

279286

# BULETIN

## EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

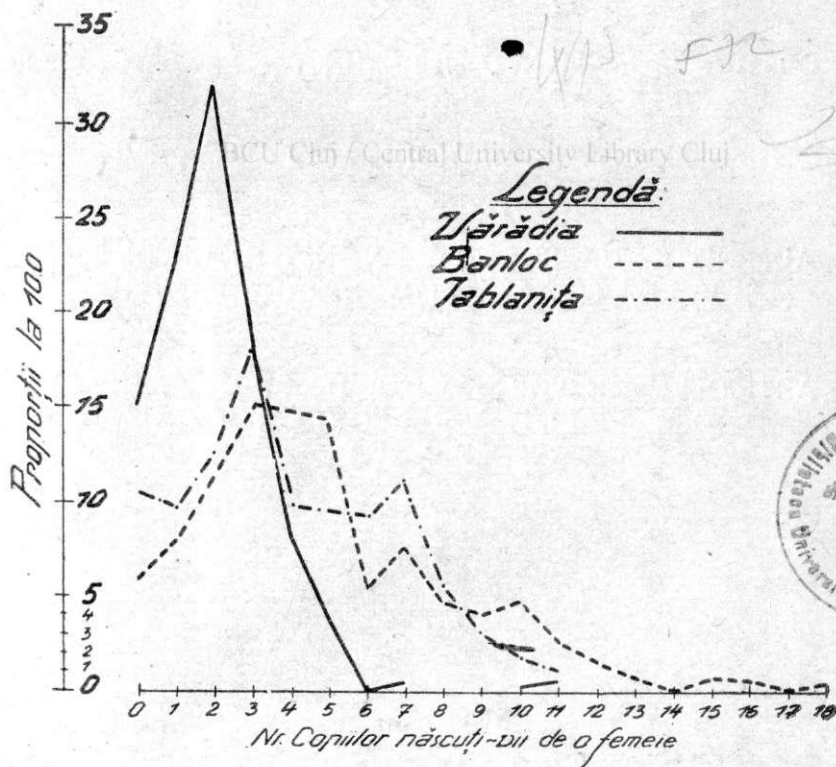
VOL. VII.

IANUARIE-FEBRUARIE

1936

Nr. 1-2.

485



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

**BULETINUL EUGENIC ȘI BIOPOLITIC APARE  
CA NR. DUBLU, ODATA LA DOUA LUNI.**

---

**COSTUL ABONAMENTULUI PE UN AN ESTE 200.— LEL**

---

**COSTUL UNUI NUMAR 40.— LEI**

---

**ADMINISTRAȚIA SE AFLĂ LA INSTITUTUL DE IGIENĂ  
ȘI IGIENĂ SOCIALĂ CLUJ, STRADA PASTEUR 6.**

---

**ARTICOLELE SE VOR TRIMITE D-lui Prof. I. MOLDOVAN  
CLUJ, STR. REGALĂ 33.**

---

# BULETIN

## EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. VII.

1936.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

## Casă de ocrotire sau dispensar rural ?

de

I. MOLDOVAN

O cerință de bază a organizației serviciului sanitar este descentralizarea competenței și a mijloacelor de acțiune în așa fel, ca orice trebuință de ordin curativ sau preventiv să poată afla o soluție imediată chiar și în comună rurală. Înțeleg prin aceasta, că serviciul sanitar rural să nu se limiteze — în afară de obligațiunile administrative — la o activitate pur curativă, adică la diagnostic și tratament în caz de boală, ci să fie obligat și capabil de a interveni cu succes și în domeniul combaterii boalelor infecțioase și sociale, al protecțiunii mamei și copilului, al salubrității publice și al educațiunii igienice, având la dispoziție atât personalul competent cât și mijloacele necesare unei acțiuni eficiente. Desigur nu ne putem gândi, a cere, ca fiecare problemă specială să fie reprezentată în circumscripția rurală printr'un specialist și o instituție de specialitate. Necesitățile curative curente pot să fie foarte bine satisfăcute printr'un singur organ medical, medicul de circumscripție, care în acelaș timp are și obligațiuni administrative și activează în limita competenței sale și a timpului disponibil și în domeniul preventiv. Și principalul organ auxiliar, sora de ocrotire, care descentralizează serviciul până în familia țărănească, are atribuțiuni generalizate. Exigențele mai puțin diferențiate și posibilitățile mai reduse în condițiuni rurale impun această soluțiune și firesc este ca și instituțiunea sanitară, așezată în circumscripția rurală, să poată răspunde în limita competenței și a mijloacelor date, tuturor cerințelor curente atât curative cât și preventive, să fie deci polivalentă.

Organizațiunea sanitară rurală, așa cum funcționează azi, nu corespunde acestor postulate. Ea este dictată de concepția veche, tradițională, preocupată aproape exclusiv de probleme de ordin medical și administrativ. Dispensarul rural, ca de altfel și spitalul rural, se limitează la consultațiuni și tratamente. Iar medicul de circumscripție, care și el intervine abia atunci, când bolnavul îl consultă sau când un defect de ordin sanitar i se semnaleză, atât la dispensar, cât și în vizitele la casele țăranilor tot de boală numai se interesează, iar grija pe care o acordă persoanelor, care îl consultă, se limitează la

timpul boalei sau mai bine zis la clipele consultațiilor medicale. Ceeace înregistrează medicul de circumscripție sunt „cazuri“ de boale infecțioase, tuberculoză, venerii, de boli în general, de întâmplări în legătură cu serviciul, toate aproape exclusiv cu scop statistic numai, și nici decum pentru a urmări fenomenele în devenirea lor și în mod sistematic. Așa fiind, nu poate fi vorba de a viza printr'o atare activitate fenomenele generale privind starea și mișcarea populației din circumscripție, natalitatea, mortalitatea generală și mortalitățile parțiale (infantilă, prin tuberculoză, etc.) sau excedentul natural; nu poate fi vorba mai departe nici de o acțiune preventivă. În consecință ceea ce interesează, nu este starea sănătății populațiunii întregi, ci numărul bolnavilor, al defectelor sanitare reparate. Și atunci este firesc, ca o conducere sanitară cu acelaș fel de înțelegere pentru rostul serviciului sanitar, să nu aibă alt punct programatic mai important, decât sporirea medicilor de circumscripție, a spitalelor, dispensarelor și a consultațiilor, rămânând în acelaș timp insensibilă la strigătul de alarmă a mortalității excesive, al natalității în descreștere, al epidemiilor, cari toate vin și merg după cum o holărește soarta.

Dispensarul rural, în forma schițată mai sus, caracterizează o epocă a trecutului, și este produsul unei concepții perimate, căci azi preocuparea principală a serviciului sanitar este păstrarea sănătății, prevenirea boalelor și nu tratamentul lor. În grija serviciului sanitar trebuie să intre nu în primul rând bolnavii, ci toată populația din circumscripție. Urmărirea cu atenție permanentă a stării și mișcării populațiunii, înregistrarea și cercetarea oricărui fenomen morbid în orice domeniu al sănătății publice, depistarea sistematică și timpurie a acestor fenomene, pentru a putea răspunde din vreme cu măsurile cerute, dar mai cu seamă atențiunea acordată populațiunii urmărind evoluția ei biologică, îndrumând-o spre calea sănătății și prevenind abateri dela această cale, iată cerințele pe cari trebuie să le îndeplinească serviciul sanitar. În această direcție va acționa prin: depistarea și înregistrarea gravidelor, controlul lor periodic la domiciliu prin sora de ocrotire și examinarea medicală la casa de ocrotire, controlul periodic al noilor născuți în decursul primilor 2 ani de viață, tot la domiciliu prin sora de ocrotire, care va duce copilul în intervalele indicate de programul de muncă la medic pentru o examinare amănunțită, și pentru indicarea măsurilor terapeutice și îndeosebi preventive, dictate de rezultatul anchetei la domiciliu, ca și al examinării medicale. Va acționa mai departe prin examinarea periodică a preșcolarilor și școlarilor, veghind la dezvoltarea lor fizică, mintală și

sufletească normală, angajând corpul didactic, părinții și elevii la o colaborare cât se poate de intimă. Examinarea cazurilor de boli infecțioase, tuberculoză, sifilis etc., a gravidelor sau copiilor, va fi urmată de vizite în familie, de anchete și îndrumări educative pentru a angaja familia și îndeosebi mama la o colaborare conștientă în direcția prevenirii de boli și a păstrării sănătății.

Greul activității privind sănătatea se deplasează deci dintre zidurile camerei de consultații sau de birou în familia țărănească, activitatea devine educativă în primul rând în loc de curativă. Populațiunea nu va lua cunoștință de binefacerile și existența serviciului sanitar numai prin consultațiunile și medicamentele date în caz de boală sau prin măsurile polițienești în caz de epidemii, ci va fi angajată de a contribui ea însăși în mod conștient și permanent la păstrarea sănătății ei. La această situație se va ajunge nu prin ordine și măsuri împuse, ci prin o educație în familia țărăului, care se va face în deosebi atunci, când nevoia sfaturilor bune și binefacerile acestora vor fi mai mult simțite și mai evidente. Așa măsurile de prevenire vor deveni obiceiuri din adâncă convingere. Sfaturile și demonstrațiile educative se vor adresa îndeosebi mamei, iar grija principală a serviciului sanitar se va adresa copilului, generației viitoare, mai fragedă și expusă mai mult influințelor nocive, dar și mai educabilă, mai sensibilă, de a fi formată în direcția păstrării sănătății. Iar scopul acestei acțiuni nu poate să fie numai păstrarea sănătății fizice, ci prosperarea în deplină armonie și normală dezvoltare a fizicului, intelectualului și sufletului, deci păstrarea integrității biologice. Abia așa serviciul sanitar își poate atinge scopul.

Așa fiind, se va înțelege ușor, că instituția centrală a circumscripției sau comunei rurale nu poate fi dispensarul cu rostul limitat la distribuția de consultații și medicamente și nici lărgirea acestei activități prin măsuri de îngrijire sau combatere la domiciliu nu satisface nici pe departe cerințele. Nu medicul de circumscripție singur sau împreună cu puținele organe auxiliare, de cari dispune, pot să ducă cu succes lupta contra boalei, și pentru păstrarea sănătății. Instituția sanitară a circumscripției rurale trebuie să fie un așezământ, care să cuprindă în grija sa toată populația circumscripției și toate problemele din domeniul sănătății, să fie deci o instituție cu scop generalizat atât curativ cât și îndeosebi preventiv, așa cum în mod firesc și necesar medicul de circumscripție trebuie să răspundă la toate acele cerințe și cum și sora de ocrotire trebuie să le satisfacă pe toate în limita competenței sale. Instituția aceasta rurală deci nu poate să rămână o clă-

dire, cu o periodică funcționare interioară, izolată și străină de cerințele reale ale populațiunei, ci trebuie să fie un centru de acțiune, unde se adună toate informațiunile privind starea și mișcarea populațiunei și nevoile sanitare ale acesteia și unde se înregistrează toate fenomenele morbide și normale, cari pot să mobilizeze și îndrumeze intervențiunile continue pe teren. Instituția aceasta trebuie să fie un mic cartier general, unde medicul de circumscripție, îndrumat și supravegheat de medicul igienist, este conducătorul, iar armată nu constă din puținele organe auxiliare (soră, agent sanitar, moașe) de cari dispune, ci din întreaga populațiune, instruită și educată îndeosebi prin sora de ocrotire, pentru a lupta contra boalei și pentru a-și cuceri și păstra sănătatea. Activitatea principală condusă de acea instituțiune nu se va epuiza deci prin ocazionalele eforturi depuse înăuntrul zidurilor ei, ci se va depune pe teren, îndeosebi în interiorul familiei țărănești, pe care va fi de să o ocrotească, adică să o ferească de rău, să o îngrijească în caz de boală, dar îndeosebi să o înzestreze în scopul unei propășiri progresive cu armele cunoștințelor și ale obiceiurilor sănătoase, pentruca fiecare membru al ei să devină capabil de a-și apăra singur sănătatea.

Se mai poate numi un atare așezământ dispensar? Chiar dacă nu dispune decât de o sală de așteptare, o sală de consultații, un birou și o cameră pentru soră, numirea de dispensar este greșită, căci ea nu redă esența funcțiunei, și doar aceasta este hotărîtoare și nu felul construcției. Cu atât mai evidentă va fi justețea acestei afirmații, dacă pe lângă încăperile cu destinația amintită, instituția mai dispune și de un salon pentru sugari bolnavi, sau un salon pentru bolnavi adulți, o sală de intervenții urgente, un cămin de zi pentru copii mici, o baie duș, și o bucătărie demonstrativă.

Instituția, preconizată de legea din 1930, judecând după funcțiunea pe care trebuie să o îndeplinească, nu poate deci să fie numită nici dispensar, nici spital, nici casă de sănătate în înțelesul obișnuit al cuvântului. Nu poate să fie numită decât casă de ocrotire. Nu insistăm asupra acestei numiri, pentru a o apăra din orgoliu propriu; apărăm concepția nouă, care trebuie să conducă serviciul sanitar la noi la țară, și care își află o atât de perfectă concretizare în instituția ca și în numele casei de ocrotire. Dispensarul este o parte integrantă a casei de ocrotire, totdeauna însă o parte numai.

## Calificarea medicilor.

Dr. M. ZOLOG

Calificarea medicilor din serviciile statului și, în special, al celor din serviciul extern al Ministerului Sănătății: medici de circumscripție, de județ, municipiu, dispensar, etc., constituie o problemă importantă și în același timp dificilă. Importantă pentru Minister, care trebuie să cunoască exact și precis calitățile medicilor din serviciul său, să cunoască capacitatea lor de muncă, devotamentul, cunoștințele tehnice și aptitudinile administrative, pentru o cât mai perfectă apreciere, selecționare și înaintare a lor. Problema este de o potrivă de importantă și pentru medici. O metodă de calificare, care nu este bazată pe fapte reale, pe randamentul cantitativ și calitativ al muncii, pe o anumită performanță, care se poate exact măsura și preciz aprecia, poate să cauzeze multe nemulțumiri și uneori grave prejudicii unor medici pricepuți, capabili de muncă, înzestrați cu cunoștințe tehnice și aptitudini administrative, și să favorizeze, chiar involuntar, o altă categorie de medici, mai puțin capabili și mai puțin pătrunși de conștiința datoriei. Metoda de calificare întrebuințată azi la noi se bazează prea mult, am putea spune chiar în întregime, pe impresiunile subiective ale șefilor ierarhici, pe îndeplinirea mai mult a formei decât a fondului muncii, lasă prea mare latitudine unor puncte de vedere individualiste, prea mare influență unor simpatii sau antipatii personale, se pretează prea mult unor influențe streine de interesele serviciului și în fine nu dă posibilitatea la o comparație cel puțin aproximativă.

Fiecare șef ierarhic: medic primar de județ, șef de municipiu, inspector general sanitar, etc., apreciază și prin urmare califică munca medicilor subalterni, după alte criterii și alte puncte de vedere, aprecieri și calificări, cari nici odată nu sunt făcute după norme uniforme, nu sunt măsurate cu aceeași unitate de măsură și prin urmare nu pot fi niciodată comparate între ele. De ex. un medic de circumscripție bine calificat într'un județ, trecând în alt județ, lucrând cu același devotament și cu aceeași pricepere, din cauza felului subiectiv de apreciere, poate foarte ușor să fie rău calificat, chiar și în cazul când nici o notă personală nu a influențat calificarea. O mare greșeală a actualei metode de calificare este și faptul, că cel calificat, nu are posibilitatea legală de a lua cunoștință despre mențiunea care i-s'a acordat și de a face apel contra ei, în caz când se simte neîndreptățit.



Dacă am înșira numai aceste argumente, încă ar fi suficiente, pentru a demonstra necesitatea revizuirii și schimbării radicale a actualei metode de calificare.

Legea sanitară și de ocrotire din din 1930, la capitolul calificării personalului (art. 218 și cele consecutive), de fapt prevede o altă metodă de calificare, decât cea utilizată azi, dar aceste articole ale legii au rămas până acum neaplicate.

La art. 218 se prevede un stat personal, care se va întocmi după un model elaborat de Minister, separat pentru medicii din fiecare categorie de servicii sau instituții, în așa fel ca să permită acordarea de note după criteriile ce se vor stabili printr'un regulament special. Acest articol prevede deci, că personalul din diferite instituții și servicii, cari recer calități diferite, să fie calificat după norme și criterii diferite.

Art. 219 prevede pentru fiecare medic obligativitatea unui raport anual, însoțit de un tablou statistic de activitate, făcut după un formular tip, pentru fiecare categorie de servicii în parte, care trebuie să cuprindă toată activitatea medicului respectiv, în mod clar și controlabil. Acest raport, împreună cu tabloul statistic, se va înainta șefului ierarhic, care îl va însoți cu observațiunile sale și va înainta autorităților superioare, cari vor proceda în acelaș sens, iar inspectorul general sanitar, pe baza acestor date, va face calificarea medicului respectiv, căruia i se va comunica mențiunea acordată, dându-i se în acelaș timp dreptul de a face recurs împotriva mențiunii, dacă crede că e nedreaptă, la comisia administrativă din Minister.

Acest articol prevede deci o calificare obiectivă, făcută pe baza muncii depuse și pe baza randamentului muncii, cuprinse în raport și în tabloul statistic de activitate, în prealabil controlate și verificate. Se mai prevede în acest articol calificarea după norme și criterii uniforme a tuturor medicilor, făcând acelaș serviciu, toți trebuind să înainteze acelaș raport anual și tablou statistic de activitate, după acelaș formular tip, fapt care face să dispară într'o mare măsură caracterul subiectiv al calificării, antipatia sau simpatia personală, punctele de vedere individuale și influențele streine de interesele serviciului.

O inovație importantă introduce acest articol și prin faptul, că dă drept celui care se simte neîndreptățit să facă recurs împotriva calificării și, pe bază de probe și dovezi, să ceară rectificarea ei.

Art. 220 prevede că, atât activitatea serviciilor, cât și cea a personalului, va fi împărțită în 5 grupe și pentru fiecare se va da o mențiune. Acest articol, foarte sumar în lege, a fost mai lung și mai

explicit în proiectul de lege. Impărțirea pe grupe se referă la raportul anual și tabloul statistic de activitate, în care se vor face 5 grupe, în conformitate cu ramurile principale de activitate ale serviciului, iar fiecare grupă va avea mai multe subdiviziuni. Media notelor subdiviziunilor va da nota grupului, care ca maximă este 20, iar *minima satisfăcătoare este 10*. Nota generală maximă (notele grupelor adunate) este 100, iar *minima satisfăcătoare este 50*. Această parte explicativă nu a fost trecută în lege, ceea ce constituie un motiv permanent de neînțelegere. Dealtcum asupra tabloului statistic de activitate și asupra notării activității voi reveni cu exemple.

Art. 221 și 222 arată, că mențiunile sunt hotărâtoare pentru mișcarea personalului, menținerea în serviciu, avansare, distincție sau recompensă, și chiar din motivul că mențiunile sunt așa de hotărâtoare pentru soarta celui calificat, se dă posibilitatea de apel împotriva lor și se prevăd sancțiuni pentru șeful care ar face afirmațiuni inexacte.

Art. 223, 224 și 225 prevăd normele de împlinit pentru apel, rectificarea mențiunei contestate, întocmirea regulamentelor necesare, în cari se va detalia tehnica acordării mențiunilor de calificare.

Legea sanitară și de ocrotire din 1930 corespunde deci condițiilor esențiale pentru calificarea reală a medicilor și a personalului sanitar auxiliar.

Metoda de calificare este bazată pe munca reală și randamentul muncii celui calificat, este uniformă pentru toți medicii îndeplinind aceeași funcțiune, dă posibilitatea de apel contra unei mențiuni considerată nedreaptă, și dă posibilitatea de comparație, în urma faptului că toți sunt măsuși cu aceeași unitate de măsură, iar calificarea finală nu este descriptivă, ci exprimată într'o scară metrică.

Cu toate că metoda de calificare prevăzută de legea din 1930 este mult superioară celei întrebuintate azi, aplicarea ei întârzie încă, probabil și din motivul că legea este foarte puțin explicită chiar la articolul care trebuia să prevadă tehnica acordării mențiunilor și lasă impresia falsă, că ar fi vorba de acordarea de note conform sistemului școlar, fapt care displace corpului medical, dar probabil și din motivul că o calificare reală ar pune capăt multor influențe și presiuni dictate de alte interese, decât cele ale serviciului, fapt care displace unor persoane, cari pe lângă actuala metodă de calificare au fost și sunt atotputernice.

