BULETIN
EUGENIC ŞI BIOPOLITIC

VOL. XV. 1944 Nr. 1–2

CONŢINUT

Pag.

M. KERNBACH: Biologia crimei 1

L. DANIELLO: Sugestii în legătură cu organizarea practică a combaterii tuberculozei 10

I. STOICHIŢIA: Organizarea Inspectoratelor generale sanitare regionale 19

P. RAMNEANŢU: Cercetări asupra orientării endocrine la români 30

M. SULICĂ: Despre legea echilibrului dinamic 40

I. MOLDOVAN: Unitatea sănătăţii publice şi a corpului medical . 53

CRONICĂ: Etnopolitică. Demografie. Antropologie. Eugenie. Sănătate publică 59

BIBL. UNIV. CLUJ-SIBIU
Nr. 3911-1945
Exemplar legal

EDITAT DE SECŢIA BIOPOLITICĂ A „ASTREI"
ŞI DE
INSTITUTUL DE IGIENĂ ŞI BIOPOLITICĂ, SIBIU

Tip. Cartea Romanească Sibiu

Biologia crimei

de
M. KERNBACH

Unul din fenomenele vieții omenești care nu a dobândit până în prezent o soluționare satisfăcătoare pentru toate cercurile specialiștilor, este și crima. Concepția ei stărue încă în cadrele clasice ale tratatelor de criminologie. Aci găsim schematizat un om artificial, privit unilateral și căruia i-se atribue primatul rațiunei. Dacă vom încerca să aprofundăm legile biologice, care conduc toate viețuitoarele în manifestările lor singuratice sau gregare, vom constata că fenomenul crimă ia un alt aspect.

In cercetarea adevărului pur, silogistic, este necesar să se utilizeze, ca punct de plecare, o metodă genetică. Să plecăm deci dela izvoarele naturale ale crimei, călăuziți de principiul dualității fenomenelor biologice.

Crima nu poate fi studiată și cunoscută fără a cunoaște și studia opusul ei, anume moralitatea. Să ne oprim deci asupra genezei ideii morale și criminale, cele două extreme antipodice și antinomice, care definesc comportamentul uman.

Cercetările psiho-sociologice făcute în diferitele straturi sociale ale umanității, la popoarele civilizate ca și la cele primitive, au arătat un izvor comun al ambelor idei. Anume emoția este generatoarea ideii criminale ca și a celei morale. Deslănțuirea unei emoții prin stimul intern sau extern, însumează în ea capacitatatea producătoare nu numai de idei, ci și de creațiuni înalte ale spiritului. de acțiuni morale sau criminale.

Studiile vestitului profesor finlandez Westermarck ilustrează cu prisosință că atât la popoarele primitive, cât și la cele

civilizate, conceptele și atitudinile morale se datoresc emoțiilor retributive. Toată structura conștiinței morale este de esență pragmatică, omul urmărind în toate timpurile și în toate locurile a socoti moral ceea ce este util, produce plăcere, a socoti imoral opusul acestor lucruri. Totodată atitudinea morală a necivilizaților s'a constatat că este uneori mai înaltă decât a civilizaților, înafară de omorurile lor, care se datoresc unui fond ireal de magie și de irațional.

Geneza ideii criminale o găsim tot în emoții. Chiar în asasinate, ideea care ia naștere în timpul emoției de ură, răzbunare, are nevoe de o perioadă pentru obținerea asentimentului, condiție obligatorie a transformării ideii în acțiune.

Emoția este izvorul criminogen și al infracțiunilor dintre animale.

Nenumărate observațiuni au arătat în mod concludent că tot un impuls emotiv mână pe animale a se bate, lovi, fura, omorî. Profesorul Ceni crede că această tendință spre delict este un fenomen anormal și nu intră în directivele instinctuale ale viețuitoarelor. Dar în fond, atât la animal cât și la om există o forță latentă, ancestrală, care se manifestă pe toată scara infracțiunilor. In consecință orice ființă poate comite infracțiuni. Există o monogeneză a delictului, legată de alterațiunile instinctuale ale vieții endo-psihice moștenită, depozitată în lobii frontali cerebrali.

Emoția apărând între cauzele prime ale crimei, în starea de evoluție în care se găsesc azi viețuitoarele, trebue cunoscută și în special aprofundat rolul ei în comportamentul omenesc.

Studiile psihologice curente, în marea lor majoritate, privesc emoția unilateral și anume în aspectul ei negativ, anihilant. O cercetare sintetică reliefează în mod învederat dualitatea antagonistă în manifestarea efectelor emoționale. Emoția ancorată în structura psiho-fizică cea mai intimă a personalității noastre, închide în ea forțele energetice ale acțiunilor de contrast desăvârșit. In ea găsim întrețesut și principiul de creație care definește pe om, și principiul de distrugere care definește pe animal.

Să analizăm origina, structura și mecanismul emoției.

La origina ei cea mai îndepărtată găsim frica și anume „angoise de vivre". Omul când a apărut pe planetă a încercat

o adaptare a interiorului, înainte de a se adapta mediului. Frica, sentiment primitiv dela obârșia vieții s'a menținut. Viața intelectuală și capacitatea de cunoaștere n'au reușit să o înlăture definitiv. Ele s'au interpătruns și azi emoția primitivă face parte integrantă din comportamentul omului. Afectivitatea în totalitatea ei înrăurește cu preponderență toate manifestările vieții mintale superioare sau inferioare.

In structura emoției senzația, instinctul, reprezentarea și acțiunea precum și o serie de reacțiuni vegetative sunt elementele ei componente.

Vieața afectiv-activă, despre care se pretinde că are o autonomie și o conștiință proprie dispune de emoție, funcție sintetică, cu apariție bruscă și durată scurtă. In ea sunt structuralizate nu numai elemente psihice, ci și elemente organo-vegetative. In trăirea unei emoții participă sistemul nervos central și sistemul vegetativ în totalitatea lui (sistemul autonom simpatico-parasimpatic, sistemul endo-glandular, secrețiunile tuturor organelor, sistemul muscular neted și striat, circulația, respirația, etc.).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Emoția reprezintă o furtună puternică și trecătoare, dar care repetată și intensă poate lăsa urme: neuro-vegetoze și organo-patii. Fiziopatologia emoției a evidențiat valențe specifice psiho-fizice între felul emoției și felul de a răspunde psihogenetic al organelor.

Comportamentul omenesc în latura lui conativă și cognitivă, este dominată prin latura lui emotivă. Cea din urmă pătrunde și colorează atât acțiunea cât și capacitatea noastră de cuncaștere, de rațiune sau de intuiție a lucrurilor și a fenomenelor. Funcțiile emotivității, ale afectivității în general, sunt localizate în hipotalamus, legat la rândul lui de creierul intermediar, recunoscut a fi creierul primitiv al viețuitoarelor. Este deci nevoe să cunoaștem relațiile acestui creier cu creierul nou adică cu scoarța cerebrală. Cortexul cerebral deține funcțiile generale ale vieții psihice și spirituale. Dobândite sau moștenite, ele își au sediul lor pe scoarță, funcționând prin intime și complexe corelațiuni funcționale.

Datorită lor omul s'a ridicat pe scara marilor valori științifice, filozofice, artistice, morale, tehnice, într'un cuvânt pe treptele culturii. Dar această aspirațiune spre ascensiune, spre progres nu este emanațiunea pură a cortexului cerebral. In

toate acţiunile înrâurirea covârşitoare a creierului primitiv este învederată. Actele noastre sunt colorate sau impregnate emotiv sau cel puţin afectiv, cu atât mai mult când ele sunt mai semnificative.

In vieaţa de toate zilele egemonia creierului primitiv este neîndoelnică. Acţiunile individuale ca şi cele primitive, ale maselor, se determină dela creier primitiv la creier primitiv şi nu dela raţiune la raţiune. Primatul raţiunei este o ficţiune idealistă, o creaţiune a gândirei abstracte. Psihologia experimentală şi abisală au arătat — în special Mac Dougall — că motivaţia acţiunilor omeneşti sunt propensiunile, acele forţe energetice dela obârşia vieţii, aceleaşi instincte la toate vieţuitoarele. Sediul instinctelor este creierul primitiv.

Spre această realitate converg convingerile psihologilor contemporani. Opusă ei, apar concepţiunile care circulă, cu foarte puţine modificări, mai curând schimbări de etichetă, în tratatele de crimiologie, de un secol încoace. Antropologia, Sociologia, Biologia sau Psihologia criminală se cantonează în marea majoritate a şcolilor, în jurul psihopatologiei. Crima, concept juridic, este studiată exclusiv la spiţa umană, negându-se crima naturală, aşa cum ea a fost concepută în mediul naturei de Lombroso sau în mediul social de Garofalo. Crima în gândirea pur juridică este un fenomen specific omenesc, lipsit de orice relaţii cu celelalte fenomene ale naturii. Nu este numai o delimitare şi o îngustare a fenomenului în spaţiu. Ci omul criminal este astfel construit în paginile tratatelor de criminologie încât nu-l putem găsi decât acolo: un tip de om ireal pe care autenticitatea nu l'a descoperit încă. Criminologia a creat un tip uman care deţine primatul raţiunei şi care comite infracţiunea sub imperiul numai a două funcţiuni mintale: facultatea de a voi şi facultatea de a înţelege. Restul funcţiunilor nu mai interesează, sunt chiar amputate. Această concepţiune s'a fixat definitiv în doctrina coerciţiunii sancţionatoare şi în organizarea statului pe principiul constrângerii. Omul primitiv ca şi omul civilizat nu poate fi menţinut în statutele orânduirii sociale, decât sub imperativul sancţiunei: frica de sancţiune. Emoţia dela obârşia vieţii s'a transformat în instituţii de educaţie şi de guvernare. Omul construit artificial de mentalitatea penală, transpus în coduri şi legi, stăpânit prin frica sanc-

ţiunii sau aşteptând răsplata pentru actele lui de virtute, şi-a construit la rândul lui o mentalitate conjuncturală, un mecanism de adaptare adecvat. El comite infracţiunile neimputabile sau după comiterea infracţiunii încearcă a se strecura prin ochiurile laxe ale codului penal sau a obţine pedeapsa cea mai uşoară. Dar umanitatea în cele două-trei milenii de intelectualism şi raţionalism, nu a reuşit să-şi făurească o conştiinţă morală, întemeiată pe doctrina bunului, a calităţii, schiţată de ştiinţa eticei şi de teologie, luminată de scânteia centrală a altruismului şi a solidarităţii neinteresate.

Toată gama infracţiunilor specificate pozitiv în codurile penale actuale se poate reduce la o noţiune generală concretă. Crima în esenţa ei juridică nu este decât lipsa de respect faţă de patrimoniul semenului, fie materială sau imaterială, lipsa de respect pentru vieaţa altuia. Aceasta este când privim individual. Când privim colectiv însă, lipsa de respect se referă la ordinea stabilită de puterea păturilor conducătoare sau la reprezentanţii ei temporari. Criminalul e lipsit de a treia dimensiune a inteligenţei, cristalizată în eul-altruist, care alături de eul-sinelui şi eul-social, sintetizează inteligenţa gregară a omului. Aci rezidă crima. Ea este sancţionată, socotită de domeniul anormalului, nenaturală. Dacă părăsim acest concept juridic şi facem o largă incursiune în biologia generală, vom cunoaşte acolo adevăratele relaţii dintre vieţuitoare.

Organizarea biologică începe cu fiinţele inferioare şi urcă treptat până la om. Intre cele dintâi, algele, bacteriile solului, reprezintă fiinţele cele mai altruiste ale universului, numite autotrofe. Ele se nutresc numai cu substanţele generale ale solului, apei şi aerului. Cu ajutorul energiei solare şi atmosferice ele îşi construesc materia lor organică; se înmulţesc prin sciziparitate, neapelând şi nefolosind în serviciul propriei lor existenţe nici o altă energie a vreunei alte fiinţe. In acelaşi timp aceste prime fiinţe întreţin vieaţa tuturor celorlalte vieţuitoare prin produsele vitale ce le aduc regnului vegetal. De aci încep relaţiile de heterotrofism: vegetalele trăesc din munca autotrofelor şi a insectelor, insectele din munca vegetalelor şi altor insecte, animalele din munca insectelor şi a vegetalelor, precum şi din munca altor animale şi tot aşa până la om. El trăeşte din munca şi din vieaţa tuturor vieţuitoarelor, precum şi din munca

semenilor săi. Cu el se închide curba fenomenului relațional culminând cu panheterotrofia.

In relațiile cutumiere ale viețuitoarelor găsim un principiu călăuzitor în contrast opus cu al criminologiei umane: relațiile în natură se bazează tocmai pe sacrificiul propriu, pe cedarea obligatorie a muncii și a vieții individuale, speciei. In relațiile naturale nerespectarea individului este o regulă, o lege, un imperativ. Fără el ar dispărea toată fauna pământului, ar dispărea însuși omul.

Heterotrofismul are, până atinge extrema dreaptă, trei aspecte: simbioza, parazitismul și prădătorismul. Ființele simbiotice, pun capital-materie și capital-muncă pentru o existență comună, numai pentru profit. Trecerea se face nesimțită dela autotrofism la simbioză. Exemplul cel mai tipic ni-l oferă asociația dintre alge și ciuperci, care compun împreună o ființă nouă: lichenul. In alte asociații simbiotice gazda este prejudiciată sau chiar nimicită; de aci trecem iar pe nesimțite spre parazitism. Aci musafirul trăește din materia și munca gazdei, dar de cele mai multe ori el constituie un pericol de degenerare și nimicire. Parazitismul este foarte extins în natură, în ambele regnuri. Speciile vegetale și animale sunt parazitate în totalitatea lor. Animalele și insectele poartă una sau mai multe specii de paraziți la exteriorul sau în interiorul organismului. Dela parazitism ajungem la grupul prădătorilor, dela care trecerea spre crima umană se face fără mari obstacole. Plante, insecte și animale nu pot trăi, adică nu-și pot asigura auto- sau spito-conservarea decât prin intermediul altei ființe, cu sacrificarea numerică a indivizilor. Viespele ca exemplul tipic la insecte, animalele răpitoare și reptilele, sunt obligate a fura, lovi și omorî. Dela delictul minor aflăm pe toată scara viețuitoarelor fenomene identice celor descrise de penaliști la om.

Relațiile dintre viețuitoare sunt conduse de instincte, ca și la om. Instinctul de conservare proprie și de conservare a speciei asigură aceste relațiuni. Instinctul de reproducere, de combativitate completează instrumentația relaționistă. La om intervin propensiuni mai evoluate.

Cu aceste date, fenomenul crimă apare într'o altă lumină.

Gânditorii și filozofii tuturor timpurilor și locurilor au ob-

servat trecător sau alții mai stăruitor dualismul fenomenelor. Fiecare fenomen, care în aparență îl socotim unic, el este dublu cel puțin. Dar dublu nu în sens unic-directivat, ci în sensuri opuse contrastual. Fenomenul nu este în dualitate statică, ci dinamică. Nu unidimensională, ci bidimensională adversă, într'un antagonism perpetuu. Din această luptă interioară a fenomenului nativ antinomic, cele două componente antitetice luptă în acelaș timp și sinergic, de unde va rezulta faptul, ca sinteză a ambelor. Biologia în ultimul timp și nici ea suficient de accentuat, a arătat că principiul dualității antagoniste, este unul din marile principi ale naturii. Principiul contrarietății, antinomic, antitetic, biopolarismul, nu sunt decât etichetele aceluiași fenomen biologic universal: forța opusă propulsează și întreține fenomenul antinomic. Urîtul propulsează frumosul și mână spre creațiune artistică, boala propulsează sănătatea conducând medicina spre igienă și medicina preventivă, sărăcia propulsează bogăția, luxul și confortul și a. m. d. In sectoarele culturii și al filosofiei exempele abundă. Principiul heraclitian ne demonstrează azi deplina lor realitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intre moral și imoral, între virtute și crimă, există același raport relațional propulsiv. Crima este forța propulsivă a virtuții și invers. Dispărând crima va dispare și virtutea. Vieața va fi o monotonie absolută, lipsită de orice concurență și conflict, în dezacord total cu legea universală a diversității și variațiunei.

Dela moral la imoral, de aci la crima fizică, un singur fenomen, un singur fir al energiilor vitale. In natură ca și în fiecare ființă, sălășluesc două principii opuse, care se înlănțuesc, dau vieață, conținut și directivă fenomenului unic. In domeniul relațiilor, principiul producției și al creațiunei se înlănțuește cu principiul antagonist al nimicirei și al distrugerei. Există o dublă garanție prin care fenomenele există, lucru constatat în cele mai neînsemnate reacțiuni interorganice. In principiul distrugerei e însumat însuși principiul vieții eterne, ca unitate energetică complexă a universului. Vieața cere moarte, distrugere, prefacere și transformarea materiei vii sau inanimate, în energii. Virtutea cere o forță propulsivă antitetică de a se exterioriza în contrast cu ea. Principiul distrugerii are instrumentațiile lui naturale: moarte, boală, degenerare, bătrânețe, omo-

Sunt chiar instituțiile lui. Existența principiului e consemnat într'un potențial criminogen, un germene latent al crimei, pe care îl poartă orice ființă în creierului ei primitiv. Din acest punct de vedere orice ființă, inferioară sau superioară, este aptă a comite un grad de infracțiune. In timp ce infracțiunea animalică este generală și absolută, la om este individuală și contigentă. Potențialul criminogen uman are nevoie de anumite condiții și de factori adjuvanți endogeni sau exogeni, descrişi de criminologie, spre a se actualiza și transforma în faptă. Izvorul adânc al crimei sălășluește în creierul nostru primitiv, a apărut odată cu vieața pe planetă și e răspândit prin picături în fiecare din noi, din prima clipă a zămislirii noastre individuale. El stă alături de izvorul virtuții. Se incită reciproc și constituesc împreună substratul biologic al relațiunilor dintre oameni, dintre oameni și restul viețuitoarelor. In dubla lor garanție, într'un spațiu mai restrâns, recunoaștem esența relațiunilor intime dintre organe, până la ultima unitate ce le compun. CO_2, ureea și alte multe produse ale metabolismul ce sunt vătămătoare organismului, pentru a fi produse și pentru a fi eliminate, ele trebue să excite organele eliminatorii, ajutând în acelaşi timp funcțiile altor organe. Fără aceste substanțe „vătămătoare", respirația, excreția nu ar putea funcționa.

Un argument în plus pentru tema susținută aci, și anume: *crima este un fenomen universal și permanent, alimentat de un potențial criminogen nativ*, îl găsim atunci când facem o incursiune în domeniul progresului etic al omenirei. Aci se constată, alături de un progres moral netăgăduit și perseverența tendinței criminale.

