este 1.5.

* **Populația rurală în Europa.** În Italia proporția populației rurale este încă de 46%, în Franța 36%, în Germania 29%, iar în Anglia 7%.

* **Impozitul de celibatari,** se extinde în Germania și asupra episcopilor, preoților și călugărilor catolici.

* **Mussolini** a declarat într'un discurs, că țaranul care-și părăsește glia este un trădător față de națiune și că va așeza pe baze noi premiile acordate tinerilor căsătoriți.

* **Proporția studenților din mediul rural** este în Germania de 12% față de cei din mediul urban.

* **Tinerțea popoarelor europene.** Polonia este poporul cel mai tânăr din Europa cu proporția de 35.4% din populația ei sub etatea de 14 ani. Urmează Rusia cu 32.2%, apoi Italia cu 29.7%. În ordine descrescând: Germania cu 25.8%, Anglia cu 24.4% și Franța cu 22.5%. Etatea medie a populației italiene e de 25.7 ani, a populației engleze e de 30 ani și a populației franceze de 31.7 ani.

* **Demografia în Rusia.** Uniunea sovietică plănuște să interzică avortul. Pe viitor gravida va trebui să prezinte un certificat medical, din care să reiese că sarcina îi primejduște sănătatea. Dela al 7-lea copil se vor însitui premii. De asemenea se va mări taxa de divorț. De observat, că e vorba de apărarea gravidei numai, nu și de apărarea familiei, sau a corpului etnic.

BĂIEȚI

Tabela Nr. 5.

Înălțimea în cm.	V Â R S T A Î N A N I										
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
94	14.5				Media greutăților						
95	14.8										
96	15.1										
97	15.4										
98	15.7	15.8									
99	16.0	16.1									
100	16.3	16.4									
101	16.6	16.7									
102	16.9	17.0									
103	17.3	17.3									
104	17.6	17.6	17.6								
105	17.8	17.9	17.9								
106	18.2	18.2	18.2								
107	18.5	18.5	18.6	18.7							
108	18.8	18.8	18.9	19.1							
109	19.1	19.1	19.2	19.4							
110	19.4	19.4	19.5	19.7	19.7						
111	19.7	19.7	19.8	20.1	20.1						
112	20.0	20.0	20.2	20.4	20.5						
113	20.3	20.3	20.5	20.8	20.8						
114	20.6	20.6	20.8	21.1	21.2	21.2					
115	20.9	20.9	21.1	21.4	21.6	21.6					
116		21.2	21.4	21.8	22.0	22.1					
117		21.5	21.8	22.1	22.4	22.5					
118		21.8	22.1	22.4	22.8	22.9	23.0				
119		22.1	22.4	22.8	23.2	23.4	23.4				
120		22.4	22.7	23.1	23.5	23.8	23.8				
121		22.7	23.1	23.4	23.9	24.2	24.3				
122			23.4	23.8	24.3	24.7	24.7	24.7			
123			23.7	24.1	24.7	25.1	25.1	25.2			

121				24.0	24.9	25.1	25.5	25.9	25.7	26.3		
125				24.4	24.8	25.5	26.0	26.0	26.2	26.8		
126				24.7	25.1	25.8	26.4	26.4	26.7	27.2		
127				25.0	25.5	26.2	26.8	26.9	27.2	27.7	27.8	
128				25.4	25.8	26.6	27.3	27.4	27.7	28.2	28.4	
129					26.2	27.0	27.7	27.8	28.2	28.7	29.0	
130					26.6	27.4	28.1	28.2	28.7	29.2	29.6	
131					27.0	27.7	28.6	28.6	29.2	29.7	30.2	30.4
132						28.1	29.0	29.1	29.7	30.2	30.8	31.0
133						28.5	29.4	29.5	30.2	30.7	31.4	31.7
134						28.9	29.9	29.9	30.7	31.2	32.0	32.3
135						29.3	30.3	30.3	31.2	31.7	32.6	32.9
136						29.7	30.7	30.8	31.7	32.2	33.2	33.6
137							31.2	31.2	32.2	32.7	33.8	34.2
138							31.6	31.6	32.7	33.2	34.4	34.8
139							32.0	32.0	33.2	33.6	35.0	35.4
140							32.5	32.5	33.7	34.1	35.6	36.1
141							33.0	32.9	34.2	34.6	36.2	36.7
142								33.3	34.7	35.1	36.8	37.3
143								33.8	35.2	35.6	37.4	38.0
144								34.3	35.7	36.1	38.0	38.6
145									36.2	36.6	38.6	39.2
146									36.7	37.1	39.2	39.8
147									37.2	37.6	39.8	40.5
148									37.7	38.1	40.4	41.1
149									38.2	38.6	41.0	41.7
150										39.1	41.6	42.4
151										39.6	42.2	43.0
152										40.1	42.8	43.6
153										40.6	43.4	44.3
154										41.2	44.0	44.9
155											44.6	45.5
156											45.2	46.2
157											45.8	46.8
158											46.4	47.4