Pentru a spulbera teama corpului medical de metoda de calificare prevăzută de lege, și pentru a demonstra, că aplicarea acestei metode este în primul rând în interesul medicilor, în cele ce urmează voi schița tehnica acordării mențiunilor.

Baza și în același timp partea cea mai importantă și cea mai dificilă a problemei, o constituie întocmirea formularului de raport anual și tabloului statistic de activitate tip, care variază după felul și atribuțiile serviciului respectiv și după calitățile cerute medicului pentru îndeplinirea aceluși serviciu. Aceste formulare tip vor fi prin urmare altele pentru medicii de circumscripție, medicii de spitale, laboratorii, dispensare, etc.

Fiecare dintre aceste formulare tip trebuie să fie împărțite în grupe, legea prevede 5 grupe, conform atribuțiilor principale ale funcțiunii deținute, iar grupele în mai multe subdiviziuni, în așa fel că toate ramurile de activitate să fie considerate în vederea acordării mențiunilor.

După întocmirea formularelor tip trebuie să se prevadă o scară metrică de măsurare, de apreciere, a fiecărei activități în parte.

Pentru fiecare activitate în parte se prevede deci un standard optim de muncă, care dacă a fost ajuns se acordă mențiunea cea mai înaltă, nota cea mai mare. Cu cât s'a realizat mai puțin din acest standard considerat ca optim, cu atât nota acordată va fi mai redusă. Prin urmare, notele se acordă în mod proporțional cu munca efectuată și măsurată. Legea prevede, că dacă cineva la toate subdiviziunile unui grup de activitate a realizat 100% din munca standard prevăzută la acel grup, obține nota maximă posibilă pentru grup, adică 20, ceea ce înseamnă că media notelor subdiviziunilor este 20. Dacă la unele subdiviziuni a realizat maximum, la altele însă mai puțin, media notei pe grup nu va mai fi 20, ci mai puțin, 18—17—16—14, etc. Nota minimă satisfăcătoare este 10. Notele obținute pe fiecare din acele 5 grupuri se adună și dau mențiunea, nota generală. Dacă s'a realizat la fiecare subdiviziune a fiecărei grup 100% din munca standard prevăzută, mențiunea generală va fi maximă, adică 100. Ca mențiunea generală să fie satisfăcătoare trebuie să ajungă la cifra de 50.

Pentru a ilustra tehnica acordării mențiunilor să încercăm în cele ce urmează, să calificăm un medic de circumscripție rurală după această metodă.

Cele 5 grupe principale de activitate pentru un medic de circumscripție, ar putea fi considerate următoarele:

- I. Combaterea bolilor infecto-contagioase și sociale,
- II. Protecția mamei și copilului,
- III. Salubritatea publică,
- IV. Activitatea educativă și propagandă,
- V. Activitatea administrativă.

Grupul I. „Combaterea bolilor infecto-contagioase și sociale“ poate fi împărțit în subdiviziuni, după cum urmează:

1., Declararea cazurilor de boală și deces prin :

- a) febră tifoidă,
- b) difterie,
- c) scarlatină,
- d) disenterie,
- e) tifos exantematic sau altă boală predominantă.

Scara metrică de apreciere se întocmește pe baza unui raport, considerat în general ca normal, între cazurile de boală și deces declarate. Letalitatea la febră tifoidă fiind în termen general de aproximativ 12%, la difterie de 6%, iar la scarlatină de 2%, trebuie ca pe fiecare caz mortal de febră tifoidă, să se declare 8 cazuri de boală, pe fiecare caz mortal de difterie să se declare 15 cazuri de boală, iar pe fiecare caz mortal de scarlatină să se declare 50 cazuri de boală.

Prin urmare, ca cineva să obțină o notă bună pentru subdiviziunea 1., „*Declararea cazurilor și deceselor prin boli infecto-contagioase*,” trebuie să facă tot efortul ca să depisteze toate cazurile de boli infecțioase, să le declare și să verifice foarte conștiincios cauzele tuturor deceselor. Cu cât proporția între numărul cazurilor de boală și de deces variază mult mai de la ceea ce se consideră normal, cu atât mențiunea acordată va fi mai mică.

O altă subdiviziune a grupului I, ar putea fi :

2., *Intocmirea de fișe și hărți epidemiologice.*

Dacă un medic de circ. întocmește fișe individuale pentru fiecare din bolile înșirate, face hărți topografice și cronologice, pe comună sau pe circumscripție, și urmărește filiațiunea cazurilor, obține o notă mare la această subdiviziune, dacă face numai parțial, obține o notă mai mică, corespunzător unei scări, care va trebui minuțios precizată.

O altă subdiviziune a grupei I. ar putea fi :

3., *Controlul bacteriologic pentru confirmarea diagnosticului la începutul bolii și pentru stabilirea infecțiozității la sfârșitul bolii.* După o scară, care rămâne să fie precizată, se acordă o mențiune mai mare cu cât medicul respectiv a apelat, în scopurile amintite, mai frecvent la ajutorul laboratorului.

Alte subdiviziuni a grupei I. ar putea fi :

4., *Izolarea bolnavilor, persoanelor de contact, etc. și desinfecția continuă și terminală.*

5., *Vizitarea cazurilor de boli infecto-contagioase izolate la domiciliu.*

Referitor la bolile sociale ar putea intra ca subdiviziuni următoarele:

6., *Numărul cazurilor noi de tuberculoză în raport cu numărul deceselor prin tuberculoză.*

7., *Numărul consultațiilor pentru tuberculoză în raport cu numărul deceselor prin tuberculoză.*

8., *Numărul vizitelor făcute la domiciliul bolnavilor de tuberculoză în raport cu numărul bolnavilor.*

9., *Numărul cazurilor de boli venerice cunoscute la 100,000 de locuitori.*

10., *Numărul consultațiilor pentru boli venerice în raport cu numărul cazurilor cunoscute.*

Evident în grupa I, ar mai putea intra și alte subdiviziuni. Pentru ilustrarea tehnicii calificării, considerăm însă aceste 10 subdiviziuni ca suficiente.

Nota medie pentru grupul I, „*Combaterea bolilor infecto-contagioase și sociale*“, se calculează deci în modul următor:

1. Declaraarea cazurilor de boală și deces prin boli infecto-contagioase	16
2. Intocmirea de fișe și hărți epidemiologice	14
3. Controlul bacteriologic al cazurilor de boli infecto-cont.	12
4. Izolarea bolnavilor, pers. de contact și desinfecția	18
5. Vizitarea cazurilor de boli infecto-contagioase	8
6. Numărul cazurilor noi de tuberculoză în raport cu numărul deceselor prin tuberculoză	13
7. Numărul consultațiilor pentru tuberculoși în raport cu numărul deceselor prin tuberculoză	9
8. Numărul vizitelor făcute la domiciliul tuberculoșilor pe un caz de boală	12
9. Numărul cazurilor de boli ven. cunoscute la 100,000 loc.	14
10. Numărul consultațiilor pentru boli venerice în raport cu numărul cazurilor cunoscute	16
Total:	132

Cifra de 132 obținută, împărțită cu 10, numărul subdiviziunilor, ne dă media pe grupă de 13.20, adică o notă încă satisfăcătoare. Dacă media ar fi sub 10, nota ar fi *nesatisfăcătoare*, iar medicul respectiv trebuie să suporte consecințele inactivității sau incapacității sale, după cum va fi cazul.

Nota generală se calculează adunând mediile grupelor. De ex. un medic de circ. a obținut la cele 5 grupe, următoarele note medii:

I. Comb. bolilor inf. contagioase și sociale . . . . .	13.20
II. Protecția mamei și copilului . . . . .	14.20
III. Salubritate publică . . . . .	16.00
IV. Activitate educativă și propagandă . . . . .	12.60
V. Activitate administrativă . . . . .	18.20
Total:	74.20

Nota generală a medicului respectiv este 74.20 deci o notă satisfăcătoare. Dacă nota generală ar fi sub 50, ar fi nesatisfăcătoare, cu consecințele prevăzute de lege pentru medicul respectiv.

Schița de mai sus nu are, nici pe departe, pretenția de a fi ceva precis și definitiv. Ea servește exclusiv numai la ilustrarea tehnicii calificării. Chiar și din acest fragment însă reiese că metoda prevăzută de legea din 1930 este mult superioară metodei aplicată azi la noi, din următoarele motive:

1. este reală, se bazează pe cantitatea și calitatea muncii efectuate și măsurate:

2. exclude subiectivismul, simpatia sau antipatia personală a șefului ierarhic:

3. se întrebuițează aceiași unitate de măsură la toți medicii, prin urmare mențiunile sunt real comparabile între ele:

4. prin formularea grupelor subdiviziunilor putem contribui mult la raționalizarea activității medicilor:

5. ne arată în mod clar, matematic, punctele mai slabe și eventualele lacune ale activității depuse, fie pe grup, fie pe subdiviziune (mențiuni mai mici), dându-ne indicația unde trebuie să insistăm mai mult.

Dacă înșirăm numai aceste avantaje, încă sunt suficient de serioase și de numeroase, ca metoda de calificare preconizată de legea din 1930 să fie aplicată. Ar trebui deci cât mai urgent să se întocmească formulare tip de raport anual și tablou statistic de activitate, să se întocmească o scară metrică de apreciere, pentru fiecare subdiviziune în parte, să se experimenteze și să se standardizeze, ca în forma lor definitivă să se aplice pe toată țara.

Sunt sigur că această metodă de calificare, pe lângă că ar fi reală și justă, ar produce mari îmbunătățiri și în serviciul sanitar, ar fi deci în avantajul atât al medicilor cât și al serviciului.

Singurul dezavantaj, dacă se poate numi așa, ar fi faptul, că acordarea mențiunilor nu ar fi o muncă așa de ușoară și comodă cum este azi, ci o muncă grea, implicând o responsabilitate serioasă.

## Studiu asupra depopulării Banatului Cauzele depopulării.

### PARTEA III.

#### Rezultatele anchetei demografice din comuna Iablania, jud. Severin.

de  
Dr. PETRU RĂMNEANȚU

#### CUPRINS:

- CAP. I. — Așezarea geografică a comunei și compoziția populației.  
 CAP. II. — Căile depopulării comunei Iablania.  
     A) Cum s'a produs denatalitatea.  
     B) Regresiunea fertilității.  
 CAP. III. — Mijloacele de reducere a fecundității și a fertilității.  
 CAP. IV. — Cauzele reducerii fecundității și fertilității.  
 CAP. V. — Cauzele depopulării. Concluzii.

#### CAP. I.

#### AȘEZAREA GEOGRAFICĂ A COMUNEI ȘI COMPOZIȚIA POPULAȚIEI

Din lipsă de spațiu, rezultatele anchetei executată în comuna Iablania, le vom reda în rezumat, insistând mai detaliat numai asupra părților cari ne aduc contribuții referitoare la cauzele depopulării.

Iablania e o comună veche, cunoscută încă în sec. XIV-lea, este situată pe linia Caransebeș-Orșova, mai aproape de acesta din urmă, lângă râul Craiova, unde se unesc pâraiele Mehadica și Belarica. E înconjurată de dealurile Cerețeg, Deal și Patalaşcu, Glăvănel și Ogașul-seliștei.

Longitudinea nordică o are la 44°58', iar latitudinea estică la 22°19'. Tipul satului, în parte e îngrămadit, iar în parte este așezat dealungul pâraielor. În 1930, comuna a avut 369 de clădiri, în cari au locuit 375 de menaje, cu o densitate deci de 4.4 locuitori pe un menaj.

*Evoluția numerică a populației, în perioada dela 1869—1930, în care recensămintele oficiale ne-au oferit cifre precise, conform tablei următoare, deși uneori a fost lentă, totuși în general s'a prezentat aproape normală până la 1910, iar dela această dată până la ultimul recensământ a înregistrat o scădere foarte pronunțată (vezi și grafica Nr. 1).*

**Evoluția numerică a populației.**

Tabela Nr. 1.

A n u l	P o p u l a ț i a	Creșterea sau scăderea între 2 recens. la 100 loc.
1869	1734	+ 0.4
1880	1741	● 4.6
1890	1822	+ 0.4
1900	1829	+ 6.8
1910	1953	- 17.8
1930	1658	
1933	1666	

*Descrerea, dela 1910—1930, de 295 de locuitori sau de 17.8%, în bună parte se datorește deficitului natural, care în această perioadă de 20 de ani, a fost de 130 de inși, plus numărul celor înregistrați ca decedași de moarte prezumată în războiu.*

Comuna este locuită de români (1930) într'o proporție de 93.0%. Din p. d. v. fizic, aceștia sunt bine desvoldați. Statura o au mai înaltă, (recruții din 1920—1933, au avut statura de 167.3 cm.), iar perimetrul toracic (86.2 cm.) îl prezintă mai desvoltat, decât românii din jud. Timiș-T. (aceștia au statura de 166.0 cm., iar perimetrul toracic de 85.4 cm.).

Atât bărbații, cât și femeile au păstrat portul național tradițional, caracterizat prin cămașă lungă la bărbați și opreg înainte și înapoi la femei.

Fără de căile destul de civilizate prin care s'a depopulat comuna, e important să amintim, că femeile încă astăzi își poartă copiii sugari în spate într'un leagăn atârnat de umeri.

Cifrele și proporțiile următoarelor două tabele, ne înfățișează modificările cari au survenit în compoziția populației dela 1880—1930.

*Pe neamuri și religii modificările au fost relativ reduse.*



## Populația pe neamuri și religii dela 1880—1930.

Tabela Nr. 2.

Neamul	1930	1910	1900	1880	Religia	1930	1910	1900	1880
	Toate n.	1,658	1,953	1,829		1,741	Toate r.	1,658	1,953
Români	1,542	1,864	1,795	1,705*	Ortodoxi	1,634	1,885	1,795	1,705
Nemți	12	0	10	20	Gr. cat.	5	4	1	0
Unguri	8	46	21	13	Rom. cat.	13	43	29	36
Ruși, cehi etc.	4	26	1	3	Ref. cal.	5	14	4	0
Țigani	92	0	0	0	Ev. luth.	1	7	0	0
Alte neam.	0	17	2	0	Alte relig.	0	0	0	0

\* Cei 49 de inși trecuți „că nu vorbesc“, sunt distribuiți proporțional fiecărui neam.

Până la 1910, s'a marcat o creștere mai pronunțată a ungu-  
rilor, a rușilor și cehilor, și a nemților, decât a românilor, totuși pro-  
porția acestora din urmă și atunci a fost de 95.4%. Dela 1910 până  
la 1930 toate neamurile și-au redus cifra, de o parte printr'o scădere  
reală, iar de altă parte prin separarea țiganilor, cari până la acest  
recensământ au fost înglobați între celelalte neamuri, la români dacă  
știau bine românește, la unguri dacă știau numai două-trei cuvinte  
ungurește.

În raport cu *sexul*, citim din tabela care urmează, că lablanța  
la recensământul din 1930, a avut proporțional mai multe femei, decât  
bărbați, ceea ce denotă, că satul are suficiente unități cu potențial de  
reproducere. Proporția mai urcată a femeilor, fiind datorită în special  
grupeii care a trecut de vârsta de 20 de ani, înseamnă, că multe  
femei din generația actuală și unele și din cea precedentă, sau au  
rămas necăsătorite, ori au suferit recăsătorii, stări civile cari sunt atât  
în detrimentul unei fertilități bune cât și în dauna moralei satului.

## Distribuția populației pe sexe și vârstă dela 1900—1930.

Tabela Nr. 3.

Vârsta în ani	Cifre crude								Proporții la 100 din total*																
	1930				Vârsta în ani	1910				1900				1930				1910				1900			
	Total	Sexul		Total		Sexul		Total	Sexul		Total	Sexul		Total	Sexul		Total	Sexul		Total	Sexul				
Toate vârstele	1,658	763	895		Toate vârstele	1,953				1,829					100	46.0		54.0	100		51.0	49.0	100	50.8	49.2
0—6	227	100	127	0—5	258			189			66.1	33.9	32.7	65.7	34.3	64.1	35.9								
7—12	139	71	68	6—11	215			161																	
13—19	196	98	98	12—14	74			109																	
20—64	938	427	511	15—19	123	995	958	198	569	929								900							
65—>	157	67	90	20—39	637			386																	
Nedecl.	1	—	1	40—59	419			216																	
				60—>	227			1																	
				Nedecl.	0																				

\* Grupele de vârstă sunt cele din 1930.

Din această tabelă mai reiese, că populația comunei, încă înainte de 1900, a început să *îmbătrânească*. În loc ca locuitorii sub vârsta de 20 ani, să aibe 44.0% din populația totală, cât au avut în 1930 în satele din Transilvania, ei au avut numai 33.9%. Această îmbătrânire deși este vădită, totuși nu e atât de pronunțată ca în Vărdăia. Reținem, că la 1930, proporția fetelor sub 20 de ani, a fost mai mică, decât a băieților, ceea ce înseamnă, că de atunci comuna e avantajată în ce privește creșterea reală a populației, deoarece conform obiceiului, că fetele se duc în casele tinerilor, aceștia prin căsătorie vor aduce fete și din alte sate.

Datorită, îndeosebi îmbătrânirii populației, într'o măsură și contractării căsătoriilor la o vârstă precoce, dela 1900 până la 1930, numărul locuitorilor *necăsătoriți* a scăzut treptat, iar numărul celor căsătoriți s'a urcat. Cei dintâi, dela 1900—1930, și-au redus numărul cu 38.5%, iar cei din urmă și-au urcat numai cu 17.6%.

#### Repartizarea populației pe stare civilă.

Tabela Nr. 4.

Starea civilă	Cifre			Proporții		
	1930	1910	1900	1930	1910	1900
Total . . . . .	1658	1953	1829	100.0	100.0	100.0
Necăsătoriți . . . . .	560	879	910	33.8	45.0	49.7
Căsătoriți . . . . .	896	886	762	54.0	45.4	41.7
Văduvi . . . . .	193	178	155	11.6	9.1	8.5
Divorțați . . . . .	6	10	2	0.4	0.5	0.1
Nedeclarați . . . . .	3	—	—	0.2	—	—

În *știință de carte*, populația s'a bucurat de cel mai pronunțat progres, în perioada dela 1880—1900. Față de populația totală, în 1880, comuna a avut 1,574 de analfabeți, adică 90.4%, iar în 1900 numai 67.1%. Până la 1910, proporția lor a regresat cu puțin, a ajuns să fie 61.8%, iar de atunci până la 1930 a scăzut mai sensibil, nu atât de intens însă ca în perioada 1880—1900. În 1930 proporția analfabeților a fost de 45.5%.

Recensământul din 1930, în ce privește știința de carte, ne arată între sexe, o deosebire foarte pronunțată. *Sexul feminin, care a trecut de 7 ani, a avut o proporție de 51.8% de analfabete, iar bărbații au avut această proporție mult mai redusă, de 19.6%.* Această deosebire, atât de pronunțată, ne-o explicăm foarte ușor,

dacă ținem seamă de următoarea tabelă, în care expunem absențele dela școală pe sexe.

Absențele elevilor în jumătăți de zi, în raport cu sexul.

Tabela Nr. 5.

Nr. elevilor		Absențe, jumătăți de zi			
Băieți	Fete	T o t a l		Med. pe 1 elev	
		Băieți	Fete	Băieți	Fete
85	93	1639	6019	19.3	64.7

Conform acestei tabele, în anul școlar 1933—34, băieții în medie au absentat câte 19.3 jumătăți de zi, iar fetele au absentat câte 64.7 jumătăți de zi.

*Ocupația principală*, a celor mai mulți locuitori din Iablanița, e agricultura. După cifrele recensământului din 1930, din totalul locuitorilor, 83.8% s'au ocupat cu exploatarea solului, 5.0% au lucrat în industrie și meserii, 0.8% au avut ca ocupație comerțul, 4.6% au fost la C.F.R., 2.5% au lucrat în instituțiuni publice, iar 3.3% au avut alte ocupații. În interiorul acestor profesii, locuitorii s'au distribuit ca, activi, auxiliari, servitori, argași și întrefinuși.

## CAP. II.

### CĂILE DEPOPULĂRII COMUNEI IABLANIȚA.

În Iablanița am executat ancheta demografică, după cum am amintit, în prima parte a studiului nostru asupra depopulării Banatului, cu scopul ca să cunoaștem mai de aproape tipul comunelor cari s'au depopulat, atât prin deficit natural, cât și prin emigrațiuni.