Progresul etic se poate demonstra pe fapte concrete. In general, el se caracterizează prin mărirea sentimentului de simpatie pentru om și suferința lui; îmblânzirea anchetei criminale, a regimurilor penitenciare, ridicarea socială a femeii, protecția și asistența socială a dependenților și a bolnavilor mintali, protecția animalelor, a naturei se înșirue printre cele mai importante acțiuni ale acestei ascensiuni. Al doilea progres înregistrat e în domeniul solidarității omenești. Instituția asigurărilor sociale, mișcarea cooperatistă, societățile de filantropie și caritate, exproprierile rurale, tind spre acel sentiment al eului-social, care implică sacrificiu pentru binele comun, prin

renunțarea parțială a eului-de-sine. Aceasta din urmă reprezintă progresul cel mai evident în ordinea etică, conform orânduirilor naturii.

Alături de acest progres, perseverența crimei este înregistrată constant și în recrudescență, prin statisticele criminale. Metodele cele mai crude au fost utilizate în războiul actual. In afară de crima fizică, relațiile dintre oameni se arată a nu fi din cele mai prietenoase. Metodele politice democrate sau totalitare au incitat sentimentele egoiste și emoțiile inferioare: ura, răzbunarea, calomnia. Și în domeniul crimei morale, situațiunea este mai puțin încurajatoare: delațiunea și distrugerea omului pe căile piezișe și ascunse, sunt metodele utilizate de straturile cele mai „înalte" ale societății. In locul crimei brutale și sângerânde crima s'a spiritualizat, s'a minimizat spre viclenie și înșelăciune. Nu se mai lovește direct și pe față, ci indirect și pe la spate. In afară de aceste constatări, dovezi din istoria literaturii, arată că natura criminală a omului nu s'a schimbat din antichitate, ea este identică cu cea de azi. Din cea mai îndepărtată antichitate, așa cum arată scrierile literare și istorice, latura comportamentului moral a rămas în mare măsură nemodificată. Fondul nativ al criminalității și al imoralității, menține caracterele perenității. El a evoluat în exprimarea exterioară, vizibilă numai.

Să cercetăm destinul etic al omenirei în funcție de destinul ei biologic. Acei ce cred într'un progres etic continuu, adică în mărirea sentimentului altruist, în mărirea într'o perpetuă ascensiune a simpatiei pentru om și suferința lui, ignorează că medicina și biologia, dela sfârșitul veacului trecut înregistrează, fără întrerupere, o sporire a bolilor și a degenerărilor, atât pe calea eredității, cât și pe a celei câștigate în decursul vieții singuratice. Boala și degenerarea au pătruns în patrimoniul nostru ereditar, prinzând cu predilecție funcțiile cele mai superioare ale omului: sistemul nervos central. Tot așa se întâmplă și cu bolile câștigate. Nu a rămas organ, țesut sau celulă neatinsă de boală sau degenerare. Biologic ne găsim la începutul unui declin al popoarelor civilizate. Atâta timp cât materia, care întreține funcțiile spirituale, e în declin, nu este nici o rațiune a spera un progres izolat etic, fără substratul său de bază.

Chiar dacă acest declin ar fi cu adevărat inevitabil, avem

BCU Cluj / Central University Library Cluj

datoria pentru lumea ce va veni după noi, să căutăm şi să găsim mijloacele cele mai adecvate, pentru ameliorarea răului.

Justiţia represivă, religia, educaţia, etica, au lucrat de cele mai multe ori disparat şi contradictoriu. Toate acestea, în cooperare desăvârşită se vor îndrepta spre acele funcţii care asigură şi determină comportamentul omenesc şi motivaţiile lui: spre propensiuni. Ele nu pot fi nimicite sau îndepărtate, dar pot fi într'o carecare măsură deviate, derivate, sublimate, dirijate. Pentru lumea ce vine, să pregătim în locul animalului din care ne-am născut noi, omul desanimalizat. Să reconstruim şi mediul, mai aproape de cel al naturii, să-l curăţim de toate acele plusuri inutile şi vătămătoare, pe care le-a revărsat asupra lumii secolul tehnicei şi al mecanizării, acea ameninţare perpetuu crescândă.

In locul represiunii să apelăm la profilaxie. Profilaxia criminală cuprinde pe om şi mediul său. Ea nu se poate imagina fără o cooperare desăvârşită între toate instituţiile statale. Politica criminală aparţine politicei de prevedere socială, care animă azi păturile conducătoare ale tuturor popoarelor.

Sugestii în legătură cu organizarea practică a combaterii tuberculozei*)

de

Prof. Dr. L. DANIELLO

De curând Dl Inspector general sanitar pentru Ardeal şi Banat, Dr. I. Cosma, a iniţiat o acţiune prin care doreşte să încerce, cu concursul tuturor medicilor ftiziologi din aceste provincii şi al instituţiilor antituberculoase existente, soluţionarea practică şi imediată a combaterii tuberculozei. Se ştie că această problemă medico-socială de covârşitoare însemnătate n'a putut fi convenabil rezolvită în cei 25 ani de când s'a instalat serviciul sanitar românesc pe plaiurile ardelene, după cum n'a fost

*) Expunere făcută la întrunirea medicilor ftiziologi şi inspectorilor generali sanitari din Ardeal şi Banat, la Sibiu, în 13 Ianuarie 1944.

rezolvită nici în vechea țară românească și nici în celelalte provincii alipite. Este un fenomen ciudat și care nu face deloc cinste trecutelor guvernări și mai ales foștilor conducători ai marilor instituții sanitare și de ocrotire socială din țară că în România, care are tristul privilegiu de-a se număra printre cele mai tuberculizate țări din Europa, problema tuberculozei n'a fost abordată sub aspectul ei social, așa că azi suntem poate singura țară, dintre cele cu pretenții de civilizație, care nu posedă încă organizația modernă necesară combaterii sistematice și eficace a unei boli care, după cum se știe, slăbește atât de simțitor vitalitatea neamului nostru, cauzându-i anual zeci de mii de morți și sute de mii de invalizi, mai ales din generațiile productive dintre 18 și 35 de ani.

Din cauza mizeriilor fizice și morale datorite actualului război, frecvența tuberculozei în populația noastră de toate clasele și toate vârstele sporește îngrijorător, după cum o constată toți medicii de specialitate și amenință să ia proporții catastrofale. Pentru a nu fi acuzat că exagerez, voi da aci câteva cifre comparative, a căror exactitate am avut prilejul s'o verific personal.

Frecvența tuberculozei evolutive deschise printre absolvenții școlilor noastre secundare care au cerut să fie înscriși la Universitatea Cluj-Sibiu a fost:

în anul	1941/42	de	0,8%
„ „	1942/43	„	1,3%
„ „	1943/44	„	2,3%

Pentru tuberculozele cu leziuni infiltrative sau nodulare fără bacili, cifrele au fost:

în anul	1941/42	de	2,7%
„ „	1942/43	„	3,3%
„ „	1943/44	„	4,2%

Rezultă din aceste cifre că proporția îmbolnăvirilor în ambele categorii a sporit cu mai mult de 100%, pentru o clasă de indivizi care reprezintă tineretul intelectual, despre care putem presupune că trăește în condiții igienice relativ satisfăcătoare și

stă sub supravegherea permanentă a medicilor şcolari. Avem toate motivele să credem că printre tineri din alte clase sociale (ucenici, muncitori, soldaţi şi plugari), proporţia sporului este şi mai mare. Nimeni nu va putea nega că în faţa acestei situaţii avem obligaţia să reacţionăm imediat. Se pune întrebarea dacă avem azi speranţa să mai putem înfăptui ceeace n'am reuşit să facem în două decenii de pace?

Desigur că dificultăţile vremilor de azi sunt mari, dar anumite motive, pe care o să le arăt imediat, mă fac să fiu relativ optimist. Dacă n'am izbutit să realizăm în trecut o organizaţie de profilaxie socială a tuberculozei, motivul principal a fost, după părerea mea, că au lipsit anumite premise indispensabile înfăptuirii unei astfel de opere. Şi nu atât premisele de ordin material cât mai de grabă cele de ordin psihologic. Ţara noastră bogată ar fi putut ori când găsi, într'un fel sau altul, resursele financiare necesare unei combateri pe plan social a tuberculozei, după cum s'au găsit resurse abundente pentru atâtea alte înfăptuiri de mai mică importanţă. Ele nu s'au dat fiindcă nici organele de conducere a politicii sanitare a ţării, nici corpul medical şi nici opinia publică n'au sesizat problema tuberculozei sub aspectul ei de plagă socială, ci aproape exclusiv sub cel medical. Nu vreau să spun că n'au existat şi la noi oameni clar văzători cari de multă vreme au dat şi dau alarma, căutând să desvălue adevărata faţă a lucrurilor. Glasul acestor izolaţi a răsunat însă în pustiu şi nu s'a impus atenţiunii generale. Şi atunci tot ce s'a făcut la noi în materie de tuberculoză, s'a făcut în domeniu pur medical. S'au construit spitale şi sanatorii şi s'au realizat progrese însemnate în tratamentul bolii. Dar astăzi nimeni nu mai este victima iluziei că prin aplicarea ori cât de corectă şi pe o scară ori cât de întinsă a metodelor curative de care dispune medicina prezentă se va putea obţine, nu o stârpire a tuberculozei, dar măcar o diminuare apreciabilă a frecvenţei ei. *Azi se ştie că lupta împotriva tuberculozei trebuie să fie dusă înainte de toate cu mijloacele preventive şi numai în rândul al doilea cu măsuri curative.* Este incomparabil mai important să eviţi contaminarea celor sănătoşi sau îmbolnăvirea celor contaminaţi decât să vindeci pe cei atinşi de forme manifeste de baciloză. Sanatoriile şi spitalele se pot încadra în organizaţia de profilaxie şi face parte integrantă din ea dar singure

nu pot face profilaxie. Această idee fundamentală care a triumfat de mult în toată lumea, începe să fie înțeleasă și la noi și faptul că ea pătrunde în cercurile largi, medicale și laice, constitue după părerea mea una din premisele indispensabile organizării practice a profilaxiei antituberculoase, creind climatul favorabil înfăptuirii unei opere a cărei reușită reclamă nu numai o intensă activitate din partea medicilor, ci concursul activ al organelor de stat și al tuturor oamenilor de bine. Transformarea aceasta a atitudinii psihologice a societății față de problema tuberculozei s'a operat în timpul din urmă sub influența curentelor de idei care așează în centrul preocupărilor de reformă socială biologicul, capitalul uman, considerat ca bunul suprem al națiunii. Ea este un imponderabil dacă vreți, dar unul din acele imponderabile ce au o influență hotărîtoare în evoluția socială.

Nu cred să mă înșel semnalând prezența acestui fenomen la noi. Ori ce observator atent îl va putea descoperi atât în preocupările din ultimul timp ale Ministerului Sănătății, cât și în sânul corpului medical sau în marele public. Chiar și inițiativa Dlui Dr. Cosma semnalată la începutul acestui articol este o dovadă clară a existenței lui.

Un alt motiv pentru care cred că acțiunea pe care vrem s'o întreprindem are sorți de izbândă este acela, că în urma noii organizări sanitare a statului, *ni se dă pentru prima dată posibilitatea să încercăm organizarea luptei antituberculoase într'un cadru regional, bine delimitat.* Spitalele, sanatoriile, dispensarele și preventoriile unei regiuni vor servi de acum înainte numai combaterii tuberculozei din acea regiune. Insemnătatea acestei măsuri este enormă și dacă se va aplica, rezultatele ei nu vor întârzia să se arate, fiindcă experiența acumulată în ultimele cinci decenii în toate țările unde se combate serios tuberculoza, a dovedit că profilaxia acestei boli nu poate fi organizată decât descentralizată la maximum, adică regional și local. Motivele cari au impus această concepție țin de epidemiologia tuberculozei, de caracterul social și familiar al bolii și sunt tot atât de valabile la noi ca și în alte state. Cu alte cuvinte acțiunea profilactică trebue să se desfășoare în primul rând în colectivitățile umane ce constitue societatea: familie, comună rurală sau urbană, plasă și așa mai departe și numai în

rândul al doilea în instituții izolate cum sunt sanatoriile sau spitalele. Cunoscutul ftiziolog german Kayser-Petersen a caracterizat admirabil această situație când a spus că în combaterea tuberculozei sanatorul și spitalul constitue etajul clădirii al cărui fundament este acțiunea profilactică (Fürsorge) desfășurată pe teren. Considerând situația din țara noastră în lumina acestei maxime, putem constata că profilaxia tuberculozei la noi (dacă peste tot se poate vorbi de așa ceva), este o clădire zidită în vânt. Are etaj, căci există spitale și sanatorii (numai în Transilvania și Banat avem 1700 paturi aparținând M. S. și înafară de asta alte câteva sute ale Ligii sau Casei Asigurărilor), dar n'are fundament, căci nu există nici o acțiune sistematică de profilaxie pe teren. Fără ea spitalele și sanatoriile nu pot fi rațional utilizate și randamentul lor din punct de vedere profilactic rămâne cu totul neglijabil.

Rostul acțiunii pe care dorim s'o întreprindem la inițiativa Dlui Inspector general Cosma, este în primul rând organizarea acestei acțiuni locale și regionale din sânul societății și coordonarea ei cu activitatea spitalelor și sanatoriilor existente.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

In cele următoare voi căuta să arăt cum s'ar putea realiza practic acest deziderat, în împrejurările actuale, cu mijloacele modeste existente și deocamdată fără angajarea unor resurse financiare excepționale. Nu sunt atât de naiv să cred într'un succes rapid și integral dar am convingerea că dacă medicii ftiziologi își vor da concursul în mod sincer și desinteresat, vom realiza mai mult decât un început onorabil.

Mai țin să adaug că măsurile pe care le voi propune în cele ce urmează nu sunt izvorîte din considerațiuni teoretice personale. Ele sunt extrase din experiența vastă acumulată în acest domeniu în toată lumea iar în parte și din experiența mea proprie. Tehnica profilaxiei antituberculoase este azi atât de riguros stabilită în toate detaliile sale și rezultatele pe care le dă sunt atât de precis verificate încât se poate vorbi de o metodă științifică exactă. Nu mai avem dreptul să venim cu noi teorii de combatere și cu inovații personale neverificate cum au tendința să facă unii, ci bucurându-ne că putem evita erorile și tatonările la care au fost supuși alții, trebue să profităm în cea mai largă măsură de experiența câștigată în străinătate și

să adaptăm realităţilor sociale dela noi principiile fundamentale, pretutindeni valabile, ale profilaxiei.

Permiteţi-mi să le formulez în câteva fraze. Cele dintâi două au fost enunţate încă de acum 56 de ani de către englezul Sir Robert Philip şi s'au impus în toată lumea. Deşi ele au un trecut atât de venerabil, la noi multă lume abia acum începe să le descopere şi de aplicat nu se aplică.

Cel dintâi sună aşa: *dacă aşteptăm până tuberculosul se prezintă la medic, acţiunea curativă şi profilactică intervine prea târziu şi rămâne ineficace. Prin urmare medicul trebuie să fie acela care se duce la bolnav. Cu alte cuvinte cazurile de tuberculoză trebue căutate sistematic în sânul societăţii şi depistate precoce, înainte de ce boala lor a devenit incurabilă şi înainte de ce şi-au contaminat anturajul.*

Al doilea principiu:

Bolnavul de tuberculoză odată descoperit el trebue supraveghiat permanent până la completa însănătoşire sau până la moarte, acordându-i-se asistenţă medicală şi socială.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Al treilea principiu:

Familia tuberculosului, precum şi toate persoanele cu care el vine de obiceiu în contact trebuiesc de asemenea supraveghiate permanent, examinate medical şi ferite de îmbolnăviri, prin izolare, educaţie igienică şi măsuri capabile să sporească rezistenţa organismului faţă de infecţiunea bacilară.

Toate celelalte, foarte numeroase, măsuri pe care le reclamă profilaxia tuberculozei, cum ar fi procedura diagnosticului exact al cazurilor, internarea în diferite instituţii de cură şi izolare şi altele, asupra cărora nu vreau să insist aci, derivă în mod logic din aceste trei principii după cum mai derivă şi concluzia obligatorie că *dacă vrem să punem practic în aplicare principiile de mai sus trebue să creem o organizatie complexă compusă din mai multe instituţii cu funcţiune simultană şi coordonată şi cu rază de acţiune limitată la o regiune geografică bine delimitată. Adică să creiem un armament antituberculos regional.* Ce trebuie să cuprindă el? In primul rând dispensarii antituberculoase, fiindcă ele sunt chemate să facă depistarea precoce, supraveghierea permanentă a cazurilor şi familiilor, triajul bolnavilor, să stabilească indicaţia de internare în spital sau sanator, educaţia igienică şi încă multe altele.

Armamentul regional antituberculos trebue să mai dispună de un număr suficient de paturi în spitale și sanatorii. Aceste două elemente: dispensarul și spitalul de tuberculoză sunt cele mai importante, dacă ele funcționează coordonat în aceeași regiune pot deja realiza o profilaxie eficace. Un armament antituberculos complet trebue să mai dispună de preventorii pentru copii, de colonii de vacanță, de școli în aer liber, de colonii de muncă pentru tuberculoșii recuperați etc. Asupra acestora deocamdată nu mi se pare util să insist.

Dacă căutăm să vedem cum am putea aplica la noi principiile de combatere antituberculoase am constata imediat că ne izbim de o piedică de neînvins: *ne lipsesc dispensariile antituberculoase.* Noi avem numai spitale și sanatorii. Cu ele nu putem face nici depistare precoce, nici supraveghere permanentă a bolnavilor și familiilor, nici educație, iar fără aceste măsuri nu putem face profilaxie eficace.

Lipsa dispensarelor antituberculoase este într'adevăr cea mai gravă lacună în combaterea tuberculozei la noi. Este de neînțeles cum de această instituție care constitue în toată lumea pivotul central al întregii acțiuni de profilaxie și care în străinătate sunt atât de numeroase încât formează azi o rețea deasă pe întreagă suprafața Europei, funcționând cu un personal specializat și după o tehnică meticulos reglată, nu s'a putut realiza în România. Căci să nu ne facem iluzii, cele câteva instituții ce funcționează la noi sub titlul de dispensar, nu sunt dispensarii în sensul care i se dă astăzi în ftiziologie acestei noțiuni, căci ele nu funcționează în spiritul ideilor fundamentale ale lui Sir Robert Philip, desfășurându-și activitatea medico-socială pe teren, ci se mulțumesc să dea consultații gratuite bolnavilor cari binevoesc să se prezinte acolo din proprie inițiativă. Ideea dispensarului antituberculos a înregistrat la noi cel mai complet faliment. Atât de complet încât prin noua lege sanitară ele au și fost desființate, fiindcă Dl Ministrul a constatat prin anchete la fața locului că nu corespund menirii.