FETE

Tabela Nr. 6.

Înălțimea în cm.	V Ă R S T A Î N A N I										
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
94	14.2				Media greutăților						
95	14.5										
96	14.8	14.8									
97	15.1	15.1									
98	15.3	15.4									
99	15.6	15.7									
100	15.9	16.0									
101	16.2	16.3									
102	16.5	16.6									
103	16.8	16.9	16.9								
104	17.1	17.2	17.2								
105	17.4	17.5	17.5								
106	17.6	17.8	17.8	17.8							
107	17.9	18.1	18.1	18.1							
108	18.2	18.4	18.4	18.5							
109	18.5	18.7	18.8	18.8							
110	18.8	19.0	19.1	19.1	19.2						
111	19.1	19.3	19.4	19.5	19.5						
112	19.3	19.6	19.7	19.8	19.8						
113	19.6	19.9	20.0	20.1	20.2						
114	19.9	20.2	20.3	20.5	20.5	20.6					
115	20.2	20.5	20.7	20.8	20.9	21.0					
116	20.5	20.8	21.0	21.1	21.3	21.4					
117	20.8	21.1	21.3	21.5	21.7	21.8	21.8				
118		21.4	21.6	21.8	22.0	22.3	22.3				
119		21.7	21.9	22.1	22.4	22.8	22.8				
120		22.0	22.3	22.5	22.8	23.2	23.3				
121		22.3	22.6	22.8	23.1	23.6	23.7	23.5			
122		22.7	22.9	23.1	23.5	24.0	24.1	24.1			
123		23.0	23.2	23.5	23.9	24.5	24.6	24.6			
124			23.5	23.8	24.2	24.8	25.0	25.1			

125				23.9	24.2	24.7	25.3	25.5	25.7	25.7		
126				24.2	24.5	25.1	25.8	26.0	26.2	26.3		
127				24.5	24.8	25.5	26.2	26.5	26.7	26.9		
128				24.8	25.2	25.9	26.6	27.0	27.3	27.5		
129					25.5	26.3	27.1	27.5	27.8	28.1		
130					25.8	26.7	27.5	28.0	28.3	28.7		
131						27.1	27.9	28.5	28.9	29.3	29.7	
132						27.5	28.4	28.9	29.4	29.9	30.3	
133						27.9	28.8	29.4	29.9	30.5	30.9	30.9
134						28.4	29.2	29.9	30.5	31.2	31.6	31.6
135						28.8	29.7	30.4	31.0	31.8	32.2	32.3
136							30.1	30.9	31.5	32.4	32.8	33.0
137							30.5	31.4	32.1	33.0	33.5	33.8
138							31.0	31.9	32.6	33.6	34.1	34.5
139							31.4	32.4	33.1	34.2	34.7	35.2
140							31.8	32.8	33.7	34.8	35.3	36.0
141								33.3	34.2	35.4	36.0	36.7
142								33.8	34.7	36.0	36.6	37.4
143								34.3	35.3	36.6	37.2	38.2
144								34.8	35.8	37.2	37.9	38.9
145								35.3	36.3	37.8	38.5	39.6
146								35.8	36.9	38.4	39.1	40.4
147									37.4	39.0	39.7	41.1
148									37.9	39.6	40.4	41.8
149									38.5	40.2	41.0	42.6
150									39.0	40.8	41.6	43.3
151										41.4	42.3	44.0
152										42.0	42.9	44.8
153										42.6	43.6	45.5
154										43.2	44.2	46.2
155										43.9	44.9	47.0
156										44.5	45.5	47.7
157											46.1	48.4
158											46.8	49.2