Luând în considerare numai mișcarea populației dela 1910—1930, fiindcă înainte de această perioadă, după cum reiese din tabela și grafica următoare, comuna întotdeauna a avut un excedent natural aproape normal, constatăm, că deficitul natural din Iablanița, în comparație cu cel din tabela similară Nr. 1 din studiul dela Vărădia și cu excedentul natural redus, calculat în tabela Nr. 11 din studiul dela Banloc, în mare parte a fost produs prin natalitatea scăzută și numai într'o proporție mai redusă a fost format de mortalitatea urcată.

## Mișcarea populației în comuna Iablanțița dela 1871—1933.

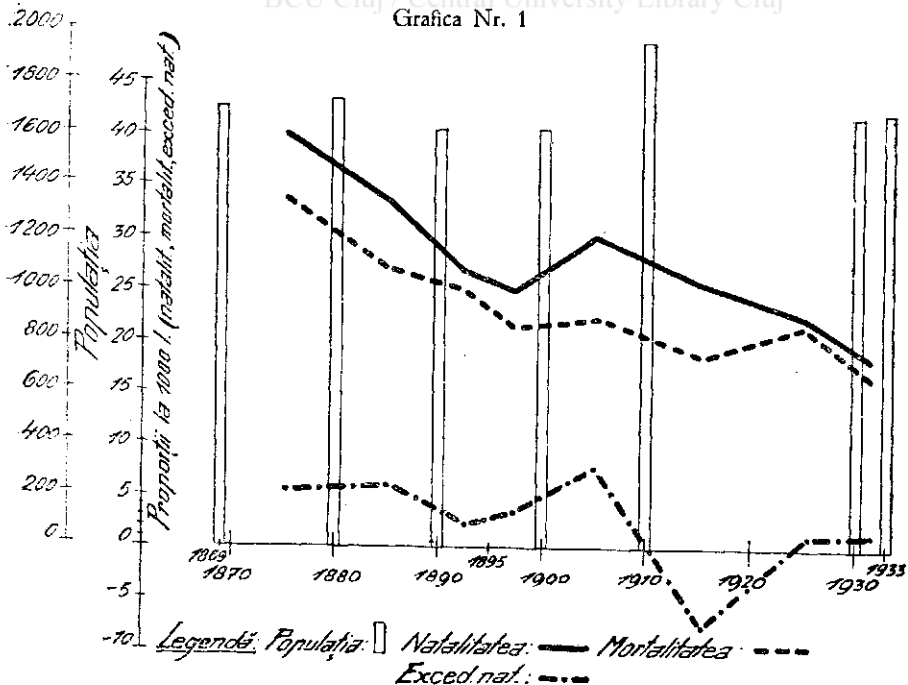
Tabela Nr. 6.

A n i i	Populația la mijl. interval.	Cifre crude *			Proporții la 1000 loc.		
		Născuți vii	Decese	Exced. nat.	Născuți vii	Decese	Exced. nat.
1871—1880	1,738	701	594	+107	40.3	34.2	+6.1
1881—1890	1,782	609	496	+113	34.2	27.8	+6.4
1891—1895	1,824	253	229	+ 24	27.7	25.1	+2.6
1896—1900	1,827	237	203	+ 34	25.9	22.2	+3.7
1901—1910	1,891	596	435	+161	31.5	23.0	+8.5
1911—1920	1,879	354	499	-145	18.8	26.6	-7.8
1921—1930	1,732	408	393	+ 15	23.6	22.7	+0.9
1931—1933	1,667	92	84	+ 8	18.4	16.8	+1.6
Total . . . .		3,250	2,933	+317			

\* Cifrele crude dela 1871—1895, cuprind numai pe cele cari se referă la ortodoxi.

## Creșterea și mișcarea populației dela 1869—1933.

Grafica Nr. 1



În această perioadă, proporția natalității din Iablanțița a fost la un nivel intermediar, între a natalității din Banloc, în care a fost mai

urcată și între a Vărădiei, care a avut-o mai scăzută. Datorită acestei natalități intermediare, care probabil, că a fost consecința unor mijloace și mai ales unor cauze de reducere a fertilității diferite în grad sau chiar în calitate, față de acelea pe care le-am găsit în Vărădia și în Banloc, ne-am decis să insistăm în studiul de față îndeosebi asupra ei. Aceasta ne-o permite chiar locul redus pe care îl avem, fiindcă asupra mortalității, care a avut același nivel în toate cele trei comune studiate, și pe care am disecat-o amănunțit, atât în Vărădia, cât mai ales în studiul dela Banloc, unde a format al doilea factor ca importanță în depopularea comunei, nu mai e nevoie să revenim aici. În ce privește emigrările din Iabłanița, constatăm, că acestea au luat o parte cu ceva mai redusă în depopularea comunei, decât deficitul natural. Din cifra de 295, cu cât a descrescut populația comunei dela 1910—1930, scăzând deficitul natural de 130 plus 19 care e cifra celor înregistrați de moarte prin prezumție, ținând seamă și de faptul, că satele în mod normal contribuiesc la creșterea populației din orașe, rămâne stabilit, că emigrațiunile din Iabłanița, deși au jucat un rol în depopularea comunei, totuși numărul emigrațiilor nu a fost exact egal cu cel al deficitului natural.

Studiate cauzele acestor plecări, am ajuns la concluzia, că ele nu diferă mult de cele din Banloc și Vărădia, fapt care ne-a determinat să renunțăm a le mai trata într'un capitol separat.

Chiar consecința emigrațiilor din Iabłanița, nu a fost atât de gravă, ca în Banloc, și mai ales în Vărădia. În Iabłanița emigrațiile în mare parte au lăsat un gol, o descreștere reală a populației, pe când în Banloc, și mai ales în Vărădia, locul celor plecați, după cum am văzut, a fost luat de imigrați, cari nu întotdeauna au fost români.

#### A) Cum s'a produs denatalitatea în Iabłanița.

Din tabela precedentă reiese, că în Iabłanița, natalitatea deși a scăzut începând cu anii 1891—95, totuși până la 1910 s'a menținut la un nivel aproape de cel normal și a fost secundată de un excedent natural, care a oscilat între 2.6—8.5‰, deci mai redus decât 10‰, proporție pe care obișnuim, să o considerăm normală. Dela 1910 încoace, natalitatea a scăzut considerabil. Proporția cea mai redusă, a atins-o în 1920 și în 1933, când a fost de 16.0 și 16.2 la ‰. Impărțind perioada care a urmat războiului, în două, constatăm, că între 1927—1933, natalitatea a fost mai redusă, decât în anii 1920—1926, ceea ce înseamnă, că și de acum înainte tendința ei e tot spre regres.

La început natalitatea nu s'a redus în toate familiile din comună și nici astăzi nu regresează deopotrivă în toate clasele populației. Această regresivitate deosebită, reiese evident din următoarea tabelă, în care am calculat natalitatea diferențiată, după procedeul pe care l'am aplicat și în studiul dela Vărădia și în cel dela Banloc.

Natalitatea diferențiată dela 1920—1933, pe stare economică, culturală și socială.

Tabela Nr. 7.

	St. economică		Niv. cult.		St. socială	
	Bună	Rea	Bun	Rău	Bună	Rea
Populația la mijl. interv.	410	1307	165	1552	165	1552
Născuți-vii	121	408	19	510	19	510
Natalitatea	21.1	22.3	8.2	29.5	8.2	23.5

*Cea mai pronunțată scădere a natalității a înregistrat-o familiile culte și cele cu stare socială bună.*

Nici în raport cu starea economică, populația nu a avut aceeași proporție a natalității. Populația înstărită din Iablanița, a avut natalitatea mai scăzută, decât cea săracă. Această deosebire nu a fost atât de accentuată, ca în Vărădia și în Banloc.

### B) Regresivitatea fertilității.

Conform rezultatelor măsurătorilor antropometrice, înfățișării generale a locuitorilor, stadiului încă incipient de îmbătrânire a populației și distribuției aproape normale a locuitorilor pe sexe, știm, că natalitatea nu s'a redus din cauze intrinsece populației, ci din alte motive. Totuși nu ne-am mulțumit numai cu calculul natalității, ci am măsurat și fertilitatea femeilor, desconsiderând deci din rezultate intervenția sexului și a vârstei.

Am recurs la acest calcul și cu scopul de a ne apropia, cât mai mult, de date cari ulterior ne vor servi și la măsurarea mijloacelor prin cari a fost redusă natalitatea.

#### 1. Fertilitatea femeilor cari au implinit 42 de ani.

Numărul copiilor pe cari i-a născut în medie o femeie, conform rezultatelor obținute în urma anchetei a 212 femei, cari au implinit 42 de ani, este o cifră absolut sigură, deoarece femeile de această

vârsta și-au închis epoca fertilă, iar artificii din partea calcului, care este foarte simplu, nu pot interveni.

Fertilitatea femeilor. Nr. copiilor născuți-vii de femeile cari au împlinit 42 de ani.

Tabela Nr. 8.

Vârsta femeilor în ani	Nr. femeilor anchetate	Totalul copii- lor născuți-vii	Media copiilor născuți-vii de o femeie
Toate vârstele	212	850	4.01
43—47	49	180	3.67
48—52	37	138	3.73
53—57	24	90	3.75
58—62	39	147	3.77
63—67	21	91	4.33
68—72	13	52	4.00
73—77	17	84	4.94
78—>	12	68	5.67

O femeie din generația trecută, în Iablanța, a născut în medie 4.01 copii vii. Cifra medie a născuților-vii, în Iablanța, nu este uniformă însă pentru toate vârstele. Femeile cari la data anchetei au avut 73 de ani împliniți, în medie au născut 5—6 copii, au avut deci fertilitatea aproape normală, pe când femeile cu vârsta intermediară acestei vârste și generației actuale, reducându-și treptat fertilitatea, au ajuns să nască un număr de copii, care a variat între 4.33 și 3.67. Din această regresivitate, reiese, că obiceiul limitării fertilității a început acum 45—50 de ani, când femeile din grupa 68—72 de ani, aveau 20—25 de ani, adică erau în plină epocă de procreare, ceea ce corespunde și cu data din jurul anului 1890, când natalitatea a scăzut brusc dela 34.2 la 27.7 la ‰ (vezi tabela Nr. 6).

Dela 1890 încoace, plaga reducerii fertilității, nu a avut timp să se generalizeze la toate femeile, așa cum s'a întins în Vărădia, unde limitarea fertilității are o vechime mai pronunțată. Această diferență între nivelul fertilității din Iablanța și între cel din Vărădia, și deosebirea dintre începuturile limitării fertilității, e demonstrată clar prin câmpul de variație a frecvenței femeilor în raport cu numărul născuților-vii. În Iablanța și mai ales în Banloc, acest câmp e destul de întins: am găsit multe femei cari au născut chiar 7—8 copii sau mai mulți, pe când în Vărădia datorită penetrațiunii sistemului până și în cele mai sărace familii, mai toate femeile nu au născut decât 1, 2 sau 3 copii.

Frecvența femeilor cari au împlinit 42 de ani în raport cu numărul copiilor născuți=vii.

Tabela Nr. 9.

Nr. copiilor născuți=vii de o femeie	N r. f e m e i l o r			Frecvența femeilor la % în raport cu nr. născuților=vii		
	Vărădia	Iablanița	Banloc	Vărădia	Iablanița	Banloc
Total	453	212	360	100.0	100.0	100.0
0	69	22	21	15.2	10.4	5.8
1	102	20	26	22.5	9.4	7.2
2	145	26	41	32.0	12.3	11.4
3	78	37	54	17.2	17.5	15.0
4	36	21	53	8.0	9.9	14.7
5	17	20	51	3.8	9.4	14.2
6	0	20	18	0.0	9.4	5.0
7	2	23	27	0.4	10.9	7.5
8	0	12	17	0.0	5.7	4.7
9	0	6	14	0.0	2.8	3.9
10	1	3	17	0.2	1.4	4.7
11	3	2	9	0.7	0.9	2.5
12	—	—	6	—	—	1.7
13	—	—	1	—	—	0.3
14	—	—	0	—	—	0.0
15	—	—	2	—	—	0.6
16	—	—	2	—	—	0.6
17	—	—	1	—	—	0.3

Pentru a ne face o imagine și mai precisă asupra întinderii câmpului de variație a frecvenței femeilor, distribuite după numărul copiilor născuți=vii, am întocmit grafica care urmează și am calculat și gradul dispersiunii.

Am exprimat dispersiunea, prin valoarea deviației tip, adică prin  $\sigma$ , care pentru Vărădia e egală cu 1.57, pentru Banloc cu 3.22, iar pentru Iablanița e egală cu 2.68.

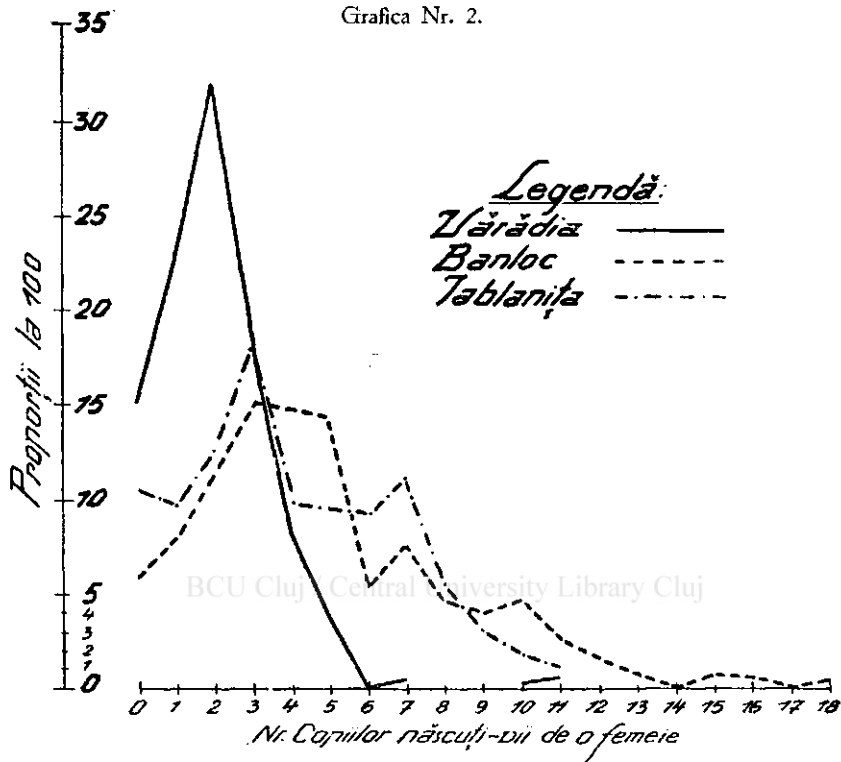
Valorile dispersiunii se suprapun în aceeași ordine și cu alte date pe cari le-am obținut în aceste trei comune, conform tabelii Nr. 10.

Această asociație, între gradul de dispersiune a fertilității femeilor și între nivelul fertilității, proporția natalității și durata timpului de când a scăzut brusc natalitatea, dacă va fi confirmată și de cercetări din alte comune, ne demonstrează, că nivelul actual al fertilității dintr'o comună, este în funcțiune de data începutului reducerii fertilității. Cu alte cuvinte, limitarea fertilității este un obicei care se transmite ca



Frecvența la 100 a femeilor trecute de 42 de ani, în raport cu numărul copiilor născuți-vii.

Grafica Nr. 2.



Asociația dintre dispersiunea fertilității femeilor și nivelul, fertilității, natalității și data scăderii natalității, din Vărădia, Iablania și Banloc.

Tabela Nr. 10.

C o m u n e l e	Vărădia	Iablania	Banloc
Fertilitatea generației trecute	2.01	4.01	4.81
Fertilitatea generației actuale	2.29	2.45	3.12
Dispersiunea fertilității ( $\sigma$ )	1.57	2.68	3.22
Debutul scăderii natalității	1840	1890	1910
Proporția natalității în 1921—30	15.5	23.6	27.9

și-o boală, dela o femeie la alta, dela o comună la cele din jurul ei, din Banat la județele limitrofe lui, cum s'a și întins în jud. Arad și Hunedoara.

## 2. Fertilitatea femeilor din generația actuală.

*Fertilitatea femeilor, cari la data anchetei au avut vârsta între 15—42 de ani, calculată în medie pentru o femeie, după procedeele expus în studiul dela Vărădia, am obținut-o de 2.45 de copii.*

Fertilitatea femeilor de vârsta dela 15—42 de ani, pe vârstă, la 1000.

Tabela Nr. 11.

Vârsta în ani	Nr. femeilor anchetate	Nr. anilor de observație	Nr. născuților vii	Fertilitatea
Total . . . . .	210	1,050	97	490.3
15—19	21	105	13	123.9
20—24	49	245	50	204.1
25—29	56	280	22	78.6
30—34	35	175	5	28.6
35—39	27	135	5	37.0
40—42	22	110	2	18.2
Fertilitatea totală . . .				2,451.5

Media aceasta ne arată, că în Iablanița, fertilitatea a scăzut cu o viteză mult mai mare decât în Vărădia și cu una mai mică decât în Banloc, ceea ce ne face să credem, că în comunele în cari fertilitatea a început să scadă numai recent, reducerea va avea un mers mult mai rapid, decât în comunele în cari a început să scadă mai de mult.

## 3. Intensitatea reducerii fertilității.

Din tablele Nr. 8 și 11 ne-am dat seamă, că fertilitatea a regresat, dar nu am putut stabili precis cu cât, fiindcă nu cunoșteam, nici nivelul dela care a plecat și nici potențialul actual al fertilității. Unica cale prin care am fi putut să rezolvăm această problemă, atât de importantă, ar fi fost calcularea fecundității, adică a numărului sarcinilor acelei grupe de femei, care nu a folosit mijloace anticoncepționale. Ori, această grupă fiind formată numai dintr'un număr mic de femei, renunțăm să mai dăm rezultatele, cari ar fi determinate mai mult de hazard, decât de realitate și ne mulțumim să dăm cifrele fe-

cundității în general, stabilite pe femei de toate categoriile, indiferent, că și-au redus fecunditatea sau nu.

Fecunditatea femeilor de vârstă de la 15—42 de ani, pe vârstă, la 1000.

Tabela Nr. 12.

Vârsta în ani	Nr. femeilor anchetate	Nr. anilor de observație	Nr. sarcinilor	Fecunditatea
Total . . . . .	210	1,050	232	1,128.7
15—19	21	105	17	161.9
20—24	49	245	94	383.7
25—29	56	280	75	267.9
30—34	35	175	24	137.1
35—39	27	135	13	96.3
40—42	22	110	9	81.8
Fecunditatea totală . . .				5,643.5

*E de prisos să mai amintim, că această valoare medie de 5.64 de sarcini pentru o femeie, e sub cea normală, dar ori cât ar fi, ea ne stabilește cu precizie matematică frecvența avorturilor provocate, în consecință, intensitatea reducerii fertilității.*

Scăzând din această medie a fecundității, media fertilității, adică 2.45, obținem cifra avorturilor pe cari și le-a provocat în medie o femeie, fiindcă cifra avorturilor spontane și a născuților morți e aproape neglijabilă. Această medie e de 3.19 în Iablanița, pe când în Vărădia, după cum am văzut, a fost de 4.77. Diferența provine din cauza fecundității mai reduse în Iablanița, unde pe lângă mijloacele anticoncepționale pe cari le-am cunoscut în Vărădia, se mai adaugă și altul nou.

### CAP. III.

## MIJLOACELE DE REDUCERE A FECUNDITĂȚII ȘI A FERTILITĂȚII.

Expunem în același capitol, atât mijloacele anticoncepționale, cât și pe cele folosite în provocarea avortului, fiindcă acestea din urmă, de cele mai multe ori, le completează pe cele dintâi.

Principalele mijloace cari se practică în Iablanița sunt următoarele :

- a) Coitul întrerupt,
- b) Alăptarea prelungită la sân a copiilor,

c) Dușuri vaginale preventive,

d) Avorturile provocate.