Cred că cea dintâi obligație a generației actuale de ftiziologi este reabilitarea dispensarului antituberculos și reînființarea lui oficială.

Până atunci nu ne rămâne de făcut altceva decât *să activăm în spiritul adevărat al dispensarului, fără dispensar.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ni se oferă pentru aceasta o posibilitate practică care cred că va da rezultate. Şi anume aceea *de a creia armamente antituberculoase regionale în care funcţiunea complexă a dispensarului să fie îndeplinită de instituţiile şi personalul plasei sanitare model, în colaborare cu medicii specialişti ai spitalelor şi sanatoriilor de tuberculoză.*

In spiritul noii legi sanitare medicii primari de specialitate dela oraşe sau sanatorii sunt obligaţi să conducă întreaga acţiune de organizare a combaterii bolilor sociale din regiunea lor.

Programul acestei activităţi poate fi schiţat după cum urmează:

1. Dl Inspector General Sanitar, de comun acord cu medicii specialişti interesaţi va proceda la o *delimitare precisă a teritoriilor ce vor forma aria de activitate a fiecărui armament antituberculos regional,* constituit din spitalul sau sanatorul de tuberculoză din acea regiune, plasa sanitară model şi alte instituţii antituberculoase existente (preventorii, dispensare etc.). Se vor da apoi indicaţii precise de colaborare între aceste organizaţii şi medicii de circumscripţii, dispensariile comunale, spitalele publice şi orice alte instituţii medicale care ar putea să-şi dea concursul sub orice formă la combaterea tuberculozei.

Delimitarea regiunilor ar putea fi aproximativ următoarea:

1. *Regiunea Banat şi Crişana:* Spitalul de tuberculoză Timişoara, Sanatorul de tuberculoză Arad, Plasele sanitare model Ineu şi Lipova.

Aria de activitate: judeţele Arad, Timişoara, Caraş şi Severin, Oradia.

Se va colabora cu Sanatorul Marilla, spitalele din Lugoj şi Beiuş.

2. *Regiunea Braşov:* Spitalul de tuberculoză Braşov, Spitalul de tuberculoză Satu-Lung, Preventorul Şanţuri. Secţia de tuberculoză dela Spitalul Făgăraş, Dispensarul (Ambul. Policl.) Braşov, Plasele sanitare model Bran şi Arpaş.

Aria de activitate: jud. Braşov şi Făgăraş.

3. *Regiunea Munţilor Apuseni:* Sanatoriile de tuberculoză Câmpeni şi Săvădisla, Secţia de tuberculoză a Spitalului Turda, Plasele sanitare model Abrud şi Câmpeni.

Aria de activitate: judeţul Cluj-Turda, partea de Nord din jud. Alba.

4. *Regiunea Alba-Iulia:* Sanatoriile de tuberculoză Geoagiu și Aiud, Secția de tuberculoză dela Spitalul din Deva, Plasa sanitară model Hațeg, Preventorul Sâncrai. Se va colabora cu sanatorul din Brad.

Aria de activitate: jud. Hunedoara și partea de Sud din Alba.

5. *Regiunea Sibiu:* Spitalul de tuberculoză și Clinica Ftiziologică din Sibiu, Secțiile de tuberculoză dela spitalele Sighișoara, Mediaș, Târnăveni și dela Spitalul Militar Sibiu, Plasa sanitară model Săliște, Dispensarul (Ambulatorul Policlinic) Sibiu.

Această delimitare are un caracter provizoriu și urmează să fie definitiv stabilită dupăce în prealabil se vor studia condițiunile locale, comunicațiile cele mai avantajoase și alte detalii.

2. In principiu *paturile din spitalele și sanatoriile fiecărei regiuni vor servi numai pentru tuberculoșii din regiunea respectivă,* pentru străini rezervându-se cel mult 20% din locuri și numai după ce se vor satisface nevoile locale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cum în prezent aproape toate sanatoriile din Ardeal sunt ocupate cu bolnavi din alte regiuni, aceștia vor trebui evacuați. Există în această privință o dispoziție recentă a Ministerului Sănătății

3. Se vor organiza de 2 ori pe săptămână *consultații pentru tuberculoză,* deocamdată numai la sediile plășilor sanitare model. Ele vor fi date de un ftiziolog (medic primar sau secundar cu experiență, dela spitalele sau sanatoriile de tuberculoză), care va avea la dispoziție o instalație radiologică convenabilă (existentă la dispensarul plasei).

Spre aceste consultații vor fi dirijați sistematic de către medicii de circumscripție, medicul igienist și surorile de ocrotire toți suspecții de tuberculoză din plasă.

Pentru cazurile confirmate se vor lua următoarele măsuri:

a) *se vor întocmi fișe speciale de evidență;*

b) se vor face *anchete sociale la domiciliu* (de către surorile de ocrotire);

c) se va face *examenul radiologic al familiei și persoanelor de contact;*

d) *se vor lua măsuri terapeutice și profilactice* constând din internarea în spital a cazurilor cu indicație medicală sau socială,

măsuri de izolare la domiciliu, educaţie igienică a familiei etc.

e) *atât bolnavii cât şi familiile lor vor fi reexaminaţi periodic* de către acelaşi serviciu de consultaţii.

4. In măsura posibilului şi a utilului, se vor organiza în plăşile sanitare şi chiar şi în restul regiunii *depistări sistematice de tuberculoză prin mijloace moderne* (microradiofotografie, cutireacţiune etc.).

5. Pe baza acestor date *se va întocmi statistica tuberculozei* din regiuni.

6. In fiecare plasă sanitară model se va aplica *vaccinarea preventivă cu B.C.G.*, urmărindu-se sistematic toţi vaccinaţii.

7. In fiecare regiune *se va organiza un comitet regional pentru combaterea tuberculozei* la care se vor cointeresa autorităţile, Consiliul de Patronaj, asociaţiile pentru protecţia infantilă, şcolile şi orice alte asociaţii sau persoane capabile să colaboreze util la opera de profilaxie, propagandă antituberculoasă sau asistenţă socială.

Sugestiile de mai sus care schiţează un program minimal de combatere practică a tuberculozei în cadrul unor armamente regionale pe care eu îl cred aplicabil şi între împrejurările actuale, vor trebui să fie înlocuite cu instrucţiuni exacte care să precizeze toate detaliile de funcţionare care nu puteau fi menţionate în această expunere cu caracter general şi informativ.

Organizarea Inspectoratelor generale sanitare regionale

de

Prof. Dr. I. STOICHIŢIA

Deodată cu întinderea şi desvoltarea organizaţiei sanitare a Ţării, s'a ivit şi necesitatea creerii unor organe de îndrumare şi control pentru serviciile şi instituţiile exterioare, având şi menirea să asigure legătura necesară între conducerea centrală şi serviciile şi instituţiile periferice. Din această necesitate, precum şi din tendinţa de a scoate cel puţin parţial, serviciul sanitar exterior, de sub dominaţia apăsătoare şi de cele mai multe

ori nedreaptă a organelor administrative şi politice, a luat fiinţă încă în anul 1893 prima instituţie a Inspectorilor Sanitari în România.

Prin „Regulamentul pentru serviciul Inspectorilor Sanitari" din 1894 se stabilesc normele de funcţionare, atribuţiile, drepturile şi îndatoririle privitor la cei patru inspectori sanitari nou numiţi. Ei erau la dispoziţia Direcţiunii Sanitare a Serviciului Sanitar din Ministerul de Interne, prin urmare rămâneau *organe centrale*, având obligaţia de a inspecta fiecare un număr de câte 8 judeţe pe an, cu cel puţin 10 comune din fiecare judeţ. Directorul General al Serviciului Sanitar indica *lunar* judeţele care urmau să fie inspectate de fiecare Inspector Sanitar, iar inspecţia propriu zisă se făcea după un *itinerar* mai înainte întocmit, Inspectorul fiind însoţit de Medicul Primar judeţean, de Subprefect şi Primar, precum şi de alte organe administrative locale.

Inspectorul lucra în fiecare caz după *indicaţiile* precise primite dela centru; el avea drepturi foarte limitate, putând lua măsuri imediate, numai în anumite cazuri urgente şi având obligaţiunea de a raporta şi a cere aprobarea Directorului General al Serviciului Sanitar şi pentru cele mai neînsemnate chestiuni.

Inspectorii sanitari executau şi anchetele disciplinare în baza delegaţiilor şi mai ales în baza indicaţiilor, adeseori foarte categorice, primite dela centru pentru fiecare caz în parte şi în baza actelor primite de ei, Direcţiunea generală a Serviciului Sanitar transfera, suspenda şi chiar destituia definitiv pe medici fără nici o altă formă.

Prin Legea sanitară din 1910, art. 15, se creiază 10 Inspectori Generali Sanitari, dintre cari 3 technici pentru epidemii, boli sociale şi industrii, toţi rămânând însă şi pe mai departe *organe centrale* la dispoziţia Directorului general al Serviciului sanitar.

Decretul lege Nr. 1627 din 25 Aprilie 1919, împarte administraţia sanitară a Vechiului Regat în 7 regiuni sanitare, iar Regulamentul publicat în Monitorul Oficial Nr. 66 din Iulie 1919, fixează normele de funcţionare a regiunilor sanitare. Inspectorii Generali sanitari, conducători de regiune primesc drepturi largi de conducere şi îndrumare asupra Serviciilor sanitare

periferice, devenind astfel *importante autorităţi sanitare regionale.*

Inspectoratele regionale îşi creiază o vastă cancelarie administrativă centrală compusă din 8 biurouri şi servicii deosebite cu un personal administrativ destul de numeros. In afară de aceasta ele mai dispun de câte un depozit regional de medicamente; depozit de economat; echipă volantă de desinfecţie, atelier mecanic; echipe volante pentru boli sociale şi laborator regional de igienă. Inspectorii sunt instituiţi şi ordonanţatori secundari pentru mandatarea salariilor şi ordonanţarea cheltuelilor de materiale.

Regiunile sanitare înfiinţate în 1919 constitue deci prima încercare serioasă de *descentralizare* în administraţia sanitară a ţării.

Pe lângă cele 7 regiuni sanitare din Vechiul Regat, mai funcţiona un Inspectorat General sanitar la Cluj pentru regiunea Transilvaniei, înfiinţat în 1920: un Inspectorat general sanitar în Cernăuţi pentru regiunea Bucovinei înfiinţat încă în Decembrie 1918 şi în Basarabia un Inspectorat sanitar civilo-militar.

In anul 1921 ia fiinţă Ministerul Muncii, Ocrotirilor Sociale şi al Sănătăţii în care se înglobează Direcţiunea Generală a Serviciului Sanitar din Ministerul de Interne şi tot în acest an se extinde autoritatea Legii sanitare din 1910 asupra întregului teritoriu al ţării.

Prin Legea sancţionată prin Inaltul Decret Regal Nr. 4549 din 27 Octombrie 1922, ţara întreagă se împarte în 11 *direcţiuni de regiuni sanitare*, având în frunte câte un Inspector general sanitar cu titlul de Director de regiune sanitară.

Prin această lege se stabileşte şi principiul ca toţi medicii dela orice autoritate să fie supuşi aceloraş norme de selecţionare şi să aibă aceleaşi drepturi de stabilitate şi jurisdicţiune.

Se creiază în Minister un Consiliu al Directorilor de regiuni sanitare în scopul realizării unei coordonări şi unităţi de conducere şi se investesc Directorii regionali cu toate drepturile pe care le are şi Directorul General al Serviciului Sanitar din Minister.

Deşi formal prin această Lege s'a realizat o largă *descentralizare* în administraţia sanitară a ţării, rezultatele nu au fost

cele dorite, deoarece centrul gelos de atribuţiile sale a răpit pe încetul Direcţiunilor regionale orice iniţiativă şi putere de acţiune. Atribuţiile fixate în Lege au rămas platonice, Inspectoratele regionale devenind tot mai mult simple biurouri de înregistrare şi de verificare a conturilor lunare şi a corespondenţei mărunte. Singurul atribut pozitiv care a mai rămas a fost dreptul de control şi de inspecţie pe teren.

Prin legea din 1923 se creiază Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Direcţiunile de regiuni sanitare rămânând neschimbate.

Art. 31 din Legea sanitară din 23 Martie 1926 desfiinţează Direcţiunile de regiuni sanitare creiate la 27 Octombrie 1922 şi înfiinţează în loc 11 Inspectorate generale sanitare cu aceleaşi reşedinţe ca şi direcţiunile de regiuni sanitare.

Prin legea pentru organizarea Ministerelor publicată în Monitorul Oficial Nr. 169 din 2 August 1929 se creiază Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Legea sanitară şi de ocrotire din 1930 desfiinţează Inspectoratele generale sanitare şi înfiinţează în loc 7 *servicii ministeriale locale* înglobate în Direcţiunile ministeriale înfiinţate prin noua Lege administrativă, având atribuţii largi fixate prin dispoziţiile acestei Legi.

Tradiţia se dovedeşte însă şi de data aceasta mai tare decât puterea Legii şi serviciile ministeriale locale, contrar bunelor intenţiuni ale legiuitorului, rămân ceeace au fost sub diferitele lor forme anterioare centralizate sau descentralizate: simple organe de inspecţie şi control; birouri intermediare pentru înregistrarea şi transmiterea corespondenţei şi organe de verificare formală a actelor şi conturilor lunare de cheltueli a instituţiilor şi Serviciilor sanitare periferice.

Prin modificările ulterioare ale Legii sanitare din 1933, 1934 şi 1935, se repun în funcţiune iarăşi 9 Inspectori generali sanitari, iar prin Legea de organizare a Ministerului Sănătăţii din 1939, se reînfiinţează Inspectoratele generale sanitare în cadrele ţinuturilor sau Rezidenţelor locale, numărul lor ridicându-se la 10.

Cu toate aceste transformări numeroase făcute într'un timp relativ scurt şi în ciuda bunelor intenţiuni de a le preface în autorităţi sanitare competente şi capabile de a conduce, în-

druma și supraveghea viața sanitară a unei regiuni, Inspectoratele sanitare au rămas totuși, din mai multe cauze, aproape exclusiv organe de inspecție, de anchetă și control pentru serviciile și instituțiile sanitare din țară. Au rămas la rolul de servicii intermediare pentru transmiterea și adese ori pentru întârzierea corespondenței, birouri de verificare formală a gestiunilor financiare și numai într'o măsură cu totul redusă, ele au reușit să se afirme ca autorități de îndrumare și conducere efectivă, având prestigiul necesar și o competință technică necontestată.

Din aceste cauze, cu ocaziunea întocmirii nouei Legi pentru organizarea sanitară a Statului, s'a pus cu drept cuvânt întrebarea dacă Inspectoratele generale sanitare mai sunt necesare și utile Serviciului sanitar public și ele trebue sau nu, să mai fie menținute în organizare sanitară a Statului?

Iată câteva din considerațiunile cari ne-au făcut să răspundem afirmativ la aceste întrebări, deși activitatea și realizările din trecut ale celor mai multe dintre aceste instituții ar fi impus poate un răspuns categoric negativ.

BCU Iași / Central University Library Cluj

Avându-se în vedere marea necesitate și utilitate de a se asigura norme unitare de organizare și de acțiune pentru toate serviciile și instituțiile sanitare din țară, atribuindu-se Ministerului Sănătății ca autoritate centrală, dreptul de a stabili și a impune aceste norme, tot astfel s'a găsit că este necesar să existe și o *autoritate sanitară regională* chemată să asigure realizarea ideii de *comandament unic*, pentru regiunea respectivă. Cu alte cuvinte s'a văzut că este necesar să existe între Minister și organizațiile sale județene, un organ intermediar care stând în contact strâns cu autoritatea centrală să poată imprima organelor periferice aceeaș gândire și aceleași metode de acțiune, prin care se poate asigura o unitate de acțiune, omogenă și viguroasă, în interesul sănătății publice.

In al doilea rând, s'a găsit că este necesar ca să se asigure o *îndrumare technică permanentă* pe teren a serviciilor și instituțiilor sanitare periferice, cum și un control efectiv al activității lor. Acest deziderat nu-l poate realiza autoritatea centrală care este Ministerul, pe de o parte distanta între el și organele periferice fiind prea mare, iar pe de altă parte, neputându-se cunoaște dela centru toate particularitățile specifice

locale din fiecare regiune. Această sarcină trebue să o îndeplinească Inspectorii generali sanitari regionali, cari având contact permanent cu realitățile locale, vor fi în măsură să decidă cu deplină competență în toate chestiunile care privesc serviciile și instituțiile sanitare și de ocrotire din regiunea lor.

Un al treilea deziderat ar fi; asigurarea unei *autorități ierarhice superioare* chemată să armonizeze și să coordoneze diferitele interese locale și în acelaș timp să aplaneze eventualele conflicte și neînțelegeri dintre serviciile și instituțiile sanitare conduse de medici având acelaș grad ierarhic.

In fine, un alt deziderat este necesitatea existenței pe teren a unui *organ animator în sens constructiv*, care să stimuleze o acțiune și să îndrume diferitele inițiative locale, promovând și încurajând pe cele bune și oprind pe cele dăunătoare bunului mers al serviciului.

Dacă Inspectoratele generale sanitare regionale ar corespunde chiar și numai acestor cerințe minimale, ele totuși ar fi necesare și utile pentru asigurarea bunului mers al serviciului sanitar și de ocrotire din țară și în consecință ele trebue menținute, căutându-se a le organiza în așa fel ca să poată da maximum de randament.

Dacă însă acceptăm integral principiul *descentralizării*, așa cum s'a introdus în noua Lege de organizare sanitară a Statului, în acest caz Inspectoratele generale sanitare se impun ca o necesitate de primul rang în organizația noastră sanitară și de ocrotire. Rolul lor în acest sistem de organizare, devine covârșitor, fiindcă de buna lor funcționare depinde în primul rând însăși izbânda principiului de descentralizare. Intr'un sistem de organizare descentralizată, Ministerul trebue complect descongestionat de îndatoriri și îndeletniciri mărunte de administrație și gospodărie cari îi răpesc tot timpul și îi consumă întreaga energie și putere de muncă. Aceste preocupări și îndatoriri trec asupra Inspectoratelor generale sanitare regionale, iar o bună parte asupra conducătorilor serviciilor și instituțiilor sanitare și de ocrotire periferice.

Se realizează astfel o diviziune rațională a muncii, a atribuțiilor și a răspunderilor efective, care trebue să fie baza oricărei organizațiuni temeinice și serioase. Rolul și importanța Inspectoratelor generale sanitare regionale în acest sistem de

organizare este cât se poate de important şi necesitatea existenţei lor devine în acest caz, mai presus de orice îndoială.