Răspunsurile pe cari le-am primit dela cele 210 femei anchetate, de vârsta dela 15—42 de ani, se distribuiesc, după cum urmează :

	Cifre	%
Toate femeile . . . . .	210	100.0
Lactație prelungită . . . . .	26	12.4
"    "    și coit întrerupt . . . . .	14	6.7
"    "    și avorturi provocate . . . . .	47	22.3
Coit întrerupt . . . . .	19	9.0
Dușuri vaginale preventive . . . . .	18	8.6
"    "    "    și avorturi provocate . . . . .	23	11.0
Avorturi provocate numai . . . . .	25	11.9
Nu practică niciun mijloc, sunt sterile, ar dori să aibă copii	20	9.5
Nu practică niciun mijloc . . . . .	18	8.6

Intru cât mijloacele anticoncepționale singure, sunt cu efect sau nu, e greu să ne pronunțăm. Dar din răspunsurile femeilor am reținut, că contactul sexual întrerupt, previne concepția cu multă probabilitate, iar dușurile vaginale par a nu da rezultatele dorite, drept dovadă, vedem, că o bună proporție din femeile cari au folosit dușuri, au fost nevoite să recurgă și la avorturi.

Lactația prelungită la sân, în întârzierea revenirii menstruației, este o metodă pe care o aplică femeile cu multă încredere. Noi nu avem date suficient de multe, ca să ne pronunțăm definitiv asupra eficacității ei în împiedecarea revenirii ovulației.

Datele sumare pe cari le expunem în tabela de mai jos, sunt culese, numai dela mamele cari au însoțit sugarii și preșcolarii, la examenele medicale pe cari le-am executat în comună.

**Asociația dintre prelungirea timpului de alăptare la sân și întârzierea revenirii menstruației.**

Tabela Nr. 13.

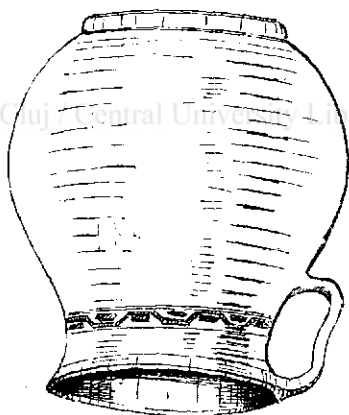
Intervalul dela ultima naștere în luni	Nr. copiilor alăptați, la data anchetei la sân	Menstruația mamei cari încă alăptează	
		Revenită	Nu
1—6	11	1	10
7—12	9	2	7
13—18	19	2	17
19—24	4	1	3
25—36	3	2	1
37—48	1	0	1

Aceste cifre confirmă credința femeilor. Din 27 de femei care au continuat să-și alăpteze copiii la sân și după ce aceștia au împlinit un an, la 22, până la data anchetei, încă nu le-a revenit menstruația, deși știm că, în medie generală, femeilor care alăptează numai în perioada obișnuită, adică până la vârsta de 8—10 luni, menstruația le revine într'un interval de un an.

*Mijlocul cel mai sigur în limitarea fertilității, odată ce mijloacele anticoncepționale nu au fost aplicate sau au dat greș, îl constituie manopera avortului provocat. La Iablanita, cel mai uzitat mijloc în provocarea avortului e ventuza abdominală, aplicată în regiunea infra-ombilicală, urmată de masaj.*

Oală din lut și trei lumânări pe o coajă de pâine, uzitate în aplicarea ventuzei.

Grafica Nr. 3.



În ordine descrescândă ca frecvență, urmează apoi rădăcina de nalbă, eforturile fizice, fusul de tors, cateterul uretral, dușuri vaginale fierbinți sau medicamentoase și băile fierbinți.

Dintre femeile care și-au redus fertilitatea prin avort, 68% și-au aplicat ventuza abdominală, după care s'au supus masajului abdominal, executat de anumite femei privite ca specialiste, printre cari era și o țigancă. Felul cum este aplicat acest procedeu, pare, că își ajunge întotdeauna țelul, deoarece femeile îl privesc ca absolut sigur.

Acest procedeu numai foarte rar produce complicații post-avortice. În întreaga perioadă dela 1920—1933, septicemiile puerperale și alte boli puerperale, nu au produs în comună decât 3-decese. De altfel în Iablanița, nici nu am întâlnit atâtea femei cu acuze de afecțiuni genitale cronice, ca în Banloc și mai ales în Vărădia.

Celelalte mijloace pe cari le folosesc, le combină aproape întotdeauna cu masajul abdominal.

#### CAP. IV.

### CAUZELE REDUCERII FECUNDITĂȚII ȘI FERTILITĂȚII.

Din cele 210 femei, de vârsta dela 15—42 de ani, pe cari le-am anchetat, 172 au recurs, pentru ca să-și limiteze fertilitatea, la mijloace anticoncepționale sau la avorturi.

Ele și-au motivat această voință în felul următor:

Răspunsurile referitoare la cauzele reducerii fecundității și fertilității.

Tabela Nr. 14.

Cauzele reducerii	N-rul femeilor anchetate	
	Cifre	%
Toate cauzele . . . . .	210	100.0
Neînțelegeri în familie . . .	63	30.0
Părinții nu admit să aibe copii	9	4.3
Stări economice . . . . .	100	47.6
Sterilitate . . . . .	20	9.5
Nu și-au redus . . . . .	18	8.6

O proporție de 47.6% a femeilor au răspuns, că starea materială nu le permite, să aibe mai mulți copii și aceasta nu din cauza nivelului economic inferior de astăzi, ci de teamă ca să nu-și lase copiii mai puțin inzestrați, prin diviziunea averii actuale, decât ce sunt familiile lor acum. Pe câtă realitate se bazează acest răspuns e greu să ne pronunțăm, dar ținând seamă, că îmbrăcămintea luxoasă a început să fie destul de frecvent iubită și în Iablanița și

că femeile sărace încă mai au fertilitatea la un nivel aproape normal, credem, că nici femeile acestei comune nu sunt lipsite de egoism ca și cele mai multe din Banat.

În Iablașița, ca și în Banloc și diferit decât în Vărădia, bărbaiții consimt ca femeile să-și reducă fertilitatea.

Al doilea motiv, ca frecvență, pe care femeile l-au invocat, au fost neînțelegerile din familie. Aceste neînțelegeri, drept cauze secundare, își au explicația lor, deoarece 48% dintre cele 210 femei anchetate, au trăit sau trăiesc acum în concubinaj, formă de căsătorie, care este neprietnică fertilității. Mai puțin stă acest motiv, ca și o cauză primară a limitării fertilității.

Printre cele 101 de femei cari au trăit sau trăiesc acum în concubinaj, am întâlnit 22, adică 21.8% sterile, pe când printre cele 109 femei, căsătorite civil dela începutul vieții conjugale, am găsit sterile numai 9, în procente 8.3%, deși timpul dela începutul vieții conjugale a femeilor concubine, nu este tocmai scurt, după cum citim din tabela următoare :

Nr. femeilor sterile cari trăiesc în concubinaj, în raport cu vechimea vieții conjugale.

Tabela Nr. 15.

Nr. anilor dela începutul vieții conjugale	Nr. femeilor sterile cari trăiesc în concubinaj
1—2	4
4—4	1
5—6	3
7—8	3
9—10	1
11—12	5
13 și peste	5

Această proporție de femei sterile, mai mare printre acelea cari trăiesc în concubinaj, se explică prin vârsta tânără la care își încep viața conjugală. Vârsta în mod secundar le expune pe fete, unei căsătorii labile, plină de incidente, fie datorită intervenției părinților în chestiuni de zestre, fie educației lor insuficiente, datorită părăsirii școlii prea de timpuriu.

Care ar fi cauza primară a momentului care determină începutul vieții conjugale la vârstă tânără, în medie la 17.5 ani în Iablașița, e o problemă la care nu se poate răspunde așa de ușor. Din 116 femei cari și-au început viața conjugală înainte de a împlini 17

ani, 83 au motivat, că începutul precoce a fost determinat din cauza intereselor economice. Răspunsul, că nu au voit să scape partida bine înzestrată, a fost cel mai frecvent, primit în această problemă.

*Prin urmare, putem rezuma, că interesele materiale determină, ca fetele să-și înceapă viața conjugală la vârstă precoce, ca părinții în unele cazuri până la aranjarea zestrei să se opună fertilității și ca femeile să recurgă la mijloace anticoncepționale și la avorturi provocate.*

## CAP. V.

### CAUZELE DEPOPULĂRII. CONCLUZII.

*Depopularea din Iablanița, produsă între 1910 și 1930, a avut loc prin lipsă de excedent natural, și prin emigrațiuni. Cauzele emigrațiunilor în mare parte fiind identice cu cele evidențiate în studiile dela Vărădia și Banloc, am renunțat să le mai analizăm și aici, nedispunând nici de spațiu. Tot aceste motive ne-a determinat ca expunerea evoluției mortalității, să o facem numai prin proporții crude, fără alte analize mai amănunțite.*

*Studiind suficient de detaliat natalitatea, care în cea mai mare măsură e responsabilă de cifra deficitului natural, am ajuns la următoarele concluzii.*

a) *Natalitatea comunei a început să se reducă acum 40—45 de ani, înainte de cea din Banloc, dar după cea din Vărădia, ajungând în 1931—1933 la proporția de 18.4 la ‰.*

*Reducerea natalității a început în familiile culte, a cuprins în timp relativ scurt pe cele înstărite din punct de vedere economic, iar acum are tendința să se generalizeze în toate clasele.*

*Natalitatea în ultimele două decenii s'a menținut redusă, nu numai prin fertilitatea femeilor din ce în ce mai scăzută, dar și prin efectul îmbătrânirii populației pe vârstă.*

b) *Îmbătrânirea populației, din cauza reducerii treptate a numărului de nașcuși-vii, a început încă înainte de 1900, fiindcă deja atunci proporția locuitorilor dela 0—19 ani, din populația totală, a fost redusă la 35.9‰. De atunci și până la 1930, proporția acestei grupe în stare de procreare mâine, s'a redus mereu.*

c) *Fertilitatea femeilor din Iablanița, în cursul ultimilor 45—50 de ani, a scăzut dela o medie de 5.67 la 2.45 copii. Comprimarea ei s'a făcut voit, prin reducerea numărului de sarcini, cu ajutorul mijloacelor anticoncepționale, cari sunt folosite de 36.7‰ a*



femeilor și prin intreruperea sarcinilor, la cari recurg direct sau indirect 45.2% din totalul femeilor anchetate.

d) Mijloacele anticoncepționale, cari au redus fecunditatea unei femei până la o medie de 5.64 de sarcini, au fost, îndeosebi coitul intrerupt și prelungirea alăptării copiilor la sân.

e) Datorită avorturilor provocate, din 5.64 de sarcini concepute de o singură femeie, numai 3.19 ajung până la termen. Mijlocul principal, folosit în producerea avorturilor, l-a constituit ventuza abdominală infra-ombilicală, secundată de masaj abdominal.

f) Cauzele cari au favorizat reducerea voită a fertilității au fost, începutul vieții conjugale a femeilor la vârstă precoce și viața plină de incidente din timpul concubinajului.

g) Cauzele reale ale reducerii fecundității și fertilității sunt: evitarea fărâmișării averii familiei, în parte luxul și egoismul.

---

## Biologia familiei VI. Din biotipologia femeii

de

Dr. OVIDIU COMȘIA

După cum am notat în două articole anterioare, evoluția sexualității se face dela feminin spre masculin. Astfel, pentru bărbat starea intersexuală e un fenomen regresiv, iar pentru femeie unul progresiv. În primul caz contăm cu o întârziere sau cu o oprire a evoluției normale a sexualității, iar în al doilea, cu o supraevoluție, cu o depășire a limitei la care, în mod normal, ar fi trebuit să se oprească. Bărbatul nediferențiat ne va apare feminoid în virtutea sexualității lui întârziate, în timp ce femeia cu sexualitatea evoluată, ne înfățișează un fond feminin nuanțat, somatic și psihologic, cu attribute masculine.

Intersexualitatea feminină, nu realizează, desigur, un biotip ușor de identificat și de descris. Attributele viriloide se vor întâlni, de cele mai multe ori, resfirate ca un mozaic discret, printre cele net feminine. Cazurile în cari virilizarea somatică să coincidă cu cea psihologică, sunt relativ rare. Mai obicinuite sunt acelea, în cari stigmatele intersexuale, evoluiază disociaț; o psihologie masculină pe un fond de feminitate desăvârșită, sau stigmate somatice viriloide solidarizate, totuș, cu cea mai autentică psihologie feminină.

Ereditatea contribuie în mod primar la realizarea acestor tipuri, așa încât problema intersexualității e un capitol de genetică. Totuș,

o precauțiune se impune atunci când voim să interpretăm aceste stări. Putem noi spune oare, că o psihologie masculină înmugurită pe un nealterat substrat somatic feminin, ar ține întotdeauna de o transfigurare lăuntrică a stilului biologic? Cred, că nu. Ea ar putea fi, în multe cazuri, și numai un artificiu de suprafață răstrâns asupra persoanei, din ambianța exterioară, guvernată de modernism și individualism. O deslușire asemănătoare trebuie păstrată și pentru acele cazuri, în cari, o psihologie autentic feminină însoțește precari-tatea somatică.

Sufletul acestor femei a fost cultivat, poate, în sera îngrijită a educației, a instrucției, a moralei.

Astfel, trebuie să recunoaștem, că problema conduitei se desprinde dintr'un domeniu, în care biologia, psihologia și psihologia socială se află în raportul unor cercuri ce se întretaie.

Termenii „normal“, „intersexual“, etc., îi folosesc cu intenția de a le acorda numai un sens relativ. Tipurile de femei sunt prea variate și prea complexe, pentru a putea fi încadrate în categorii distincte. Totuș, predominanța unor atribute reprezentative îndreptățește întrucâtva, încercarea la o clarificare sumară.

Femeea normală, se apropie de acel prototip, care ar realiza, ipotetic, feminitatea la superlativ. Somatic, ea e mai mult de statură mijlocie, cu forme destul de pline, fără să stânjenească însă armonia ansamblului. Bazinul, mai larg decât umerii, asigură un leagăn comod viitorului fruct, căruia profilul îndrăzneț al sânilor, îi promit o categorică abundență de hrană. Pielea ei netedă e aproape lipsită de pilositatea periferică, în timp ce părul capului, strein de tendința la caducitate, păstrează o bogăție permanentă.

În mișcări cu precisiune și în ținută cu grație, ea e activă până la neaslămpăr. Astfel, ea nu cunoaște spleenul cu noianul lui de dorințe nelămurite, preludiv al trândăviei și al viciului.

Narcisismul, atribut străvechiu al specificului feminin, se întâlnește și la femeea normală; el nu părăsește însă nici odată hotarul corectitudinii, al bunului simț, al decenței.

Pornirile ei sunt deobiceiul potolite, sentimentele ei stabile, iar viața ei intimă puțin variată și puțin intensă. Pusă de destin în serviciul perpetuării vieții, dorințele și năzuințele ei se epuizează în jurul atributelor de soție și mamă.

Inclinările ei materne transpar încă din copilărie, prin atașamentul pe care îl arată păpușilor sau obiectelor de bucatărie, și lipsa oricărui simț pentru jocurile de băieți (Monica, din romanul lui

I. Teodoreanu „La Medeleni“; în antiteză cu profund intersexuala Olguța).

Într'un număr oarecare de cazuri, evoluția sexuală se statornicește în stadiul infantil, pentru ca să se însoțească, apoi, de o pregnantă nediferențiere, atât pe plan somatic cât și psihologic.

O notă de fragilitate le domină întregul tablou biosipologic. Cu fizic astenic, svelte și anemice, ele pot fi totuși plăcute în aparența lor bizară. Lipsite de inițiativă în fața vieții, acțiunile lor nu izvorăsc nici din imperiul pasiunii, nici din acela al voinței, ci păstrând un timbru impersonal, sunt impuse sau sugerate din afară. Ca parte erotică, ele sunt reținute până la răceală. În consecință, nici nu vor deslănțui pasiuni prea intense în inima bărbaților normali, ci vor rămâne, mai mult sau mai puțin, adorabilele celor nediferențiați, adolescenți, hipovirili.

Poeții, impresionați de strania lor distincție, le-au cântat întotdeauna. În Eminescu abea găsim alt tip de femei în afară de acesta. Dar spre regretul poetului, ele reacționează foarte greu la risipa lui de suflet și cântec.

Vlahuță încă a simțit acest regret în toată adâncimea lui subtilă, când unei astfel de „Venere din valuri scoasă, cu ochiu mort fără scânteie“ i se adresează cu „Ce păcat că ești frumoasă, și, păcat că ești femeie“ (poezia „Nu-i deajuns“).

Le întâlnim uneori și în romane; la noi, același Ionel Teodoreanu, în „Bal mascat“, încheagă un astfel de tip, cu acea intuiție a omului de talent care înlocuiește și cunoștința și experiența.

Libidoul acestora, abia mai mocnește sub spuză de calm ce-i stăpânește firea. Proiectat în afară el caută, aproape indiferent obiecte fără contur pregnant eterosexual, și, nu-l vom întâlni nici odată, ca în cazuri normale, con odihnit de lumină, cuprinzând durabil sau constant, figura bărbatului diferențiat, viril.

Ele vor îmbogăți grupul indiferentelor, a frigidelor, cu orgasmul potolit sau stins, fără să fie impresionate de solitudinea bărbatului, și, fără emoțiuni în fața mângâierilor lui. Deaceia se și întâlnesc printre ele, atât de des, celibatarele voluntare.

Legăturile lor vor fi mai mult de camaraderie, de prietenie intelectuală, fără complicațiuni sentimentale. Ca soții, ele vor fi liniștite, supuse, răbdătoare, dând căsniciei o atmosferă permanentă de pace și calm; vor rămânea însă de cele mai multe ori sterile, ca o consecință logică a infantilismului lor genital. Totuși, atunci când liniștii simțurilor i se suprapune și o repulsiune de neînălțurat, lucru nu prea

rar la aceste femei, ele părăsesc căsnicia cu aceeaș seninătate și desinvoltură cu care au contractat-o, și păstrând cel mult regretul unei experiențe nereușite, ele rămân în lumea lor de calm și celibat ireductibil, înconjurate de stîmă și mister.

Desigur că, felul lor de a apare nu va depinde exclusiv de factura lăuntricului biologic, ci se va contura și sub impresiunea factorilor născuți din împrejurirea socială. Libidoul cu obiecte nehotărâte, va putea fi ușor supus seducțiunii sau perversiei, într'un mediu fără scrupule, fără control și fără moralitate. În acelaș timp, resursele modeste de pasiune și sensibilitate, vor putea realiza temperamentul cel mai adecuat promiscuității. Născute pentru o viață de sfinte, ambianța le poate cobori sub nivelul la care s'ar opri toate celelalte.

Tipuri mai frecvente și deosebit de interesante se vor desprinde însă din alt grup; din grupul care înglobează femeia al cărui biotip s'a încrustat cu nuanțe viriloide, ca un corolar al sexualității ei evoluat în plus. Aceasta va fi intersexuala.

De statură, adeseori, înaltă; figură de silfidă, cu bazin îngust și sâni modești. Un puf, aparent, crâmpelui de mustață în mijire, le umbrește buza de sus, în timp ce pilositatea periferică, ce abundă uneori pe coapse și gambe, îi retușează aspru frăgezimea pielii. Părul capului, fără abundența feminină, lasă fruntea degajată, manifestându-și preferința de a se acumula spre regiunea occipitală, de a cobori sub arcadele zigomatice, pentru ca apoi să se piardă pe obraji, barbă de preadolescent în schiță neisprăvită.

Nu numai somatic ci și psihologic, aceste femei, evoluează pe un plan diferit. Afectivitatea lor e subordonată, adeseori, rațiunii; în urmărirea scopului ele înlocuiesc pasiunea și antrenul, prin tactul calculat și stăruința lucidă.

La aceste femei, aspirațiunile materne nu au un contur definit. Pe ele nu le interesează atât copilul cât bărbatul. Ele nici nu vor fi impresionate de gingășii, de atitudini nevinovat copilărești, de cari femeia mamă se simte atrasă întotdeauna, chiar și atunci când pornesc dela o persoană adultă sau dela bărbat. Ceeace contează pentru intersexuală, e rafinamentul, rutina, eleganța.

Libidoul ei e aprins dar nesigur, variabil. El e într'o eternă căutare de obiecte noi, cari să-i satisfacă exigența schimbătoare din clipă în clipă. Acesta e, probabil, substratul biologic al inclinațiunilor poliandre, pe cari, multe dintre ele le manifestă, apărând pe plan erotic ca un echivalent feminin al donjuanului.

Totuș, acesta va fi grupul din care răsar femeile excepționale,

căci psiho-sexualitatea lor viriloidă, acel fond feminin de intuiție, de sensibilitate, de imaginație, inoculat cu atribute masculine de inițiativă, discernământ și energie, formează, adeseori, un nebanuit conținut de calități.

Ele vor prefera, în locul căminului, manifestările exterioare ca profesioniste, feministe, sufragete, crezându-se îndreptățite de a participa activ la viața publică. Când e vorba de femeia intersexuală, biologia justifică, întrucâtva, preocupările ei. Le condamnă însă în momentul în care ele, devenite modă, tind să smulgă soțiile și mamele din ambianța fertilă a căminului, imprimând tuturor acest gen de activitate exterioară. Femeia — ca și ovulul — e investită de natură, numai cu o energie statică, potențială, al cărei câmp de acțiune este, și trebuie să fie, restrâns. Mișcarea, dinamismul, câmpul de acțiune larg, nelimitat, revine bărbatului — întocmai ca spermatozoidului. Energia în mișcare ne apare, astfel, un atribut biologic specific masculin, în timp ce energia în repaus, e de esență pur feminină. Activitatea exterioară a femeii, angrenarea ei în dinamismul social, e în opoziție cu legile eterne ale existenței. Ea nu s'ar putea realiza decât ignorând cu desăvârșire, interesele speciei, ale rasei, ale neamului.

Desfășurarea calităților acestor femei, va fi modelată cu hotărîre, de varietatea influențelor mediului. Le întâlnim uneori în plină reușită pe teren literar, artistic, sau ca realizatoare inepuizabile pe teren social, financiar, sportiv. Când însă comoara de calități spirituale e dublată și de avantajii fizice, ele preferă adeseori rolul de mare curtezană, mai plăcut și mai eficace. Femeia curtezană ne apare, în istorie, mai ales în anumite epoci culturale, când individualismul răstoarnă vechile îngrădiri și valori tradiționale. Atena lui Perikle, Roma ultimilor împărași, Italia renașterii sau Franța lui Ludovic al XV-lea, au cunoscut prea bine triumful acestor femei, ale căror calități sunt convertite în heterism, iar aptitudinea lor la creațiune se epuizează în străluciri de o clipă.

Femeia dotată, precum și marea curtezană, comportă aceeași structură intersexuală.

Intersexualitatea feminină reprezintă, desigur, un biotip superior pe scara evoluției ontogenetice, dar problematic pentru evoluția generală a umanității. Ea își rezumă utilitatea, în cel mai bun caz, la o etapă restrânsă, căci nici operele pe cari ea le realizează, nici strălucirea pe care o împrumută epocii în care apar, nu contribuie, esențial, la progresul social. Viitorul nu beneficiază prea mult de pe urma femeii intersexuale căci, sterilă cum e de obicei, ea nu

va avea posibilitatea de a-și transmite excepționalele ei calități în lanțul generațiilor ce vin. Ea ar trebui să renunțe la cultul individualismului exuberant, la preocupările și aspirațiunile virile, integrându-se în acel rol de mamă ce constituie însăși rațiunea de a fi a femeii.

Intersexuala e mai mult un fenomen decât o femeie; și dacă ea domină prezentul prin superioritatea spiritului și farmecul ei personal, femeia normală va domina viitorul prin fecunditatea sânilor. Astfel, aceasta va aparține tuturor timpurilor, pe când intersexuala e, și va rămâne, decor efemer pe un fragment de veac.

O serie nesfârșită de biotipuri e realizată de așa zisa intersexualitate critică. După Marañón, intersexualitatea critică e o formă de nedecisiune epizodică, legată de marile crize ale evoluției sexului: pubertatea și menopauza. Pentru bărbat, vârsta critică fiind pubertatea, accesele de intersexualitate se vor concentra asupra acestei etape, imprumutând tinerilor un aspect feminoid, caracteristic, trecător. La femeie, modificările intersexuale se întâlnesc în a doua jumătate a vieții, în etapa declinului. Schițându-se încă în anii premenopauzei, ele se vor accentua cu vârsta. Spre deosebire de cea puberală, intersexualitatea critică a femeii va avea un caracter permanent.

Variabile ca dată și intensitate, accentele viriloide, cari vin să altereze substratul feminin, se vor instala mult mai târziu, și cu o gestațiune moderată, atunci când trebuie să modifice un vechiu fond de feminitate profundă. În același timp, femeia cu o psihosexualitate anterior viriloidă, va suferi cortegiul de transformări, precoce, intens, adeseori brutal. La fel și vechile celibatate, la cari înăbușirea vieții genitale, a privat ovarul de exercitarea funcțiunii lui specifice.

Modificările vor privi întreaga biologie a femeii, evoluând, deopotrivă, în sens somatic și spiritual.

Țesutul grăsos va imita modalitatea virilă, îngrămădindu-se spre gât, spre partea superioară a pieptului, spre regiunea umerilor, pe față și abdomen. Pilozitatea periferică augmentează, vocea coboară și și înăsprește timbrul. Afectivitatea scade și logica pune stăpânire pe acțiunile ei. Aceasta e „matroana“, cu fizic opulent, pedantă, energetică, respectată sau temută.

Crepusul vieții e pentru femeie vârsta în care izbucnesc talentele ascunse, sau se desăvârșește și culminează un talent modest până atunci. E vârsta la care mamele, cari și-au consumat sufletul și energia în interiorul căminului, ard de dorul unei activități exterioare.

Tot atunci, vom întâlni la multe dintre femeile cu o conduită critică normală mai înainte, inversiuni stranii ale instinctului, prefe-

rințe cari contrastează, izbitor, cu vechea lor moderațiune și serioșitate. Alteori, se observă numai o exaltare a libidoului și o vioiciune a orgasmului ponderat sau sfîns mai înainte. În fața acestor femei se deschide o lume de senzații necunoscute în trecut, cari toate, reclamă tumultuos dreptul la împărtășire. Reprimarea lor e însoțită adeseori de acele stări de nevroze sau psihoze, cari complică viața conjugală, prin nesfârșite conflicte. În acelaș timp, satisfacerea dorințelor nu se va putea face fără riscul ridicolului, care să prejudicieze numele și onoarea familiei.

Aceste conduite crepusculare, au rămas întotdeauna neînțelese, izonizate, criticate și exploatare de ambianța laică. Dar biologul își dă seama că ele se nasc din lumea de senzații, cari în toamna vieții răscoleșc cu o ultimă trepidare adâncul instințelor. Și el ar putea ajuta chiar (psihanaliză, psihosinteză, terapie hormonală) desigur, numai în anumite limite, în măsura în care se poate influența ceva, a cărui esență se identifică cu însăși tragedia biologică a existenței.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## Compoziția rasială în populația din Voșlobeni (jud. Ciuc).

de

I. FĂCĂOARU

În materialul<sup>1</sup> nostru întră o parte a populației adulte din com. Voșlobeni (jud. Ciuc) cercetată în vara anului 1934 din inițiativa d-lui Prof. Dr. I. Moldovan.

Numărul total al persoanelor e de 301, exclusiv români, dintre cari 152 bărbați și 149 femei. Am deosebit trei categorii: a) persoanele cari aparțin unei singure rase definite; b) persoanele cari reprezintă un amestec de două rase; și c) persoanele cari reprezintă un amestec de mai mult de două rase și pe cari le-am însumat în grupa „nedeterminabile“.

Distribuția frecvenței persoanelor din categoria uni-rasială o avem în Tab. 1, p. 39. Tab. 2 conține populația din categoria bi-rasială, iar Tab. 3 însumează ambele categorii.

<sup>1</sup> Prelucrarea materialului cu colaborarea D-nei Tilly Făcăoaru.

Tab. No. 1.  
Distribuția frecvenței rasiale în populația din Voșlobeni (Ciuc).  
Persoanele aparțin unei singure rase definite.

		Alpină	Dinarică	Mediterraneană	Nordică	Esturo-peană	Orientală	Dalică	Total
Bărbați	n.	28	20	19	14	11	12	—	104
	%	26.9	19.2	18.3	13.5	10.6	11.5	—	100
Femei	n.	73	3	21	5	13	2	1	118
	%	61.9	2.5	17.8	4.2	11.0	1.7	0.9	100

Tab. No. 2.  
Distribuția frecvenței persoanelor cari reprezintă un amestec de două rase.

		Alpină pred. + div.	Dinarică pred. + div.	Mediterraneană pred. + div.	Nordică pred. + div.	Esturo-peană pred. + div.	Orientală pred. + div.	Mongoloidă pred. + div.	Total
Bărbați	n.	8	11	6	14	2	6	1	48
	%	16.7	22.9	12.5	29.2	4.1	12.5	2.1	100
Femei	n.	12	1	3	9	2	4	—	31
	%	38.7	3.2	9.7	29.0	6.5	12.9	—	100

Tab. No. 3.  
Distribuția frecvenței rasiale în populația din Voșlobeni.  
Persoanele uni-rasiale la un loc cu cele bi-rasiale.

		Alpină	Dinarică	Mediterraneană	Nordică	Esturo-peană	Orientală	Dalică	Mongoloidă	Total
Bărbați	n.	36	31	25	28	13	18	—	1	152
	%	23.7	20.4	16.4	18.4	8.6	11.8	—	0.7	100
Femei	n.	85	4	24	14	15	6	1	—	149
	%	57.0	2.7	16.1	9.4	10.1	4.0	0.7	—	100



*Diferențieri sexuale.* În seria masculină, elementele alpine sunt reprezentate în cea mai mare proporție cu 26.9%. Urmează dinaricii, apoi mediteranii, nordicii, varianta orientală a rasei mediterane<sup>1</sup> și rasa est-europeană.

În seria feminină, tot elementele alpine predomină cu 61.9% și ele sunt de 2,3 ori mai numeroase în comparație cu bărbații. Urmează rasa mediterană, apoi est-europeană, nordică, dinarică, varianta orientală și dalică.

Cu privire la amestecul de rase observăm că proporția elementului nordic — cum se vede în Tab. 2 privitoare la amestecul de rase — este aceeași la ambele sexe, e foarte mare în ambele serii și e cea mai mare dintre componente în seria masculină. Paralelismul proporțiilor în ambele serii pentru varianta orientală, este desăvârșit, în schimb, avem disproporția dinaricilor în ambele categorii: în categoria uni-rasială, bărbații dinarici sunt mai numeroși de 7,7 ori decât femeile dinarice, iar în categoria bi-rasială proporția lor e de 7,2 ori mai mare ca a femeilor.

Logic este să ne așteptăm, ca raportul între proporțiile celor două serii ale unei rase din Tab. 1 să fie apropiat de raportul acestor termeni din Tab. 2. Adică pentru rasa alpină avem în categoria întâi (Tab. 1):  $\frac{26.9}{61.9} = 0.4$ . Pentru categoria a doua (Tab. 2) raportul este același:  $\frac{16.7}{38.7} = 0.4$ , fapt care într-o măsură e surprinzător. Cu alte cuvinte, femeile sunt mai numeroase în clasa „rasă alpină” de 2.3 ori ca bărbații și această relație se menține în cele două cate-

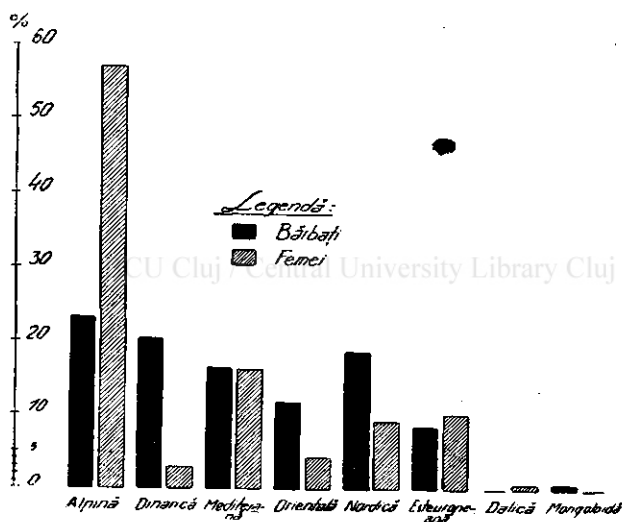
<sup>1</sup> Spre a înlătura orice confuzie, accentuăm, că prin rasă orientală înțelegem o simplă variantă a rasei mediterane. Această ramură se deosebește de tulpina ei prin câteva caractere de importanță secundară: occipitul e arcuit în partea de sus, nasul convex și îndoit către vârf, cu rădăcina adâncită. Bărba mică, neconturată, dată înapoi. Deschizătura palpebrală amintește forma migdalei, iar uneori merge oblic în sus și în afară. Tenul deschis sau palid-gălbui. Caracterele principale: statura, indicele cefalic, facial și nazal, cum și complexul pigmentar, sunt comune cu ale rasei mediterane. Înălțarea acestui tip e cu totul altceva de ceea ce ne-am reprezentat sub termenul „oriental”. Oamenii din extremul orient (de origină extra-europeană), cum sunt armenii sau evreii, aparțin rasei pre- sau vest-asiatice (semite sau hefite) ori rasei indice. Printre studenții evrei dela universitatea din Cluj, componenta „orientală” dă cea mai mică proporție cu 1.6%, pe când rasa preasiatică însumează cele mai numeroase elemente cu 41.9%. Iată de ce n'am fi făcut o mare eroare, dacă am fi însumat varianta orientală la un loc cu rasa mediterană. Eroarea ar fi fost neasemuit mai mică decât aceea a lui Ripley, care punea rasa alpină la un loc cu rasa dinarică sau a lui Rosinski, care a însumat rasa nordică la un loc cu elementele est-europene pe cari el le numește „subnordice”.

gorii de populație uni- și bi-rasială. Raportul rămâne apropiat și pentru rasele: dinarică, mediterană și esteuropeană:

	Alpină	Dinarică	Medit.	Nord.	Esteur.	Orient.
Tab. 1	0.4	7.7	1.0	3.2	1.0	6.8
Tab. 2	0.4	7.2	1.2	1.0	0.6	1.0

Divergență găsim pentru varianta orientală și pentru rasa nordică.

Tab. 3 înfățișează distribuția frecvenței elementelor uni- și bi-rasiale, iar Graficul 1 reprezintă intuitiv acelaș lucru.



Graficul 1.

Proporția componentelor rasiale în populația din Voșlobeni.

Dacă femeile aparțin rasei alpine într'o proporție mult mai mare ca bărbații, în schimb ele aparțin într'o proporție inferioară celeia a bărbaților în categoria raselor: dinarică, nordică și în varianta orientală, iar într'o proporție aproape egală cu a bărbaților, în rasele mediterană și esteuropeană. (Lăsăm deoparte componentele dalică și mongoloidă, întrucât sunt reprezentate prin rate neglijabile).

Disparitatea seriei feminine față de cea masculină ar putea surprinde. O eroare în diagnoza rasială este exclusă, întrucât intuirea e sprijinită de datele măsurătorilor. Structura morfologică a femeilor se deosebește în foarte multe caractere de aceea a bărbaților și populația din Voșlobeni nu putea face excepție. Femeile din materialul nostru au o ușoară tendință către o formă mai rotundă a capului.

Printre dolicocefali, bărbații sunt reprezentați cu 3%, femeile cu 2%. Mezocefali: bărbați 22%, femei 21%. Fața femeilor e ceva mai scundă ca a bărbaților. Aceștia au indicele mediu 90,0, femeile 88,3. În clasa „euriprozopilor“<sup>1</sup> proporția femeilor e de două ori mai mare: b.—8%, f.—17%. În schimb proporția bărbaților în clasa „hiperleptoprozopilor“ e de două ori mai mare: b.—32%; f.—14%. Simpla întuire în judecarea conturului feței concordă cu măsurătorile. În clasa cu fața rotundă avem numai 0,6% bărbați, dar avem 2,7% femei. În clasa cu fața ovală avem 3,3% bărbați, dar avem 13,4% femei. În schimb în clasa cu fața triunghiulară avem 31,5% femei, dar 44,1% bărbați. Pigmentația e ceva mai intensă la femci. În clasa iris albastru avem: f.—24,8%, b.—30,9%. Iris verzui: f.—34,2, b.—45,4. În schimb proporția femeilor e aproape de 2 ori mai mare în clasa iris brun: f.—40,3%, b.—22,4%. Ceva mai atenuate sunt deosebirile pentru culoarea părului; blond: f.—8,7%, b.—13,8%. În schimb, brun: f.—75,8%, b.—70,4%; negru: f.—5,4%, b.—3,3%.

Disparitatea acestor caractere este normală și se integrează în lunga serie a *caracterelor secundare sexuale*. Un asemenea caracter sexual secundar este și disproporția sexuală din cele două rase: alpină și dinarică.

*Specificul rasial din Voșlobeni.* Din seria celor șase criterii pentru diagnoza rasială, patru se mențin în limitele unei variațiuni normale și nu le analizăm. Acestea sunt: indicele facial și indicele nazal, pigmențația irisului și a ochilor. Se abat dela valorile medii ale tipului clasic 2 caractere: *statura* și mai ales *indicele cefalic*. Considerăm în populația noastră numai cele patru componente principale: rasa alpină, dinarică, mediterană și nordică.

Elementele dinarice și nordice din Voșlobeni au aproape aceeași statură medie: b.—168,5 cm. și 168,2 cm., f.—162,5 cm. 159,5. Statura componentei nordice tinde a rămâne mai scundă în ambele serii. Femeile alpine și mediterane au aceeași statură: 153,9 cm. și 153,2 cm. Pentru seria masculină, mediteranii cu statura medie de 166,4 cm. depășesc alpinii cu 161,8 cm. în medie.

*Indicele cefalic*<sup>2</sup> este de 84,3 pentru bărbații alpini și de 84,2 pentru bărbații dinarici. Mediteranii și nordicii au un indice cu ceva mai

<sup>1</sup> Amintim diviziunea lui Martin dată în broșura autorului: „*Elemente de Antropologie*”, Cluj, 1934: Prosopos = față; leptos = fin, lungăreț, și curis = larg.

<sup>2</sup> Indicele cefalic mediu, identic în ambele sexe, e de 83,5 pentru populația din Voșlobeni.

mic, 82.3 și 83.6, ei rămân totuși în clasa brachicefaliei. În seria feminină nu poate fi vorba de o diferență sensibilă între indicele medii ale celor 4 componente, ele variind între 83.6 și 83.9. În Voșlobeni avem 27.0% bărbați blonzi, dacă socotim la un loc componenta nordică și cea est-europeană și 19.5% femei blonde. Ca și în alte sate ardelenice cercetate, elementul *nordic* este extrem de bastardizat în Voșlobeni. Structura lui morfologică este mai puțin tipică: nordicul dela noi are altă înfățișare decât nordicul scandinav, de pildă. Statura e mai scundă, fața puțin mai largă și mai scundă. Mezo- și brachicefalie.

Elementul *mediteran* deviază cam în aceeași măsură dela tip. Faptul reiese și din proporția mare a variantei orientale: bărbații cu 11.8%, femeile în rata mai mică de 4%. Statura ceva mai înaltă. Mezo- și brachicefalie. Pigmentația persoanelor mediterane este relativ slabă: ten, ochi și păr. Părul creț, ondulat și buclat este foarte rar: 2.6% pentru bărbați, niciun caz printre femei.

Dacă însumăm la un loc cele trei rase dolicocefale: nordică, mediterană și orientală avem o proporție de 46.6% bărbați și 29.5% femei. Ori, dolicocefalii sunt mult mai puțini: 3% b. și 2% f. În sensul strict al cuvântului, proporția raselor menționate ar trebui să egaleze proporția dolicocefalilor. Ne grăbim să adăogăm, că niciun material antropologic nu indică o asemenea situație ideală. Poate pentru asemenea motive unii antropologi — streini, bineînțeles — ocolesc stabilirea diagnozei rasiale, iar alții se mulțumesc a ne înfățișa tipurile rasiale, fără a ne da valorile morfologice și descriptive în populațiile studiate. Un asemenea punct de vedere poate fi comod, dar mai ales este infructuos. Întâi, pentru că trecerea rapidă peste anumite neconcordanțe și dificultăți nu clarifică nimic. Și al doilea, pentru că tocmai reliefația greutăților din mai multe părți, înlesnește o eventuală revizuire și perfecționare a metodelor antropologice.