In propunerile pe care ne permitem a le face în legătură cu organizarea viitoare a Inspectoratelor generale sanitare regionale, ne vom călăuzi deci de sistemul de organizare bazat pe principiul unei cât mai largi descentralizări, atât administrative, cât şi de ordin technic, ţinând seamă de dispoziţiile cuprinse în noua Lege pentru organizarea sanitară a Statului.

In conformitate cu această lege, teritoriul ţării este împărţit din punct de vedere sanitar în 5 Inspectorate generale sanitare regionale cu reşedinţe în Bucureşti, Iaşi, Sibiu, Chişinău şi Cernăuţi şi un Inspectorat General sanitar al Capitalei.

Inspectoratului General Bucureşti îi aparţin 19 judeţe din Muntenia, Oltenia şi Dobrogea înglobând o cifră de populaţie de 6.893.613, suflete pe o suprafaţă de 92.189 Km^2; Inspectoratului General Iaşi 11 judeţe din Moldova înglobând 2.196.613 suflete pe o suprafaţă de 32.954 Km^2; Inspectoratului Sibiu 13 judeţe din Ardeal şi Banat cu o populaţie de 3.336.779 suflete pe o suprafaţă de 58.953 Km^2; Inspectoratului Chişinău 9 judeţe din Basarabia având 2.399.834 suflete pe 40.644 Km^2; Inspectoratului Cernăuţi 7 judeţe din Bucovina, având o populatie de 1.411.255 suflete pe o suprafaţă de 17.070 Km^2 şi în fine Inspectoratul Sanitar al Capitalei care cuprinde numai populatia aşezată pe teritoriul Municipiului Bucureşti.

Impărţirea teritorială pe singuraticele Inspectorate va apare desigur oricui neegală şi deci din anumite puncte de vedere ca inevitabilă. Actuala împărţire constitue însă un provizorat conditionat de situaţia geografică actuală a ţării. Prin refacerea vechilor noastre hotare, cele trei Inspectorate Generale sanitare cari vor rămâne la Bucureşti, Iaşi şi Cluj, vor fi perfect echilibrate şi vor constitui trei autorităţi sanitare regionale cu atribuţii vaste de organizare şi conducere a întregului Serviciu sanitar şi de ocrotire, cât şi de îndrumare tehnică pe teren a oricărei acţiuni sanitare şi de ocrotire din aceste regiuni ale ţării.

Fiecare Inspectorat General sanitar regional este condus de către un Inspector general sanitar regional, recrutat prin concurs dintre Inspectorii generali sanitari definitivi ai Ministerului. El este şeful erarhic al întregului personal medical, sa-

nitar, de ocrotire și administrativ din regiunea pe care o conduce și are următoarele atribuții:

a) Exercită toate atribuțiile de îndrumare, coordonare și control al serviciilor și instituțiilor sanitare și de ocrotire din cuprinsul regiunii;

b) Reprezintă în regiune autoritatea sanitară centrală cu care lucrează în strânsă legătură;

c) Veghează la aplicarea legilor și regulamentelor cu caracter sanitar și îndrumă și controlează buna funcționare a serviciilor și instituțiilor sanitare și de ocrotire în subordine;

d) Inițiază, organizează și execută în înțelegere cu autoritățile locale și în colaborare cu Institutele de Igienă și Sănătate publică orice acțiune în folosul sănătății publice;

e) Aprobă concedii până la 30 de zile întregului personal medical, sanitar și administrativ în subordine;

f) Numește, definitivează, înaintează și transferă personalul administrativ până la gradul de șef de serviciu;

g) Aplică pedepsele disciplinare de gradul I și II întregului personal în subordine.

Inspectorii generali sanitari regionali au fost investiți deci prin noua Lege pentru organizarea sanitară a Statului cu drepturi foarte largi de conducere, îndrumare și control a tuturor Serviciilor sanitare și de ocrotire exterioare, în spiritul celei mai largi descentralizări. Prin drepturile ce li s'au conferit în privința numirii și disciplinării personalului, Inspectorilor generali sanitari regionali li s'a sporit în mod simțitor autoritatea ei devenind *adevărații conducători* ai vieții sanitare regionale. Având însă dreptul și datoria de a iniția, de a organiza și executa orice acțiune sanitară și de ocrotire în interesul sănătății publice, ei primesc în acelaș timp și *răspunderea* cuvenită pentru funcționarea în bune condițiuni a întregului Serviciu sanitar și de ocrotire și pentru bunul mers al sănătății publice din regiune.

Pentru ca Inspectoratele generale sanitare regionale să-și poată îndeplini în mod corespunzător aceste atribuții și răspunderi atât de importante, este necesar ca ele să dispună de o bună organizație administrativă, cum și de organe technice bine pregătite pentru toate problemele de sănătate publică și ocrotire socială.

In acest scop s'a prevăzut ca fiecare Inspectorat general sanitar regional să aibă următoarele servicii centrale:

1. Un serviciu medico-sanitar, condus de un medic igienist, având 5 secţii pentru:

a) Boli epidemice şi sociale,

b) Igienă şi salubritate,

c) Medicină curativă,

d) Farmacii şi droguerii,

e) Statistică, demografie şi propagandă sanitară.

2. Un serviciu de ocrotire condus de un medic igienist având două secţii pentru;

a) Ocrotirea familiei, mamei şi copilului,

b) Asistenţa socială.

3. Un serviciu administrativ condus de un şef de serviciu, având patru secţii pentru:

a) Arhivă şi registratură,

b) Mişcarea personalului.

c) Construcţii sanitare.

Babeş-Bolyai University Central University Library Cluj

d) Control financiar.

Este necesar şi propunem ca Inspectoratele sanitare regionale să se organizeze după această schemă încadrându-se cu personal destoinic de specialitate, ca astfel toate problemele să poată căpăta atât din punct de vedere technic cât şi administrativ o soluţionare dintre cele mai competente.

Pe lângă fiecare Inspectorat General sanitar regional mai trebue să funcţioneze:

a) Mai multe laboratoare regionale de igienă şi laboratoare mobile, pentru executarea analizelor necesare: bacteriologice, chimice si chiar anatomo-patologice.

b) Un depozit regional de materiale sanitare, cu o secţie pentru medicamente şi alta pentru materiale sanitare, necesare pentru aprovizionarea instituţiilor si serviciilor sanitare şi de ocrotire din regiune, cu aceste materiale.

c) Echipe mobile de radiologie şi micro-radiofotografie pentru examinări masive în orice mediu.

d) Echipe mobile de desinfecţie şi deparazitare pentru combaterea epidemiilor din regiune.

e) Dispensarele mobile pentru actiunea preventivă şi curativă din regiunile îndepărtate lipsite de medici permanenţi şi

f) Trenuri-băi, necesare la combaterea epidemiilor în regiunile lipsite de instituţii permanente de băi şi deparazitare.

Tot acest armament sanitar este strict necesar pentru a se putea întreprinde şi susţine în bune condiţiuni o acţiune viguroasă şi eficientă de ridicare a sănătăţii publice din oricare regiune îndepărtată a ţării şi Inspectoratele generale sanitare, avându-l la dispoziţie vor putea acţiona prompt şi energic în orice împrejurare.

In spiritul unei cât mai largi descentralizări s'a prevăzut şi a luat fiinţă pe lângă fiecare Inspectorat general sanitar, câte o *comisie regională de apel,* care judecă apelurile în contra hotărîrilor comisiilor de autorizări ale consiliilor de igienă judeţene şi câte o *comisie de numiri şi înaintări,* având atribuţiunea de a-şi da avizul asupra mişcării personalului administrativ până la gradul de şef de serviciu.

Prin aceste două comisii regionale şi prin drepturile largi de numire şi disciplinare a personalului, care s'au conferit Inspectorilor generali sanitari regionali, se realizează un însemnat pas spre o descentralizare aproape integrală în materie de administraţie sanitară şi se descongestionează Ministerul de o mare parte a măruntelor sale preocupări administrative din trecut şi cari îi anihilau aproape complet orice activitate creatoare.

Pentru a se putea asigura o cât mai bună îndrumare şi supraveghere pe teren a serviciilor şi instituţiilor sanitare şi de ocrotire, s'a prevăzut ca pe lângă Inspectorul şef al regiunei, să funcţioneze şi un număr de inspectori generali sanitari de îndrumare şi control. Tendinţa trebue să fie ca pentru fiecare circumscripţie administrativă regională să avem câte un asemenea Inspector, realizându-se prin aceasta şi imperativul aşa numitului *conformism administrativ.*

Inspectorii sanitari de îndrumare şi control îşi au reşedinţa chiar la sediul circumscripţiei administrative; ei sunt însă obligaţi a păstra un contact permanent cu Inspectorul general sanitar regional căruia îi aparţin şi să participe lunar la o conferinţă sanitară şi la conferinţele trimestriale judeţene şi regionale, în cari se desbat toate problemele actuale cari interesează vieaţa sanitară a judeţelor şi regiunei.

* * *

Organizarea Inspectoratelor Generale Sanitare regionale, după concepţiile şi normele mai sus arătate este în curs de înfăptuire şi sperăm că în foarte scurtă vreme ea va fi realizată în întregime. Suntem îndreptăţiţi să credem că această nouă organizaţie va întregi în mod fericit organizaţia sanitară de Stat şi va marca un însemnat pas înainte spre *simplificarea, tehnicizarea şi autonomia* acestei importante autorităţi sanitare regionale.

Pentru realizarea acestui deziderat este însă necesar ca pe lângă încadrarea Inspectoratelor Generale sanitare regionale cu personal bun şi destoinic de specialitate şi pe lângă înzestrarea lor cu toate instituţiile şi instalaţiile tehnice necesare, în fruntea lor să se selecţioneze după criterii cât de pretenţioase, cei mai capabili şi mai bine pregătiţi medici igienişti ai ţării.

In al doilea rând este necesar ca Inspectoratele Generale sanitare regionale să solicite şi să realizeze cea mai strânsă şi mai armonioasă colaborare cu Institutele de Igienă şi sănătate publică din centrele universitare, care s'au creiat cu menirea de a fi „centrele de îndrumare tehnică a serviciilor şi instituţiilor sanitare din cuprinsul circumscripţiei lor".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin realizarea acestei intime şi permanente colaborări în toate domeniile de activitate sanitară şi de ocrotire, prestigiul şi autoritatea tehnică a Inspectoratelor sanitare va creşte simţitor, serviciile şi instituţiile sanitare şi de ocrotire exterioare vor avea un sfătuitor şi îndrumător competent în toate problemele dificile de sănătate publică, iar acţiunea sanitară pe teren va putea fi îndrumată după cerinţele tehnicei ştiinţifice moderne, spre folosul sănătăţii publice româneşti.

Cercetări asupra orientării endocrine la români[1]

de
Dr. P. RÂMNEANȚU

Cercetările experimentale și experiența clinică stabilesc tot mai amănunțit funcțiunile glandelor cu secreție internă. Aproape fiecărei glande endocrine i se cunoaște rolul diferențiat fundamental și colateral, cât și integrarea sinergică sau antagonistă în raport cu desvoltarea morfologică și funcțională a organismului uman. In raport cu aceste funcțiuni, ținând seamă de bogata literatură pe care o avem la dispoziție, la care au contribuit mult și cele două școli românești reprezentate de C. Parhon (2) și Gh. Marinescu (3), putem chiar să și clasificăm ormonele cunoscute până de prezent. N. Pende (4) a încercat o clasificare, luând în considerare atât rolul lor principal, excitant, cât și cel secundar, inhibitor. Gruparea pe care o reproducem mai jos, după el, e bipolară. Ea ține seamă de cele două mari fețe dirijate de secreția ormonală în toate fazele de evoluție ale organismului: *vieața vegetativo-reproductivă* și *vieața de relație*. Ormonele grupului dintâiu prezidează la desvoltarea organismului în greutate, a cavității toracice și abdominale și a organelor și funcțiunii sexuale. Ormonele grupului al doilea orientează desvoltarea psihică, musculară și creșterea scheletului în lungime. Schița întocmită de autor, referindu-se la funcțiunile morfogenetice ale ormonelor are înfățișarea redată pe pagina următoare.

In cursul vieții activitatea grupelor endocrine, de altfel chiar a subgrupelor și a singuraticelor ormone înșirate, nu este aceeași: ea se deslănțuie alternativ și cu un anumit ritm. Pri-

---

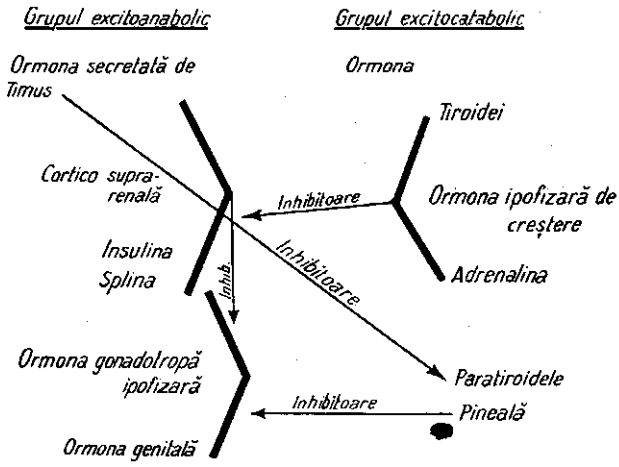
[1]) Populația cercetată e din județul Turda, plășile Valea-Ierii și Baia de Arieș.

[2]) C. I. Parhon, M. Goldstein și St. M. Milcu: *Manual de endocrinologie*, vol. I, II, III, București, Slova.

[3]) Gh. Marinescu: *Constituția umană după lucrările școalei italiene*. Academia Română, Mem. Secț. Științifice, T. IX, An. I, 1932.

[4]) N. Pende: *Scienza dell'ortogenesi*. 1939. Bergamo.

Grupele ormonale morfogenetice.



mul corolar al alternanței și ritmicității acestei activități e iurnarea vieții individuale în tipare bine cunoscute, care se succed dela concepție până la moarte: faza embrionară, infantilă, puberală, adolescentă, maturitatea și senilitatea. Iar al doilea e menținerea organismului în fiecare din aceste faze pe linia normalității morfologice, funcțiunii optime, integrității psihice și moralei desăvârșite.

Se înțelege că datorită acestei strânse legături între ormone și desvoltarea organismului, deviațiile și perturbațiunile în alternanța și ritmicitatea funcțională, ușoare și parțiale, sau însemnate și de sistem, atrag după ele și abateri dela normalitate și din partea organismului.

Deviațiile ormonale din cadrele curbei normale imprimă constituției somato-psihice numai tendințe centrifuge dela normalitate, pe când perturbațiunile depășind limitele extreme ale normalului produc stări anormale, patologice. In primul caz e vorba de o polarizare: morfologică, brevilinie și macrosplanchnică-longilinie și microsplanchnică; fiziologică; ipo-iperfuncțională și psihică, schizofrenică-ciclotimică. In al doilea caz avem de a face cu stări morbide latente sau chiar cu boli declarate. Acesta este lanțul discernământului care ne-a condus la noțiunea de tip constituțional, subîmpărțit astăzi în trei, anume brevi-, normo- și longitip (tipul mixt determinat după metoda

lui Viola intră în normotip) şi la recunoaşterea bolilor constituţionale articulate intim cu funcţiunile glandelor endocrine.

In cercetările de biologie umană pe care noi le-am întreprins pe o scară largă, pentru a cunoaşte omul real în cele mai variate şi detaliate unghiuri ale existenţei şi manifestării sale, am depăşit sfera organismului individual şi am intrat în câmpul vast al populaţiei generale. Am urmărit un dublu scop. De o parte ne-am străduit ca pe realităţi să ne construim tipuri ideale proprii neamului nostru şi de altă parte să măsurăm vitalitatea şi să evidenţiem devierile dela normă pentru ca cei chemaţi, având înaintea ochilor idealitatea, cu mijloacele care le stau la îndemână, să prevină începuturile de boală.

Această transpunere, de pe un plan individual într'un câmp de masă, credem că e justificată întru toate şi că rezultatele la care vom ajunge vor fi preţioase, atât în igiena neamului cât şi în medicina preventivă.

In metabolismul biologic al masei populaţiei încă deosebim o fază de anabolism, caracterizată prin fertilitate mare, expansiune pe plan orizontal şi dinamism şi alta de catabolism recunoscută prin fertilitate redusă, diferenţieri verticale şi conservatism. Insuşirile acestea cantitative şi funcţionale, atribuite în primul caz neamurilor tânăre şi în al doilea celor îmbătrânite, în fond nu sunt produsul activităţii alternante şi ritmice a celor două sisteme ormonale întrunite de individ? Iar psihologic şi moral, achiziţia unei culturi, omenia, toleranţa şi aspiraţiile unui neam în opoziţie cu renitenţa culturală, temperamentul agresiv şi pornirile de intoleranţă ale altora, la rândul lor, nu sunt ecourile în masă ale reflexelor emise de indivizi izolaţi care compun neamurile respective?

Şi tot aşa de justificată e această privire în masă şi din punct de vedere patologic. Neamurile cu puţine cazuri deviate endocrin dela normal sunt mai robuste şi cu vitalitate mai urcată, decât cele care au frecvenţe mari de asemenea indivizi.

Acordând această importantă semnificaţie ormonelor în vieaţa individuală şi presupunând că funcţiunile lor se oglindesc în multe din aspectele colectivităţilor, vom reda într'o serie de cercetări mai multe probleme care au corelaţii strânse cu sistemul glandelor endocrine.

Insușirile biologice ale populației pe care le vom cerceta aici se referă la: *orientarea endocrină dominantă.*

Pentru a aprecia rezultatele obținute de noi la justa lor valoare, vom oferi câteva caracteristice fundamentale ale populației cercetate.

Cei 1174 de bărbați și cele 927 de femei studiate sunt de neam românesc pur, în două generații. Sunt de etatea dela 20 până la 50 de ani. Aparțin mediului rural. Bărbații în majoritate sunt agricultori, iar femeile casnice. In momentul cercetării toți s'au considerat capabili de muncă, deci perfect sănătoși sau aproape așa.

Structura rasială determinată de I. Făcăoaru, cu frecvență descrescândă, i-a împărțit în: alpini, dinarici, mediteranieni, est-europizi, nordici și în altele.

Valoarea somatică, pe care am măsurat-o după G. Viola[1]), i-a distribuit în felul următor:

	Bărbați	*Femei*
Normosomi	63,7	54,5
Ipersomi	19,1	19,2
Iposomi	17,2	26,3

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tipul constituțional, determinat, tot după G. Viola, pe baza raporturilor trunchiu-membre, trunchiu-jugulopubic, diametrele antero-posterioare și cele transversale și abdomen-torace, exprimate în grade centezimale, plecând dela tipurile normale rasiale, ne-a dat următoarea distribuție[2]):

	Bărbați		*Femei*	
Normolin	27,0%	71,2%	27,1%	61,4%
Mixt	44,2%		34,3%	
Brevilin	13,2%		15,0%	
Longilin	15,6%		23,6%	

Explorările personalității individuale descrise, ne relevă cazuri care deși pot fi clasificate în una din cele trei grupe,

---

[1]) G. Viola: *La costituzione individuale*, vol. I și II, Bologna, 1933, Cappelli.

[2]) P. Râmneanțu: *Cercetări asupra constituției umane la Români.* Buletin Eugenic și Biopolitic, vol. XIII, No. 5—8, 1942.

normo-, brevi sau longilină, cunoscute, totuşi prezintă şi unele devieri dela însuşirile de tip căruia îi aparţin. Acestea sunt *„disarmonii"*, *„robusticităţi false"*, *„disfuncţii"* pe care întotdeauna le putem explica printr'un exces sau deficit în secreţia uneia sau mai multor ormone. Ormona respectivă dominând asupra tuturor celorlalte, chiar şi asupra grupei anabolice sau catabolice din care face parte îşi imprimă funcţiunea ei personalităţii întregi.

In sânul populaţiei cercetată de noi am recunoscut orientarea dominantă cu ajutorul schemei oferită de N. Pende[1]), iar diagnosticul stabilit pe baza ei l-am confirmat şi prin valori biometrice determinate la toate persoanele examinate[2]). Iată rezultatele obţinute:

Disarmonii endocrine funcţionale.

Funcţiuni endocrine	Bărbaţi		Femei	
	Cifre	%	Cifre	%
Total	1174	100,0	972	100,0
Normal	934	80,2	616	64,0
Hiperpituitar	17	1,4	3	0,3
Hipopituitar	2	0,2	4	0,4
Hipergenital	58	5,0	—	—
Hipogenital	32	2,8	163	16,9
Hipertiroidean	81	7,0	140	14,6
Hipotiroidean	5	0,4	5	0,5
Hipertiroidean şi hipogenital	2	0,2	15	1,6
Hipersuprarenal	17	1,4	—	—
Hiposuprarenal	15	1,3	11	1,1
Hipogenital şi hiposuprarenal	—	—	5	0,5
Hipertiroidean şi hiposuprarenal	1	0,1	1	1,1
Necunoscut	10	*	9	*

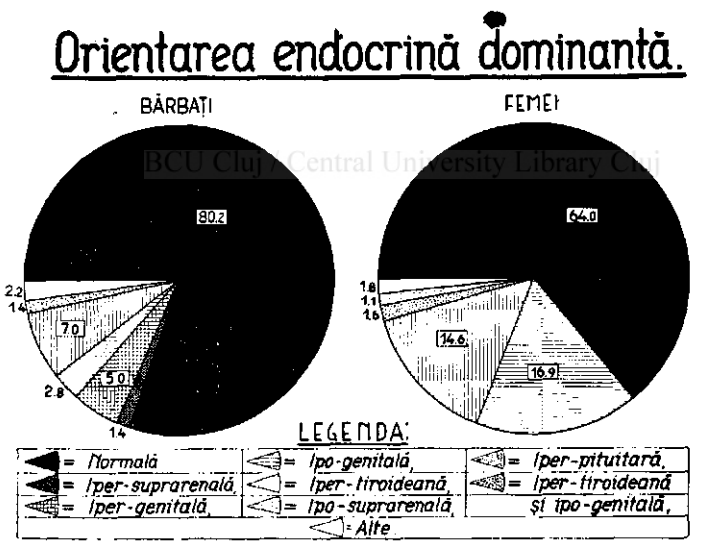
*) Nu intră în total şi nu li s'a calculat nici procente.

Reiese că 19,8% din bărbaţii şi 36,0% din femeile cerce-

[1]) N. Pende: *Trattato di Biotipologia Umana.* Vallardi, Milano, 1939, pp. 144—146.

[2]) Vezi fişa completată: P. Râmneanţu, *Biometria rurală (Biotipologia adultului).* Revista de Igienă Socială, 1940, pp. 104—105.

tate, prezintă disfuncții endocrine. Din acestea pe primul plan stă temperamentul endocrin fundamental, ipertiroidian și ipogenital, produs de ipersecreția tiroidei, care are rol excitant asupra vieții de relație și altul de inhibitor asupra ormonei genitale. Orientarea aceasta este frecventă mai ales la femei, dar tot pe primul plan stă și la bărbați. In ordine descrescândă după aceste frecvențe urmează temperamentul ipergenital la bărbați, ipo-suprarenal și iperpituitar la ambele sexe. E interesant de remarcat că nu am găsit niciun caz ipertimic sau spasmofil.

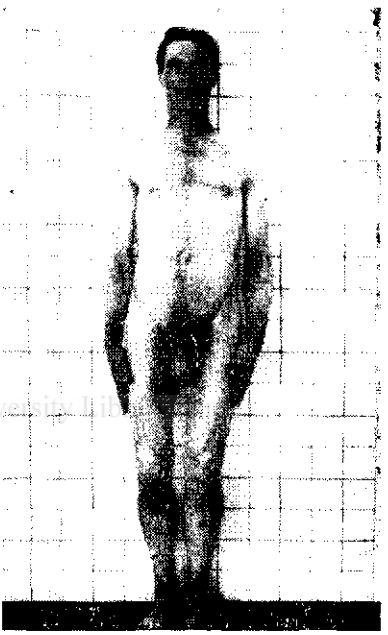


Cercetări de asemenea natură, neexistând până de prezent, după cum știm noi, regretăm că nu putem oferi nicio comparație. Dar pentru a da orientări suficiente în cazul dacă vor urma, amintim că noi ne-am străduit să depistăm chiar cele mai neînsemnate devieri, ceea ce se și poate constata din următoarele figuri pe care le reproducem.

S. L. L. de 30 ani. Căsătorit. Român. Sănătos, ușoare turburări gastrice. *De rasă dalică*, amestecată cu mediteraneană. Grupa de sânge A. Statura 175,8 cm. Volumul trunchiului 28,46 litri. Greutatea 58,8

kg. Față de tipul dalic medionormal, lungimea membrelor prezintă —1 s, iar volumul trunchiului 2 s. *E normosom. Longitip 1. Subnutrit.* Eroarea specifică —3,0. Astenic. Eroarea generică 6,3. Pulsul pe minut 84. Tens. art. mx. 19; mn. 5½. Viteza mișcării manuale peste medie. Valoarea școlară mijlocie. Coeficientul de inteligență 105. Religiozitate mijlocie. Gândire, acțiune, sociabilitate medie. *Hipertiroidean.*

V. T. T. de 35 ani. Căsătorit. Român. Sănătos. Soția i-a născut un copil. *Rasa X*, cu amestec mediteranean. Grupa de sânge 0. Statura 181,8 cm. Volumul trunchiului 32,85 litri. Greutatea 75,1 kg. Față

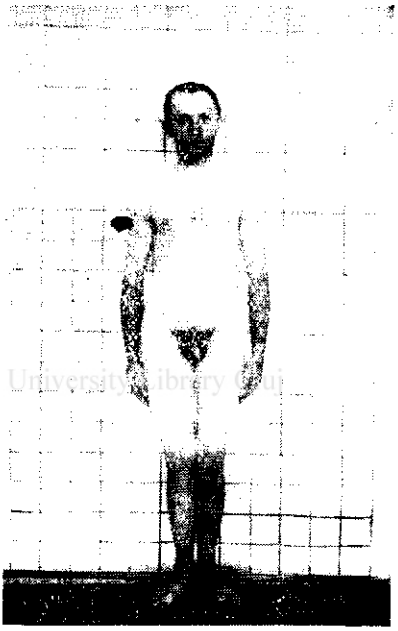


de tipul X medionormal, lungimea membrelor deviază cu +6 s., iar volumul trunchiului cu +5 s. *E ipersom.* Tip constituțional mixt. Normal nutrit. Eroarea generică 3,6. Stenic. Pulsul 80 pe minut. Tens. art. mx. 14; mn. 7. Viteza mișcării manuale mijlocie. Valoarea școlară bună. Bradipsihic, intravertit, voliațional stenic. Religiozitate mediocră. *Ipersuprarenal.*

V. B. V. de 41 ani. Căsătorit. Român. Brigadier silvic. Sănătos. Soția i-a născut un copil. Rasa X. Grupa de sânge 0. Statura 167,3 cm. Volumul trunchiului 27,44 litri. Greutatea 64,6 kg. Față de tipul X

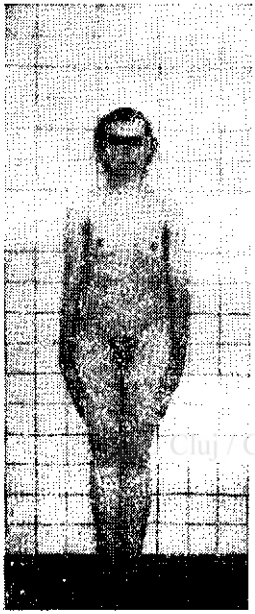
medionormal, lungimea membrelor prezintă 0 s, iar volumul trunchiului —1 s. *E normosom.* Normotip 5. Normal nutrit. Eroarea generică e 2,1. *Stenic.* Pulsul pe minut 80. Tens. art. mx. 14; mn. 7. Viteza mișcării manuale peste medie. Valoarea școlară foarte bună. Tachipsihic, voliațional, stenic, sociabilitate mare. Religios. *Hipergenital.*

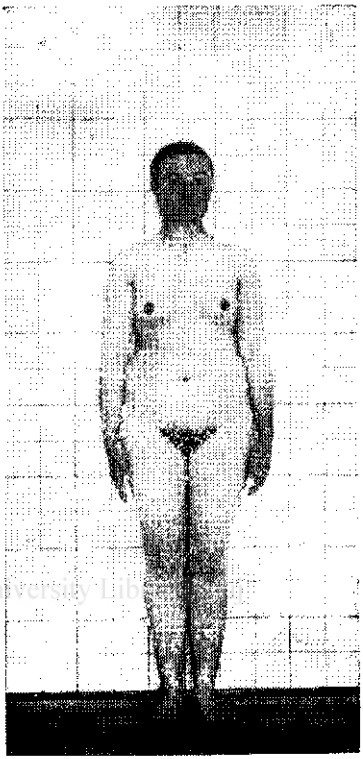
E. T. P. de 29 ani. Căsătorit. Român. Tâmplar. Sănătos. Soția i-a născut 3 copii. *Rasa X,* amestecat cu mediteran. Grupa de sânge O. Statura 164,8 cm. Volumul trunchiului 29,62 litri. Greutatea 55,4



kg. Față de tipul X medionormal, lungimea membrelor prezintă —9 s., iar volumul trunchiului +1 s. *E iposom.* Brevitip 1. Ușor subnutrit. Eroarea specifică e 8,94. Eroarea generică 6,5. *Astenic.* Pulsul 88 pe minut. Tens. art. mx. 13; mn. 7. Viteza mișcării manuale foarte mare. Valoarea școlară bună. Gândire, acțiune, sociabilitate medie. Religiozitate mediocră. *Hipogenital.*

Biblioteca Centrală Universitară / Central University Library Cluj





Cluj / Central University Library

L. C. de 20 ani. Necăsătorită. Română. Sănătoasă. Obiectiv anemică. Menstruată la 17 ani. Menstruația durează 7 zile. *De rasă mediteraneană.* Grupa de sânge 0. Statura 151,8 cm. Volumul trunchiului 21,8 litri. Greutatea 43,7 kg. Față de tipul mediteranean medionormal, lungimea membrelor deviază cu 0 s., iar volumul trunchiului cu —1 s. *E normosomă. Normotip 4.* Ușor subnutrită. Eroarea generică o are de 2,8. Astenică. Pulsul 116 pe minut. Tens. art. mx. $10^1/_2$; mn. 4. Viteza mișcării manuale peste medie. Valoarea școlară medie. Coeficientul de inteligență 92. Tachipsihică, intravertită, iperinstinctiv cerebrală. *Iposuprarenală.*

I. B .N. de 29 ani. Căsătorită. Română. Sănătoasă. Fără copii. *Alpină,* amestecată cu X. Grupa de sânge A. Statura 156,8 cm. Volumul trunchiului 28,32 litri. Greutatea 61,4 kg. Față de tipul alpin medionormal, lungimea membrelor prezintă +3 s., iar volumul trunchiului +6 s. *E ipersomă* (4,5 s.). *Brachitip.* Er. specif. 4.0. Supra nutr. Eroarea generică 6,5. *Stenică.* Pulsul pe minut 88. Tens. art. mx. $11^1/_2$, mn. $7^1/_2$. Viteza mișcării manuale medie. Analfabetă. Tachipsihică, voință instabilă, ușor sugestionabilă. Temperament endocrin: *ipogenital* și *ușor ipotiroidian.*

Fiindcă în cercetarea făcută am examinat și un număr de persoane de alt neam, dăm, cu toată rezerva, din cauza cifrei prea mici, și date relative la Unguri și Țigani:

Deviațiile endocrine pe neamuri.

Neamul	Normali			Deviați					
				Cifre			%		
	Total	Bărbați	Femei	Total	Bărbați	Femei	Total	Bărbați	Femei
Români .	*) 2146	1174	972	577	230	347	27,1	19,8	36,0
Unguri . .	212	102	110	61	25	36	28,8	24,5	32,7
Țigani . .	26	23	3	9	8	1	34,6	34,8	—

*) 19 nu au fost examinați endocrin.

Din acestea face impresia, că între Români și Unguri nu ar fi decât o diferență neînsemnată, în favorul Românilor, iar față de Țigani, ambele neamuri ar avea mai puține cazuri cu devieri endocrine. Ungurii în ordine descrescândă prezintă următoarele deviații: ipertiroidieni, ipogenitali, ipergenitali, iperpituitari cu gigantism, etc. Deosebirea Ungurilor și a Țiganilor față de Români, pe care credem că o putem releva cu toată certitudinea, e în intensitatea orientării fundamentale. Aproape toate cazurile cu exces sau deficit ormonal la Unguri și la Țigani le-am găsit mult mai pronunțate decât la Români. Intre puținele persoane cercetate la Unguri am examinat două, iar la Țigani un caz de iperpituitarism cu gigantism și la Țigani un caz de ipopituitarism cu ipogenitalism.

Despre legea echilibrului dinamic

de
Dr. M. SULICĂ

In fața celor mai multe manifestări ale vieții, de natura și extensiunea cea mai variată, avem conștiința clară, că ele închid o luptă între tendințe antagoniste, care încearcă să se anuleze reciproc. Vieața în totalitatea ei, concretizările vitale colective mai mari sau mai mici, singuraticii indivizi și chiar și elementele componente ale unui organism individual, relevă existența și manifestarea — sub o formă sau alta — a unor cupluri de tendințe antagoniste, în cuprinsul cărora fiecare termen încearcă să-l reducă sau să-l nimicească pe celălalt. In interiorul oricărei celule vii se desfășoară — ca cele mai elementare manifestări vitale — două procese paralele, unul de sinteză a materiei, altul de descompunere, reprezentând tendințe vădit opuse, din moment ce fiecare implică o anulare a efectului celeilalte. In cuprinsul unui organism diferențiat se găsesc agenți, organe și sisteme, care exercită acțiuni net antagoniste: potasiul mărește excitabilitatea neuro-musculară, calciul o micșorează, sistemul nervos simpatic intensifică activitatea inimii, sistemul parasimpatic o reduce, secreția internă a pancreasului scade cantitatea de zahăr din sânge, hormonul medulo-suprarenalei o mărește, etc. Raporturile dintre singuraticele organisme oferă deasemenea exemple de antagonisme: două animale luptă pentru hrană, doi masculi luptă pentru o femelă, etc. Speciile se găsesc și ele adeseori în conflict, disputându-și habitatul sau hrana, sau chiar hrănindu-se una pe socoteala celeilalte. Nu mai vorbim de aspectele pe care le îmbracă antagonismele în domeniul vieții omenești, individuale și colective, unde exemplele s'ar putea înmulți la infinit. Insfârșit, vieața în totalitatea ei, duce o luptă permanentă cu condițiile și acțiunile nocive ale mediului neviu.

Urmărind mai mult timp desfășurarea acestor antagonisme, vom remarca faptul interesant, că — cu toată energia forțelor potrivnice — rareori lupta se sfârșește cu suprimarea unuia dintre termeni. Asimilarea și disimilarea celulară nu încetează să se desfășoare paralel, organele cu funcțiuni antagoniste

BCU Cluj / Central University Library Cluj

funcţionează mai departe, indivizii rivali sau speciile antagoniste continuă să trăiască alături, vieaţa în întregul ei s'a conservat dela începutul ei şi până azi. Această persistenţă în ciuda luptei şi a posibilităţilor de distrugere pe care această luptă le implică, pare în prima clipă surprinzătoare, dar o analiză mai apropiată ne arată, că tocmai existenţa şi energia tendinţelor contrare explică supravieţuirea celor două părţi. Cuplurile antagoniste se menţin tocmai pentrucă forţele componente sunt în continuă tensiune, fiecare opunând o permanentă rezistenţă celeilalte. Termenii unui sistem antagonist persistă, pentrucă forţele pe care le reprezintă îşi fac *echilibru*. Dacă una din ele cedează complet, cealaltă se desfăşoară liber, până la totala ei epuizare, când se instalează un nou echilibru, dar cu totul alte caractere. Cel dintâiu, realizat şi menţinut între forţe mereu active, este un *echilibru dinamic*. Ultimul este un echilibru static.

Existenţa — în cuprinsul vieţii — a echilibrului dinamic între forţe antagoniste, a fost subliniată şi până acum, dar mai mult cu titlu de manifestare exterioară şi izolată. Dl prof. Moldovan[1]) a stăruit pentru întâia dată asupra semnificaţiei mai adânci şi mai generale, pe care echilibrul dinamic între forţe antagoniste o are pentru vieaţă. „Un caracter esenţial şi o condiţie de bază a vieţii este alternanţa şi tensiunea continuă, echilibrul dinamic între forţe antagoniste, care se condiţionează reciproc", echilibrul dinamic reprezentând astfel „o lege de sinteză şi coordonare a multor norme parţiale, care hotărăsc evoluţia".

Va trebui să analizăm mai deaproape caracterele echilibrului dinamic şi valabilitatea sa generală pentru vieaţă, încercând totodată să identificăm, alături de permanenţa de manifestare, şi unitatea sa de esenţă.