Ca să preîntâmpinăm vreo interpretare necuvenită, lămurim că ne ferim de orice generalizare. Materialul nostru este suficient de bogat, spre a fi caracteristic pentru comuna Voșlobeni și numai pentru acest sat. Putem vedea în acest rezultat un slab indiciu pentru situația satelor din acea regiune, dar n'avem destul temei să credem, că frecvența distribuției componentelor rasiale ar fi la români asemănătoare cu aceea a populației din Voșlobeni. Nici pentru românii din județul Ciuc nu putem conchide nimic, cu atât mai puțin pentru satele transilvane.

*În rezumat:* 1. Populația de ambe sexe din Voșlobeni dă proporția cea mai mare în clasa elementelor alpine. Femeile sunt de  $2\frac{1}{2}$  ori

mai des alpine ca bărbații. În *seria masculină*, după rasa alpină urmează elementul dinaric, apoi nordic, mediteran și oriental, iar cu rata cea mai mică, elementul esteuropean. În *seria feminină*, după rasa alpină urmează elementul mediteran, apoi esteuropean, nordic, oriental, iar în cea mai mică rată, elementul dinaric.

2. Elementele nordice și mediterane se îndepărtează cel mai mult de tipul clasic respectiv. Elementul alpin este cel mai apropiat de tipul clasic pentru ambele serii. Printre femei, elementul esteuropean este tot așa de tipic, pe cât de tipic este elementul dinaric printre bărbați.

## **Corelația dintre nupțialitate și natalitate, bazată pe proporțiile acestor fenomene demografice, din comunele rurale din Banat**

de

Dr. PETRU RÂMNEANȚU

În cele mai multe țări civilizate, astăzi creșterea populației e condiționată de sistemul de fapt, al contractării căsătoriilor la o vârstă dorită, urmată de limitarea voită a numărului de nașteri. Între acești doi factori, există, nu numai o corelație pozitivă de natură fiziologică, în sensul, că femeile căsătorite la vârste tinere sunt mai prolifiche, dar și una de ordin social. Pare, din toate cifrele de cari dispunem, că forma juridică a căsătoriei civile, cu urmările ei sociale, încă are asociație pozitivă cu fertilitatea și invers concubinajele ar fi în detrimentul natalității.

Mersul paralel dintre proporțiile nupțialității și ale natalității se evidențiază din cifrele demografice ale oricărei țări. Într'o epocă anumită, de multe ori chiar într'un an, observăm, că atunci când au crescut proporțiile primului fenomen demografic, au reacționat în aceeași direcție și proporțiile natalității.

Cine contribuie la acest paralelism, schimbările din vârsta căsătoriților sau numai frecvența acestora din urmă?

La prima impresie s'ar crede, că vârsta determină acest mers paralel, mai ales dacă ținem seamă numai de vârsta celor căsătoriți civil și dacă o neglijăm pe a celor cari contractă concubinaj. Dacă disecăm însă problema mai detaliat, după ce luăm în considerare, că nu vârsta formală, dela Oficiul de stare civilă, stabilește media la care începe viața familiei, ci cea de fapt, dela începutul vieții conjugale,

care adeseori e mult mai tânără decât prima, atunci putem afirma cu multă certitudine, că vârsta intervine foarte rar în reducerea fertilității, deoarece în realitate, ea a suferit în cursul timpurilor numai puține modificări și mai ales se schimbă puțin dela un an la altul. Prin excludere rămâne deci, să credem, că aproape numai proporția nupțialității determină variațiile natalității, ceea ce presupune din capul locului, că familiile cari trăiesc în concubinaj sunt în defavorul fertilității generale.

Proporțiile acestor două fenomene demografice din Banat, ne servesc, ca un exemplu tipic, în justificarea pe baze de date, a influenței concubinajelor asupra reducerii natalității. Numai la o inspecție, a proporțiilor nupțialității pe mai mulți ani, din comunele din Banat, am putut constata, că unde frecvența căsătoriilor civile a fost continuu redusă, acolo și natalitatea a suferit scăderi mai mari, decât în alte comune în cari populația nu s'a obișnuit cu concubinajele. De sigur, aceasta nu denotă, că reducerea natalității s'a produs numai în familiile formate prin concubinaj, dar în orice caz arată, că intervenția lor în acestea a fost mai accentuată, decât în familiile căsătorite civil.

Cea mai corespunzătoare evidențiere a asociației dintre proporțiile nupțialității și ale natalității o credem, că ne-o pune la îndemână metoda calculării coeficientului de corelație, și a reprezentării grafice a regresiei lineare a celor două fenomene pe cari le studiem.

Ca să dăm observațiunii făcute, o valoare de necontestat am calculat media anuală a proporțiilor, nașcuților și a căsătoriilor la 1000 de locuitori<sup>1</sup>, din toate comunele din Banat, pe o perioadă de 6 ani<sup>2</sup>.

În tabela de corelație care urmează, am distribuit cele 584 (4 comune: Bodrogu-Nou, Albina, Andrei-Șaguna și Moșnița-Nouă, în acest interval nu au avut Oficii de Stare Civilă proprii) de comune rurale din Banat, după proporțiile căsătoriilor și ale natalității.

Metoda pe care am folosit-o în măsurarea corelației simple, cu regresione lineară, e cea obișnuită, descrisă de Pearl R<sup>3</sup>, pe baza datelor adunate de Matiegka, asupra greutateii creierilor și lungimea calotelor a 299 de bărbați cehi.

<sup>1</sup> Indicatorul statistic. Publicația direcției recensământului general al populației, M.M.S.O.S., București, 1932.

<sup>2</sup> De-lor Prefecți din jud., Caraș, Severin și Timiș pentru bunăvoința cu care ne-a pus la dispoziție cifrele pe comune, asupra mișcării populației din anul 1928—1933, le aduc cele mai călduroase mulțumiri.

<sup>3</sup> Pearl R.: Biometrical Studies on Man. I. Variation and Correlation in Brain-weight and skull length, reproducă în Pearl R.: Introduction to medical Biometry and Statistics. Philadelphia, 1930, pag. 375—384.

Corelația dintre proporțiile nupțialității și ale natalității comunelor din Banat (Medii pe anii 1928-1933).

	Nupțialitatea la 1000 locuitori														Total $Z_y$	y	$Z_{yy}$	$Z_{yy}^2$	$Z_{xy}x$	$Z_{xy}xy$
	2-29	3-39	4-49	5-59	6-69	7-79	8-89	9-99	10-109	11-119	12-129	13-139	14-149	15-159						
8.0-9.9					1	1									2	-7	-14	98	-3	21
10.0-11.9				2	1	1	1								5	-6	-30	180	-9	54
12.0-13.9		2	2	4	1	1	0	1							11	-5	-55	275	-32	160
14.0-15.9			3	8	13	12		4	1	2					51	-4	-204	816	-62	248
16.0-17.9	1	1	2	10	11	13	12	4	6	4	1				63	-3	-189	567	-58	174
18.0-19.9		1	1	6	8	17	15	9	3	4	1	2			67	-2	-134	268	-19	38
20.0-21.9			2	5	8	15	22	17	8	5	3				85	-1	-85	85	+6	-6
22.0-23.9		1	1	2	7	11	22	7	16	3	1	1			72	0	0	0	+17	
24.0-25.9			3	3	10	8	19	12	8	7	1		1		72	1	72	72	+10	10
26.0-27.9		1	1	3	4	4	11	11	7	3	1	1			47	2	94	188	+13	26
28.0-29.9			1	1	4	7	6	5	10	7	1	1			37	3	111	333	+7	21
30.0-31.9				1	1	6	6	6	6	3	2	1	1		27	4	108	432	+24	96
32.0-33.9	1					4	2	2	2	6	1	1		1	15	5	75	375	+4	20
34.0-35.9				5	1	1	3	1	1	1	1				14	6	84	504	-8	-48
36.0-37.9				1				1	1						3	7	21	147	0	0
38.0-39.9						1	4	1			1				7	8	56	448	+4	32
40.0-41.9										1					1	9	9	81	+3	27
42.0-43.9		1													1	10	10	100	-5	-50
44.0-45.9			1												1	11	11	121	-4	-44
46.0-47.9												1			1	12	12	144	+5	60
48.0-49.9															0	13	0	0	0	0
50.0-51.9											1				1	14	14	196	+4	56
52.0-53.9															0	15	0	0	0	0
54.0-55.9															0	16	0	0	0	0
56.0-57.9											1				1	17	17	289	+4	68
Total $Z_x$	2	7	17	51	70	102	130	86	67	30	13	7	1	1	584	-	-17	5,719	-99	963
x	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	-					
$Z_{xx}$	-12	-35	-68	-153	-140	-102	0	86	134	90	52	35	6	7	-100					
$Z_{xx}^2$	72	175	272	459	280	102	0	86	268	270	208	175	36	49	2452					

Notările și formulele de cari ne-am folosit în calcul sunt următoarele :

**Prescurtări :**

Nupțialitatea = x,

Natalitatea = y,

$v_1$  = momentul întâi,

$v_2$  = momentul al doilea,

$\sigma$  = deviația tip,

M = media aritmetică,

$Z_x$  = frecvența comunelor în diferitele clase ale nupțialității,

$Z_y$  = frecvența comunelor în diferitele clase ale natalității,

r = indicele de corelație,

S = sumarc,

N = nr. comunelor.

**Formule :**

$$v_{1x} = \frac{S(Z_x x)}{S(Z_x)}$$

$$v_{2x} = \frac{S(Z_x x^2)}{S(Z_x)}$$

$$\sigma_x^2 = v_2 - v_1^2$$

$M_x$  = Originea din scara orig.  $\pm v_{1x}$

$$r = \frac{S(xy)}{N \sigma_1 \sigma_2} = \frac{S(xy)}{N} \cdot \frac{1}{\sigma_1 \sigma_2} \quad (\text{din scara arbitrară})$$

$$\frac{S(xy)}{N} = A; \quad \sigma_1 \sigma_2 = B, \quad \text{de unde } r \text{ e}$$

egal cu  $\frac{A}{B}$  ;

$$\text{Voloarea lui } A \text{ în raport cu media} = \frac{S(Z_{xy} xy)}{N} = v_{1x} v_{1y}.$$

Coefficienții de regresione :

$$b_1 = r_{12} \frac{\sigma_1}{\sigma_2}; \quad b_2 = r_{12} \frac{\sigma_2}{\sigma_1}$$

Aceștia măsoară declinul liniilor de regresione (reprezentate grafic) :

$$\frac{\bar{x}}{y} = b_{1y},$$

$$\frac{\bar{y}}{x} = b_{2x}.$$

Înlocuind în formulele de mai sus, diferitele valori, am obținut următoarele rezultate, cari descriu media și deviația tip a nupțialității și a natalității :

**Nupțialitatea :**

$$v_{1x} = -0.17123,$$

$$v_{2x} = 4.19863,$$

$$\sigma_x = 2.04189 \text{ (în scara arbitrară),}$$

$$\sigma_x = 2.04189 \text{ (în scara originală),}$$

$$M_x = 8.32877.$$

**Natalitatea :**

$$v_{1y} = -0.02911,$$

$$v_{2y} = 9.79281,$$

$$\sigma_y = 3.12921 \text{ (în scara arbitrară)}$$

$$\sigma_y = 6.25842 \text{ (în scara originală),}$$

$$M_y = 22.94178.$$

În raport cu aceste valori, am calculat coeficientul de corelație, adică pe r.

$$r = \frac{A}{B}; \quad A = \frac{S(Z_{xy} xy)}{N} = v_{1x} v_{1y} = \frac{963}{584} - (-0.17123) \cdot (-0.02911) = 1.64399.$$

$$B = 6.38950. \quad r = \frac{1.64399}{6.38950} = +0.257296.$$

Valorii lui r, prin procedeul descris de R. A. Fischer<sup>1</sup>, i-am calculat eroarea probabilă, pe care am găsit-o egală cu  $\pm 0.032$ , care după ce o înmulțim cu 3 sau 4, rămâne mai mică decât valoarea coeficientului de corelație, ceea ce înseamnă că valoarea lui r este dată de realitate, și nu de hazard.

<sup>1</sup> R. A. Fischer : Statistical Methods for Research Workers, London, 1932.



Pe urmă, pe baza coeficienților de regresiune :

$$b_1 = r_{12} \frac{\sigma_1}{\sigma_2} = 0.257296 \cdot 0.326260 = 0.083445 \text{ și}$$

$$b_2 = r_{12} \frac{\sigma_1}{\sigma_2} = 0.257296 \times 0.306501 = 0.788616, \text{ am calculat valoarea liniilor}$$

de regresiune.

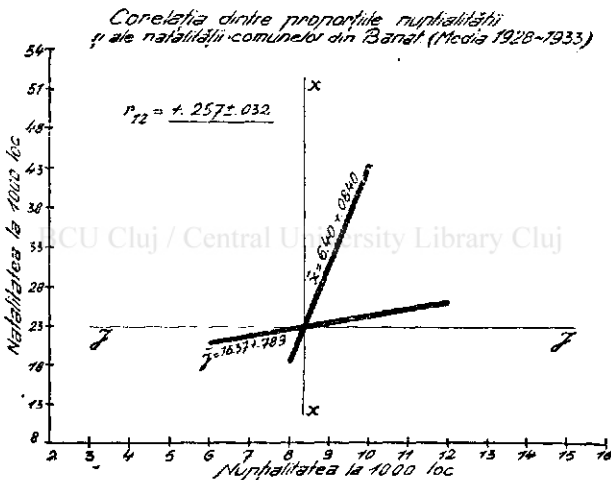
Pentru nupțialitate am găsit-o egală cu :

$$\bar{x} = 6.404 + 0.084y, \text{ iar pentru natalitate am obținut valorile următoare :}$$

$$\bar{y} = 16.370 + 0.789x.$$

Reprezentând grafic, media nupțialității, adică  $\bar{x}$ , și a natalității, adică  $\bar{y}$ , și valorile de mai sus ale liniilor de regresiune, obținem următoarea înfățișare a corelației.

Grafica Nr. 1.



Din aceste valori reiese clar, că între proporțiile nupțialității și ale natalității, există o corelație pozitivă, valoarea  $r_{12}$  fiind pozitivă și mai mare decât 1. Liniile de regresiune ne demonstrează, că scăderii nupțialității îi urmează o reducere în proporțiile natalității. Cu alte cuvinte, înmulțirea concubinajelor cari sunt în detrimentul proporției căsătoriilor, hotărât produc modificări în viața femeilor, determinându-le să-și reducă fertilitatea mai frecvent decât cele căsătorite civil.

Concluzia practică care se desprinde din acest rezultat matematic e următoarea :

In Banat acțiunea pentru ridicarea natalității e în funcțiune, în bună parte, de incurajarea căsătoriilor civile și de combaterea concubinajelor de astăzi.

Soluțiile pe cari le preconizez, pentru urcarea nupțialității, le voi expune în cadrul programului general pe care îl pregătesc în vederea readucerii mișcării demografice din Banat la normal.

## Legea pentru apărarea sănătății ereditare a poporului german (Ehegesundheitsgesetz).

de

I. FĂCĂOARU

Guvernul german a decretat la 18 Oct. 1935 următoarea lege, pe care o dăm în traducere textuală :

### § 1.

1. O căsătorie nu poate fi încheiată :

a) când unul dintre logodnici suferă de o boală, care prin caracterul ei molipsitor reprezintă o primejdie fie pentru celălalt soț, fie pentru urmași ;

b) când unul din logodnici este iresponsabil sau e pus sub tutelă ;

c) când unul din logodnici fără a fi iresponsabil, suferă de o turburare psihică, face căsătoria de nedorit pentru comunitate.

d) când unul din logodnici suferă de o boală ereditară în sensul „legii pentru prevenirea urmașilor disgenici“.

2. Prevederea dela aliniatul 1. litera d) nu se opune căsătoriei, când celălalt soț e steril.

### § 2.

Înainte de încheierea căsătoriei, logodnicii sunt obligați a dovedi printr'un certificat prematrimonial de sănătate, că nu se opune căsătoriei lor nici o piedică din acele prevăzute în § 1.

### § 3.

1. O căsătorie este de drept anulată, dacă a fost încheiată pe baza unor date false ale certificatului prematrimonial sau cu ajutorul de rea credință al funcționarului dela oficiul stării civile. Căsătoria este nulă și atunci, când pentru a se eluda prevederile prezentei legi, a fost încheiată în străinătate. Cererea de anulare o poate face numai procurorul.

2. Căsătoria este valabilă dela început, dacă mai târziu dispar motivele de anulare.

## § 4.

1. Acel care obține încheierea unei căsătorii prin viclenie (eludarea unor dispoziții legale) se pedepsește cu închisoare dela 3 luni. Și încercarea este pedepsibilă.

2. Urmărirea pentru delictul comis începe după ce căsătoria a fost anulată.

## § 5.

1. Prevederile acestei legi nu se aplică atunci, când ambii logodnici sau logodnicul de sex masculin nu este cetățean german.

2. Procedura de urmărire a unui strein după § 4 începe numai după ce ministrul de justiție e de acord cu ministrul de interne al Reichului.

## § 6.

Ministrul de interne al Reichului sau oficiul împuternicit de el pot aproba derogări dela prevederile prezentei legi.

## § 7.

Ministrul de interne al Reichului de acord cu ministrul de justiție și cu reprezentantul „conducătorului“ decretează prevederile regulamentare pentru aplicarea și complectarea acestei legi.

## § 8.

1. Legea intră în vigoare o zi după publicarea ei.

2. Data exactă a intrării în vigoare a § 2 o hotărăște ministrul de interne al Reichului. Până la această dată, certificatul matrimonial va fi prezentat numai în cazuri dubioase.

\* \* \*

Din regulamentul de aplicare al legii publicat la 29 Nov. 1935, spicuim câteva precizări mai interesante. Orice cetățean german se va prezenta pentru amănunțită cercetare la oficiul eugenic, căruia aparține domiciliul permanent. Germanul domiciliat în străinătate se poate prezenta oricărui oficiu eugenic. Logodnicul (logodnica) în atari împrejurări pot fi examinați și de către un alt medic practician, care ar avea aprobare specială în acest scop dela „conducătorul“ medicilor din Reich. În acest caz rezultatul examenului va fi consemnat în scris pe formularul Nr. 2 și expediat oficiului eugenic competent. Când un cetățean german se află permanent în străinătate, el va putea fi examinat numai de un medic specialist determinat de serviciul con-

sular sau diplomatic din țara respectivă în înțelegere cu conducătorul politic competent al partidului național-socialist.

Dacă numai logodnicul este cetățean german, el este obligat să prezinte oficiului stării civile și certificatul de capacitate matrimonială (Ehetauglichkeit) al logodnicei. Certificatul de capacitate matrimonială devine nevalabil în cazul când au trecut șase luni dela eliberarea lui, fără să se fi încheiat căsătoria. Prelungirea termenului de valabilitate cade în competența oficiului eugenic. Dacă între timp oficiul eugenic află de unele piedici cari s'ar opune căsătoriei în sensul § 1 din lege, el este îndreptățit a retrage certificatul eliberat, atâta timp cât căsătoria nu este încă încheiată. Retragerea certificatelor se va comunica logodnicilor cât și oficiului stării civile.

Costul examinării la oficiul eugenic îl suportă logodnicii: câte 5 M. de fiecare persoană. Dacă sunt lipsiți de mijloce, oficiul le va reduce taxa sau îi va scuti în întregime. Despre asta hotărăște autoritatea superioară a oficiului. Inmânarea certificatului poate fi condiționată de achitarea preliminară a taxelor<sup>1</sup>.

Fiecare logodnic are dreptul să facă apel la deciziunea tribunalului eugenic contra refuzării sau retragerii certificatului de capacitate matrimonială. Competent este tribunalul eugenic de pe teritoriul oficiului eugenic. Impotriva deciziunei tribunalului eugenic, cei în cauză pot face apel la curtea superioară eugenică în termen de două săptămâni. Apelul îl poate face ambele părți: atât logodnicii cât și oficiul eugenic.

Din completul de judecată nu vor face parte medicii cari au vreun rol în examinarea logodnicilor.

Tribunalul poate dispune prezentarea logodnicilor la reexaminarea medicală. El n'are totuși dreptul să recurgă la constrângere. În asemenea împrejurări — când părțile refuză să se înfățișeze — tribunalul poate consfinți refuzul sau retragerea certificatelor. Deciziunea tribunalului va fi comunicată la timp atât candidaților cât și oficiului eugenic.

Ca taxă pentru procedura juridică se va încasa 5 M. La apel (în fața curții eugenice) nu se va încasa nicio taxă, dacă apelul vine din partea oficiului eugenic.

<sup>1</sup> Potrivit celei din urmă dispoziții a ministrului de interne, certificatele se eliberează în mod gratuit.



Apatrizii (persoanele fără nicio cetățenie) rămân în afara prevederilor acestei legi, afară numai dacă ei se căsătoresc în Germania.

\* \* \*

Sunt necesare unele lămuriri. După unificarea tuturor serviciilor sanitare comunale și de stat s'au înființat oficii de sănătate în toate orașele și circumscripțiile. Aceste servicii au atașate pe lângă ele oficii pentru igiena rasei și pentru sfaturi prematrimoniale încă dela 1 Aprilie 1935. S'a dispus, ca în asemenea oficii, în măsura în care lucrul va fi cu putință, să activeze numai medici specializați în eugenie și în igiena rasei și ale căror concepții sunt ancorate în ideologia național-socialistă. Cum se știe, în Germania au funcționat câteva oficii de sfaturi matrimoniale, încă imediat după război. Noile oficii se deosebesc de cele vechi prin faptul, că se interesează nu numai de starea sănătății candidatului la căsătorie, ci ele cercetează și constituția lui ereditară. Inovația prezintă un covârșitor interes prin aceea, că specialistul se interesează nu numai de defectele ereditare, ci și de calitățile naturale existente în familiile respective. Se atrage atenția candidaților asupra ambelor aspecte biologice. Prin aceasta se tinde a se face *educația eugenică* a masselor populare, spre a se ajunge la trezirea unui viu simț de răspundere, așa încât, ceea ce azi se face prin constrângere să se făptuiască mâine de bună voie: hotărârea de a se căsători sau nu, să rămână exclusiv o chestie de conștiință personală, cu garantarea totuși a respectării postulatelor eugenice.

Printre bolile molipsitoare sunt în primul rând tuberculoza și bolile sexuale după lămuririle Drului Linden. Interdicția unei căsătorii poate avea numai un caracter trecător. Pentruca cineva să fie declarat iresponsabil trebuie să fie deficient mintal, risipitor sau alcoolic. Prin „turburarea psihică“, defect ce ar face căsătoria nedorită pentru colectivitate, trebuie să se înțeleagă pe lângă gradele grave de psiho-patie și dispozițiile criminale și primejdioase societății, cum și bețivii, toxicomanii și alte asemenea persoane. Candidații vor trebui lămuriți, dacă interdicția este definitivă sau trecătoare.

\* \* \*

Fără îndoială, că noua lege germană este bine venită și va avea urmări fericite pentru menținerea sănătății fizice și psihice a poporului german. Vechea obiecție a adversarilor unor astfel de legiuiri și anume, că medicii ar putea elibera certificate de capacitate matri-

monială „din complezență“, cade. Obiecțiunea poate avea deplină valabilitate pentru țările în cari conștiința profesională este labilă și în cari simțul de răspundere nu este la nivelul cuvenit. Tot valabilă ar rămânea obiecțiunea, dacă am fi avut o legiuire neserioasă, ca aceea de anul trecut din Jugoslavia. Legea jugoslavă este lipsită de orice gând organizator și nu s'au prevăzută anumite instituții de stat, cari să aibă obligația și competența necesară pentru o temeinică examinare a candidaților. Dar mai ales, viciul capital al acelei legi este dispoziția, ca pe lângă medicii de stat să poată elibera certificate de sănătate și medicii particulari. Cine ar putea fi sigur de scrupulozitatea medicilor particulari? Și mai ales, cine s'ar putea bizui pe pregătirea lor în atâtea domenii ale patologiei umane și cum ar putea ei dispune personal de atâtea instrumente și mijloace de analiză, fără a mai vorbi de incompetența în domeniul geneticii umane?<sup>1</sup> A elabora sau a decreta o lege e ușor, a o copia deagata e și mai ușor, dar fără organizarea amănunțită a condițiilor ei de aplicare, legea e căzută în desuetudine din ziua decrătării ei. Pentru a se asigura efectul unei atare legi, e nevoie nu numai de un anumit guvern dar și de un anumit regim. Efectul legii germane apare asigurat și fără îndoială, că succesul acestei legi va fi analog „legii pentru prevenirea urmașilor disgenicici“. Asta, pentru că oficiile eugenice vor fi utilizate corespunzător ca instituții de stat, iar medicii sunt pregătiți, conștienți de rostul lor și sub controlul continuu al tribunalelor eugenice.

Legea își va atinge scopul, înainte de toate pentru că ea porcede dintr'o voință și concepție clarvăzătoare, din convingerea adâncă a conducerii de stat, că așa va chezașui sănătatea și valoarea biologică a poporului german.

---

<sup>1</sup> Chiar în Germania dinaintea actualului regim, cursurile despre ereditatea vegetală, animală sau umană nu erau aproape de loc frecventate de către studenții mediciniști dela Universitatea din München și desigur că aiurea nu era altfel. Chiar la cursurile Profesorului Fritz Lenz — singurele cursuri regulate despre eugenie în Germania postbelică până la actualul regim — veneau foarte puțini mediciniști, deși asemenea cursuri se țineau în cadrul facultății de medicină. În genere astfel de cursuri despre eugenie sau genetică umană erau privite de mediciniști ca un fel de barlast inutil al carierii medicale. Lucrurile s'au schimbat abia după ce actualul regim a condiționat practica medicinei de absolvirea anumitor cursuri speciale din eugenie și din toate domeniile subsumate eugeniei.

## Sub-nutriția la copiii de școală și infecția tuberculoasă

de  
Dr. P. RĂMNEANȚU

În timpul din urmă, tot mai frecvent se încearcă să se facă o orientare, asupra sănătății fizice a elevilor în general și asupra frecvenței infecției tuberculoase în special, pe baza determinării stării de nutriție.

Ținând seamă, că unele din simptomele tuberculozei latente: anorexia, oboseala, astenia, sunt prea subiective; iar altele ca: vocea voalată, tusa ușoară, expectorația intermitentă, febra mică și altele, sunt aproape neobservate, și greu de depistat, cu ocazia unui examen-sumar, care deocamdată așa se face aproape în toate școlile din mediul rural și'n lipsa unei instalații de radiologie, noua metoda a câștigat teren destul de larg.

Intru cât acest procedeu are o valoare reală sau nu, deocamdată este greu să ne pronunțăm, deoarece cercetări pe un număr mare de elevi nu avem, iar concluziile cari se desprind din cercetările minuțioase executate de Hetherington<sup>1</sup> H. W., pe 1999 de elevi, neagă asociația dintre starea de sub-nutriție și infecția tuberculoasă latentă.

Hetherington determinând starea de nutriție și executând reacția la tuberculină, a găsit, că printre 729 de elevi în stare de sub-nutriție, 28,5% au reacționat negativ și 71,5% pozitiv, iar printre 1270 de copii normali ca nutriție, 28,5% au fost negativi și 71,5% au reacționat pozitiv la tuberculină.

Noi am reluat aceste cercetări, le-am executat pe 606 elevi din trei comune rurale (români: 544; unguri: 26; nemți: 20; țigani: 16)<sup>2</sup>, în cari tuberculoza este întinsă, având în medie anuală o mortalitate de 260 la 100,000 de locuitori. Starea de sub-nutriție am determinat-o prin raportul dintre vârstă, înălțime și greutate, conform tabelelor standard ale lui Baldwin T. și Wood D. Th. Am folosit aceste tabele, lipsindu-ne deocamdată tabelele naționale, deși nu le credem cele mai corespunzătoare pentru copiii români.

Am considerat în stare de sub-nutriție, pe toți acei elevi cari au avut cu 10% sau mai mult, greutatea mai scăzută decât cea cores-

<sup>1</sup> Hetherington H. W.: Malnutrition in childhood and tuberculous infection, The American Review of Tuberculosis, Nr. 4, V. XVI, Oct. 1927.

<sup>2</sup> La aceste lucrări, cari au avut loc în comunele Banloc, Vărădia, Iablanța, au luat parte D-nii D-ri Selegianu, Tirica și Secheli.

punzătoare vârstei și înălțimii lor. Rezultatele asupra stării de nutriție sunt următoarele:

Proporția copiilor sub-nutriți.

Nr. copiilor	Total		Băieți		Fete	
	Cifre	%	Cifre	%	Cifre	%
Total . . . .	606	100.0	300	100.0	306	100.0
Sub-nutriți . .	211	34.8	73	24.3	138	45.1

Proporția mare a copiilor sub-nutriți ne este imposibil să o explicăm, deoarece în comunele anchetate numărul membrilor dintr-o familie este foarte mic, comunele fac parte din regiunea Banatului, unde există o stare de depopulare.

La reacția von Pirquet elevii au reacționat după cum urmează din tabela anexată:

Rezultatul reacției von Pirquet.

Vârsta	Nr. copiilor		
	Total	Pozitivi	
		Cifre	%
7	88	30	34.1
8	62	24	38.7
9	91	38	41.8
10	71	31	43.7
11	78	35	44.9
12	69	31	44.9
13	53	26	49.1
14	47	24	51.1
15	33	24	72.7
16-17	14	11	78.6
Total . . . .	606	274	44.5

Reiese că, în aceste trei comune, cari au dat o rată urcată a mortalității prin tuberculoză, infecția tuberculoasă latentă și poate cea evolutivă are o proporție foarte mare. În raport cu sexul, infecția este mai întinsă la fete (47.7%), decât la băieți (42.7%).

Intru cât infecția tuberculoasă latentă este un factor în producerea stării de sub-nutriție, citim din tabela următoare, în care redăm:



Proporțiile copiilor normali și a celor sub-nutriți pozitivi la tuberculină.

Vârsta	Copii normali			Copii 10% sub-nutriți		
	Total	Pozitivi		Total	Pozitivi	
		Cifre	%		Cifre	%
7	62	21	33.9	26	9	34.6
8	40	14	35.0	22	10	45.4
9	64	27	42.2	27	11	40.7
10	43	15	34.9	28	16	57.1
11	48	18	37.5	30	17	56.7
12	46	18	39.1	23	13	56.5
13	29	13	44.8	24	13	54.2
14	33	17	51.5	14	7	50.0
15	20	14	70.0	13	10	76.9
16-17	10	7	70.0	4	4	100.0
Total . . . .	395	164	41.5	211	110	52.1

Din aceste proporții reiese, că elevii din grupa celor sub-nutriți, au reacționat pozitiv la tuberculină într-o proporție mai mare, decât copiii normali și supra-nutriți.

Această deosebire a copiilor normal nutriți, față de cei sub-nutriți, în raport cu infecția tuberculoasă latentă, ne deosebește fundamental în concluziile pe cari le tragem, de ale lui Hetherington, unica cercetare după cât știm, de acest fel.

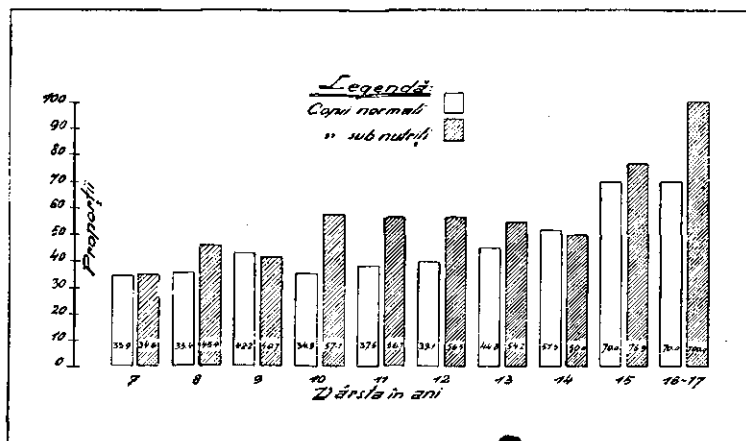
Ținând însă seamă, că numărul de copii cercetați de noi a fost redus, iar determinarea stării de nutriție nu am făcut-o pe tabele naționale și că reacția V. Pirquet nu depistează în totdeauna infecția tuberculoasă latentă, în concluziile pe cari le tragem, lăsăm loc și unei rezerve, până când vom reveni cu cercetări noi, cu toate, că asociația dintre starea de sub-nutriție și reacția pozitivă conform atât cu tabela precedentă, cât și cu grafica care urmează, e prezentă la toate vârstele de copii.

*În rezumat, în urma determinării stării de nutriție și depistării tuberculozei latente prin reacția von Pirquet, la 606 elevi din trei comune rurale, în cari tuberculoza este întinsă, iar alimentația este relativ bună, dar nu rațională, constatăm, că între starea de sub-nutriție a copiilor și între infecția tuberculoasă latentă este o asociație destul de frecventă. Aceasta ne îndrituește, să considerăm starea de sub-nutriție ca un simptom care se asociază frecvent celorlalte simptome ale tuberculozei latente.*

*Importanța acestui simptom, pentru activitatea de toate zilele*

Proporțiile elevilor normali nutriți și a celor subnutriți, pozitivi la tuberculină.

Grafica Nr. 1.



din serviciile medicale școlare, devine destul de însemnată, dacă va fi confirmată și de alte cercetări. Deoarece prin starea de subnutriție se vor putea selecționa elevii, cari reclamă atât un examen medical mai amănunțit, cât și o supraveghere mai apropiată, pași atât de necesari în depistarea și prevenirea tuberculozei evolutive în școlile rurale.

## Legiferarea avortului din indicații eugenice în Germania.

de  
I. FĂCĂOARU

Problema centrală a actualului regim din Germania a fost dintru început înviorarea izvorului de viață națională. În două direcții și-a îndreptat străduințele conducerea statului: să ridice cifra natalității, care scăzuse în proporții catastrofale și să amelioreze calitatea rasială a națiunii. În intervalul de doi ani dela aplicarea reformelor demografice, cifra nupțialității și a natalității s'au urcat simțitor, iar balastul împovărat al degenerațiilor tinde a fi treptat eliminat dela reproducere.

Sistemul de legiuiri pentru apărarea rasei a fost întregit la 26 Iunie 1935, prin legea privitoare la întreruperea sarcinei din indicațiuni eugenice. Legea pentru sterilizare din 14. VI. 1933, nu preciza nimic cu privire la cazurile când femeea sterilizabilă era și însărcinată. Tribunalele eugenice nu puteau decide nimic, iar magistrații instanțelor supreme erau avizați în asemenea cazuri la propria lor conștiință. De aici controverse neplăcute. Pe când unele tribunale ca cel din Hamburg decideau, ca femeea însărcinată disgenică să suporte pe lângă operația sterilizării și întreruperea sarcinei, Berlinul nu lua în considerare asemenea cazuri.

Textul legii însoțit de comentarii lămuritoare privind aplicarea ei, va apare în curând sub titlul: „*Deutsche Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen*“, de Dr. W a g n e r, „conducătorul“ medicilor germani. Deocamdată ne mulțumim cu rezumarea punctelor esențiale din textul legii publicate în „*Deutsches Ärzteblatt*“ din 10 August 1935, Nr. 32, la care vom adăoga doar câteva comentarii.

*Intâi*, legea prevede procedeul cunoscut din legea sterilizării: avizul specialiștilor. Organele executorii sunt oficiile referente (Gutachterstellen), conduse de un medic șef. Acesta însărcinează pe 2 specialiști să-și dea avizul, fără ca aceștia să știe unul de avizul celuilalt. Dacă părerile concordă, se va proceda în consecință, dacă diverg, se va recurge la un supra-aviz sau medicul șef va examina el însuși persoana. Categoriile disgenice sunt aceleași: deficiență mintală congenitală, schizofrenie, demență circulară, epilepsie ereditară, coree, orbire ereditară, surzenie ereditară, deformațiuni fizice ereditare grave și alcoolism ereditar grav. Pe cât se poate, întreruperea sarcinei se face odată cu sterilizarea.

*Al doilea*, spre deosebire de sterilizare, întreruperea sarcinei este voluntară. Femecea trebuie să ceară intervenția ea însăși sau reprezentantul ei legal. Intervenția nu se face, dacă prin asta s'ar primejdi sănătatea mamei.

*Al treilea*, fructul nu trebuie să fie în viață, adică întreruperea sarcinei trebuie să se producă înainte de a se fi scurs a 6-a (a șasea) lună de sarcină.

Costul intervenției va fi preluat de către oficiile cari suportă cheltuielile sterilizării. Întreruperea sarcinei împotriva prescripțiilor legale, sau o altă operație, cum ar fi îndepărtarea glandelor sexuale, sunt îngăduite numai atunci, când un medic le execută potrivit artei medicale în scopul prevenirii unei primejdii pentru sănătatea sau viața pacientei, a cărei consimțire este necesară. După legea anterioară, bărbatul putea fi castrat în cazul când exista o sentință a tribunalului în acest sens.

Faptele penalizate astfel sunt: atentatele la pudoare (violurile), homosexualitatea, actele de ofensă publică, satisfacerea instinctului sexual în mod nepermis, răniți corporale în tentativa de crimă, etc. Castrarea, care schimbă complet afectivitatea și capacitatea sexuală spre deosebire de sterilizare, se aplică după decretule adiționale numai în următoarele condițiuni:

a) când sentința a fost pronunțată de un tribunal împotriva unui criminal, ca măsură de a-l pune pe acesta în siguranță și a-l vindeca de impulsivitate a căror victimă este;

b) când există un aviz medical sau oficial, care ar cere eliberarea criminalului printr'o asemenea operație de un instinct sexual degenerat; și

c) când operația se execută de către un medic după regulile artei medicale în scopul prevenirii unei primejdii pentru viața sau sănătatea pacientului, a cărei consimțire este necesară.

Intervenția se face numai de un medic oficial și numai după ce hotărârea e definitivă. Medicii nearieni sunt excluși și ei nu pot nici propune nici executa operația. Autoritatea superioară provincială decide locul unde se va face operația și medicul executor. Acesta este obligat, ca după operație să înainteze un raport medicului oficial privind cazul. Intervenția n'o poate face medicul, care are vreun amestec în propunerea ei sau în procedura de decizie.

Scopul țintit prin noua lege este identic cu cel urmărit prin legea sterilizării: pe deoparte să apere comunitatea de actele criminale ale unor indivizi cu instinctul sexual degenerat, iar pe de alta, să împiedice ca dispozițiile criminale ale acestor de-

generații să fie transmise urmașilor lor. Caracterul coercitiv din legea sterilizării, care înlesnea instigațiile dușmanilor împotriva ei, lipsește în noua lege pentru întreruperea sarcinei. Femeea disgenică este constrânsă să se supună sterilizării, dar e liberă să accepte sau să respingă intervenția pentru întreruperea sarcinei. Măsura pare că nu mulțumește logica, de vreme ce prezervarea bunului biologic național a trecut, așa cum se cuvine, în mâna statului. În acest mod se va amâna cu o viață de om, în multe cazuri, prevenirea disgenicilor. În schimb, legea are avantajul că prin imblânzirea prevederilor, cruță simțământul matern de violentări brutale, chiar când unele asprimi ar fi justificate din punct de vedere al intereselor de stat. În același timp, legea respectă anumite concepții și sentimente, cum sunt anumite norme de etică individuală sau de credință religioasă. Cu toată dispoziția favorabilă a poporului german față de reformele biopolitice ale actualului regim, sunt încă unele rezistențe. O parte din straturile populare, cum sunt părțile comuniste, găsesc pretexte de agitații, iar unele cercuri catolice nu admit imperativul de stat în controlul cantitativ și calitativ al populației. Majoritatea opiniei publice este însă favorabilă acestor reforme, iar apărarea urmașilor de mizerii morale și suferinși nemeritate capătă treptat cuvenita semnificație de înaltă etică socială.

## Actualități

I MOLDOVAN

### 1. Un decret interesant.

Citiserăm în gazete, că Institutul demografic a trecut dela Ministerul Sănătății la Ministerul de Interne; o știre surprinzătoare și dureroasă pentru toți aceia, cari își dau seamă de covârșitoarea importanță pe care poate să o aibă acel Institut pentru bunul mers al serviciului sanitar. Justificarea trecerei prin faptul că organele Ministerului de Interne fiind acele cari furnizează datele privitor la starea și mișcarea populației Institutului demografic, aceasta în mod firesc trebuie să aparțină și el Ministerului de Interne, nu ni se părea serioasă, iar pentru menținerea Institutului în cadrele Ministerului Sănătății pledau o serie întreagă de argumente.

Când în anul 1929 s'au reorganizat Ministerele, am insistat pentru trecerea serviciului demografic dela Ministerul de Interne la Ministerul Sănătății, dându-mi seamă de covârșitoarea importanță, pe care un serviciu demografic bine organizat, cu o perfectă înregistrare a stării și mișcării populației, o are pentru sănătatea publică.

Serviciul demografic, înainte aproape inexistent, în cadrele Ministerului Sănătății a înflorit, legătura cu acest Minister i-a adus concursul Fundației Rockefeller, recensământul general, inițiat tot de acest Minister, i-a dat un avânt neașteptat și colaborarea devotată a serviciilor sanitare i-a ușurat afirmarea. Este adevărat, că serviciul și în urmă Institutul demografic a trebuit să sufere un timp îndelungat și multe mizerii (salarii neplătite cu lunile, lipsa de fonduri, etc.) din partea conducerii sanitare, mizerii însă, cari erau inerente luptei pentru afirmare a unei instituțiuni încă neînțelese în importanța ei, și cari în mod firesc erau pe cale să înceteze. În orice caz ele nu contau față de necesitatea imperioasă, ca Institutul demografic — în interesul sănătății publice — să rămână în neîmșchită legătură cu Ministerul Sănătății.

Eram deci sigur, că trecerea amintită nu s'a putut întâmpla, decât după o

dărză rezistență din partea Ministerului și a Institutului. Decretul regal însă, publicat în Monitorul Oficial Nr. 5 din 7 Ianuarie 1936, ne înfățișează problema într'o lumină cu totul nouă. Nu mai este vorbă de o simplă trecere a Institutului demografic dela un Minister la altul, ci de o nouă așezare a statisticei în frunte cu Institutul central de statistică, cu o amplasare în organizațiune și atribuțiuni, cum nici cel mai fervent susținător al statisticei nu avea curajul, să le creadă posibile.

De fapt Institutul acesta dispune de 16 secțiuni (nu servicii!), un secretariat și un oficiu de studii și publicațiuni, iar problemele, de cari se ocupă, sunt atât de multiple și vaste, încât nu numai că respectă toate cerințele ale celui mai complex serviciu de statistică dar întrec chiar limitele acestuia, ca d. e. prin secțiunea bio-antropologică și aceea „de studii minoritare“.

În fiecare Minister (în afară de cel de Externe și cel al Armatei) și pe lângă fiecare casă autonomă, Institutul central de statistică dispune de un fel de expoziură, numită unitate statistică, obligată să execute toate lucrările statistice cerute de Institut, punând evident la contribuție toate serviciile și instituțiile Ministerului respectiv. Atări unități există și pe lângă fiecare prefectură și primărie de municipiu. Toate aceste unități depind din punct de vedere tehnic și al controlului activității lor de Institutul central de statistică, căruia îi revine și calificarea personalului lor. Se admite, ca și Ministrul să poată cere unității sale statistice, care de fapt nu-i aparține, lucrări, dar și acestea numai sub controlul Institutului. În afară de aceasta „orice serviciu sau funcționar public este obligat sub sancțiuni legale, a răspunde fără întârziere și a executa orice însărcinări date de Institutul central de statistică“. Mai mult, orice particular, care este chestionat de Institut sau de un serviciu public sau funcționat, delegat în acest scop, asupra faptelor, cari de obicei formează materie de statistică, trebuie să răspundă urgent și sincer, sub amenințarea unei amenzi de 1000—20.000 Lei.

Niciun serviciu public nu se poate reorganiza fără avizul obligator din punct de vedere tehnic, statistic, al Institutului. Toate scriptele și imprimatele utilizate de autoritățile publice, se vor întocmi numai după avizul obligator al Institutului. Nici o culegere, comunicare sau publicare de date statistice oficiale nu se poate face decât cu autorizația și sub controlul Institutului. Iar în alt loc al decretului se precizează că „divulgarea și utilizarea datelor statistice pentru scopuri neautorizate se pedepsește cu pedepsele prevăzute de codul penal pentru violarea secretului profesional“. Și pentruca sursele de informațiuni ale Institutului să fie mai complete, editorii și tipografiile sunt obligate a trimite Institutului câte un exemplar gratuit din orice produs de presă, în conformitate și sub sancțiunile prevăzute în legea presei.

Face impresia, desigur neintenționată, că țara noastră este transformată într'o vastă uzină de statistică, în care fiecare cetățean, fiecare serviciu și funcționar este în permanență mobilizat, pentru a putea răspunde neîntârziat dispozițiilor Institutului, și în care nu există decât o singură competiție în această materie, aceea a Institutului, nicio altă autoritate îndrumătoare pentru reorganizarea serviciilor, decât tot aceea a Institutului central de statistică.

Este deci evident, că aici nu mai este vorba de un simplu Institut de statistică, ci de un fel de supraautoritate, așezată peste Minister, cu drepturi de a dispune și sancționa, cu atribuțiuni nu numai de a culege, interpreta și de a servi autorităților date statistice, ci și de a raționaliza și disciplina munca tuturor serviciilor publice, de a umplea goluri științifice și în alte domenii d. e. în cel al bio-antropologiei, și în sfârșit de a influența prin studii politica minoritară, culturală, economică, etc.

Este adevărat că halul în care se află azi serviciile noastre publice, cere o urgentă remediere. Aceasta necesitate ardentă, apoi preocuparea exclusivă a conducătorilor Ministerelor de azi cu chestiunile zilei și incapacitatea lor de ași sistematiza serviciile, faptul în sfârșit că Directorul Institutului demografic a reușit să raționalizeze în cadrele acestui Institut serviciul în modul cel mai perfect posibil, toate acestea — bănuim — vor fi îndemnat pe factorii responsabili, de a trece în sarcina noului Institut central de statistică și îndeosebi a directorului său toate problemele schițate mai sus. Și pentru ca acțiunea să reușească mai sigur, scutită de orice îngădire sau piedecă inufilă, s'a permis, ca conducătorul Institutului să introducă în decret cu o lărgăță fără pereche tot ce a putut numai dori și s'a riscat chiar ca, eludându-se controlul și desbaterile în parlament, dispozițiunile necesare, cari de fapt trebuiau să fie îmbrăcate în formă de lege și supuse tratamentului în consecință, să fie luate pe cale de decret regal într'un timp când parlamentul era în funcțiune.

Rămâne ca viitorul să ne arate dacă neobișnuita generozitate a dispozițiunilor decretului, a fost sau nu favorabilă evoluției institutului central și îndeosebi problemelor pe cari acesta le reprezintă.

Trecerea Institutului demografic din sinul Ministerului sănătății în cadrele Institutului central de statistică înseamnă pentru sănătatea publică în orice caz o foarte serioasă pierdere. Nu am văzut însă nici o reacțiune din care se putea deduce, că conducătorii serviciului sanitar și-au dat de fapt seamă de lovitura, care s'a dat sănătății publice. Ministerul nostru nu se interesează de starea și mișcarea populației, nici de rezultatul statisticii sanitare, cu toate că datele statisticii demografice și sanitare ar trebui să stimuleze și îndrumeze în permanență activitatea reparatorie și îndeosebi preventivă a serviciului sanitar. Alari probleme, ca demografia și acțiunea de prevenire, sunt însă streine de preocupările Ministerului Sănătății. Ingropat în hârții și griji-mărunte, refractar față de tot ce este inovațiune și progres, el își cheltuiește puținele energii, cari îi mai rămân disponibile, „creiând“ după un vechi și scump fipic, posturi de medici de circumscripție și dispensare și reparând spitale. Că cu toate aceste creațiuni și realizări mortalitatea își merge, nealterată, drumul înainte și este cea mai urcată din toate țările civilizate, iar natalitatea scade, puțin importă. În luna Februarie anul trecut am avut în România o mortalitate fantastică de aproape 40 la mie de locuitori; peste 60% a sugarilor au murit atunci în anumite regiuni. S'a văzut atunci un semn de îngrijorare sau de reacțiune din partea Ministerului? Desigur că nu!

Sporesc zidurile, hârțiile și consultațiile, se înăbușe orice inițiativă spre o acțiune preventivă mai largă, se abandonează cu o nemeipomenită ușurință instituții de bază ale serviciului sanitar, iar în acelaș timp se irosește — în nepăsarea completă a autorității competente — cel mai scump capital de care dispunem. E atât de greu să înțelegi avertismentul categoric al acestei realități crude?

## 2. Vaccinările antidifterice și antiscarlatinoase.

A pleda pentru eficacitatea și aplicarea mai largă a vaccinării contra difteriei ar însemna să susținem o cauză de care nici un cunoscător nu se mai poate îndoi. De fapt vaccinarea cu anatoxină Ramon și-a dovedit din belșug utilitatea prin prompta reducere sau chiar dispariție a difteriei în toate colectivitățile, unde a fost executată pe o scară suficient de largă. La aceasta constatare, ca și la concluzia, că injecțiunile anatoxinei sunt practic inofensive, s'a ajuns după milioane de vaccinări făcute aproape în toate statele civilizate.

Dacă la noi în țară nu am avea diferențe, concluziile de mai sus ne-ar putea lăsa indiferenți. Dar diferența este și la noi endemică, morbiditatea și letalitatea crește chiar din an în an. A refuza sau împiedeca în alari condițiuni aplicarea vaccinării antidifterice, începând cu cea mai fragedă vârstă a epocii preșcolare, este — dacă nu mai mult — o neglijență, care prin nimic nu poate fi justificată.

În ce privește scarlatina, problema eficacității vaccinării este încă în faza de experimentare și deci discutată. Sunt autori care refuză orice încercare în această direcție, în baza convingerii lor, că streptococul nu poate avea nicio legătură etiologică cu scarlatina. Sunt alții, puțini, cari cu toate încercările făcute nu au putut ajunge la o concluzie definitivă privitor la efectul vaccinării cu toxina Dick formolată. Și sunt în sfârșit un număr considerabil de autori, cari în baza unei experiențe proprii au ajuns la concluzia, că vaccinarea cu aceea toxină este capabilă, să prevină îmbolnăviri dar îndosebi să reducă mortalitatea prin scarlatină, fiind în același timp tot atât de inofensivă, ca și aceea contra difteriei.

Data fiind răspândirea atât de intensă a scarlatinei la noi în țară și marea ei mortalitate, dat fiind mai departe faptul, că mijloacele noastre de luptă contra scarlatine sunt atât de reduse, aproape inexistente, constatările de mai sus ne obligă, de a da vaccinării antiscarlatinoase toată atenția și de a încerca perfecționarea metodei de aplicare și sporirea efectului. Această încercare a început sub conducerea Institutului nostru de igienă și sănătate publică prin Dl. Dr. Turcu în anul 1934 în Turda și alte localități din Transilvania. Metoda de aplicare s'a perfecționat atunci prin injecția simultană a ambelor vaccinuri, antidifteric și antiscarlatinos, amestecate, iar rezultatul a fost, că — fără a se spori reacțiunile imediate — efectul imunizatoriu, măsurat întâi prin probele Schick și Dick, s'a dovedit sporit față de acela al vaccinărilor izolate. S'a atașat deci vaccinarea antiscarlatinoasă celei antidifterice fără vreun efort în plus, fără a risca reacții mai intense, sporind însă în același timp efectul imunizatoriu.

Acest rezultat ne-a îndemnat, și trebuia să îndemne și conducerea serviciului sanitar, indiferent de alte considerațiuni teoretice, de a încerca acest procedeu pe o scară mai întinsă. În anul trecut s'au executat în o serie de municipii și județe din Transilvania și Banat zeci de mii de atari vaccinări mixte, într'un mod perfect controlat și reproșabil din punct de vedere științific. Concluzia, care se desprinde de pe acum deja din aceste vaccinări, confirmă pe deplin constatările amintite mai sus, și cu toate că timpul de observație este încă prea scurt pentru a permite concluzii definitive, efectul preventiv față de difterie este evident și indiscutabil, iar cel față de scarlatină, deși mai redus este evident și el, și justifică pe deplin aplicarea cât de largă a vaccinării mixte.

A întârzia continuarea vaccinării antidifterice, înseamnă a refuza aplicarea unei măsuri sigure de prevenire, tot atât de verificate în practică, ca și vaccinarea antiftifică, antiholerică sau antivariolică. Iar când cu același efort, cu aceleași reacțiuni dar sporindu-i efectul, se poate atașa vaccinării antidifterice și cea antiscarlatinoasă, nu se poate înțelege refuzul sau amânarea aplicării acestui procedeu, chiar dacă efectul față de scarlatina s'ar reduce la prevenirea numai a câtorva sufe de îmbolnăviri din zecile de mii, pe cari le avem anual, sau la salvarea a numai câtorva vieți din miile pe cari le pierdem anual prin scarlatină, sau chiar dacă continuarea acestei încercări nu ar avea alt rost și rezultat decât că vom ști cât mai de vreme din propria noastră experiență, că vaccinarea antiscarlatinoasă, așa cum se explică azi, nu merită să fie generalizată.

## Cronica Eugenică

\* **STERILIZAREA IN GERMANIA.** Cele 205 tribunale împreună cu cele 26 curți de apel eugenice au avut 84.256 acțiuni de judecată în decursul anului 1934. La 31 Decembrie 1934 — după cum se știe, legea e în vigoare dela 1 Ianuarie 1934 — erau 56.244 de decizii definitive pentru sterilizare. Dintre cazurile judecate, în 93.8% s'a ordonat sterilizarea, iar în 6.2% operația propusă a fost respinsă.

\* **LEGEA STERILIZĂRII** se aplică și străinilor aflați în Germania. Aceștia scapă de aplicarea operației numai dacă părăsesc teritoriul Reichului.

\* **LEGIFERAREA AVORTULUI ÎN SUECIA.** La un congres al juriștilor în Suedia, ministrul de justiție și-a dezvoltat proiectul unei legi privitoare la întreruperea sarcinei. Această întrerupere ar urma să se facă din indicații eugenice, când copilul așteptat va fi afectat de deficiență mintală, de boală mintală sau de infirmitate. În altă parte a legii se prevede și indicații sociale.

\* **DETERMINAREA GRUPEI SANGUINE** s'a introdus obligatoriu pentru fiecare soldat din armata germană.

\* **ANTROPOLOGIA ȘI EREDITATEA CĂ OBIECTE DE ÎNVĂȚĂMÂNT.** Comisarul de stat al orașului Berlin, Dr. Lippert, a organizat un ciclu de cursuri despre rasă și ereditate într'o tabără școlară pentru învățătorii și profesorii secundari.

\* **MEDIUL URBAN ȘI DEGENERAREA.** În anul 1871 se găseau la 1000 de persoane 29.4 evrei și 21.8 protestanți resp. catolici, idioți și alienați. În 1900, la 163 alienați evrei erau numai 63 alienați germani. Evreii sunt bolnavi de 2½—3 ori mai des ca armenii, fiind inclinați către diferite psihoze cu bază ereditară. Autorul statisticii — Dr. E. Schulz — face răspunzători de această degenerare factori, ca încrucișările consanghine și eliminarea selecțiunii naturale prin viața urbană.

\* **APĂRAREA ȚĂRĂNIMEI ÎN UNGARIA.** Fărămijarea gospodăriilor agrare va fi împiedecată pe viitor și în Ungaria printr'o lege analoagă legii germane „Erbhofgesetz”. Conform acestei legi, gospodăria va fi moștenită întreagă de copilul cel mai mare.

\* **NATALITATEA ÎN EUROPA** scade continuu cu excepția Germaniei și Irlandei. În frunte stau — cum se știe — țările nord-vesteuropene. În 1933 natalitatea era în Suedia de 13.7‰. În 1934 Norvegia are cifra cea mai mică, 14.8 la mie. Urmează Anglia cu 15.3, Belgia cu 15.9, Franța și Elveția cu 16.2, Germania cu 18.0, Cehoslovacia (?), Olanda cu 20.7.

\* **NATALITATEA DIFERENȚIATĂ ÎN ITALIA.** Și în Italia ca în toate țările, cifra medie de copii pro familie scade cu înălțimea treptei sociale. Luând cifra 3.4 copii de familie necesară pentru menținerea staționară a populației, avem — cum reiese din datele Institutului italian central de statistică — același fenomen ca în toate țările: straturile sociale inferioare se înmulțesc mai repede ca cele superioare. În frunte stau muncitorii agricoli și zilerii cu 4.6 și 4.1 copii. Urmează comercianții, industriașii și meseriașii cu 3.7, lucrătorii și personalul de serviciu cu 3.3, iar cu cifrele cele mai mici ofșerii cu 2.4 și liber-profesioniștii cu 2.6 copii de familie.

\* **O LEGUIRE CURIOASĂ ÎN LETONIA** este schimbarea prevederilor legale din anul 1933 privind întreruperea sarcinii. Dispoziția echivalează practic cu libertatea unei asemenea intervenții, lucru care va avea probabil urmări defavorabile



pentru natalitatea populației. Întreruperea sarcinei nu mai este pedepsibilă „dacă se execută cu învoirea femeii însărcinate de către un medic specialist, într'un spital sau într'o clinică”.

\* **INĂSPRIREA CRITERIILOR SELECTIVE ÎN GERMANIA.**

Oficiul de stat studentesc cere candidatului pentru bursă prezentarea arborelui genealogic al familiei până la anul 1800.

\* **IMPOTRIVA DĒGENERĂȚILOR.** Președintele Universității americane din Colgate, Dr. Cutten s'a ocupat într'un articol intitulat: „Asistența, pe care civilizația o dă elementelor degenerate este echivalentă cu sinuciderea”, de evoluția rasial-politică a popoarelor albe. „Cei mai mari vinovați” — spune Cutten — „sunt filantropii și medicii. Ei nu neglijează nimic pentru a întreprinde și a îngriji pe desmoștenii soartei. Acum avem un popor mai mult păzit, decât rezistent”.

\* **CĂSĂTORIA** între rasele de culoare și albi sunt interzise prin lege în statul Virginia din America de Nord, încă din anul 1924.

\* **CĂSĂTORIILE** cu streine au fost interzise tuturor diplomaților din serviciul Ministerului de externe japonez. Cei cari vor contraveni, vor trebui să părăsească oficiul lor.

\* **EUGENIE PRACTICĂ.** Niciun copil nu poate fi adoptat în Germania fără a i se cunoaște istoria ereditară.

\* **EXAMENUL INTELIGENȚEI.** Dr. Hoken Kirihara a aplicat câte 4 teste de inteligență unui număr de 12.000 de japonezi de ambe sexe. În prima linie a urmărit deosebiri intelectuale între bărbați și femei și deosebiri după etate.

\* **OFICIU MATRIMONIAL.** Cu toată cifra natalității foarte ridicată în Japonia, autoritățile din Tokio au organizat un *oficiu matrimonial* pentru incurajarea căsătoriilor. Publicul de ambe sexe interesat, recurge în mod activ la serviciile acestui oficiu.

\* **RECONSTITUIREA CRANIULUI OMULUI ANTROPOID.** Hans We in e r t, Kiel, a reconstituit craniul lui lui *Pitecantropus erectus*. Originalul se găsește la muzeul de istorie naturală din Lübeck. Copii se pot obține pentru 65. M. Reconstituirea întregului *Pitecantropus* în mărime naturală fusese încercată de descoperitorul lui însuși, Eugen Dubois. Actuala reconstituire a fost ajutată mult de recenta descoperire a fosilului „*Sinantropus pekinensis I*”, încât s'a putut reda cele mai fine amănunte anatomice: structura morfologică a feței, a dinților, suturile, foramina etc.

**FOTOGRAFIILE** au un rol f. însemnat în studiile antropologice. Cu prilejul unor cercetări antropologice în India (Prof. Cipriani și colaboratorii săi) au măsurat 2000 de persoane și au luat 4000 de fotografii.

**PREMIUL NOBEL** pentru fiziologie și medicină a fost decernat și pentru 1935 tot unui german, Prof. Hans Spemann, zoolog în Freiburg (Breisgau), pentru descoperirea fenomenului numit „efectul organizator în timpul dezvoltării embrionale”. După cum musculițele lui Morgan au lămurit numeroase probleme în genetică, broaștele lui Spemann au adus o rază de lumină asupra dezvoltării individului.

**INCURAJAREA CĂSĂTORIILOR.** Printre mijloacele la cari conducătorii Germaniei recurg spre a înlesni căsătoria finerilor este și următorul: secția berlineză a reuniunii „Kraft durch Freude” a organizat de curând o călătorie la Marburg la care au participat 700 de celibatori de ambe sexe. Orașul Marburg a pus la dispoziția tuturor perechilor, cari la urcarea în tren nu se cunoșteau, dari cari în timpul călătoriei s'au logodit, mijloacele necesare pentru a petrece 14 zile gratuit în acest oraș, după nuntă.