Două din elemente le-am cunoscut până acum: *existenţa tendinţelor antagoniste* şi *realizarea unui echilibru*. Pentru persistenţa echilibrului simpla existenţă a unor tendinţe antagoniste nu este suficientă, căci oricare dintre tendinţe se poate intensifica în aşa măsură, încât să o anihileze complect pe cealaltă. Cauza menţinerii echilibrului dinamic este existenţa unei

---

[1]) I. Moldovan: Despre legile vieţii. — Bul. Eug. şi Biopol. XIII, 1942.

condiționări reciproce, iar mecanismul ei, cu valoare de *mecanism regulator*, este reprezentat prin modalitatea condiționării reciproce. Tendințele antagoniste se mențin la un nivel apropiat, deci apte pentru a se echilibra, tocmai pentrucă ele își condiționează reciproc forța. Intensificarea uneia dintre ele, cu reducerea consecutivă a celeilalte, determină imediat o întărire a acesteia din urmă, cu scăderea temporară a celei dintâi, ceeace va produce o redresare promptă a acesteia ș. a. m. d. Să luăm unul din exemplele citate: dacă printr'o ușoară hipersecreție de insulină (hormonul pancreatic) se produce o scădere a zahărului sanghin, aceasta excită secreția adrenalinei (hormonul medulo-suprarenal), care determină creșterea zahărului. Dacă această creștere trece dincolo de valoarea normală, ea stimulează secreția de insulină, care scade din nou zahărul ș. a. m. d.

Dar din acest exemplu mai înțelegem un lucru: că echilibrul dinamic realizat între tendințe antagoniste nu este absolut fix. Rezultatul antagonismului hormonal de mai sus este menținerea zahărului sanghin la un nivel constant, dar — după cum am văzut — această constanță nu este decât expresia unei continue oscilații în jurul unui anumit punct, determinată de jocul reciproc al secrețiilor antagoniste. Echilibrul dinamic nu este o fixare într'un punct anumit, ci o pendulare în jurul acelui punct. Această oscilare poate fi mai largă sau mai restrânsă, după perfecțiunea și promptitudinea mecanismului regulator, dar dacă acest mecanism funcționează normal, o deviere într'o parte sau alta este urmată de o egală tendință de revenire, astfel că rezultatul este readucerea echilibrului către punctul mijlociu. In toate manifestările vitale dominate de antagonisme echilibrate — și asupra acestui lucru vom mai reveni — punctul mijlociu al echilibrului se dovedește a fi condiția optimă a acelor manifestări. Câmpul în care poate devia echilibrul, adică în care condiționarea reciprocă își poate exercita acțiunea sa regulatoare, nu este nesfârșit. Există — de o parte și de alta a punctului optim — o limită, dincolo de care devierea echilibrului echivalează cu o rupere a lui în favoarea uneia sau alteia din forțele antagoniste. Intre aceste zone de desechilibru se întinde deci domeniul manifestărilor vitale, cu un punct optim în mijloc și cu condiții cu atât mai puțin favorabile,

cu cât echilibrul deviază spre zona marginală a desechilibrului, care reprezintă încetarea manifestărilor vitale. Echilibrul dinamic are proprietatea de a se putea deplasa în cuprinsul zonei compatibile cu vieața, oscilând în jurul condiției optime, fixându-se temporar la un nivel diferit, cu tendința și posibilitatea de revenire, jucând sub impulsul factorilor de desechilibru, dar rezistând în general acestora până la o anumită limită. Un caracter important al echilibrului dinamic este prin urmare *labilitatea* și *reversibilitatea* sa.

Echilibrul în jurul punctului optim mai poate fi menținut și într'un alt fel, care reprezintă însă o insuficiență absolută sau relativă a mecanismului regulator. Dacă una din tendințe crește fără posibilitatea de a reveni, cealaltă se ridică la acelaș nivel, pentru a-i face echilibru. Acesta este menținut, dar nu în condiții perfecte, căci această modalitate de asigurare a echilibrului implică o variațiune a gradului de tensiune, care ar putea depăși la un moment dat, în sus sau în jos, limitele compatibile cu vieața. Tot în cazul unei insuficiențe absolute sau relative a mecanismului regulator, se mai poate întâmpla, ca o deviere de o parte sau de alta să nu se mai poată redresa, realizându-se un desechilibru durabil, care — dacă se menține în câmpul compatibil cu vieața — nu va fi decât o abatere dela echilibrul perfect, dar nu o rupere a acestuia. Toate acestea ne relevă o altă calitate a echilibrului dinamic: rezistența la rupere. Dacă nu mai sunt date condițiile unui echilibru în jurul punctului optim, cu păstrarea forțelor la acelaș nivel (ceeace reprezintă echilibrul ideal), punctul optim poate fi păstrat printr'o echilibrare la alt nivel de tensiune, iar când nici acest lucru nu mai este cu putință, există încă posibilitatea de a menține devierea în cadre compatibile cu vieața, deși mai puțin favorabile. Ruperea definitivă a echilibrului nu se produce decât după epuizarea tuturor acestor posibilități. Prin urmare, cu toată labilitatea sa, mai exact tocmai grație acesteia, echilibrul dinamic vădește o considerabilă *rezistență la desechilibrarea ireversibilă.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cunoașterea elementelor și caracterelor echilibrului dinamic, va trebui să stăruim asupra valabilității generale și a unității de esență a acestui fenomen în cuprinsul vieții.

Chiar și numai exemplele pe care le-am dat, privind trepte

foarte diferite ale concretizărilor vitale, dela celulă până la vieața în întregime, pot constitui un indiciu al răspândirii echilibrului dinamic vital. Alte exemple, pe care — pentru o mai bună înțelegere a lor — le vom mai adăuga numai după ce vom fi cunoscut și esența echilibrului dinamic, vor căuta să demonstreze universalitatea pentru vieață a acestui fenomen, deci valoarea lui de lege fundamentală a vieții.

Dar exemplele amintite au putut da impresia de fenomene de esență diferită, pe care numai manifestarea exterioară a unor antagonisme echilibrate le apropie. Va trebui deci să vedem dacă diferitelor antagonisme nu le corespunde totuș — în ciuda aspectului neomogen — o esență comună.

Impresia dominantă, pe care ne-o lasă considerarea globală a vieții, în manifestările ei de totdeauna și de pretutindeni, este că desfășurarea ei nu a fost un fapt care s'a realizat fără nici o piedecă sau rezistență, ci că — dimpotrivă — nașterea și persistența vieții în mijlocul lumii nevii reprezintă rezultatul unei lupte și al unei victorii de fiecare clipă împotriva unor condiții și acțiuni potrivnice, pe care mediul neviu i le opune. Biologia abundă în exemple, privind lupta pe care vieața a dat-o neîncetat împotriva tendințelor antivitale ale lumii nevii, precum și faptul că persistența vieții nu a fost posibilă decât prin realizarea unui echilibru între vieață și non-vieață. Vieața, dar mai ales persistența ei, apare ca o expresie și ca un rezultat al unui echilibru dinamic dintre forțele antagoniste, pe care le reprezintă tendințele vitale și tendințele antivitale. Această constatare, care — fără a putea fi contestată — pare vagă și abstractă, își găsește o ilustrare și o fundamentare mai concretă în datele științifice ale biologiei.

Activitatea esențială a vieții este metabolismul, adică transformarea continuă de materie și energie. El se compune din două procese de sens opus: sinteza materială, împreunată cu acumulare de energie, și desagregarea materială, însoțită de eliberare de energie, sau — în denumirea științifică — anabolismul și catabolismul sau asimilația și disimilația. Dintre aceste două procese, ultimul se regăsește — ca o caracteristică dominantă — și în lumea nevie. Tendința generală, care domină lumea nevie, este înlăturarea deosebirilor de complexitate structurală și nivel energetic, prin desagregarea progresivă a com-

pușilor complecși cu eliberarea energiei conținute, pentru a se realiza o omogenizare materială și o nivelare energetică. Ceeace caracterizează prin urmare vieața în mijlocul lumii nevii, este capacitatea ei de a realiza sinteze cu înmagazinare de energie, în ciuda tendinței generale de desagregare și eliberare de energie. Vieața s'a realizat în momentul în care au fost date condițiile pentru înfăptuirea proceselor anabolice, iar persistența ei a fost posibilă numai prin faptul că s'a putut constitui un echilibru între anabolismul caracteristic vieții și catabolismul general al lumii nevii. Este evident că fără componenta anabolică vieața nu ar fi fost posibilă, iar reducerea la un moment dat a metabolismului vital la componenta sa catabolică ar fi echivalat cu încetarea vieții, cu disolvarea ei în catabolismul universal, deci cu moartea. Vieața se caracterizează tocmai prin capacitatea sa de a contrabalansa incontinuu printr'un anabolism concomitent, tendința catabolică, deci antivitală, a mediului neviu. Condiția persistenței vieții este realizarea și menținerea unui echilibru între tendințele anabolice, vitale, și cele catabolice, antivitale. Vedem deci că însuș fundamentul vieții este un cuplu de tendințe contrare, reprezentat prin antagonismul mereu activ dintre *tendințele vitale* și *tendințele antivitale*, concretizat în antagonismul dintre *anabolism* și *catabolism*. Acest antagonism este menținut într'o stare de echilibru pe calea unei condiționări reciproce, căci catabolismul se face pe socoteala materiei sintetizate de anabolism, iar acesta se realizează cu ajutorul energiei eliberate de catabolism. Prin toate caracterele sale, antagonismul fundamental al vieții este un *echilibru dinamic*.

Substratul inițial și obligator al metabolismului vital este protoplasma. Ne-am obișnuit să considerăm celula ca cea mai primitivă și elementară structură protoplasmatică, deci ca cea mai simplă și mai veche concretizare a vieții. Celula este însă în realitate o formă relativ diferențiată, atât din punct de vedere morfologic (citoplasmă, nucleu, condriom, etc.), cât și din punct de vedere funcțional (digestie, respirație, circulație intracelulară, excreție). Azi s'a ajuns însă să se cunoască concretizări vitale și mai mici și mai simple decât celulele. Acestea sunt virusurile, care — reduse unori la o singură moleculă proteinică uriașă — manifestă proprietăți vitale. La acestea, mai

mult decât la celule, manifestarea vitală dominantă, dacă nu exclusivă, este metabolismul în continuă echilibrare dinamică.

Metabolismul vital fiind obligator legat de un substrat material, protoplasma, care — după cum a arătat ştiinţa — se compune exclusiv din elemente care se găsesc şi în lumea nevie, — iar persistenţa vieţii fiind condiţionată de echilibrarea dinamică a metabolismului, — se înţelege că vieaţa, în momentul când s'a realizat, a preluat din mediul neviu acele elemente, sisteme şi mecanisme fizice, fizico-chimice şi chimice, care să se preteze la constituirea unor echilibre dinamice. Să nu uităm că lumea inanimată ne oferă cel mai pregnant exemplu de echilibru dinamic în legea acţiunii maselor. Astfel vom înţelege de ce găsim atât de des în substratul manifestărilor vitale, inclusiv al echilibrelor dinamice vitale, sisteme fizico-chimice (antagonism ionic, echilibre osmotice, sisteme tampon, etc.), ceeace şterge atât de mult graniţa între activităţile nevii şi cele vitale.

Antagonismul anabolism-catabolism, care — după cum am văzut — se acopere cu antagonismul vieaţă-non-vieaţă, străbate tot ce este concretizare şi manifestare vitală, dela infima particulă vie de proteină, până la suprema diferenţiere şi perfecţionare vitală, care este omul. Dacă urmărim scara ascendentă a diferenţierilor şi perfecţionărilor, ne dăm seama că acestea nu reprezintă altceva decât o ameliorare progresivă a mijloacelor de realizare, întreţinere şi asigurare a echilibrului dinamic fundamental: anabolism-catabolism. Chiar şi diferenţierile funcţionale rudimentare ale organismului unicelular nu sunt decât activităţi puse în slujba metabolismului şi a apărării sale faţă de tendinţele de desechilibrare ale mediului catabolizant. In organismele pluricelulare diferenţierile funcţionale apar susţinute de diferenţieri morfologice vizibile. Aparatele diferenţiate, digestiv, circulator, respirator, excretor, sunt chemate să asigure întroducerea în organism a alimentelor şi oxigenului, deplasarea lor în cuprinsul organismului la locul unde este nevoe de ele, îndepărtarea catabolitelor, tot atâtea condiţii necesare bunei desfăşurări a metabolismului general al organismului. Căci în organismul pluricelular, metabolismele singuratice ale celulelor sunt subordonate unui metabolism general al acestuia, scindat în aceleaş componente antagoniste şi repre-

zentând însăș vieața lui. Desfășurarea acestor funcțiuni auxiliare ale metabolismului, este dominată de acelaș ritm pendular, pe care îl impune echilibrarea dinamică a acestuia. Pentru a asigura colaborarea armonică a singuraticelor funcțiuni diferențiate, organismele mai perfecționate dispun de mecanisme coordonatoare, care sunt secrețiile glandelor endocrine (hormonii) și sistemul nervos vegetativ. Aceste mecanisme supraordonate sunt dominate și ele de acelaș dualism antagonic: există glande anabolice (pancreasul, timusul, etc.), care stimulează procesele de asimilare și glande catabolice (tiroida, medulosuprarenală, etc.), care stimulează procesele de disimilare, după cum există un sistem nervos vegetativ anabolic (parasimpatic) și un sistem nervos vegetativ catabolic (simpatic), în continuă tensiune antagonistă, echilibrate labil și reversibil într'o regulare reciprocă extrem de perfecționată. Organismul normal vădește o echilibrare a celor două tendințe, resp. a mecanismelor lor, în jurul unui punct mijlociu, care este însăș condiția optimă a vieții. Și funcțiunile de relație (mișcare, simțuri), cu toate manifestările variate pe care le îmbracă, au fost subordonate la origine și sunt în esență și azi aservite aceluiaș proces vital fundamental, metabolismul, și se resimt și ele de acelaș dualism antagonic, cuprinzând atât activități ofensive față de mediu, în scopul exploatării lui, cât și activități defensive, destinate apărării față de mediu. Pe plan psihic acestea se traduc prin căutarea contactului cu mediul sau prin izolarea de acesta. In mod normal aceste două tendințe opuse sunt armonic echilibrate.

Antagonismul anabolism-catabolism apare și sub alte aspecte, care nu fac decât să dovedească și mai mult valoarea sa de fenomen fundamental al vieții. Am văzut că o proprietate a echilibrului dinamic este aceea de a se putea deplasa din poziția de echilibru perfect, în favoarea uneia sau a celeilalte din tendințele antagoniste care îl compun. Un asemenea joc variabil îl prezintă evoluția unui individ din clipa zămislirii sale și până la moarte. Desvoltarea individului dela stadiul de ou la starea adultă se realizează printr'o predominanță a anabolismului asupra catabolismului, grație căreia este posibilă creșterea și diferențierea. In starea adultă se menține un echilibru mijlociu, pentruca spre bătrânețe catabolismul să depășească

tot mai mult anabolismul, accentuând progresiv desechilibrul până la ruperea lui ireversibilă, care este moartea.

Dar devierile dela echilibrul optimal pot lua și forme durabile, când una sau alta din componentele metabolismului, resp. din sistemele supraordonate care le dirijează, dobândește o predominanță permanentă. Tendința predominantă imprimă întregului organism marca sa, găsindu-și expresia în constituția acestuia, atât morfo-fiziologică, cât și psihică. Astfel se realizează tipurile constituționale anabolice, zise și *picnice*, dominate de sistemul hormonal și neuro-vegetativ anabolic, și tipurile constituționale catabolice, numite și *leptosome*, dominate de sistemul hormonal și neuro-vegetativ catabolic. Pe plan psihic tipurile anabolice se caracterizează prin îndreptarea înafară a activităților psihice, căutând un contact cât mai strâns cu mediul în vederea unei active exploatări a acestuia, pe când tipurile catabolice se remarcă printr'o interiorizare a vieții sufletești, realizând o izolare defensivă față de mediu. Cu drept cuvânt primele au fost asemănate cu vârsta tânără a unui individ normal, iar ultimele cu vârsta mai înaintată.

Un alt exemplu de fixare a echilibrului metabolic la un punct deviat de o parte și de alta a echilibrării perfecte, îl reprezintă diferențierea sexuală a organismelor, mai exprimată la mamiferele superioare și la om. Organismul femenin, cu deosebire acela care reprezintă expresia maximă a feminității și maternității, corespunde tipului constituțional anabolic, picnic, adaptat în cea mai mare măsură necesității de acumulare de materie și energie în vederea maternității. Dimpotrivă masculinitatea își găsește expresia desăvârșită în tipul constituțional leptosom, catabolic, cheltuitor de materie și energie. Aceste tendințe metabolice opuse se manifestă în viața de relație și — la om — pe plan psihic, prin antagonisme, pe care nu odată le vădesc relațiile dintre bărbat și femee. Există însă un fapt, care leagă sexele opuse printr'o condiționare reciprocă și anume reproducerea. In realizarea tendinței de reproducere, deopotrivă de vitală pentru amândouă sexele, fiecare din acestea are nevoe de concursul celeilalte. Legătura reciprocă, pe care o reprezintă reproducerea, își câștigă valoarea unui mecanism regulator, care integrează tendințele antagoniste, legate de substratul metabolic al fiecărui sex, într'un echilibru dinamic mai

mult sau mai puţin perfect. Este inutil să stăruim asupra faptului atât de evident, că în unirea bărbatului cu femeia, în vederea reproducerii şi a protejării noului organism rezultat din aceasta, tendinţa anabolică a mamei, esenţială pentru maternitate, este servită de activitatea catabolizantă a bărbatului. Acesta asigură, prin strădania sa atât de cheltuitoare de energie, alimentarea şi protecţia anabolismului matern, indispensabil pentru maternitate.

Echilibrul dinamic nu domină numai vieaţa individului singuratic, resp. raporturile lui cu mediul. Forma concretă, pe care o ia antagonismul dintre tendinţele vitale ale vieţuitoarelor şi tendinţele antivitale ale mediului neviu, nu este unică. Nu aceleaş elemente ale mediului neviu sunt antivitale pentru diversele organisme. Pentru unele este antivitală o temperatură mai ridicată, pentru altele o temperatură mai scăzută. Intunericul este antivital pentru plantele cu clorofilă, dar nu este antivital pentru animalele cavernicole. Organismele asemănătoare au duşmani comuni în mediul neviu, formând toturi solidare în această luptă (rase, specii, genuri, etc.), în care caz echilibrul dinamic se stabileşte între aceste colectivităţi vitale şi mediul neviu. In timpul unei secete speciile xerofile (obişnuite cu uscăciunea) vor păstra echilibrul cu mediul, pe când speciile higrofile (care au nevoe de umiditate), vor rupe acest echilibru, adică vor pieri. Speciile care se pot adapta la diverse grade de umiditate, adică pot realiza echilibrul în limite mai largi, vor avea şanse mai mari de persistenţă. Trebue să precizăm că toate acţiunile antivitale ale mediului nu sunt decât factori de desechilibrare a metabolismului, împiedecând anabolismul sau exagerând catabolismul, astfel că lupta *organism viu-mediu neviu* se reduce la acelaş antagonism fundamental, pe care l-am cunoscut.

Dar antagonismele, echilibrate dinamic sau neechilibrate, se întâlnesc şi în raporturile dintre organismele vii, ceeace este uşor de înţeles. Cunoscând esenţa antagonismului fundamental al vieţii (tendinţa vitală-tendinţa antivitală), devine evident că antagonismul se poate stabili şi între organisme vii, în măsura în care unele ajung să constitue tendinţe antivitale faţă de altele. Doi câini, care luptă pentru aceeaş bucată de carne, devin antagonişti. Două specii, care îşi dispută habitatul sau

hrana, devin antagoniste. Acțiunea provitală a uneia devine antivitală pentru cealaltă. Nu toate antagonismele dintre organismele vii duc la realizarea unui echilibru dinamic. In exemplele citate, antagonismele nu sunt echilibrate, căci ele se pot sfârși cu înfrângerea unuia sau altuia dintre rivali. Caracteristica antagonismului vital fundamental este însă echilibrarea dinamică, ceeace se realizează — după cum am văzut — prin condiționarea reciprocă a tendințelor potrivnice, care ajunge să constitue un mecanism regulator. Echilibrul dinamic se stabilește acolo, unde două tendințe, deși antagoniste, sunt totuș dependente una de alta. Pentruca între organisme vii antagonismele să realizeze un echilibru dinamic, ele trebue să fie legate printr'o condiționare reciprocă. Ori acesta este într'adevăr cazul pentru majoritatea raporturilor dintre organismele vii, indivizi sau specii. Câteva exemple vor ilustra acest adevăr.

Intestinul gros al omului sănătos adăpostește un număr de specii de microbi, cu un rol important în desăvârșirea proceselor digestive. Acești microbi se nutresc pe socoteala organismului omenesc, iar tendința lor vitală, anabolică, ar fi de a invada și consuma acest organism (ceeace se și întâmplă după moartea acestuia), devenind pentru el un factor net antivital. Distrugerea organismului-gazdă ar însemna însă pentru microbi ajungerea în mediul neviu, nefavorabil lor. Pe de altă parte tendința vitală îi dictează organismului o distrugere a microbilor prin mijloacele obișnute de apărare. Aceasta ar însemna însă pentru organism pierderea unui important mecanism fiziologic. Din acest motiv organismul nu distruge complect microbii, ci se apără de ei numai în măsura în care este nevoe pentru a nu fi invadat. Astfel, deși tendința vitală, anabolică, a fiecăreia dintre părți devine antivitală, catabolizantă, pentru cealaltă, cele două părți păstrează o „pace armată", deoarece sunt legate printr'o condiționare reciprocă, cu alte cuvinte realizează un echilibru dinamic, care le servește pe amândouă. „Ceeace găsim în organism, este în general o stare de echilibru, care asigură persistența atât a gazdei, cât și a parazitului". (Woltereck)[1]).

Regăsim prin urmare și aci condiția care caracterizează echilibrul dinamic: *interdependența tendințelor antagoniste.* Mai înțelegem că antagonismele dintre organismele vii nu sunt esențial deosebite de antagonismul dintre organismele vii pe de o parte și mediul neviu pe de altă parte. Esența este mereu

---

[1]) R. Woltereck: Grundzüge einer allgemeinen Biologie. Stuttgart 1940.

aceeaş: tendinţe vitale-tendinţe antivitale. Singura deosebire este că în cazul mediului neviu tendinţa antivitală o constitue catabolismul acestuia, pe când în cazul unui alt organism tendinţa antivitală este însăş tendinţa lui vitală, anabolică. Pentru un organism viu este indiferent dacă ceeace îi opune o tendinţă antivitală este un element neviu sau un organism viu. Un exemplu şi mai elocvent ni-l oferă raporturile dintre specii. Cităm, după Racoviţă[2]), următorul exemplu.

„Când într'o regiune lupii se înmulţesc prea mult, speciile victime se înpuţinează, astfel că se iscă foamete între ei, puii de lup pier şi haitele se răresc; apoi iar încep a huzuri căprioarele şi cerbii, iar cârdurile lor, sporesc, deci şi vrăşmaşii lor pot să-şi mărească numărul din nou. Numărul călăilor şi victimelor tinde deci la o proporţie fixă, prin autoregulare, proporţie care constitue aşa numitul echilibru biologic".

Dăm — după Woltereck — încă un exemplu.

Intr'o anumită comunitate de vieaţă pelagică trăesc alături peşti tineri şi raci (cladoceri), dintre care cei dintâi se hrănesc pe socoteala celor din urmă. Cu toate acestea cele două specii continuă să trăiască alături în proporţie aproape constantă. „Stolurile de peşti tineri, care — din cei aprox. 20 de urmaşi ai unui rac, răpesc mamei 19, nu devorează niciodată (statistic vorbind) pe al 20-lea, adică nu exterminä niciodată cladocerii din apele lor. Dar nici cladocerii nu îşi ridică producţia dela 20 la 25 sau 30, ci rămân, an de an, la o cifră de înmulţire, care ţine numai balanţa distrugerii. Dacă peştii ar mânca mai mult, brana lor ar trebui să dispară. Dacă cladocerii s'ar reproduce mai repede (sau dacă ar cădea mai puţini pradă peştilor) numărul lor ar trebui să crească considerabil, ceeace ar avea ca urmare o devorare mai mare a lor şi poate nimicirea algelor, care le servesc ca hrană. Pe scurt: adaptarea... acestor animale nu urmăreşte supravieţuirea lor în număr cât mai mare, ci menţinerea unui echilibru dat în structura colectivă".

Am putut vedea din cele spuse până acum, că echilibrul dinamic între forţe antagoniste este un fenomen general al vieţii, dominând atât vieaţa organismelor singuratice, cât şi raporturile acestora cu mediul neviu sau cu alte organisme vii, — şi că forţele care se înfruntă sunt mereu aceleaş: vieaţa şi nonvieaţa resp. anabolismul şi catabolismul. Antagonismele în sine, deşi inerente vieţii, nu reprezintă condiţia exclusivă a acesteia.

---

[2]) E. G. Racoviţă: Evoluţia şi problemele ei. Cluj, 1929.

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII REGELE FERDINAND I CLUJ

Un antagonism metabolic neechilibrat se poate sfârşi cu anularea anabolismului. Tendinţele potrivnice ale mediului ar putea duce la nimicirea organismului viu. Mai ales însă antagonismele dintre organismele vii s'ar putea solda cu înfrângerea ireversibilă a uneia sau alteia dintre părţi. Cu un cuvânt, antagonismele neechilibrate — prin nimicirea unei părţi şi prin epuizarea consecutivă a celeilalte — sunt distructive, antivitale. Ceeace caracterizează însă viaţa, ca o condiţie şi o expresie esenţială, este echilibrarea dinamică a antagonismelor vitale, şi — prin aceasta — persistenţa elementelor antagoniste. Departe de a fi distructiv, echilibrul dinamic vital este conservativ, căci — chiar dacă elementele antagoniste sunt temporar şi alternativ reduse prin pendularea echilibrului — calitativ păstrarea lor este mai mult sau mai puţin asigurată. In realitate echilibrul dinamic este mai mult decât conservativ: el este constructiv. Pe lângă conservarea calitativă a termenilor antagonişti, echilibrul dinamic duce la constituirea unor unităţi superioare, cu şanse de persistenţă mult mai mari decât fiecare termen în parte. In momentul în care două elemente antagoniste au isbutit să se echilibreze dinamic, a luat naştere o unitate superioară, care — mulţumită tocmai jocului labil şi reversibil al acestui echilibru — va avea o dăinuire în mai mare măsură asigurată. Anabolismul şi catabolismul se îmbină într'un tot, care este organismul viu. Parazitul şi organismul parazitat realizează — printr'o întregire mutuală — un sistem biologic supraordonat. Speciile antagoniste se integrează pe aceeaş cale într'o unitate superioară, care este comunitatea de vieaţă ş. a. m. d. Este evident, că fiecare din aceste trepte de integrare are — faţă de cele inferioare — o putere de rezistenţă mult mai mare împotriva tendinţelor antivitale. Astfel, departe de a fi distructiv, echilibrul dinamic creiază unităţi vitale din ce în ce mai cuprinzătoare şi cu aptitudine de supravieţuire tot mai mare. Această capacitate de supravieţuire se datoreşte mobilităţii echilibrului resp. posibilităţii de a se deplasa sub acţiunea factorilor de desechilibru fără a se rupe ireversibil. In acest sens echilibrul dinamic reprezintă substratul *adaptării*, care la rândul ei este condiţia supravieţuirii. Dacă un organism ar fi acordat unei singure condiţii de mediu (temperatură, umezeală, etc.) adică dacă echilibrul său vital nu s'ar putea realiza decât în-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tr'un singur punct, cea mai mică schimbare a acestei condiții ar însemna ruperea echilibrului vital, adică moartea.

Există și antagonisme, care sunt departe de a reprezenta o ciocnire între tendințe vitale. Acestea nu au nimic comun cu esența vieții. Dar nici antagonismele rezultate din ciocnirea unor tendințe vitale, nu sunt reprezentative pentru viață decât cu o singură condiție: să fie echilibrate. Numai antagonismele vitale echilibrate dinamic au valoare biologică pozitivă, căci sunt constructive, generatoare de unități vitale din ce în ce mai largi, cu o rezistență tot mai mare la tendințele antivitale, oricare ar fi ele. Adevăratul antagonism vital este acela care servește viața. Tensiunea permanentă a tendințelor antagoniste însemnează luptă, care — ca și antagonismele care o condiționează — este inerentă vieții. Dar după cum numai antagonismele echilibate dinamic au valoare vitală, tot astfel numai lupta desfășurată în cuprinsul echilibrului dinamic vital are valoare biologică. Echilibrul dinamic vital este lupta născută din îndemnurile vieții și pusă în serviciul vieții, un „echilibru menținut în limitele cerute pentru continuarea vieții", și asigurat printr'o „armonizare, care să nu însemne contopire sau neutralizare definitivă, ci care să mențină acele antagonisme într'o permanentă concurență, integrate însă spre menținerea existenței acelei unități, pe care sunt menite să o servească" (Moldovan). In acest sens echilibrul dinamic este o lege fundamentală a vieții.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library, Cluj-Napoca

Unitatea sănătății publice și a corpului medical

de
I. MOLDOVAN

Am insistat într'un articol precedent[1]) asupra necesității, ca sănătatea publică să fi privită ca o problemă de interes național, în ansamblul ei o unitate pentru întreaga țară, conducerea organizațiunii sanitare, ca și răspunderea revenind unei

[1]) Bul. Eugenic și Biopolitic, Vol. XIII, 1942.

singure autorităţi: Ministerului Sănătăţii Publice. Am ajuns atunci la concluzia, pe care de altfel o susţinusem de multă vreme, că ar fi necesară contopirea, sub conducerea Ministerului Sănătăţii, a tuturor serviciilor şi instituţiilor, cari deservesc scopuri identice, urmând să rămână în cadrele şi sub conducerea directă a armatei, Asigurărilor sociale, Căilor ferate, şcoalei, etc., numai serviciile şi instituţiile, menite să satisfacă cerinţele specifice fiecărei administraţiuni. Făcând abstracţie de sanatorii sau alte stabilimente particulare, destinate diagnosticului şi tratamentului bolnavilor, toate spitalele, dispensarele, laboratoarele, sanatoriile pentru tuberculoşi şi a., pot foarte bine să fie comune, create şi susţinute prin mijloace comune şi înzestrate atunci, atât în ce priveşte personalul, cât şi materialul, cu mult mai bine decât se poate face azi cu mijloacele risipite în atâtea părţi.

Soluţia aceasta nu este indicată numai din motivul economiei realizate şi al perfecţionării zestrei personale şi materiale a instituţiilor. Ar câştiga în urma unei atari soluţiuni eficienţa şi prestigiul întregii organizaţiuni sanitare şi s'ar ajunge cu vremea la stabilirea unei mai perfecte diferenţieri şi integrări a eforturilor sanitare şi la o solidarizare a corpului medical, condus de o singură autoritate medicală centrală; deci la un corp sanitar mai sensibil la primejdiile care ameninţă organizaţia noastră sanitară şi mai activ în apărarea acestei organizaţiuni şi în sporirea prestigiului şi eficienţei ei. Un corp sanitar care asistă pasiv la desfăşurarea organizaţiunii sanitare, care se desinteresează cu desăvârşire de felul cum această organizaţiune înţelege sau nu să se adapteze cerinţelor şi experienţei noi, un corp sanitar, care lucrează numai la ordin şi pentru care îndeplinirea formală a îndatoririlor este esenţa serviciului, indiferent de mersul real al sănătăţii publice, nu va dispune niciodată de autoritatea necesară apărării şi promovării sănătăţii publice. Un corp medical risipit sub variate conduceri, cu scopuri deosebite, nu va putea niciodată egala în forţa de luptă şi afirmare un corp medical unitar şi solidar, unit sub un singur comandament, disciplinat de acelaşi scop, spre care trebue să-şi integreze toate eforturile sale.

Mai ales la noi, cu mortalitatea noastră exagerată şi cu perspectiva unui declin etnic cu atât mai apropiat, cu cât mai

mult vom întârzia cu eforturi sistematice şi solidare pentru a-l preveni, la noi, unde nu mai este vreme de discuţii şi dibuiri, ci trebue să aplicăm repede şi hotărît măsuri, de mult încercate şi verificate în eficienţa lor în alte ţări şi în parte şi la noi, orice întârziere înseamnă o condamnabilă risipă de vieţi româneşti. Mai mult ca în orice altă ţară este nevoie de un corp medical capabil de a participa activ şi fără încetare atât la munca de organizare sanitară cât şi la răspunderea pentru sănătatea publică.

Este adevărat că de o vreme încoace se fac şi la noi încercări pentru a pregăti terenul în direcţia unirei sub o singură conducere a instituţiilor şi serviciilor sanitare comune. Legea pentru organizarea sanitară a Statului prevede la art. 153 că personalul tehnic: medici, farmacişti, chimişti, externi şi interni în medicină şi farmacie ai tuturor instituţiilor publice civile, ai instituţiilor de utilitate publică şi instituţiunilor particulare ce primesc subvenţiuni sub orice formă dela Stat, judeţ sau comună, se recrutează, se numeşte şi se pensionează de către Ministerul Sănătăţii; iar la art. 155 se precizează, că medicii din serviciile prevăzute la art. 153, constituesc corpul medicilor publici şi depind de Ministerul Sănătăţii. Ei sunt trecuţi în bugetul acestui Minister.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acelaşi timp însă cu aceste măsuri pregătitoare a reunirei sub conducerea Ministerului Sănătăţii a majorităţii corpului medical şi a instituţiilor mai ales spitaliceşti, se vădesc sau se pregătesc acţiuni contrare unităţii organizaţiunei sanitare şi de ocrotire.

Aşa în Ministerul Culturii Naţionale s'a înfiinţat o Direcţie a igienei, o realizare fără îndoială necesară dacă ne gândim la însemnătatea pe care o poate avea un atare serviciu medical şi preventiv atât pentru urmărirea atentă a evoluţiei fizice şi psihice a elevilor şi pentru cointeresarea corpului didactic şi a părinţilor la această atentă supraveghere, cât şi pentru a asigura respectarea principiilor de igienă în alcătuirea programelor de învăţământ şi în orânduirea învăţământului în general. Dar acea Direcţie a început să creeze dispensare şcolare în localităţi unde există atari instituţii ale Ministerului Sănătăţii şi luase dispoziţii pentru vaccinarea contra difteriei a copiilor de şcoală cu toate că vaccinarea aceasta este atribuţia serviciului

sanitar și era de înainte în plină aplicare. Nu ar fi imposibil, ca Direcția nouă în dorința unei perfecționări cât mai grabnice a serviciului medical și preventiv în școală să cuprindă între preocupările sale și alte probleme, cari prin faptul că sunt de interes general, sunt de importanță și în timpul școlarității, și să treacă cu vremea grija sa educativă, preventivă și poate și curativă și asupra familiilor școlarilor, dând în acest fel în unul sau altul dintre cele mai însemnate sectoare ale sănătății publice, naștere la complicațiuni, conflicte și confuzii, cari numai prielnice nu ar putea să fie pentru evoluția serviciului nostru sanitar.

Au apărut apoi inițiative pentru înființarea de cooperative sanitare, nu numai în scopul de a creea instituții curative locale, ci în vederea organizării unui serviciu complex, curativ și preventiv, d. e. pentru populația rurală a unui județ întreg; inițiative salutate cu multă bunăvoință din partea presei și primite cu o oarecare curiozitate din partea cercurilor sanitare. Cooperativele aceste particulare urmează să facă însă apel tot la personalul organizațiunei noastre sanitare și să ceară tot Ministerului Sănătății înlesniri și sprijin, pentru a-și putea desvolta activitatea. Important este, că ele nu se limitează la creearea și întreținerea prin mijloace particulare și cu personal propriu a unor instituții curative izolate, ca spitale, sanatorii, maternități, ci vor să înfăptuiască o rețea întreagă de servicii și instituții în mediul rural și să suplinească tot prin personalul nostru lipsurile organizațiunei sanitare, fără însă a se încadra în această organizațiune.

S'a proiectat în sfârșit prin Casa Națională a Asigurărilor Sociale asigurarea contra tuberculozei a populației, pentruca apoi să se pună în discuție asigurarea generală, pentru orice caz de boală a întregii noastre populații rurale. Primul proiect a fost susținut și poate chiar și redactat de o parte a specialiștilor noștri cei mai de seamă. Ceeace a îndemnat Casa Națională a Asigurărilor Sociale și pe colegii noștri la atari inițiative a fost desigur perspectiva unor fonduri extraordinare, realizate prin cotizații și taxe impuse pe o scară foarte largă, fonduri cari ar fi permis creearea în relativ scurt timp a tuturor instituțiilor necesare noilor organizațiuni.

Se uitase, se vede, că lipsa cea mai mare în domeniul să-

nătăţii publice este aceea a personalului medical şi mai ales a specialiştilor în ftiziologie şi pediatrie sau puericultură şi că această deficienţă nu poate fi repede soluţionată, oricâte mijloace materale ne-ar sta la îndemână. Se uitase mai departe, că organizaţiunea sanitară nu poate să dea rezultatele aşteptate decât atunci când cuprinde pe plan de egalitate şi în strictă interdependenţă toate problemele principale ale sănătăţii publice. A scoate din această organizaţiune problema tuberculozei şi a o atribui Asigurărilor Sociale, sau a trece protecţia mamei şi a copilului sub altă conducere, înseamnă a risca năruirea întregii noastre organizaţiuni sanitare, năruire care ar urma cu siguranţă atunci, când s'ar permite, ca grija pentru sănătatea populaţiei rurale să rămână la discreţia oricărei iniţiative, oricât de binevoitoare ar fi.

S'a uitat apoi, şi este uimitoare nesocotirea faptului mereu zădarnic accentuat, că suntem ultima ţară din lume civilizată în ce priveşte chivernisirea capitalului nostru uman şi că în loc să ne complacem în discuţii şi experimentări, ar trebui să sprijinim din toate puterile tânăra noastră organizaţie preventivă, să consolidăm ce avem bine început şi să ne unim eforturile pentru a ne întregi organizaţia prin măsuri, servicii şi instituţii verificate în eficienţa lor şi adaptate nevoilor specifice nouă.

S'a uitat în sfârşit, că Asigurările Sociale la noi au nevoie de o foarte serioasă revizuire a organizaţiei şi a directivelor lor de lucru. Limitate la o activitate pur curativă, şi aceea insuficientă, lipsite cu totul de preocupări preventive şi de ocrotire, de interesul pentru igiena muncii şi pentru sănătatea familiei muncitorului, Asigurările noastre nu dispun de instituţiile necesare lor, şi sunt nevoite a-şi baza activitatea în mare parte pe concursul instituţiilor Ministerului Sănătăţii. Cu o atare mentalitate şi organizaţie nu se soluţionează nici problema tuberculozei şi cu atât mai puţin aceea a sănătăţii publice în mediul rural. Inainte de a mai ridica pretenţii, de a ferici şi alte sectoare ale sănătăţii publice, Asigurările sociale ar fi bine să-şi concentreze toată atenţia şi toate eforturile spre consolidarea şi perfecţionarea atât de necesară a organizaţiei lor proprii.

Atari iniţiative de salvare a sănătăţii publice nu ar putea

avea nici o şansă de a fi luate în serios, dacă sănătatea publică ar fi înţeleasă ca o unitate pe întreaga ţară, cu o singură autoritate în frunte şi dacă am avea un corp medical solidar şi disciplinat de menirea plină de trudă, de jertfă, de răspundere, dar şi de prestigiu şi de satisfacţie, care îi este rezervată în cadrele Statului. Risipiţi sub variate conduceri, individualişti şi ca atari lipsiţi de înţelegerea pentru unitatea sănătăţii publice, medicii noştri sunt preocupaţi aproape exclusiv de probleme locale sau cel mult de probleme aparţinând grupului restrâns de interese din care fac parte.

In atari condiţiuni nu este de mirare că sănătatea publică este în suferinţă. Lipsită de autoritatea şi sprijinul neîncetat al unui corp medical conştient de îndatoririle sale naţionale, sensibil la orice primejdie, care ameninţă capitalul nostru uman în devenire, şi doritor să pună fără întârziere în serviciul acestui capital biologic orice ar putea să-i promoveze evoluţia normală, sănătatea publică, cu toate eforturile pe care le depune conducerea centrală a Ministerului Sănătăţii nu se poate impune în toată însemnătatea ei şi nu poate să progreseze aşa cum ar fi de dorit.

Nu există o altă profesiune academică cu o mai redusă autoritate în cadrele Statului, decât a noastră, cu toate că niciuna nu ar trebui să o egaleze în însemnătate, şi nici una nu o egalează de fapt în riscuri profesionale şi în mortalitatea prin anumite boli. Semnificativ este în această privinţă şi tabloul ce urmează, reprodus de Journ. of American Medical Association, 1937, vol. 108, pag. 1327.

Frecvenţa sclerozei coronariene după profesiuni.

Profesiunea	Numărul persoanelor cercetate	Frecvenţa sclerozei cor.		Vârsta medie
		Cazuri	%	
Agricultori	308	8	2.5	59.1
Muncitori	306	8	2.6	50.0
Preoţi	306	14	4.6	42.2
Jurişti	304	14	4.6	52.8
Bancheri	300	16	5 3	51.5
Medici	307	83	10.7	52.8

E unul numai din multele exemple, cari ar putea fi aduse pentru a ilustra riscurile inerente profesiunei medicale. Iar lipsa de autoritate a corpului medical n'am putea-o ilustra mai bine, decât prin situaţia medicilor în cadrele Asigurărilor Sociale, unde ei duc tot greul serviciului, pe munca lor se bazează toată organizaţiunea şi cu toate acestea alte categorii de funcţionari domină în organizaţiune şi probleme de administraţie sunt mai ales acelea cari covârşesc activitatea.

In orice caz sănătatea publică nu va progresa şi autoritatea medicilor nu va spori în Stat decât atunci când va fi realizată unitatea sănătăţii publice şi solidaritatea corpului medical.

Cronică

Etnopolitică Demografie. Antropologie. Eugenie Sănătate Publică.

Beograd: Central University Library CEU

Ereditatea criminalităţii. Atât metoda gemenilor cât şi metoda genealogică au demonstrat importanţa deosebită a factorului ereditar în determinarea criminalităţii. O nouă dovadă, foarte sugestivă, ne-a fost dată de cercetările lui Kuttner, care a comparat frecvenţa criminalităţii la copiii adoptivi ai criminalilor şi la copiii lor adevăraţi. Dacă în determinarea criminalităţii ar fi mai important factorul social, copiii adoptivi ai criminalilor ar trebui să prezinte criminalitate în aceeaşi proporţie cu copiii adevăraţi, prin faptul că ambele categorii de copii trăesc în acelaşi mediu familial şi social. Dacă ereditatea este determinantă, criminalitatea copiilor adevăraţi va trebui să fie mai mare decât aceea a copiilor adoptivi, întrucât copiii adevăraţi poartă — prin legătura lor de sânge — o parte din destinul ereditar al părinţilor lor. Kuttner constată că, copiii proprii ai criminalilor au devenit mult mai frecvent criminali, decât copiii adoptivi, şi anume:

Din copii proprii masculini . . .	47,2%
Din copii adoptivi masculini . .	20,0%
Din copii proprii femenini . . .	10.2%
Din copii adoptivi femenini . . .	5,0%

Kuttner mai constată faptul că, copiii proprii ai criminalilor devin criminali mai precoce şi sunt mai adeseori recidivişti decât copiii adoptivi. Cercetările lui Kuttner au fost confirmate şi de Müller, care — în urma datelor obţinute — crede că, în cea mai mare măsură, criminalitatea este legată de structura biologică ereditară.

Debilitatea mintală este considerată pe baza materialului de gemeni prezentat de Smith ca fiind ereditară în cel puţin 86% a cazurilor. Această cifră se pare că este o aproximaţie prea mică, dacă luăm în considerare materialul eredobiologic publicat mai recent. Concordanţa gemenilor uniovulari în ceea ce priveşte debilitatea mintală este mult mai mare, în materialul foarte bogat prezentat de Juda. Din 60 perechi gemeni uniovulari, toţi au fost concordaţi în ceea ce priveşte debilitatea mintală, în timp ce din 168 perechi biovulari numai 45,23% au concordat. Din cele 60 perechi de gemeni uniovulari, 55 perechi au concordat — în cele mai mici amănunte — şi în ceea ce priveşte gradul debilităţii mintale.

Calculând materialul lui Juda după formula lui Holzinger, ajungem la concluzia că *factorul ereditar este prezent aproape în totalitatea cazurilor de debilitate mintală*, deci aproape în 100% a cazurilor.

Această concluzie pare în contradicţie cu faptul constatat clinic, că uneori — nu prea rar — debilitatea mintală se produce în urma acţiunii factorilor patogeni externi: traumatisme cerebrale etc. Materialul de gemeni prezentat de Juda pledează pentru prezenţa factorului ereditar în toate cazurile de debilitate mintală, şi pentru raritatea aproape excepţională a debilităţii mintale de origine exogenă.

Explicaţia acestei contradicţii o putem găsi în rezultatele cercetărilor mai noi ale lui Brugger, Pleger, Hecker, Juda, Kreyenberg, etc., care au demonstrat că: *în general, factorii exogeni, insulta patogenă externă, nu produc oligofrenii decât la creere predispuse ereditar pentru debilitate mintală, deci pentru oprire în evoluţie. Debilitatea mintală de origine exogenă nu ar fi deci decât o debilitate mintală ereditară actualizată de un factor patogen extern.* Dovada acestui fapt o găsim în frecvenţa debilităţii mintale ereditare între membrii familiei debililor mintali zişi secundari sau exogeni.

Factorii exogeni produc debilitate mintală mai ales în familii de oligofrenici, debilitatea mintală exogenă sau secundară se produce mai ales la rudele celor cu debilitate mintală ereditară. Iată frecvenţa debilităţii mintale între rudele probanzilor a căror oligofrenie a fost interpretată ca fiind de origine externă:

	Fraţi-Surori	*Părinţi*	*Unchi*
Brugger	13,1	9,9	4,1
Pleger	11,1	4,5	—
Hecker	18,2	21,2	11,6
Juda	19,3	12,5	—
Kreyenberg	11,4	7,1	7,2

Aceste cercetări ne arată evident că factorul exogen, traumatismul, etc., nu face decât să actualizeze o predispoziţie ereditară pentru oligofrenie, fiind eficace mai mult în familiile purtătoare ale disgeniei. Concluzia: debilitatea mintală secundară fără factori predispozanţi endogeni este mult mai rară decât se credea înainte.

Ereditatea gemelarității a fost studiată mai ales de Davenport. El a demonstrat — în urma unui studiu asupra unui număr de 865 nașteri gemelare — că însușirea de a da naștere la gemeni este, în mare măsură, ereditară, și — ceea ce e foarte interesant — poate să o aibă nu numai, mama ci și tatăl. Influența tatălui în determinarea nașterilor gemelare este numai cu puțin mai mică, după Davenport, decât influența mamei.

O demonstrare a eredității însușirii de a da naștere la gemeni o găsim în faptul că, de obiceiu, nașterile gemelare se repetă în aceeași familie. Cel mai impresionant exemplu este acela al mexicanului Leoncio Chavarria și al soției sale, care în cursul unei căsătorii de 40 ani au devenit părinții a lor 37 copii. Acești copii au fost născuți din 18 nașteri gemelare, și o singură naștere simplă.

Familiile disgenice sunt sursele nenumăraților descendenți care poartă destinul tragic al disgeniei de-alungul generațiilor, împânzind omenirea cu bolnavi, criminali, declasați și antisociali. Un exemplu ni-l dă descendența Anei Juke (1740), din care se cunosc 709 membri. Dintre aceștia au fost 64 bolnavi mintali, 174 pervertiți sexuali, 142 pauperi și dependenți, 196 ilegitimi și 77 criminali. Fiecare din aceștia vor fi la rândul lor surse de degenerați pentru viitor. Am putea să parafrazăm cuvintele unui judecător american: Șase generații de criminali au fost destul. Pe când măsurile care îi vor stăvili?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Scăderea natalității nu a modificat raportul dintre natalitatea normalilor și aceea a debililor mintali. Deși scăderea natalității este un fenomen general, caracterul diferențial s'a păstrat nemodificat: debilii mintali se înmulțesc aproximativ de două ori mai mult decât indivizii normali din aceeași categorie socială. Sunt semnificative datele lui Brugger privitor la familiile debililor mintali din școlile ajutătoare din Berlin. Părinții elevilor din școlile de debili mintali au următorul număr mediu de copii în comparație cu părinții copiilor normali (numărul mic în general se explică prin faptul că este vorba de o populație urbană):

	Familiile normalilor	*Familiile debililor mintali*
Numărul copiilor înainte de 1911	3,3	5,7
Numărul copiilor dela 1911—1920	2,2	3,2
Numărul copiilor dela 1921—1925	1,7	2,3

In aceeași cercetare Brugger demonstrează că debilii mintali își mențin același nivel de reproducere, chiar dacă sunt din straturile sociale mai bune, puternic atinse de procesul de scădere a natalității.

In orice condiții demografice și în orice condiții sociale, debilitatea mintală are o reproducere net superioară în comparație cu populația normală.

Accidentele de muncă sunt datorite mai mult factorilo individuali decât împrejurărilor şi condiţiilor exterioare. Sunt muncitori întotdeauna predispuşi spre accidente, în timp ce alţii nu au accidente decât în situaţii excepţional de dificile. W. B. Bingham a căutat să stabilească factorii care determină frecvenţa accidentelor, comparând două grupe de şofeuri, unii cu un activ cu multe accidente şi alţii cu foarte puţine accidente. Şofeurii cu mai multe accidente la activul lor se deosebesc de şofeurii fără accidente atât în ceea ce priveşte structura personalităţii, cât şi aptitudinile şi sănătatea generală. Iată frecvenţa procentuală a defectelor găsite la cele două grupe examinate:

	Şofeuri cu multe accidente	*Şofeuri cu puţine accidente*
Defecte de personalitate, comportament necooperativ . .	39%	5%
Lipsa de aptitudini determinată psihotehnic	40%	12%
Defecte de sănătate	40%	9%

Dispoziţia pentru accidente deci este o dispoziţie a persoanei, legată de o inferioritate fizică, de aptitudini şi de caracter-temperament. Este evident că prevenirea accidentelor va impune ca primă măsură selecţionarea şi orientarea profesională, selecţionare care va trebui să rezulte din studiul întregii personalităţi psiho-fiziologice a candidaţilor. Numărul accidentelor profesionale este cu atât mai redus cu cât individul este mai armonic potrivit profesiunii pe care o îndeplineşte.

Fertilitatea bărbatului se pare că nu poate fi demonstrată numai prin prezenţa spermatozoizilor. Mönch crede că sterilitatea este în raport cu variabilitatea morfologică a spermatozoizilor, şi mai ales cu lungimea capului spermatozoidului. Atunci când acest diametru trece, în plus sau în minus. de anumite limite, putem conta pe o fertilitate redusă, sau chiar absentă. K. Generales a reluat problema căutând să determine biometric tipurile de spermatozoizi în raport cu gradul de fertilitate. După examinarea unui număr impresionant de cazuri, ajunge la concluzia că fertilitatea este exprimată mai bine prin volumul capului spermatozoidului decât prin lungimea lui. Deviaţiile mari în ceea ce priveşte acest volum permit o concluzie sigură privitoare la scăderea fertilităţii sau la sterilitate.

Aptitudinile motrice şi abilitatea mecanică sunt în mare parte determinate de factorii ereditari. Sunt cunoscute corelaţiile obţinute de McNemar prin aplicarea testelor motorice la gemeni: 0,38 la gemeni uniovulari şi 0,46 la gemeni biovulari. Aceste corelaţii demonstrează prezenţa unei importante determinante ereditare. M. şi C. Rife studiază abilitatea mecanică din punct de vedere genealogic. Intr'o familie, care a putut fi urmărită în cinci generaţii, autorii constată frecvenţa deosebită a abilităţii meca-

nice în fiecare generaţie. Este interesantă observaţia autorilor că această abilitate s'a manifestat şi în unele specialităţi înrudite: performanţe superioare ca inventator tehnic, desenator şi chirurg. Reuşita profesională este deci în funcţiune, în prima linie, de dispoziţiile ereditare, iar mediul nu face decât să valorifice aceste dispoziţiuni, directivându-le într'un sens sau altul.

In anuarul 1940—1941 „Az Erdélyi Tudomànyos Intézet" publică *rezultatele cercetărilor sero-antropologice* făcute de Csik L. şi Kállay E. în regiunea Călăţele din Ardealul de Nord. Autorii au cercetat 4418 Unguri din 9 comune şi 724 Români din şase din acele comune, care în majoritate sunt formate din Unguri. Indicele biologic de rasă în medie la Unguri l-au găsit de 1,6, iar la Români de 1,7, adică fără nicio diferenţă semnificativă între cele două neamuri. E interesant de remarcat că valoarea indicelui biologic de rasă obţinută cu formula $\frac{AB + A,}{AB + B}$ deşi este cea găsită în mai toate cercetările făcute asupra Ungurilor de autori români sau unguri, totuşi atât proprietatea A (europeană) cât şi B (asiatică) obţinute în aceste cercetări sunt mai ridicate ceea ce e natural că nu schimbă raportul dintre ele. Aceste urcări sunt în detrimentul proprietăţii 0 pe care autorii o prezintă cu o valoare scăzută, mult mai redusă decât la noi Românii. Deosebirea între noi şi ei ar fi numai în această privinţă. Ori se ştie că diferenţa între Români şi Unguri consistă mai ales în raport cu celelalte proprietăţi A şi B. Dar asupra acestei probleme vom mai reveni.

Articolul de care ne ocupăm mai redă şi date relativ la structura rasială a populaţiei. Din acest punct de vedere au fost cercetate 2411 persoane de neam Unguri. Români au fost examinaţi foarte puţini, la care nu sunt redate cifrele, se aminteşte numai de rezultate. Frecvenţa rasială a Ungurilor a fost găsită:

Est-baltici	23,6%
Turanizi	20,7%
Mongoloizi	2,7%
Alpini	5,4%
Nordici	1,1%
Dinarici	0,5%
Mediteranieini	0,4%
Rase amestecate	45,9%

Despre Români se aminteşte că ar fi mai ales alpini, dinarici, estbaltici, mediteranieni şi nordici, luându-i în ordine descrescândă.

Autorii la sfârşitul lucrării îşi compară rezultatele, mai ales din unele comune, cu unele cercetări făcute asupra Tătarilor din Crimeia, Ufa şi Cason, gândindu-se că între locuitorii Unguri examinaţi nu ar fi imposibil să fie şi rămăşiţe tătare.

Există corelaţie între tumorile maligne şi grupele de sânge. H. R. Schintz din Elveţia în „Der Erbarzt" cercetează această problemă pe 1000 cazuri cu tumori maligne şi 1000 fără această boală. Rezultatele, redate în tabelele care urmează:

Grupele de sânge la bolnavi cu tumori maligne

Grupa de sânge	Cifre	%
AB	22	2,2±0,46
A	456	45,6±1,57
B	92	9,2±0,91
O	430	43,0±1,56
	1000	100

Grupele de sânge la necanceroşi

Grupa de sânge	Cifre	%
AB	26	2,6±0,5
A	480	48,0±1,58
B	92	9,2±0,91
O	402	40,2±1,55
	1000	100

nu evidenţiază nici un fel de corelaţie între atributele studiate. Folosind şi alt material obţinut tot pe Elveţieni, publicat de Clairmont din Zürich, Plüss din Zürich, Doerr din Basel şi de Liengme şi Goudet din Genf a căror rezultate coroborează pe cele proprii, autorul trage concluzia că între tumorile maligne şi grupele de sânge sigur nu există corelaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj