

BULETIN EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. XIII.

1942

Nr. 9-12

C O N T Î N U T

I. MOLDOVAN: Biologia familiei și etnobiologia	277
P. NISTOR: Noțiuni de organizare și administrație sanitară în județe .	303
I. MOLDOVAN: Organizarea serviciului sanitar și de ocrotire . .	326
M. ZOLOG: Igiena școlară	344
L. DANIELLO: Organizarea și tehnica funcționării dispensarului anti- tuberculos	374
P. RAMNEANȚU: Studiul natalității și efectul reproducerii diferen- țiale a populației asupra calităților ei viitoare	381
I. PRODAN: Combaterea bolilor infecto-contagioase în mediul rural .	412
I. FĂCĂOARU: Compoziția rasială a satelor din județul Turda . .	416
Cronică: Sănătate publică. Demografie. Antropologie. Eugenie . . .	419



EDITAT DE SECȚIA BIOPOLITICĂ A „ASTREI”
ȘI DE
INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI BIOPOLITICĂ, SIBIU

Biologia familiei și etnobiologia

de
I. MOLDOVAN

I.

Familia ca unitate de bază a neamului și a statului abia în ultimul timp începe să fie studiată mai temeinic în ce privește factorii care îi hotărăsc evoluția și rostul firesc pe care are să-l îndeplinească. Cercetările în această direcție au plecat din diferite domenii: istoric, sociologic, biologic și nu sunt cuprinse încă într'o știință proprie, care să asigure privirea simultană a problemei din toate laturile ei și integrarea sistematică a cercetărilor spre cunoașterea precisă a realității. Privitor la evoluția neamului putem lua informații din istorie, etnografie, arheologie, etnogeografie, sociologie, biologie, dar — dacă facem abstracție de cercetările etnobiologice, cari sunt încă la începutul lor, — nici una din aceste științe nu se ocupă de fapt de biologia neamului, adică de geneza, evoluția și structura comunității de sânge, tradiție, spațiu și destin care este neamul. Toate ating problema noastră incidental numai sau indirect și chiar și istoria care în esență ar trebui să fie înregistrarea rezultatelor interacțiunii între neamul în devenire și mediu, între forțele biologice ale neamului și cele peristatice, chiar și istoria nu se ocupă atât cu descrierea evoluției neamului, a factorilor biologici, cari hotărăsc această evoluție, ci mai ales cu mediul, spațiul, țara, care cuprinde neamul și aproape exclusiv cu factorii mediului exterior, fizic și social, cari hotărăsc soarta politică a neamului.

Din momentul însă, când ne dăm seamă, că familia este unitatea biologică de bază, de a cărei alcătuire și funcționare depinde soarta neamului și deci și a statului ca formă de viață a neamului, că mai departe, acesta din urmă este unitate biolo-

gică superioară sau supremă, spre a cărei apărare și propășire trebuie să se integreze rosturile familiilor, este evident, că o cunoaștere temeinică a evoluției acestor unități, a factorilor cari le pot influența în bine sau în rău, este de o covârșitoare însemnătate. Iată pentru ce cred necesară încercarea, de a schița aceste probleme și de a iniția o discuție în jurul lor în speranța, că vom ajunge la lămuriri îndrumătoare, foarte bine venite atunci, când — poate în scurtă vreme — problemele acestea vor deveni de o mai mare actualitate și la noi.

Familia cuprinde tată, mamă și copii, familia mare în plus și pe bunici, iar seminția și pe străbunici, împreună cu toți colaterali. Familia pe care o alegem ca prototip pentru expunerea noastră este cea țărănească, care și-a păstrat încă toate caracterele de unitate nu numai naturală, dar și spirituală, gospodărească, spațială și de destin, caractere esențiale pentru a-și putea îndeplini rosturile sale firești. Aceste rosturi sunt procrearea, ocrotirea și educația generației noi spre continuarea și propășirea vieții etnice. Familia este neamul în mic și cum statul nu este altceva decât forma de viață a neamului, familia cuprinde în alcătuirea și funcțiunea ei și esența statului.

Diferențierea între bărbat și femei, diferențiere și integrare pe care în esența ei o aflăm pe toate treptele filogenetice, oriunde este viață și ca o condițiune a perpetuării vieții, este un exemplu și poate cel mai grăitor, al necesității existenței unei polarități de forțe, al unor antagonisme, al căror echilibru dinamic condiționează păstrarea și continuarea vieții. Diferențierea între bărbat și femei nu este deci un vestigiu al vieții animalice sau primitive, cu rostul exclusiv al satisfacerii instinctului sexual, rămânând individul liber de a-și alege, indiferent de sex, orice rost în viață, afirmând egalitatea desăvârșită mintală și sufletească a sexelor, și tot indiferent de sex, dreptul de autodeterminare, limitat numai de normele legale fixate de asociațiile umane.

Deosebiri organice, profunde între bărbat și femei nu se manifestă numai la nivelul fizicului. Toată structura mintală și sufletească, felul de a fi și de a reacționa, arată diferențe specifice. Bărbatul dispune de forță și mobilitate mai mare, el este mai întreprinzător, mai dinamic, luptător, cu gândul înainte spre progres, bazând activitatea lui mai mult pe rațiune, cu ros-

turi mai mult înafara vetrei, pentru a-și apăra familia și a-i asigura existența materială. Femeia este mai delicată, mai imobilizată prin procesele fiziologice legate de funcțiunea ei de mamă (menstruație, graviditate, naștere, ocrotirea copilului), fixată mai mult de casă, punând mai mult sufletul în acțiune, cu gândul mai mult către trecut, păstrătoare a tradiției și devotată desfășurării firești a vieții în interiorul focarului familial. Polaritățile sau antagonismele înșirate aici numai în mică parte, ne arată că bărbatul și femeia abia împreună, completându-se formează o unitate inzestrată cu o suficientă amplitudine a variatelor caractere și cu necesara tensiune între forțele antagoniste pentru a asigura adaptarea, a stimula creația și a menține și spori dinamismul manifestărilor biologice. O întregire deci care nu se rezumă la actul fecundației, ci înseamnă și o permanentă măsurare și descărcare de forțe spirituale, o fecundare sufletească, necesară menținerii și desăvârșirii vieții pe plan superior uman.

Necesitatea polarității dintre bărbat și femei, nu înseamnă că acele căsătorii vor fi cele mai fericite, în care se întâlnesc soți cu cele mai multe calități opuse. Antagonismele cerute sunt în general cele date prin feminitatea femeii și masculinitatea bărbatului. Dar sunt o serie întreagă de însușiri mintale și sufletești, care se cer deopotrivă bărbatului și femeii pentruca să rezulte o căsătorie fericită. Și cum selecțiunea, potrivirea pentru căsătorie este cheia pentru evoluția vieții familiei, este firesc ca și în țărâtime să existe anumite criterii și norme mai simple pentru alegerea potrivită a soțului, nu atât în vederea fericirii individuale, ci întru asigurarea îndeplinirii rosturilor firești ale familiei. Intre aceste criterii domină ca o cheazășie principală a rodniceii familiei viitoare, fără îndoială sănătatea trupească și sufletească, pe lângă considerații economice și sentimentale. Dar oricât de perfecte ar fi acele criterii, ele nu pot să asigure decât în parte potrivirea caracterelor, urmând ca în decursul căsătoriei să se producă o adaptare progresivă, nici ea însă vreodată desăvârșită.

Cu toată aparența unei întregiri complete, unitatea bărbat-femeie, realizată în căsătorie, nu este desăvârșită. Legea echilibrului dinamic cere coexistența unei forțe reguloare pentru a asigura stimularea și armonizarea neîncetată a forțelor

antagoniste, și păstrarea lor în limitele unor constante a căror depășire este în detrimentul unității. Această nouă componentă, necesară desăvârșirii familiei este copilul. În lipsa copilului forțele antagoniste tind la dezechilibru care chiar dacă nu este manifest sau nu este simțit ca atare, produce tulburări, cari mai de vreme sau mai târziu se răsfrâng asupra fericirii căsniciei sau reclamă eforturi considerabile pentru a fi învinse. Lipsa copilului înseamnă atrofierea anumitor calități sufletești ale părinților, sporirea egoismului lor, îmbătrânirea precoce sufletească. Mai ales femeea suferă profund din acest motiv, suferință datorită în primul rând unui dezechilibru hormonal, deci fiziologic, care se manifestă la femeia care nu naște sau care naște prea puțini copii. A procreia este deci o necesitate biologică pentru părinți și tot biologică este și necesitatea ocrotirei, educației copiilor prin părinți, care nu este altceva decât desăvârșirea procreației.

Acestor imperative biologice, nesocotirea cărora înseamnă suferință, se datorește faptul, că dorința de a avea copii și de a-și cheltui surplusul de dragoste și energie la bărbat și aproape totalitatea energiilor la femeie pentru creșterea copiilor este mai intensă în epoca tinereții, când curba funcțiunilor vitale ale părinților se află la nivelul ei cel mai înalt. Aceasta nu numai din motivul necesității unei descărcări a preaplinului de dragoste și energie, ci și din cauza, că atunci se resimte mai intens necesitatea prezenței reguloare și îndrumătoare a copilului. Atunci poate se simte mai mult nevoia de a lua contact nemijlocit cu minunile legilor vieții, cu tainele rodirei unor ființe curate, sincere, gingașe și neprefăcute, contact care modelează și desăvârșesc firea și fericirea părinților și le duc gândul, nădejdea și răspunderea înainte spre viitor, la a cărui chemare sunt atunci mai sensibili. Nu sunt deci numai părinții cari dăruiesc și nu sunt numai copiii cari profită din educația, din formarea lor.

Dar mai este o epocă în viața omului, când se simte profund nevoia de a dărui din preaplinul de dragoste și, de astă dată, nu de energie, ci de experiență, dar mai cu seamă nevoia, de a lua contact din nou cu tainele rodirei și de a câștiga — dăruind din ce are prea mult — forțe noi pentru desăvârșirea firei și fericirii proprii. Este vârsta bătrâneții, a bunicilor, care

nu se mai gândesc cu plăcere la viitorul lor, pentru care trecutul este totul, din a cărui amintiri și tradiții dăruiesc nepoților și prin a cărui experiență încearcă să tempereze și să îndrume elanul tinereții. Și aici nu este numai bătrânețea care dăruiește și nu sunt numai copiii și tinerii care profită. Coexistența generațiilor de copii, tineri și bătrâni în intimă și întregitoare interacțiune este deci o necesitate a firei. Familia este din punct de vedere biologic de fapt numai atunci completă, când cuprinde în permanentă și intimă legătură copiii, părinți și bunici.

Se pune acum întrebarea, dacă întreg acest mecanism familial funcționează cu aceeași rodnicie, indiferent de numărul copiilor. În orice caz familia cu un singur copil nu este capabilă să facă față cerințelor schițate mai sus. Un copil față de doi părinți și cel puțin doi bunici este o evidentă disproporție. Copilul primește prea mult, este copleșit de prea multă dragoste, atenție și grijă, educație și poate dărui din partea sa prea puțin, pentru a putea satisface fireștile cerințe ale celorlalți. Dar copilul are dreptul natural la frați și părinții au datoria să satisfacă această cerință, nu numai din motivul de mai sus, ci mai ales din cauza, că — de acelaș sânge cu el — în frații lui își află cei mai dragi tovarăși de joacă și în acest fel sub veghea permanentă a părinților cel mai potrivit prilej, ca imitând ce promovează viața în comun și simțind ceea ce este ostil acelei vieți, să-și modeleze caracterul, să-și facă educația spre comunitate și să-și actualizeze în tovarășia plină de dragoste și înțelegere acele potențialități sufletești din fondul său ereditar, care îi ușurează dezvoltarea și drumul în viață.

Dezvoltarea copilului în familie, actualizarea potențialităților ereditare nu este însă lăsată numai la discreția întâmplării și a exemplului și priceperii fraților, părinților și bunicilor. Din străbuni se moștenește, din generație în generație, în fiecare familie, prin credință, obiceiuri, datini, folclor, un îndreptar întreg de comportare, de felul de a vedea și înțelege lumea, moștenirea legii din străbuni, la care se adaugă amintiri îndrumătoare și îndemnuri legate în căminul familiei de fiecare colț de odaie, de fiecare mobilă, unealtă lucrată în casă, obiecte, care nu au numai rostul practic al întrebuintării, ci servesc și ca simbol al legăturii intime între cei de azi și cei ce au fost.

În acest fel și pe baza fondului ereditar comun se formează

din patrimoniul spiritual venit din străbuni, prin trăirea și întregirea lui în intimitatea familiei o comunitate spirituală de o covârșitoare însemnătate pentru îndrumarea și ocrotirea vieții focarului familial.

Casa, curtea, pământul propriu sunt suportul material al familiei, spațiul ei vital, mediul necesar desfășurării vieții ei, toate puse împreună cu familia în același serviciu al rodirii, al ocrotirii și continuării vieții. În rădăcinată și ea în pământ, prinsă în același ritm al fecundării, nașterii și creșterii ca și plantele și animalele, familia se simte, se știe pusă sub stăpânirea acelorași legi firești, a acelorași forțe, față de care omul învață modestie, măsură, închinare și nevoia, ca prin muncă, prin luptă aspră neconținută cu mediul să-și asigure existența. O muncă însă și un mediu împodobite și împletite și ele de aceleași amintiri și tainice credințe din străbuni, ca și casa cu tot conținutul ei. O muncă comună a tuturor membrilor familiei, cu o perfectă diferențiere după pricepere și capacitate, o admirabilă școală trupească, sufletească și gospodărească pentru generația tânără.

Legată biologic și spiritual de trecut, determinată prin ereditate și tradiție de el, în rădăcinată în glia, în mediul, pe care în aspră luptă și trudă încearcă să-l stăpânească, familia în mod firesc este și o comunitate de destin. Aceasta cu atât mai mult cu cât în autarhia ei, în independența ei destul de mare din punct de vedere economic, poate să fie stăpână pe soarta ei.

II.

Cele spuse până acum se referă la familia țărănească și se potrivesc într-o mare măsură și cu vieța și rostul familiei aristocrate sau a moșierului, care trăesc la țară. În orice caz însă se referă la o familie sănătoasă, cu facultăți biologice, deci fizice, mintale și sufletești normale și capabilă de adaptare la împrejurări noi. Familia burgheză este în esență deosebită de cea țărănească, mai ales dacă ne gândim la familia burgheză obișnuită din orașele mari. Înainte de toate îi lipsește pământul și curtea cu rosturile lor atât de însemnate, știute sau numai simțite, și chiar dacă familia are o casă proprie, ea este mai mult un adăpost, decât trupul familiei în rădăcinat în glie și

trecut. Chiar și amintirile, tot mai palide, merg arareori peste bunici înapoi, tradiția se pierde și obiectele din casă servesc aproape exclusiv rosturi practice sau decorative. Chiar și atunci, când sunt vechi și moștenite din străbuni, ele sunt prețuite doar după valoarea lor artistică și nu ca simboluri pentru o tainică legătură cu înaintașii. Familia nu mai este nici comunitate de tradiție, nici comunitate de muncă, afară doar de familia meșteșugarului cu atelierul alături de locuință. În familia burgheză — și cu atât mai mult în cea proletară — tatăl și copiii mari lucrează înafara casei, de obicei separat, rosturile educației copiilor le-au preluat aproape integral instituții înafara familiei. Adeseori chiar și mama își are ocupația ei extrafamiliară, așa încât membrii familiei se întâlnesc doar pentru mâncare și repaus în casa devenită un refugiu pentru refacerea energiei cheltuite în altă parte.

Pierderea comunității de tradiție și de muncă, familia burgheză încearcă să o compenseze prin adâncirea sentimentelor familiale de dragoste, alipire, înțelegere și armonie și prin cultivarea și adâncirea în comun a unor valori spirituale, pe cari nu creația în familie, străbună sau actuală, i le pune la îndemână, ci civilizația cu abundența și variația ei în circulația bunurilor culturale. „Eliberarea” progresivă a părinților de obligațiile intrafamilare, simțite tot mai mult ca poveri, atracția crescândă pe care o exercită asupra lor și satisfacțiile spirituale pe care le procură o viață socială tot mai intensă, duce la o spiritualizare și apoi la o raționalizare a vieții familiare. De aici până la transformarea familiei într-o comunitate de interese și plăceri individuale, de simplă completare spirituală, este numai un pas, grăbit și ușurat prin atâtea obligații, nevoi și tentații ale unei civilizații ostile rosturilor firești ale familiei. Urbanizarea și industrializarea progresivă cu intensificarea ocupațiilor extrafamilare, cu munca femeilor și copiilor, întârzierea căsătoriei, distracțiile tot mai variate, prostituția, bolile venerice, divorțurile sporite, raționalizarea procreației, concubinajul, celibatul și o concepție de viață materialistă și individualistă sunt, pe lângă dificultățile unei selecții potrivite a soțului și pe lângă dispoziții sau afecțiuni ereditare, o parte a cauzelor care ușurează desorganizarea și disoluția familiei sau care cer eforturi deosebite pentru a le preveni sau a le rezista,

pentru a se adapta la împrejurările impuse de mersul civilizației. În acest fel familia burgheză încetează tot mai mult de a fi o comunitate spirituală, de spațiu și destin, încetează de a fi stăpânită în rosturile ei de legile firei și îndrumată în chivernisirea vieții încredințată ei de îndrumările din trecut și de chemarea viitorului. Fondul ei biologic intră în declin și după puține generații se stinge. Dispariție care și fără a fi precedată de o desorganizare privește mai ales familia de elită sau în orice caz familia superior dotată din punct de vedere al patrimoniului ereditar. Evoluția aceasta nu este o fatalitate, dar este tipică pentru desfășurarea unei vieți, desrădăcinată din glie, scoasă din mediul ei natural și lipsită de forța ocrotitoare a tradiției. În orice caz familia burgheză nu poate fi considerată ca firească în toată desfășurarea vieții ei.

Vieța individului este din motive fiziologice și în mod fatal limitată. El se zămislește, se naște, crește, își ajunge apogeul dezvoltării, intră în declin și moare; moarte grăbită prin intervenția de factori patogeni interni sau proveniți din mediul extern. Familia nu trebuie să moară, cel puțin nu există dovezi, că existența ei ar fi obligator măsurată din motive biologice. În condițiuni prielnice conservării ei și recâștigându-și forțe biologice pierdute printr'o regenerare periodică, familia poate dăinui fără sfârșit. Dar neamul? Are și el o viață limitată ca și individul, trecând prin fazele zămislirii, evoluției ascendente, a apogeului, declinului și sfârșitul cu dispariția? Așa e credința generală și în aceeași direcție merg concluziile cercetătorilor. De fapt dispariția popoarelor după un timp mai scurt sau mai lung de viațuire pare o regulă, o fatalitate biologică, iar excepțiile, cum ar fi aceea a chinezilor, par a confirma numai regula. Noi însă după cele expuse mai sus și în capitolele precedente trebuie să rămânem cu impresia, că neamul în privința evoluției sale biologice se apropie mai mult de familie decât de individ.

Impresia aceasta pare categoric susținută de faptul, că definițiile pe care le-am dat neamului și familiei se acopere aproape cu desăvârșire. Neamul este o comunitate de sânge, tradiție, spațiu (mediu) și destin, iar familia o unitate biologică, spirituală, de spațiu (gospodărească) și de destin. Neamul este deci o familie mare, o comunitate de familii înrudite. Pare firesc așadar ca principial aceleași legi biologice, aceleași

norme să le hotărască deopotrivă evoluția. Să vedem dacă această impresie este justificată.

III.

Studiul evoluției biologice a familiei este relativ ușor prin faptul că avem posibilitatea, de a o observa în toate fazele desfășurării ei, în toate formele ei și a preciza factorii care influențează în bine sau în rău acea evoluție. Vieța neamului se desfășoară în milenii. Fazele anterioare ale evoluției neamului aparțin istoriei și sunt cu atât mai puțin lămurite, cu cât mai îndepărtate sunt de zilele noastre. Chiar începutul vieții etnice, zămislirea și concretizarea în tiparul ei caracteristic trupesc și sufletesc, început de o atât de covârșitoare însemnătate pentru fundamentarea și înțelegerea evoluției ulterioare, se pierde de obicei în întunerecul unor epoci prea puțin accesibile cercetării lămuritoare. Dar chiar și în fazele ulterioare, de altfel bogate în surse de documentare, puține sunt informațiile pe cari ni le oferă istoria privitor la latura biologică a desfășurării vieții etnice. Ea ne înfățișează cu o disproporționată bogăție de amănunte, evenimente sau personalități deosebite și apariția lor discontinuă la suprafața vieții etnice, fapte și individualități, care prin însemnătatea lor pozitivă sau negativă atrag atenția deosebită și imprimă pecetea existenței lor înregistrării în timp a evoluției etnice. Istoria care ar trebui să înregistreze fidel rezultatul în devenire al interacțiunii neîncetate între forțele biologice ale neamului și mediu, prea puțin se ocupă de aceste forțe, cu toate că ele sunt acelea care determină în mod principal evoluția neamului și îi hotărăsc destinul dealungul vremurilor. Istoria se ocupă mai mult cu evoluția politică a țărilor, decât cu evoluția biologică a neamurilor.

Nu este deci de mirat, că studiul genezei și evoluției biologice a neamului se află abia la începutul său și că dela primii săi pași are de luptat din greu contra concepției tradiționale, care vede evoluția neamurilor determinată de forțe peristatice, geografice, economice, politice, ale civilizației materiale și admite doar rolul însemnat al personalităților de elită, ca și acel al forței numerice a „maselor”, ca determinante ocazionale ale acelei evoluții. Ea nu se ocupa de rolul eredității, variații-

nei, selecțiunii, diferențierii, al echilibrului dinamic, ca hotărâtoare pentru desfășurarea vieții etnice. Abia în ultimul timp vedem, făcându-și drum, pornind din Germania o nouă concepție a istoriei, având biologicul, aici rasa, ca preocupare centrală și poporul german ca obiect principal al studiului etnobiologic. Cred necesar a reda în câteva cuvinte, esența acestei concepții rasiste, care în același timp încearcă să lămurească forțele hotărâtoare pentru evoluția biologică a neamurilor.

În epoca glacială s'a născut în nordul Europei și a fost supusă unei severe selecțiuni naturale în lupta cu primejdiiile unui mediu aspru, rasa nordică. Supraviețuitori nu puteau să rămână în atari condițiuni decât indivizi înzestrați cu toate însușirile fizice, mintale și sufletești necesare pentru a birui în uriașa luptă pentru existență. În acest fel rasa nordică a devenit o rasă de elită și aceeași factură biologică o avea reprezentantul ei principal, poporul german născut din contopirea unor seminții ale aceluiași rase nordice. Indulcindu-se climatul lupta se ușurează, energiile se eliberează pentru eforturi spre o stăpânire mai sistematică a mediului. Într'o natură mai darnică a urmat o sporire și apoi o revărsare a surplusului către Sudul cu condițiunile sale de viață mai ușoare și cu o rezistență redusă față de invazia elementelor nordice. Ori unde acestea și mai ales germanii au cucerit pozițiile de conducere a țărilor invadate, ei au format stratul social superior, au dus — după un interval mai scurt sau mai lung și după o lentă dar progresivă contopire cu poporul băștinaș — la o înflorire culturală, pentruca apoi să dispară ca atari. Poporul băștinaș, innobilat în însușiri prin această infuziune de sânge nordic și intrat în istorie prin creațiile și biruințele datorite imboldului componente sale nordice, și-a păstrat apoi aceste noi însușiri atâta vreme cât elementul nordic nu a fost complet eliminat prin jertfe de lupte sau printr'o natalitate diferențiată ostilă lor. Culturile mari, elină, romană, etc. nu s'ar datorii deci popoarelor băștinașe care le-au dat numele, ci forței creatoare, fie a stăpânilor nordici, fie a elementelor rezultate din amestecul nordicilor cu populația băștinașă de o rasă înrudită.

În același timp poporul nordic, rămas în regiunea de origine, a început să-și întemeieze așezări stabile, să cultive agricultura și să ajungă apoi la diferențieri sociale datorite unor deosebiri în potențialul ereditar al indivizilor, creându-se așezări urbane cu variate și mai pretențioase funcțiuni sociale. S'a produs deci o nouă selecțiune biologică accentuată prin căsătoria orășenilor între ei, ducând apoi la acumularea de valori asemănătoare în anumite profesii, prin căsătorii succesive între familiile componente. O accentuare și desăvârșire a selecțiunii pe diferite ramuri de capacități speciale, cari au dus la un spor progresiv al producției diferențiate și în același timp și la o ierarhizare a valorilor ereditare înăuntrul aceluiași popor. Poporul german încetase însă între timp de mult, de a fi unirasial. Prin cuceriri și infiltrațiuni a fost ușurată pătrunderea în

comunitatea germană a unor fracțiuni de popoare de compoziție rasială deosebită, alpină, dinarică, estbaltică și mediterană, care contopindu-se mai ales cu straturile sociale inferioare ale poporului german, atât la sate cât și la orașe, au dus la noi diferențieri dictate de factura biologică deosebită a noilor componente etnice.

Orașele însă cu viața lor tot mai intensă, cu posibilitățile de existență, afirmare și ascensiune tot mai variate nu numai pentru cei superior dotați, dar mai ales și pentru cei cu un fond ereditar modest, favorizează contraselecțiunea biologică cu ridicarea unei aristocrații a celor îmbogățiți în comerț și industrie în fața vechei aristocrații rasiale, cu stabilirea unei noi ierarhii a valorilor, nu după patrimoniul biologic ci după cel al bunurilor materiale dobândite pe orice cale. Distanța și barierele între straturile sociale dispar, un amestec tot mai intens prin căsătorii lipsite de criteriul selecțiunii firești, duce la o denivelare biologică și la un amestec rasial ostil conservării valorilor superioare. Iar năvala în toate straturile sociale a indivizilor dornici de a-și asigura mijloacele necesare unei vieți plină de plăceri și scutită de lupte și griji, rupe legăturile cu trecutul, nesocotește chemarea viitorului și creiază împreună cu ceilalți factori amintiți o mentalitate ostilă propășirii sau chiar și conservării rasiale. La această decădere calitativă se adaugă, prin reducerea natalității, un declin numeric, întâiu în straturile de elită, pentruca apoi să se generalizeze. Neamul își pierde progresiv capacitatea de creație, de luptă și rezistență și dacă nu intervine în ultima clipă un efort uriaș, solidar și disciplinat de un crez puternic, care să repună rasa nordică și legile vieții în drepturile lor suverane, prăbușirea pare inevitabilă.

După această concepție rasa nordică nu este numai cea mai aleasă dintre toate, dar ei trebuie să i se atribue nașterea și desăvârșirea culturilor mari ori unde s'ar fi ivit ele, ea trebuie să fie considerată ca purtătoarea istoriei. La începutul erei rasiste în Germania celelalte rase erau considerate ca mult inferioare rasei nordice. Rasei mediterane i se făcea doar concesiunea unei inteligențe și capacități artistice mai deosebite, iar rasei dinarice i se atribuia cu o oareșicare generozitate vitejie, umor și înzestrare pentru muzică; în schimb rasa alpină și cea estbaltică sau esteuroidă erau considerate ca rase de slugi sau de „Spiessbürgeri”, incapabile de o creație mai înaltă, (cu toate că aceiași autori înșiră printre alpini sau predominant alpini pe un Balzac, Beethoven, Ibsen, Schubert, Schumann). Abia în ultimul timp își face drum o obiectivitate ceva mai mare în aprecierea calităților psihice atribuite altor rase. Dar cercetările rasiale întâmpină dificultăți nu numai în prezentarea justă

a realității psihice, ci chiar și în domeniul antropologiei somatice unde se putea aștepta ca măsurătorile antropometrice să ducă la concluziuni precise. Indivizi prezentând o rasă în toată puritatea ei sunt însă extrem de rari sau nu există de loc. Chiar și în cele relativ mai pure regiuni, tipuri nordice mai pure nu se pot constata decât într'un procent foarte redus din totalul populației. Cazul este identic și cu celelalte rase europene, ori unde le-am cerceta. Majoritatea covârșitoare a indivizilor aparțin mai multor rase și într'un procent considerabil al acestor cazuri diagnosticul rasial este lăsat la aprecierea cercetătorului și va corespunde cu atât mai puțin realității, cu cât mai redusă este experiența, competența și obiectivitatea cercetătorului. În domeniul psihologiei rasiale diagnosticul întâmpină dificultăți și mai mari, dată fiind lipsa unor criterii și metode exacte de diagnostic și dat fiind faptul, că numărul calităților care trebuie să fie luate în considerare este considerabil sporit față de acela al însușirilor somatice, cari servesc ca bază pentru cercetările antropometrice. Și cum însușirile psihice se moștenesc, în parte cel puțin, independent de cele somatice, și după norme, cari le pot fi proprii, este ușor de înțeles că indivizi cu un psihic rasial pur trebuie să fie mai rari decât cei somatic puri, și că cele două categorii de calități, somatice și psihice, aparținând aceleași rase nu se acoperă decât extrem de rar la același individ. Foarte rar deci s'ar putea deduce din aspectul rasial somatic structura sufletească a individului în toate amănunțele ei sau chiar și numai în toate părțile ei esențiale.

Dar împotriva teoriei rasiste se mai poate ridica și următoarea obiecțiune: dacă rasa nordică este aceea care este singură capabilă de cele mai înalte creații și fapte, atunci punerea în valoare a acelei capacități ar trebui să se întâmple în mod optimal acolo, unde rasa nordică este relativ mai pură, mai puțin amestecată cu alte rase. Dacă luăm însă Germania ca exemplu, vedem că oameni geniali, personalități de cea mai înaltă valoare creatoare în domeniul artei, filosofiei, științei, politicii chiar, nu s'au născut atât în Nordul Germaniei, unde rasa nordică este relativ mai frecventă, ci mai ales în zona largă de contact între Nordul și Sudul Germaniei. Iar culturile vechi de ex. elină și romană cari s'ar datori forțelor creatoare ale rasei nordice, nu au apărut imediat după ce năvălitorii nordici au pus stăpâ-

nire pe destinele țărilor respective, ci abia după ce elementele nou venite s'au contopit cu cele băstinașe și după trecerea unei perioade de gestațiune de multe decenii, sau chiar de câteva secole. Chiar și în literatura științifică germană își face drum convingerea, că rasa nordică ar avea nevoie de un amestec, de o completare în proporții potrivite, cu alte rase compatibile, mai ales cea mediterană, pentru a-și afla în acest fel echilibrul și forța necesară supremelor creații sau dăinuiri.

Problema raselor este deci complexă și în mare parte încă nelămurită. Principal este posibil, ca rasa nordică să dispună de o seamă de însușiri somatice și psihice alese, care lipsesc în parte altor rase, azi inferioare rasei nordice din acest punct de vedere. Dar cu aceeași dreptate se poate afirma, că și fiecare din celelalte rase poate dispune de un mănunchiu de calități distinse specifice, cari actualizate de timpul și mediul potrivit lor în alte epoci mai puțin tehnicizate ale evoluției, au fost sau vor fi atunci mai prețioase decât acele specifice rasei nordice. Rasele sunt fără îndoială decesebite în ce privește zestrea lor somatică și psihică, privitor la unele din valorile lor componente chiar antagoniste, de valențe opuse. A le categorisi însă de pe acum definitiv în superioare și inferioare, a stabili pentru totdeauna pe această bază o ierarhie a valorilor sociale, ar fi cel puțin prematur.

Rostul studiului raselor, dată fiind lipsa raselor pure, ar trebui să fie, să analizeze calitățile ereditare individuale sau etnice, să descopere, din potrivirea elementelor somatice și psihice, tipurile rasiale determinante pentru manifestarea și evoluția biologică și să procedeze apoi cu ajutorul lor la lămurirea firei și ființei etnice. Rasa este o componentă a fondului etnobiologic, studiul raselor este o parte integrantă a etnobiologiei. Rasa deci pentru noi nu poate fi scopul final al studiului omului, așa cum puritatea rasială sau protecția unei sau altei rase componente a corpului etnic nu poate fi scopul final al politicii sau al organizației noastre de stat. Oricât de departe am merge înapoi în trecut, nicicând și niciunde nu putem descoperi rase pure pe scena istoriei. Totdeauna au fost neamuri, care au apărut, s'au ridicat, au luptat, au organizat state, au creat culturi, au dispărut sau contopindu-se cu alte comunități etnice au dat naștere la neamuri noi. Așa este și azi și așa va fi și în viitor.

Niciodată nu vor exista, nu vor putea să existe rase pure, căci desprinderea lor voită sau întâmplătoare din amalgamul ne-număratelor potențialități sau calități componente ale etniilor este o imposibilitate. Realitatea biologică, punctul de plecare și scopul existenței noastre este neamul, comunitate de sânge, tradiție, spațiu și destin. Iar *studiul genezei, structurei și evoluției neamului, al factorilor cari hotărăsc spre bine sau spre rău desfășurarea vieții*, trebuie să fie considerat ca principala îndatorire a științei.

IV.

Mecanismul genezei neamurilor încă nu este lămurit. Studii privind anume aceste probleme lipsesc cu desăvârșire, iar din puținele date istorice mai precise, pe care le avem la îndemână, nu putem ajunge decât la o ipoteză îndrumătoare pentru cercetările care vor trebui să se facă de aici înainte. Mai lămuritoare sunt studiile privitoare la evoluția biologică ulterioară a neamurilor, studii cari dovedesc că și neamurile sunt determinate în desfășurarea vieții lor de aceleași legi ale firei, cari hotărăsc evoluția unităților generatoare de viață în general; legile eredității, variațiunii, diferențierii și integrării, echilibrului dinamic ș. a. Firesc este atunci, ca și geneza neamurilor să fie guvernată de aceleași norme, cari hotărăsc zămislirea vieții în general în procesele de fecunditate, de gestațiune și de încheiere a individualității noi. Esențială ar fi fecundarea, contopirea întregitoare spre o nouă viață a unor unități biologice antagoniste, al căror patrimoniu ereditar împreunat cuprinde limitele și posibilitățile evoluției ulterioare a ființei noi. De fapt, dacă facem abstracție dela fracțiunile cari desfăcându-se de trunchiul neamului lor originar, au luat alt nume și s'au constituit ca neamuri noi, toate etniile actuale — întrucât le putem urmări până la zămislirea lor — s'au născut din contopiri între neamuri vechi. De sigur procesul acesta de geneză a unui neam nu este atât de simplu ca acela al fecundării sau procreației. Se vede însă, că și aici este necesar să se întâlnească spre întregire și contopire fonduri biologice ereditare de constituție rasială deosebită, diferențiate, antagoniste, pentruca să poată rezulta variabilitatea suficientă în scopul asigurării adap-

tării, a diferențierii și integrării potrivite și pentru ca să rezulte tensiunea necesară unui echilibru dinamic între constante optime pentru păstrarea și propășirea vieții etnice noi. Amestecul aceasta al fondurilor etnice vechi trebuie să se întâmple masiv și într'o perioadă de timp relativ scurtă. E probabil că pentru desăvârșirea contopirii să fie de însemnătate și felul patrimoniului spiritual al tradiției etniilor vechi, patrimoniul care ar avea de îndeplinit aceeași funcțiune de ocrotire față de neamul în formație, ca și educația în familie, desăvârșind procreația, pentru modelarea sufletului copilului. Între ambele aceste categorii de fonduri, biologic și spiritual, s'ar cere deci nu numai o compatibilitate, dar și o potrivire de proporții optime pentru închegarea vieții etnice noi. Principial este suficientă contopirea a două popoare sau fracțiuni de popoare pentru a putea da viață unui popor nou. În limita cerinței unei optime întregiri ar fi însă admisibilă și participarea mai multor neamuri la plămădirea unui neam nou. Amestecuri masive ulterioare pot să ridice nivelul biologic al neamului sau să rămână indiferente atunci când fondurile ereditare sunt identice sau inrudite, sau în sfârșit ele pot compromite alcătuirea etnică în caz de nepotrivire biologică.

Perioada genezei poate fi considerată terminată atunci, când din amestecul original de sânge și tradiție a rezultat o individualitate etnică nouă, cu un fond ereditar și spiritual sufletească propriu, o comunitate de sânge și tradiție capabilă să lupte pentru spațiul propriu de existență și pentru croirea unui destin propriu în viață.

Pare deci evident că nu orice amestec de neamuri vechi duce la geneza unui neam nou, și că soarta neamurilor noi, perspectivele lor culturale, politice și biologice depind în mod esențial de valoarea fondurilor ereditare și spirituale intrate în combinațiune. Perioada următoare amestecului, necesară închegării ființei etnice noi, este de obicei de mai multe secole. Evoluția ulterioară a neamurilor variază considerabil. Unele d. e. cu un fond biologic prea modest sunt incapabile să-și asigure pentru multă vreme o existență proprie sau, ocrotite de un mediu generos, pot să ducă o viață mai îndelungată, mai mult vegetativă, incapabile însă de creații, cari să întreacă cercul îngust al intereselor lor curente; altele mai bine dotate și sti-

multe de un mediu mai puțin generos, pot să între prin creații mai însemnate în mod trecător în lumina istoriei; altele superioare dotate cu un fond biologic și spiritual ales, bogate în creații dealungul existenței lor, rămân în permanență active și luptătoare pe scena istoriei; și în sfârșit, foarte rar, unele dintre popoarele noi, îndrumătoare spirituale ale lumii pentru secole sau milenii, după o lungă perioadă de pregătire și apoi o ascensiune rapidă ajung la apogeul capacității lor de creație simultană pe toate țărmurile, cu o luxuriantă acumulare de genii în timp de puține decenii, pentruca apoi să reintre din nou pentru secole sau pentru totdeauna în făgașul evoluției obișnuite sau să decadă și să dispară.

În orice caz, posibilitățile evoluției ulterioare perioadei de închegare a neamului nou, dintre care am înșirat numai câteva, sunt în limitele lor determinate de potențialitățile depuse în fondul biologic inițial, actualizate sau nu, mai devreme sau mai târziu de un mediu în continuă transformare. Aceasta nu înseamnă că, odată cu epoca de închegare, cu apariția neamului nou ca individualitate etnică cu un patrimoniu inițial biologic și spiritual propriu, acesta ar fi în fond și în formă definitiv stabilizat. Evoluție înseamnă și în acest caz o succesiune necontenită de transformări datorite unor forțe lăuntrice și mai ales influenței selectoare a mediului și el în continuă schimbare.

V.

Depozitat acest fond biologic în țăranimea și păstorimea, care cuprinde la început neamul întreg, el rămâne datorită tradiției, muncii grele, luptei permanente aspre pentru existență și lipsei de comunicație mai intensă, izolat față de influențele unui mediu social capabil să stimuleze și să grăbească actualizarea mai intensă a potențialităților pozitive și negative din fondul ereditar. Popoare născute în vremuri vechi cu puțină civilizație și redusă circulație de bunuri materiale și spirituale, puteau să-și păstreze în țăranime comoara aproape nediferențiată, neactualizată, a fondului lor ereditar dealungul multor secole sau chiar milenii. Relativ puține familii de plus- sau minusvariante extreme, care fie din impulsuri lăuntrice sau sub influența mediului se diferențiau din masa fondului biologic, erau relativ

repede eliminate prin aspra selecțiune naturală sau o natalitate diferențiată potrivitcă perpetuării lor. In acest fel se păstra nivelul biologic calitativ, aproape în aceleași limite, cu tot sporul demografic.

In această epocă îndelungată se petrece consolidarea comunității de sânge prin înrudire progresivă, susținută de unul sau puține centre de roire mai intensă a vieții etnice, dând in acest fel și patrimoniului spiritual cu vremea un aspect mai uniform in elementele sale de bază. In același timp se desăvârșește înrădăcinarea in glia proprie, in spațiul sau mediul propriu, devenit cu atât mai scump și mai apropiat sufletului neamului, cu cât mai lungi, mai grele, mai pline de jertfe au fost luptele, suferințele și truda pentru a-l cuceri și a-l păstra. In perioada aceasta de luptă pentru croirea și apărarea unui destin propriu, se îmbogățește și in parte se inlocuiește tradiția veche cu creații culturale specifice de o atât mai înaltă valoare, cu cât mai bogat este fondul biologic in potențialități creatoare. In epoca aceasta, in care și tot ce este superior și chiar genial dotat rămâne să-și cheltuiască energiile in viața intimă a satului, răsar și se modelează din colaborarea elementelor de elită dealungul generațiilor, din preaplinul gândirei și simțirei eliberate in timp de răgaz de apăsarea și încătușarea unei munci fizice, aspre și unilaterale, creațiile anonime ale artei populare, ale cântecului, muzicei populare, ale folclorului, proverbelor, datinelor, obiceiurilor juridice și economice, cari împreună cu credința și limba sunt oglinda fidelă a sufletului neamului nou. E „legea din bătrâni”, alta dela neam la neam, care se regenerează și păstrează prin trăire din generație in generație, care contribuie atât de hotărîtor la păstrarea și restabilirea echilibrului dinamic sufletesc și care ocrotește sub guvernarea legilor firei, viața etnică.

In acest fel — și in baza comunității fondului ereditar — se plămădește in această epocă și se conturează in elementele sale esențiale tot mai precis sufletul specific al neamului nou și se elaborează prin înțelepții lui anonimi o concepție asupra vieții și asupra lumii propriie neamului, care și ea trece îndrumând și ocrotind din generație in generație, nu in forma de definiții și sisteme savante, ci ascunsă și împletită in creațiile

gândirii și simțirii etnice, cari împreună fac comoara tradiției, organ de scut și ocrotire al fondului etnobiologic.

Ar fi însă o greșală să se creadă, că acest proces de întemeiere și formare a noului neam ar fi decurs totdeauna armonios, domol în neturburată și identică progresiune în întreg corpul etnic și tot atât de greșită ar fi presupunerea, că în baza comunității, înrudirii de sânge, toți fiii aceluiaș neam ar trebui să fie asemănători trupește și sufletește. Sunt — este adevărat — anumite calități mai ales sufletești, caracteristice neamului întreg. Ele dau pecetea constituției specifice etnice, fără însă ca toți fiii aceluiași neam să le posede, și variind și la acei, cari le au, în limite largi. Așa o cere legea variațiunii și ca o consecință a ei se diferențiază la chemarea mediului din patrimoniul de potențialități ereditare neconținut familii și indivizi cu însușiri de valoare pozitivă sau negativă, variante în plus sau în minus în jurul mediei obișnuite. Aceste deosebiri biologice duc chiar și în cele mai mici colectivități la rosturi și posibilități deosebite pentru fiecare individ, la ciocniri și tensiuni între forțe opuse, la necesitatea integrării lor, a asigurării echilibrului dinamic, indispensabil pentru desfășurarea vieții în comun. Dar pe lângă sau deasupra acestor diferențieri, datorite variațiunii fondului ereditar, mai sunt date deosebiri pe regiuni mai mari sau mai reduse, datorite unor influențe modelatoare ale mediului, climatului și situației geografice, deosebiri cari pot să se limiteze numai la felul cum se manifestă un fond ereditar de altfel asemănător sau se datoresc — în urma unor îndelungate procese de selecțiune — unei diferențieri a fondului ereditar însuș. În acest fel se adaugă la variațiunile curente, amintite înainte, variațiuni mai largi, pe regiuni, cu aceleași consecințe de rosturi și posibilități deosebite, de tensiuni, ciocniri, integrări realizate fie prin procese de autoregulare, fie prin conducerea înțeleaptă a vieții etnice organizate. Și aceste deosebiri sunt deci binevenite desfășurării vieții neamului. Ele ușurează actualizarea unor potențialități, cari altfel, rămâneau poate ascunse în patrimoniul ereditar, și îmbogățesc comoara însușirilor necesare adaptării la orice împrejurări și utile asigurării și propășirii vieții etnice. Și mai există o a treia categorie de diferențieri naturale de o deosebită însemnătate pentru metabolismul vieții etnice, de natură mai complexă, având

la baza lor diferențe de ordin rasial, la cari se adaugă influențele modelatoare ale unei istorii și culturi comune. Sunt deosebiri ca de ex. acelea între Nordul și Sudul Germaniei, al Franței, al Italiei, între Ardeal și Vechea Țară, cu însușiri specifice de valențe opuse, la aparență o complicație creatoare de conflicte inutile, în realitate un nou izvor de variațiuni necesare adaptării, de noi integrări posibile, de noi valori creatoare.

Dar neamul nu poate să rămână nediferențiat pe funcțiuni sociale, izolat de restul lumii și cantonat — ca țărănime — numai în mediul rural. Nevoia organizării vieții în comun și mai ales a cuceririi și stăpânirii spațiului vital propriu, impune diferențieri pe funcțiuni și categorii sociale și creierea de așezări urbane, ca centre și subcentre administrative, economice și culturale. Aceleași necesități impun diferențierea economiei în agricultură, comerț, meserii și industrie cu centre proprii de producție, determinate în așezarea lor de considerațiuni specifice fiecărei ramuri de economie. Aceste diferențieri, ca și altele, nu sunt însă determinate numai de nevoile stricte ale vieții în comun. Mai sunt încă doi factori mai de seamă, cari le susțin și le desăvârșesc. Întâi este pornirea de evadare din mediul sătesc a acelor, cari sau nu-și mai află loc și muncă acolo sau elemente de elită fiind, nu-și află acolo prilejul pentru punerea în funcțiune și valoare a energiilor lor mai diferențiate. Dintre cei ce părăsesc satul pentru muncă și așezare la oraș, partea covârșitoare cuprinde elemente mai bine, chiar superior dotate, cari își află la oraș mai ușor posibilități pentru o mai intensă și mai rodnică valorificare a capacității lor. Intervine apoi, ca al doilea factor important, progresul civilizației, circulația tot mai intensă a bunurilor materiale și spirituale, care face mai accesibile celor mulți experiențe, creații, idei, mijloace de acțiune născocite sau încercate prin truda altora. În acest fel sporesc și mai mult cerințele de diferențiere și posibilitățile de afirmare și se atrag noi energii mai întreprinzătoare dela sat la oraș. Rodul muncii la oraș nu este hotărit și limitat de climat, anotimp și vreme, deci de forțe pe care omul nu le poate stăpâni, ci depinde de voința și capacitatea omului în primul rând. Dorința de afirmare rapidă, concurența necruțătoare, viața mai intensă, mai agitată nu lasă la oraș răgaz nici pentru a cultiva legături de sânge, nici pentru tradiție, nici pentru gândul la un viitor mai

indepărtat. Orășanul este cu adevărat desrădăcinat din glie și trecut și el ar fi condamnat la o consumare rapidă a forțelor sale, la o dezechilibrare a sistemului său nervos, dacă n'ar dispune și în această direcție de o capacitate considerabilă de adaptare și dacă civilizația mai avansată chiar în centrele urbane nu i-ar pune la îndemână confortul, mijloacele și îndemnurile necesare unei refaceri și echilibrări la timp a forțelor sale.

Nu este de mirat că în atari condițiuni orășanul devine mai individualist. În dorința de eliberare de sub stăpânirea trecutului și a grijei pentru un viitor mai îndepărtat, orășanul câștigă o mentalitate, o concepție de viață proprie, individualistă, cu totul deosebită de concepția de viață a țărănimii. Nu este de mirat mai departe, că în lupta aceasta istovitoare nu atât de forțe fizice, cât mai ales de sistem central nervos și endocrin, copii mai mulți în familie devin un balast sau procreația suferă în urma scăderii capacității de a fecunda. Natalitatea chiar a familiilor de mai mare valoare, scade progresiv și ele dispar de obicei după puține generații de viață urbană.

VI.

Patrimoniul ereditar al noului neam este depus în familiile rezultate din amestecul neamurilor originare. Acel patrimoniu cuprinde potențialități de valoare deosebită, dela cele mai inferioare în neîntreruptă trecere către valori medii și apoi superioare, fiecare categorie în proporții caracteristice neamului. Aceste potențialități ereditare își păstrează — atâta vreme cât nu intervin procese mai serioase de selecțiune — în generațiile următoare aceleași proporții indiferent de numărul și aspectul indivizilor cari le intrupează trecător sau le păstrează ascunse în plasma lor germinală.

Potențialitățile ereditare trec din generație în generație neschimbate, indiferent de combinațiile în cari intră prin amestec germinal în indivizii cari le găzduiesc vremelnice, și indiferent dacă ele sunt sau nu actualizate în forma de caractere distincte. Familiile singuratice pot să câștige sau să piardă din valoare în generațiile cari se succed după felul combinațiilor de potențialități, cari se realizează prin căsătorii noi, dar neamul ca atare rămâne în faza rurală a existenței sale cu aceleași pro-

porții de potențialități, cu cari a plecat la drum. În vieața rurală a țărănimii, în care nu se actualizează decât o parte a potențialităților ereditare, nu putem ușor să recunoaștem valoarea exactă a fondului etnobiologic. De sigur din creațiile artei populare, din adâncimea și felul credinței, din înțelepciunea transmisă prin patrimoniul spiritual, din actele de vitejie sau slăbiciune, de rezistență sau înfrângere dealungul istoriei putem să ne dăm seamă de trăsăturile mari ale fiziognomiei etnobiologice. Toată gama potențialităților ereditare însă nu se poate actualiza și deci recunoaște, decât în condițiuni cari impun sau cer o maximă diferențiere, o exteriorizare pe toată scara de valori a zestrei biologice, deci în condițiuni urbane.

Atâta vreme cât diferențierile schițate nu sunt exagerate și echilibrul între categoriile rural-urbană, agricultură-industrie, suflet-rațiune, cultură-civilizațiune și altele preexistente sau create de om, se menține în limitele unor constante, utile păstrării fondului etnobiologic, una din condițiunile de bază ale existenței și propășirii neamului este asigurată. În momentul însă, când diferențierile variate sporesc, și în urma specializării progresive își pierde capacitatea de adaptare, în clipa când urbanizarea, industrializarea, civilizațiunea cu tot cortegiul de urmări ostile continuării și propășirii biologice a vieții etnice, încep să întrecă limitele fixate de interesul etnic și să iasă de sub stăpânirea tradiției și a legilor vieții, un dezechilibru biologic progresiv se instalează și natalitatea întâiu a familiilor de elită, apoi a populațiunei urbane în general scade. În golurile astfel create sunt atrase necontentii familii sau indivizi dela țară și mai ales elemente cu potențialități biologice superioare. Dacă proporțiile acestui exod către oraș și a dispariției consecutive a elementelor superioare întrec capacitatea de regenerare a țărănimii, zestrea firească a neamului scade în valori, nivelul biologic se reduce și neamul își pierde din capacitatea sa de creație, de luptă și de rezistență, de afirmare și de adaptare. Acel declin cu greu poate fi oprit prin stabilirea regulatoare a unui nou echilibru dinamic; de obicei el progresează până la pierderea definitivă a independenței și apoi până la dispariția neamului îmbătrânit, lipsit de vlașa tineretii și sărăcit în valori creatoare și luptătoare.

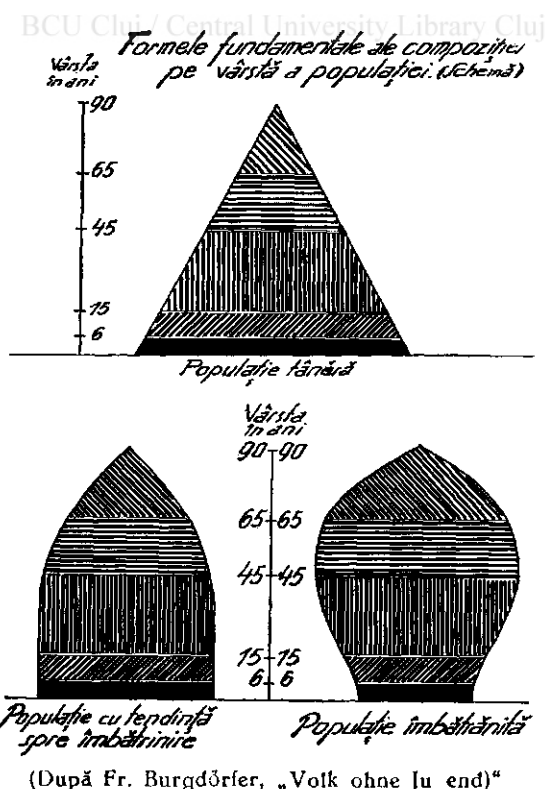
De fapt dacă urmărim evoluția unui atare neam intrat în

declin, notând repartizarea numerică pe vârste a indivizilor, componenți, putem nota în următoarele grafice fazele principale ale acelei evoluții. Insemnând la baza graficei numărul elementelor celor mai tineri, apoi succesiv vârstele tot mai înaintate, care compun la un moment dat neamul, forma structurii acestuia va fi:

a) în faza plinei vigori procreatoare cu natalitate mare — o piramidă, cu baza cu atât mai lată cu cât mai mare este natalitatea, formă indicând un neam în creștere;

b) în faza reducerii natalității către limita acoperirii pierderilor prin decese — un clopot, indicând un neam staționar; și

c) în faza regresiei numerice, cu o natalitate insuficientă pentru a acoperi pierderile datorite mortalității — o urnă cu baza cu atât mai redusă și cu partea superioară proporțional cu atât mai largă cu cât mai mică este natalitatea și cu cât mai redusă este mortalitatea generală.



În prima fază predomină vârstele tinere asupra celor mai înaintate nu numai din punct de vedere numeric, dar și structura sufletească a neamului va fi stăpânită de vigoarea, căldura, elanul, inițiativa, forța de creație și de luptă, de generozitatea celor tineri, forțe frânate spre limitele dictate de interesul suprem al comunității prin înțelepciunea bătrânilor, cari încălziți și bucuroși de bogăția și vigoarea vieții etnice, care plină de nădejde se desfășoară sub ocrotirea lor, au mai multă înțelegere pentru rosturile tineretului și o mai mare capacitate pentru îndrumarea lui spre căile binelui etnic, iubiți și venerați la rândul lor de cei cari le simt și dragostea și înțelepciunea ocrotitoare.

În faza din urmă, în care domină numeric cei mai vârstnici și tineretul se reduce progresiv, structura sufletească a neamului e caracterizată mai mult prin resemnare, prudență rece, dorință de a conserva mai mult decât de a cuceri, dorință de pace mai mult decât de luptă și risc, prin lipsa de încredere și înțelegere față de un tineret crescut într'o lume plină de opreliști, bănueli și prudență excesivă și luptând tot mai greu pentru asigurarea nu numai a existenței proprii și a copiilor, dar mai ales pentru întreținerea numărului disproporționat de mare de bătrâni tot mai puțini utili și respectați, tot mai mult un balast, decât o forță ocrotitoare.

Poporul dela țară persistă timp mai îndelungat în prima fază a evoluției, populațiunea urbană foarte repede trece către faza a doua și chiar a treia, mascat fiind declinul rapid numeric și calitativ prin tineretul venit necontentit dela țară.

Procesul acesta de sărăcire proporțională în valori pozitive a fondului etnobiologic este accentuat printr'o organizațiune socială care favorizează direct sau prin intermediul asistenței sociale reproducerea familiilor disgenice sau îngreunează procrearea familiilor superior dotate prin întârzierea căsătoriei elementelor superioare, prin efectele contraselectorii ale războaielor, a emigrării în mase, prin celibat, răspândirea avortului și a măsurilor anticoncepționale, emanciparea femeii sau punerea în aplicare a altor sisteme de gândire străine de sufletul neamului și ostile vieții etnice, sau în sfârșit prin epidemii sau alte catastrofe, cari pot să ducă întâmplător la o sărăcire nu numai numerică ci și calitativă a fondului etnobiologic.

VII.

De o deosebită însemnătate pentru soarta biologică și deci și politică a neamului poate fi amestecul cu sânge străin. Atunci când acest amestec este sporadic, el rămâne fără importanță pentru evoluția biologică a neamului, căci fondul ereditar străin se pierde în succesiunea generațiilor în masa mare a fondului etnobiologic de baștină. Cu cât mai frecvent și mai masiv este însă amestecul, cu atât mai însemnate pot fi urmările pentru neamul gazdă. Problema aceasta încă nu este suficient studiată pentru a permite concluzii simple și precise, iar cercetările făcute în această direcție mai suferă de neajunsul, că au ca obiectiv mai mult amestecul de rase, decât amestecul de neamuri. Cu toată însemnătatea pe care trebuie să o atribuim studiului raselor, el nu va fi niciodată în stare să lămurească cu desăvârșire esența biologică a neamului. Căci acesta nu este un simplu conglomerat de rase, așa cum fondul etnobiologic nu este un simplu mozaic de potențialități sau caractere rasiale independente, cari toate s'ar combina și s'ar desface așa cum o cer legile lui Mendel. Neamul este o unitate biologică cu potențialități și deci însușiri mai ales sufletești proprii, cari de obicei nu se acoperă cu acele atribuite rasei predominante în compoziția etniei și nici nu trebuie să fie totdeauna rezultanta amestecului disociabil de caractere atribuite raselor componente.

Oricari ar fi proporțiile amestecului etnic și oricari ar fi potențialitățile cari intră în combinațiune, amestecul înseamnă o turburare în mersul vieții neamului băștinaș, care se poate termina spre binele acestuia atunci când fondul ereditar străin este de calitate superioară. Amestecat în proporție potrivită cu stratul de conducere al neamului de baștină și asimilat de acesta îi poate ridica atunci nivelul biologic. Dar rezultatul amestecului poate fi grav, când sângele străin dispune, în afară de puține calități superioare, cum ar fi d. e. inteligență, de o serie de potențialități sau însușiri negative, cum ar fi d. e. viclenia și imoralitatea, cari copleșesc pe cele bune, prind rădăcini și se răspândesc în noul mediu etnic nu numai pe calea biologică a eredității, dar mai ales și prin imitație. Degradarea unei părți însemnate a boerimei și funcționărimii noastre superioare prin infuziunea de sânge grec pe timpul lung al fanarioților, cu toate efectele triste

din punctul de vedere al moralității, efecte de cari corpul nostru etnic și vieța noastră publică se mai resimte și azi, ne exemplifică consecințele grave ale unui atare amestec.

Consecințele defavorabile ale unor atari amestecuri pot însă să dispară odată cu dispariția sângelui străin, prin stingerea familiilor urbane în cari este cuprins și înlocuirea lor prin familii curate rurale. Mai serioase pot să fie urmările atunci, când amestecul cu sânge străin privește pătura țărănească și consecințele vor fi cu atât mai grave cu cât mai inferioară este factura biologică a elementului străin și cu cât mai intens, mai extins și mai de durată este amestecul. Elementele hibride rezultate dintr'un atare amestec nu numai că sunt inferioare neamului de baștină și sunt descopiate din comunitatea de sânge și tradiție a acestuia, dar prin calități cari într'un mediu social viciat, lipsit de criteriile unei severe selecțiuni sociale, ușurează ridicarea lor și cucerirea de importante poziții în variate domenii ale activității obștești, pot să imprime anumitor funcțiuni sociale pecetea unor defecte cu totul străine de firea neamului băștinaș. Dar chiar și amestecul țărănimei cu elemente de factură biologică mijlocie poate să ducă la un dezechilibru biologic, la o desrădăcinare din trecut și tradiție care poate însemna o primejdie pentru evoluția etnică ulterioară.

Din aceste câteva exemple, cari luminează prea puțin câteva dintre aspectele problemei, reiesă, cât de însemnat este studiul acestor procese etnobiologice, cari pot schimba din temelii soarta biologică și politică a neamului. O egală atenție merită un alt proces de sărăcire în elemente de valoare și anume acela prin desnaționalizare, care poate câștiga și o însemnătate demografică atunci, când pierderile prin înstrăinare sunt considerabile și privesc și țărănimea.

Multe pot fi deci cauzele declinului etnic și ele pot fi accentuate în efectul lor ostil evoluției neamului atunci, când acesta nu dispune de spațiul vital propriu, când nu are libertatea să se organizeze într'un stat propriu așa cum o cer interesele sale vitale, când deci nu va putea să-și hotărască el însuș destinul, să fie stăpân pe soarta sa. Este adevărat că și sub stăpânire vremelnică străină în cadrele unui stat străin, un neam poate să rămână o comunitate de sânge și de tradiție, poate

să-și păstreze înrădăcinarea în glie prin proprietatea de pământ a țăranilor săi și este, tot așa de adevărat că o prea mare libertate lipsită de disciplină și răspunderea etnică poate să fie chiar într'un stat propriu în detrimentul evoluției biologice a neamului. Dar fără îndoială numai într'un stat propriu se poate pune în mod optimal în serviciul binelui etnic diferențierea și integrarea cea mai potrivită a forțelor individuale, se poate asigura echilibrul dinamic între categoriile antagoniste, selecțiunea și punerea în valoare a elitelor, stimularea și sprijinirea creației, urmărirea atentă a evoluției calitative și numerice a fondului etnic pentru a putea pune neîntârziat în funcțiune măsurile cele mai acomodate de ocrotire. Numai în atari condiții se poate duce cu cele mai mari șanse de succes lupta pentru asigurarea spațiului vital acomodat evoluției neamului. Patria proprie este o condiție de bază pentruca neamul să poată fi stăpân pe destitul său.

În orice caz evoluția biologică a neamului nu poate fi lăsată la voia întâmplării și la discreția intereselor individuale sau internaționale. Studiul evoluției etnice și al forțelor, cari o determină, trebuie să devină preocuparea cea mai de seamă a științei naționale. Spre cunoașterea neamului și a evoluției sale trebuie să-și integreze rosturile mai ales istoria etnică, etnografia, sociologia, antropologia, demografia, studiul artei populare și al tradiției în general, iar obiectivul principal al cercetărilor nu poate să fie altul decât satul, țărănimea. În nesfârșitul șir al milenilor existenței sale omul s'a adaptat la o vieață în strânsă legătură cu natura și satul a rămas mediul natural al neamului. Acolo numai se pot stabili și păstra tainicele legături cu cerul, pământul și trecutul, necesare închegării comunității de sânge, tradiție și spațiu. În țărănimea respectuoasă față de legile vieții s'a păstrat și se poate numai păstra patrimoniul biologic și spiritual specific al neamului și o țărănime viguroasă calitativ și numeric, este singura cheazășie solidă a existenței prin veșnică regenerare a neamului. Iar pentru organizarea statului hotărâtoare trebuiesc să fie în primul rând normele luate, nu din vieața sau gândul unor neamuri sau capete străine, ci din trecutul propriu, din truda de adaptare dealungul veacurilor și din înțelepciunea și învățătura „legii din bătrâni“, concretizată în obiceiuri și îndemnuri străbune.

Neamul nu trebuie să moară. Păstrându-și caracterul și rosturile unei comunități de sânge, tradiție, spațiu și destin și respectând cu sfințenie normele legilor vieții, el poate trăi veșnic.

BIBLIOGRAFIE:

- Horst Becker:* Die Familie. Verlag Schäfer, Leipzig.
J. K. Folsom: The Family. John Wiley and Sons. New-York, 1934.
Max Wundt: Aufstieg und Niedergang der Völker. Lehmann's Verlag, München.
E. v. Eickstedt: Die rassischen Grundlagen des deutschen Volkes. Schafstein Verlag, Köln.
F. Burgdörfer: Volk ohne Jugend. Verlag Kurt Vowinkel, 1935.
W. H. Riehl: Die Naturgeschichte des deutschen Volkes. Kröner, Leipzig.

Noțiuni de organizare și administrație sanitară în județe

de

Dr. POMPILIU NISTOR

Inspector Gen. San. Central în Minist. Sănătății

O mare parte din medicii în funcțiuni publice au oroare de orice se referă la administrația și legislația sanitară. Unii cred că este incompatibil cu prestigiul lor să se ocupe cu chestiuni meschine de administrație și nu au răbdarea să se inițieze în labirintul, uneori greu de străbătut, al legilor, al regulamentelor, instrucțiunilor și formularelor de rapoarte.

Alții fac o confuzie regretabilă între administrația propriu zisă și între biurocratism, socotind că orice act de administrație este un balast inutil, de care nu merită să se ocupe.

Însă fără o bună administrație, pe toate terenurile, nu poate exista o viață normală și un progres în viața unei colectivități. O bună administrație nu poate exista fără cunoașterea legilor și celorlalte dispoziții regulamentare ale ramurei respective de activitate.

O bună administrație nu se opune, nu împiedică, ci dimpotrivă ajută, întărește și completează o bună activitate științifică sau de activitate de aplicație a științei.

Nimic nu produce mai multă supărare cetățenilor, decât o

proastă administrație. Este adevărat însă că aceeași supărare o produce și excesul de forme administrative, care e birocra-tismul.

Se cunosc atâtea spitale de ex.: care au în fruntea lor medici eminenți în specialitatea lor, dar unde o administrație proastă, cu lucrări în întârziere, cu alimentație proastă, au un nume prost, cu personal și bolnavi nemulțumiți, cu veșnice anchete și reclamații.

Este deci nevoie ca fiecare șef de serviciu sau de instituție sanitară să cunoască dispozițiile legilor și regulamentelor, ca și normele de administrație din domeniul activității lui.

Nu este însă ușor a se orienta și a cunoaște aceste norme; pentru că pe legea de bază a întregii vieți sanitare de astăzi, care e legea sanitară din 1930, s'au grefat o mulțime de modificări și adausuri, care îi alterează structura organică; pentru că nu s'au lucrat regulamentele cerute de lege, și astăzi fiind în vigoare regulamente mai vechi decât această lege, lucrate pentru alte legi, astăzi complet perimate, și pentru că un mare număr de legi ale altor Ministerere s'au amestecat și au împietat asupra dispozițiilor legilor și regulamentelor sanitare, modificând sau anulând, prin tangentă, diferitele dispoziții ale acestei legi. Astfel legea turismului, legile administrative, legile pentru protegurea agriculturii, codul penal, legea învățământului, legile veterinare, s'au amestecat în atribuțiile date de legea sanitară Ministerului Sănătății și organelor lui, dându-le altor organe.

Dacă s'ar fi executat toate dispozițiile din acele legi, o mare parte din legea sanitară și anume cea privitoare la salubritate, ar fi fost de fapt anulată. Dar, nu s'au executat și nu puteau fi executate, pentru că s'au dat însărcinări de specialitate la organe nepregătite pentru aceasta; așa că cele mai multe din dispozițiile respective au căzut în desuetudine, — sau s'a căutat un compromis de revenire la Ministerul Sănătății.

Vom încerca să ne ocupăm cu unele capitole de organizare a Ministerului Sănătății, lămurind situația de drept actuală a organizațiilor exterioare, ca un modest îndreptar de orientare al celor interesați.

Ne vom ocupa deci de organizarea sanitară a județelor și comunelor, apoi de organizarea și administrarea instituțiilor sa-

nitare și în sfârșit de normele administrative ale salubrității publice.

I. Organizarea sanitară a județelor

1. Legea fundamentală care se ocupă de această organizare este legea sanitară din 1930. Aceasta a fost modificată în foarte multe rânduri, modificările cele mai importante și mai multe făcându-se la 1933 și 1934, fiind retipărită în 1935 cu o nouă numerotare, apărută în Mon. Of. Nr. 140/935, și publicată în Codul Legislației sanitare, editat de Ministerul Sănătății.

Partea privitoare la organizare a fost aproape complet modificată prin „Legea de organizare a Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale din 1939”, publicată în Mon. Of. Nr. 295 și 296 din 1939. Această lege însă nu e completă, așa încât o mare parte din legea sanitară din 1930, rămâne încă în vigoare. De asemenea această lege nu se ocupă deloc de partea de sănătate publică, care rămâne întreagă în vigoare prin legea sanitară din 1930.

În ce privește organizarea serviciului sanitar din județe și municipii nu e mare deosebire structurală între aceste două legi. Menționăm însă că în legea din 1939, care s'a creiat de când erau în ființă Ținuturile, s'au prevăzut organe intermediare între Serviciile sanitare și Minister. S'au înființat consiliile de igienă Ținutale, iar Inspectoratele Sanitare s'au pus sub ierarhia directă a Rezidențelor Regale. Aceste Consilii de Igienă au funcționat foarte puțin sau deloc, iar dependența Inspectoratelor de Rezidențe a rămas sau numai o formalitate sau o ficțiune, Inspectoratele rămânând de fapt tot un organ direct al Ministerului Sănătății.

2. Din punct de vedere însă principial este o mare deosebire între legea sanitară și legea de organizare a Ministerului Sănătății, în ce privește principiul de organizare al serviciilor și instituțiilor sanitare din județe și comune.

Legea sanitară a decretat ca fiind de interes local întreținerea materială a instituțiilor și serviciilor sanitare din județe și comune, atât în ce privește salariul personalului sanitar, cât și serviciile și instituțiile de pe teritoriul lor, în afară de cele ce sunt de interes general, care continuă să aparțină direct Mi-

nisterului Sănătății. Ca un corectiv legea a fixat că Statul, prin Ministerul Sănătății va ajuta și completa suportarea cheltuelilor unde județele și comunele nu le vor putea suporta din bugetele lor. Iar legea din 1939 nu mai prevede aproape nimic în sarcina județelor și comunelor, afară de locuințele în natură ale medicilor de circumscripție rurală și ale surorilor de ocrotire, însă și acestea cu un text foarte imprecis și în contradicție dela un articol la altul. Ce e mai important de reținut, e că nici Ținutului nu-i dă nici o sarcină, neexistând în lege nici un singur articol care să se ocupe cu sarcinile sanitare ale Ținuturilor. Județele nemai existând ca persoană juridică și nemai având buget era natural că nu li s'a putut pune în sarcină nici o obligație.

Municipiilor li s'a impus numai să suporte cheltuelile de asanări și de salubritate. Iar comunelor urbane și rurale le-a impus să se îngrijească de salubritate, aprovizionarea cu apă potabilă, abatorii, de asistența sanitară și socială a familiilor dependente și de asistența medicală gratuită a săracilor, în spitale și la dispensarii. În ce privește ultima obligație, coroborată cu prevederea că orice bolnav internat în spitale va plăti taxele de spitalizare sau că pentru cei săraci vor plăti comunele de proveniență, a rămas numai pe hârtie, căci nu s'a putut executa, comunele sau nevoind să se supună acestor obligații și când aveau posibilitate, sau fiind atât de sărace încât de fapt nu le puteau acoperi din bugetul lor. Așa că Ministerul Sănătății s'a văzut obligat să suspende executarea acestei prevederi, rămânând și mai departe uzul, ca pentru cei săraci cu certificat de paupertate, să suporte cheltuelile Ministerul Sănătății.

Menționăm că și legea sanitară din 1930 (art. 118) prevedea ca comunele să contribuie la plata ospitalizării cetățenilor lor săraci, ceea ce s'a și pus în executare în unele părți ale țării, ceea ce a avut ca urmare o promptă diminuare a certificatelor de paupertate. Dar în urma legii din 1935, de care ne vom ocupa mai jos, comunele fiind scutite și de aceste obligații, cu drept cuvânt au putut refuza plata ospitalizării săracilor, revenind aceasta tot Ministerului Sănătății.

În schimb legea din 1939, a dat drept comunelor (art. 161) să-și angajaze medici comunali pe cheltuiala lor. Acestor medici comunali nu le-a dat însă dreptul de a funcționa ca medici sanitari, ci i-a făcut auxiliari ai medicilor de circumscripție ai

Statului, dându-le ca atribuții combaterea boalelor contagioase și sociale, vizitarea elevilor și consultația săracilor. Nu cunoaștem cazuri ca comunele să fi utilizat această prevedere. Unul din motive a fost că legea mai prevedea ca acești medici să fie recrutați în conformitate cu legea sanitară, adică prin concurs, ceea ce însemna ca în aceste posturi nu puteau ajunge candidații agreiați sau propuși de comune, dacă aceștia nu aveau astfel de note, încât să-și poată alege aceste comune care desigur trebuiau să fie dintre cele mai bogate. Astfel s'a întâmplat că în multe comune săsești și șvăbești există și astăzi medici particulari, plătiți din cotizațiile cetățenilor, pentru anumite servicii gratuite sau cu prețuri reduse la membrii cotizanți, fără ca să fi fost trecuți în bugetele comunelor, ceea ce s'ar fi întâmplat, dacă acești medici, minoritari, ar fi fost siguri că pot ocupa aceste posturi prin concurs.

Ca un corolar la acești medici comunali mai amintim că mai există un alt soi de medici particulari, angajați de Ministerul Sănătății cu contract pe câte 5 ani, având numai obligația să se stabilească în comunele rurale. Legea respectivă din Mon. Of. Nr. 59/935, prevedea însă că aceștia vor avea un salariu pe jumătate cât medicilor de circumscripție. În condițiile impuse de Ministerul Sănătății prin instrucțiuni s'a prevăzut ca acești medici să fie angajați numai în comunele unde nu există deja un alt medic, de stat ori particular, deci evident în comunele mai sărace. Pentru aceste motive foarte puține contracte s'au încheiat, cele încheiate nu s'au mai prelungit și astăzi mai există un singur medic cu contract care expiră în acest an.

3. Ne grăbim să adăugăm că legea de organizare a Ministerului Sănătății din 1939 a găsit un fapt îndeplinit când a trecut asupra Ministerului Sănătății toate sarcinile de întreținere a serviciilor și instituțiilor sanitare locale. De fapt această lege nicăiri nu statorosește acest principiu, ci el derivă în mod tacit din faptul că legea nu dă aceste sarcini organelor locale ținu-tale, județene și comunale.

Principiul de descentralizare a sarcinilor sanitare și de cointeresare a județelor și comunelor pentru sănătatea publică, ale legii din 1930, nu s'au pus în practică decât în unele județe și mai ales în Ardeal și Bucovina. În ce privește salarizarea personalului sanitar, nu s'a pus deloc în aplicare, întreg personalul medical rămânând și după 1930 în sarcina Ministerului Sănătății.

Cauzele pentru care nu s'a executat legea din 1930 sunt: pe de o parte bugetele sărace ale județelor și comunelor și chiar

a celor mai multe așa zise orașe, experiența medicilor, instituțiilor și serviciilor de modul cum au fost întreținute mai înainte de județe și comune; precum și de teama, uneori deplin motivată ca personalul sanitar și instituțiile sanitare să mai ajungă sub tutela Prefecților și Primarilor, emanații ale partidelor politice.

Pornind din această stare de fapt, pentru a nu lua totul în sarcina Ministerului Sănătății și a nu da nicio sarcină efectivă comunelor și județelor, a apărut în Mon. Of. Nr. 263/934, Decretul Lege pentru îndrumarea și controlul serviciilor medicale. Prin această lege, pe lângă trecerea personalului sanitar superior sub controlul direct al Ministerului Sănătății, ca organizare, grade, norme de recrutare și jurisdicțiune, toate așezămintele de ospitalizare, depinzând de alte Ministere, Case autonome și Regii, trec sub îndrumarea și controlul Ministerului Sănătății, iar cele cari depind de județe și comune trec sub directa conducere și administrare a Ministerului Sănătății cu întreg personalul și patrimoniul existent.

În schimbul acestei sarcini, precum și pentru administrarea tuturor serviciilor sanitare cari implicit trec și de drept dela județe și comune la Ministerul Sănătății, se institue o contribuție obligatorie, vărsată automat din bugetele județelor și comunelor, la Ministerul Sănătății, pentru acțiunea sanitară. Această sumă trebuie să fie egală cel puțin cu media pe ultimii trei ani din cheltuelile județelor și comunelor pentru scopuri sanitare și de ocrotire, dar care nu putea fi mai mică decât 10% din bugetul comunelor și de 15% din bugetul județelor.

S'a prevăzut deci o modalitate practică de a strânge fonduri pentru întreținerea serviciilor și instituțiilor sanitare, în mod uniform dela toate comunele și județele. Dacă s'ar fi realizat această contribuție, ar fi dus la o mare înflorire a instituțiilor sanitare.

Dar nu s'a pus în practică această parte a legii, ci la insistența Prefecților s'a ajuns la un compromis. A apărut deci în Mon. Of. Nr. 77/935, legea pentru înființarea unei cote suplimentare de 2% peste cotele adiționale convenite comunelor, atribuite acțiunii și instituțiilor sanitare, județene și comunale. S'a înființat deci o nouă cotă adițională, însă pe care nu o mai plăteau comunele și județele din bugetul lor, ci o plăteau contribuabilii. În schimb județele și comunele s'au văzut scutite de

a mai vărsa Ministerului Sănătății „vreun fond, de orice natură ar fi el, pentru sprijinirea instituțiilor și așezămintelor sanitare ale județelor și comunelor”.

Prin urmare județele și comunele au scăpat de obligația de a-și întreține și sprijini serviciile și instituțiile sanitare și de asistență de pe cuprinsul lor; ele au realizat deci un câștig.

Din această lege, care s'a întărit și prin art. 178 din legea administrativă din 1938, au decurs multe neînțelegeri și controverse, privind drepturile asigurate prin legea sanitară, ale medicilor, surorilor de ocrotire și moașelor, la locuință gratuită, luminat, încălzit și transport sau echivalentul acestora în bani, care nici astăzi nu este rezolvată.

Impozitul adițional de 2% a fost mărit în 1937, la 3%, iar în prezent a fost prefăcut de Ministerul de Finanțe, conform noiei legi a contribuțiilor directe, în un coeficient forfetar asupra mai multor impozite directe și care în bugetul pe 1942/43 al Casei Sănătății din Ministerul Sănătății se ridică la un venit de lei 1.400.000.000, fiind cel mai important venit al ei.

4. *Serviciul sanitar județean și medicul primar de județ.* Medicii primari de județ, ca și cei de municipii, cu cari sunt egali în grad, în drepturi și obligații, se recrutează conform legii sanitare din 1930, dintre medicii igieniști cu 5 ani vechime ca medici definitiv, prin examen de capacitate. Medicii igieniști erau considerați ca specialiști și trebuiau să abă diploma de specializare în igienă, urmând un curs de un an la un Institut de Igienă.

Intre medicii igieniști legea enumera pe medicii desinfectori, de porturi, igieniști de plasă, șefii și inspectorii Casei Asigurărilor Sociale, șefii de secție dela Inspectoratele sanitare și personalul didactic al Institutului de Igienă. Prin urmare medicii șefi de municipii și medicii primari de județ, puteau fi recrutați numai dintre aceștia.

Prin modificarea legii sanitare din 1935, s'au desființat medicii igieniști, deși, în mod paradoxal, s'au menținut cursurile de specializare în igienă și s'au lăsat și plășile sanitare. Medicii primari de județ și șefii de municipii urmau să se recruteze dintre medicii sanitari definitiv, cu 10 ani vechime, prin concurs. Iar între medicii sanitari sunt: medicii de circ.

rurale și urbane, medicii de dispensarii mixte, medicii de por-turi și medicii școlari, din cari deci urma să se recruteze.

Prin legea de unificare a normelor de recrutare, numire și funcționare a personalului tehnic din serviciile statului, etc. (Mon. Of. Nr. 47/942), s'a revenit asupra condițiilor de recruta-re, statornicindu-se că medicii șefi de județe și de municipii (medicilor primari de județ li se dă numele de medici șefi), se vor recruta tot prin concurs dintre medicii cu diploma de igienă și sănătate publică, revenindu-se deci la titlul de medici igie-niști. Dar acești medici pot fi recrutați numai din următorii medici: medicii de circ. sanitară rurală și urbană cu titlu defi-nitiv și cu o vechime în acea funcție de cel puțin 5 ani, și dintre medicii igieniști de plasă sau șefi de laboratoare de igienă cu 3 ani vechime în acele funcțiuni (art. 48).

Din cauză însă că în ultimii ani nu s'au ținut regulat cursu-rile de specializare în igienă, precum și pentru că la unele In-stitute de igienă, unde în trecut s'au ținut astfel de cursuri, dar nu s'au ținut examene de diplomă, s'a prevăzut (art. 100) la concursurile de medici șefi de județ și de municipiu, — ca și de medici școlari și șefi de laborator, — cari vor avea loc în 1942 și 1943, că se pot prezenta și candidați cari nu au diploma de specializare în igienă.

Atribuțiile medicilor primari de județ și șefi de municipii sunt enumerate în capitolele respective ale legilor amintite mai sus și nu comportă o discuție specială.

Trebue să menționăm însă că atât prin noua lege sanitară, cât și prin deciziile de descentralizare ale Ministerului Sănă-tății din 1941, toți medicii șefi de servicii și de instituții au do-bândit drepturi mai mari și directe de dispunere, creîndu-li-se și mijloacele necesare, așa încât ei nu mai sunt referenți și ra-portori, ci și executori în sfera lor de activitate.

5. *Plășile sanitare și medicii igieniști de plasă.* În legea sanitară din 1930 s'au instituit plășile sanitare, care urmau să funcționeze pe teritoriul județelor, câte una la cel mult 100.000 de locuitori, conduse de câte un medic igienist de plasă. Rolul acestora era de ordin preventiv, de coordonare și îndrumare a tuturor chestiunilor de salubritate și edilitate comunală, de pre-venire și combatere a boalelor contagioase și sociale și de con-ducere a întregii acțiuni sanitare pe teritoriul plasei respective;

având în subordine serviciile sanitare de circumscripție și comunale, cu rol mai ales curativ.

Prin modificarea din 1935, s'au desființat medicii igienişti, intrând și absolvenții cursurilor de specializare în igienă între medicii sanitari. După cum reiese din discuțiile parlamentare, s'a intenționat ca fiecare medic sanitar să fi făcut cursurile de specializare în igienă și deci ca fiecare medic sanitar să fie și medic igienist. Această intenție nu s'a realizat și nu s'a putut realiza, fiind o imposibilitate fizică ca un medic să poată acumula și posedea atât cunoștințele de igienă, cât și cele de medicină curativă, ambele atât de vaste (a se vedea articolul nostru din Nr. 8—9/ 1936 al Buletinului Eugenic și Biopolitic: Organizarea sanitară rurală).

S'au menținut însă plasele sanitare, fără medici igienişti, care ar fi urmat să fie înlocuiți de medicii sanitari simpli, până vor fi creați suficienți medici specializați în igienă.

Dar deși s'au menținut plasele sanitare, nu s'au înființat decât 2 plase sanitare model: Gilău-Cluj, mutată în 1940 la Săliște-Sibiu și Tomești-Iași.

Din cauza acestei confuzii, plasele sanitare de medicină preventivă, fără medici igienişti, nu s'au pus în aplicare, probabil că conducătorii înșiși ai Ministerului Sănătății nu au avut încredere în această idee.

Legea de organizare a Ministerului Sănătății din 1939, a reluat ideia înființării plaselor sanitare, dar a botezat-o „Centrul secundar de sănătate“ (art. 157, 158), cu aproape aceleași atribuții și cu acelaș rol ca și al plasei sanitare, urmând a fi conduse de un medic igienist. Dar legea rămâne incompletă pentru că nu reintroduce pe medicii igienişti ca o specialitate deosebită și nu se ocupă mai deaproape de pregătirea și situația lor. Prevede însă că se vor recruta, prin examen de capacitate, dintre medicii de centre primare de sănătate cu stagiul rural de 4 ani, specialiști în igienă, „absolvenți ai Institutelor de Igienă“ (un termen complet impropriu și confuz). Mai admite că până la completarea locurilor cu medici igienişti, conducerea acestor centre va fi dată cu titlu provizoriu de suplire, medicilor de centre de sănătate.

Nici după această lege însă nu s'au creat decât o singură plasă sanitară, Lipova, dar și aceasta neorganizată suficient.

Abia în bugetul Ministerului Sănătății pe 1942/43, s'a prevăzut înființarea altor 17 plase sanitare, pentru cari s'a prevăzut și întregul personal sanitar necesar: câte un medic igienist, un ofician sanitar, 2 agenți sanitari, un șofeur și 1 personal de serviciu, precum și o soră de ocrotire șefă, având în subordinea ei tehnică surorile de ocrotire din plasă, în care urmau să fie concentrate cât mai multe surori din județul respectiv. Până în prezent nu s'au realizat nici aceste plase, dar e în curs publicarea vacanțelor în aceste posturi și concursuri de medici igieniști de plasă pentru ocuparea lor. Deasemenea, în acest an s'a ținut la Ministerul Sănătății o sesiune de examene de diplomă pentru acei absolvenți ai cursurilor de specializare în igienă cari nu au dat încă acest examen.

Legea de recrutare a medicilor din 1942, citată mai sus, a revenit la denumirea de plase sanitare, în loc de Centre secundare de sănătate. A mai fixat condițiile de recrutare a medicilor igieniști de plasă prin concurs; admitând la concurs pe acei medici cu diplomă de specializare în igienă și sănătate publică, care au cel puțin 2 ani de activitate ca medici de circumscripție urbană sau rurală sau ca medici comunali.

6. *Circumscripțiile sanitare rurale și medicii de circumscripție sanitară rurală.* În legea sanitară din 1930 s'a prevăzut că o comună rurală sau mai multe comune rurale asociate, până la un maximum de 10.000 locuitori, vor avea un medic comunal. Nu a mai prevăzut cuvântul de medic de circumscripție; dar din cauză că medicilor ziși comunali nu li se mai recunoașteau drepturile foștilor medici de circumscripții sanitare, la modificarea din 1933 s'a reintrodus cuvântul de medici de circumscripție, alături de cel comunal (art. 74).

Medicii comunali au atribuții de ordin curativ, dând consultații gratuite la săraci, conducând casa de ocrotire a comunei, unde urmau să aibă un dispensar, infirmerie pentru cazuri urgente, pentru maternitate și eventual pentru boale contagioase, ca: să se ocupe de igiena școalelor și elevilor, să ia primele măsuri la boalele contagioase, să facă vaccinările, să ridice probe alimentare, să facă verificarea deceselor și nașterilor, să urmărească dezvoltarea sanitară a copiilor și să indice măsuri de salubritate publică în comună (art. 74 și 150).

Are deci în prima linie rol curativ apoi rol de igienist, însă

în mod incomplet, mai mult cu titlu informativ și de introduce-re, atribuțiile principale de igienist fiind rezervate medicului igienist de plasă.

Delimitarea între rolul de igienist al medicului comunal și al medicului igienist de plasă era și este greu de făcut și, și mai greu de codificat. Ceea ce a îndemnat și întrucâtva a justificat și pe legiuitorul din 1935 să suprima pe igienist și să întrunească în medicul sanitar amândouă problemele și atribuțiile de medic sanitar și igienist. Chiar legea din 1930 a mai prevăzut, ca măsură tranzitorie (art. 553), ca medicii de circumscripție aflați în funcție la promulgarea legii, cari doresc să rămâie în situațiu-nea pe care o au (adică de medic sanitar cu atribuții mixte, conform legii din 1910), își păstrează toate drepturile și rămân funcționari de Stat, spre deosebire de medicii comunali contem-plați să fie funcționari ai admin'strațiilor locale.

Neînființându-se plasele sanitare a urmat ca nici această parte a legii să nu se execute, medicii ziși comunali rămânând și mai departe și până astăzi în rolul lor mixt, cum erau pre-văzuți în legea sanitară din 1910.

L. O. M. S. 1939, a schimbat numele medicilor comunali în cel de medic de centru primar de sănătate, lăsându-le aproa-pe aceleași atribuții ca ale medicilor comunali din 1930.

Trebue să menționăm aici că termenii de medici de circum-scripții urbane și rurale este așa de incetățenit, încât nu i-au putut scoate din uz nici termenul de medic comunal din 1930, nici cel de medic primar de centru de sănătate din 1939. Insuși Ministerul Sănătății nu a încetat să-i numească totdeauna me-dici de circumscripție.

În ceea ce privește denumirea de medic de centru primar și de centru secundar de sănătate, a produs numai confuzii din cauza sensului contrar al acestor termene cu cel al medicilor primari și secundari de specialitate, unde medicul primar este superior celui secundar, termene consacrate cari nu mai pot fi înlocuite.

Medicii comunali din 1930, sunt înscrși în categoria medi-cilor sanitari. În modificarea din 1935, sunt înscrși numai sub titlu de medici de circumscripție sanitară, urbană și rurală, fără a se mai aminti de medici comunali, cum i-a definit în art. 74.

Medicii comunali, identici cu medicii de circumscripție sa-

nitară rurală și urbană, se recrutau prin legea din 1930, prin concurs, dintre acei medici cari aveau un stagiu de câte două luni în serviciu de boli infecțioase, de obstetrică sau puericultură și de boli sociale. Prin legea modificată din 1935, concursul se schimbă în examen de capacitate, în urma căreia reușii rămân pe tablou timp de 3 ani.

Prin legea de recrutare din 1942, menține examenul de clasificare pentru medicii de circumscripție urbană și rurală, la care se pot prezenta toți medicii care au un stagiu în servicii spitalicești, de câte 3 luni, în serviciile de boli contagioase, de obstetrică și de pediatrie sau puericultură (art. 36). Se menține același examen și pentru medicii comunali, în sensul legii de O. M. S. 1939 la art. 161, adică pe cari comunele îi pot angaja pe cheltuiala lor.

7. *Serviciile sanitare de municipii.* Sunt organizate ca și cele de județ și sunt conduse de medicul șef de municipiu, cu aceleași drepturi și cu aceeași recrutare ca ale medicilor primari de județ. Serviciul sanitar al municipiului are în subordinea lui, prin legea sanitară din 1935, câte un medic igienist tot la 50.000 de locuitori (cari însă nu s'au acordat decât în foarte puține cazuri).

Mai sunt prevăzuți și medici comunali, cu aceleași atribuții ca ale medicului comunal rural = medic de circumscripție rurală, câte unul la 30.000 de locuitori. Acești medici comunali în municipii își îndeplinesc serviciul sau pe circumscripții sau pe specialități, fiind repartizați pe atribuții speciale de Inspectorul general sanitar regional, de acord cu medicul șef al municipiului. Repartizarea pe atribuții de specialitate s'a făcut numai în foarte puține municipii (Cluj).

Legea de O. M. S. 1939 nu mai prevede medici comunali la municipii, ci prevede numai medici igieniști, unul la câte 50.000 locuitori, cari vor avea să conducă centrele de sănătate, cari sunt echivalentul plaselor sanitare ale legii sanitare din 1930 pentru județe și ale centrelor secundare de sănătate din 1939. (art. 128).

Rolul acestor centre este definit astfel: Centrul de sănătate este organul sanitar și de ocrotire socială care asigură îngrijirea populației din cuprinsul lui, în ceea ce privește igiena prenatală, maternă, infantilă și școlară, profilaxia boalelor infecțioase

și sociale, orientarea profesională și igiena mintală, ocrotirea socială, precum și difuzarea în mase a noțiunilor de igienă și medicină preventivă. El grupează toate serviciile și instituțiile sanitare și coordonează cu acestea acțiunea tuturor serviciilor și instituțiilor sanitare și de ocrotire socială din cuprinsul lor aparținând celorlalte departamente, regiilor publice, administrațiilor autonome sau particulare.

Insă foarte puține Centre de sănătate s'au înființat, rămânând și organizația municipiilor cu medici de circumscripție urbană, deși aceștia de drept și legal nu mai există după legea din 1939, nici chiar în forma de medici comunali ai legii sanitare din 1930 și 1935. Tot inerția și uzul a fost mai tare ca legea.

Recrutarea medicilor igienisti dela centrele de sănătate, ca și a medicilor de circumscripție este identică cu cea dela județ.

8. *Serviciul sanitar al comunelor urbane nemunicipii.* Legea din 1930, prevede câte un medic comunal la cel mult 20.000 locuitori. Ca și la municipii se prevede și pentru comunele urbane ca acești medici comunali să fie repartizați pe atribuții sau pe circumscripții.

Nici la comune urbane, nici la municipii nu se prevăd plase sanitare sau echivalentul lor, nici case de ocrotire; totuși în practică au existat și în orașe cam acelaș fel de dispensarii, ca și la sate, în afară de ambulatoriile policlinice din unele orașe.

Nu se prevede un medic șef de oraș în art. de organizare a serv. sanitare ale orașelor. Totuși la categoria medicilor sanitari sunt înșirați și medicii șefi de orașe, pentru cari prevede că vor fi recrutați dintre medicii sanitari definitivi cu 5 ani vechime, prin acelaș concurs ca și medicii primari de județ și șefi de municipii. Nu se precizează dacă postul de medic șef este numai un titlu de primus-inter-pares sau este un grad superior.

Legea O. M. S. 1939, prevede pentru orașele nemunicipii că serviciile sanitare ale acestora se vor organiza după tipul centrelor de sănătate prevăzute la municipii; și că acolo unde sunt cel puțin 2 medici igienisti conducători de centre, unul va fi medicul șef.

Nici în orașele nemunicipii nu s'a înființat nici un centru de sănătate, nu s'au numit medici igienisti, ci au rămas, în vîr-

tutea inerției și a uzului, fără bază de drept, vechii medici sanitaritari de circumscripție urbană, ici și colo cu câte un medic șef de oraș, cu toții recrutați cu aceleași obligații și drepturi, ca și medicii de circumscripții rurale sau de circumscripții urbane de municipii.

În Codul F. P. 1940, deși nu există medici șefi de orașe de drept, s'au prevăzut medicii șefi de orașe cu o salarizare superioară față de medicii de circumscripție urbană și inferioară față de medicii șefi de județ sau municipiu.

9. *Serviciile sanitare de porturi.* Legea Sanitară din 1910 a prevăzut pentru 4 porturi, Sulina, Constanța, Brăila și Galați, câte un serviciu medical special al porturilor, pentru controlul vaselor, călătorilor și mărfurilor, conform convențiilor internaționale și regulamentelor de serviciu (art. (60). Medicii de porturi stau sub directa autoritate a medicului șef de oraș și unde nu sunt de aceștia sub a medicului primar de județ. Ei sunt medici sanitaritari și recrutați după normele acelora.

În legea sanitară modificată în 1935, medicii de porturi sunt declarați medici sanitaritari și se recrutează, fără concurs sau examen special, dintre medicii sanitaritari definitivii cu cel puțin 2 ani vechime (art. 196). Nici de astădată însă nu se precizează care e funcțiunea lor și care e raportul lor de serviciu cu celelalte servicii sanitare locale.

Legea din 1939, prevede la art. 170 înființarea câte unui serviciu sanitar de port, cu aceleași atribuții prevăzute în legea din 1910, urmându-se să aibă și spitale proprii pentru boale epidemice, spitale de specialitate și laboratoare cu 3 secții, dar numai în porturile Constanța și Sulina.

Se mai prevede că se pot înființa servicii sanitare speciale și în celelalte porturi maritime sau fluviale, unde se va afla necesar, urmând a li se da personalul necesar prin buget.

Pentru controlul tuturor serviciilor sanitare de porturi și frontiere, se înființează un Inspectorat sanitar, depinzând direct de Ministerul Sănătății și condus de un Inspector general sanitar. Acest Inspectorat s'a și înființat, funcționând un timp, iar astăzi nu mai figurează nici în buget.

Nefiind statornicit nici prin această lege, ce fel de medici sunt medicii de porturi, trebuie să rămână în vigoare prevede-

rile legii sanitare din 1935, care prevede că ei sunt medici sanitari.

În C. F. P. din 1940, au apărut două feluri de medici de port: medici șefi de port principal, echivalați în salar cu medicii primari de județ și medici de porturi, echivalați cu medicii de circumscripție.

În bugetul Ministerului Sănătății pe 1942/43, figurează 4 medici de port principal, în Brăila, Constanța, Galați și Sulina, precum și două posturi de medici de port, în Giurgiu și Tr. Severin.

Raportul de serviciu efectiv, deși nu e fixat prin lege, nici prin regulament, care n'a mai apărut, este că medicii de porturi depind ierarhic de medicul primar de județ, iar medicii șefi de porturi principale, fiind egali cu medicii de județ și municipiu, depind direct de Inspectorate.

În legea de recrutare a medicilor din 1942, deasemenea au fost uitați, neprevăzându-se pentru ei norme de recrutare, dar desigur ei vor fi recrutați în aceleași condițiuni cu medicii de circumscripție sau igienişti de plasă și cu medicii șefi de județe și municipii.

10. *Oficiile de ocrotire.* Sunt create prima oară prin legea din 1930. Ele sunt prevăzute la municipii sau în capitalele de județe și stau sub controlul și îndrumarea directă a medicilor șefi de municipii sau de județ. Sunt conduse de un director, recrutați dintre experții în problemele de ocrotire.

Oficiile de ocrotire se ocupă cu ocrotirea mamei și a copilului normal și cu asistența socială a dependenților, a anormalilor și a familiilor desorganizate.

Ca personal tehnic oficiul de ocrotire are pe asistentele sociale pentru dependenții anormali și în genere pentru asistența socială, iar pentru ocrotirea mamei și a copilului are pe surorile de ocrotire.

Bugetul oficiilor de ocrotire cade în sarcina comunei sau a județului respectiv. Administrația locală nu poate avea nici un alt serviciu cu destinație identică și similară.

Legea din 1939, mărește cadrele de funcționare ale Oficiilor de ocrotire, prevăzând câte un oficiu în toate orașele cu peste 10.000 locuitori. Le pune sub îndrumarea și controlul comitetului local de ocrotire, care nu s'a înființat, iar pe cele

din capitalele de județ le declară ca filiale ale „Ligii pentru ocrotirea socială”, care deasemenea nu s'a înființat.

Conducerea o încredințează unui funcționar specialist în probleme de ocrotire, fiind preferate diplomatele școalei superioare de asistență socială. Atribuțiile sunt cam aceleași ca ale legii din 1930.

Până în prezent s'au înființat oficii de ocrotire numai în câteva municipii. Unele sunt susținute de Ministerul Sănătății, iar altele sunt susținute prin bugetul municipiilor respective, inclusiv asistentele sociale. În nici un județ însă nu s'a extins activitatea lor în afară de orașul de reședință, după cum ar fi fost obligate prin L. S. din 1930.

Rezultatele activității oficiilor de ocrotire au fost foarte bune, atât în ce privește ocrotirea mamei și a copilului, cât și în ce privește asistența socială a săracilor, a dependenților, a familiilor desorganizate. Ele au pus ordine în cheltuelile desordonate ale primăriilor, dând o asistență mai reală și numai celor cari o meritau, cu mult mai puțină cheltuială decât aveau înainte primăriile. Desigur au fost și mai sunt fricțiuni între oficiile de ocrotire și unele primării, cărora nu totdeauna le convine să nu mai dispună liber de bugetul lor destinat asistenței sociale.

11. *Consiliile de igienă și de ocrotire socială.* Existente și în legea sanitară din 1910 (art. 7), au fost menținute, câte unul de fiecare județ și municipiu, și în legea sanitară din 1930, 1935 și în legea O. M. S. 1939, cu mici deosebiri în compunerea membrilor. Atribuțiile deasemeni au rămas aceleași, cu deosebirea că prin legea sanitară 1930 li s'au dat și atribuții de autorizări de funcționare din punct de vedere sanitar a tuturor întreprinderilor industriale și comerciale, la înființarea, mutarea sau mărirea instalațiilor lor. Deasemenea li s'au dat dreptul să fixeze și taxe de autorizări la acele întreprinderi.

Pe când în legea din 1910 erau mai mult organe de propuneri, având a raporta și a da avize, prin legea sanitară din 1930 ele au devenit organe deliberative și hotărârile lor executorii. Ele au primit dreptul de a hotări asupra evacuării și dărâmării de locuințe și oricărui imobil insalubru, în baza propunerilor comisiilor de salubritate, compusă din 3 membri (art. 322/1930 și 314/1935).

Prin legea din 1935, i s'au mai dat să cerceteze bugetele fondurilor sanitare locale și să avizeze asupra aprobării lor, care urma să se facă de Ministerul Sănătății.

Consiliul de Igienă mai delegă din sânul ei o Comisie permanentă de 3 persoane, compusă din medicul primar respectiv, din inginerul județului sau municipiului și din un medic de circumscripție.

Prin legea O. M. S. 1939 s'au adus mai multe modificări de atribuții. Astfel se ia dela Consiliul de igienă dreptul de a da aviz pentru aprobarea fondurilor sanitare și se dă Eforiilor sanitare nou create. Deasemenea i se ridică dreptul de a da autorizări de funcționare întreprinderilor industriale și comerciale, trecându-l asupra unei Comisiuni de autorizări, emenate din sânul Consiliului de Igienă. I se ia și dreptul de a hotări asupra dărâmarilor de imobile care se dă tot unei comisiuni (art. 127); dar fără să se precizeze dacă e vorba de comisia de autorizări sau de comisia permanentă ieșită din această comisie de autorizări. Se înființează deci prea multe comisii care în loc să simplifice complică procedurile.

12. *Eforiile sanitare.* Sunt create prin legea sanitară din 1935, (art. 522), și prin regulamentul Eforiilor din Mon. Of. Nr. 101/935. Ele au ca scop de a sprijini, desvolta și administra așezămintele și operele sanitare din județe și municipii, fiind persoane juridice și având dreptul de a administra propriile fonduri și cele puse la dispoziția lor.

Eforiile județene se compun din prefect, ca președine, medicul primar județean ca vicepreședinte, primarul orașului de reședință, un reprezentant al Asigurărilor Sociale și 5 membri delegați de Inspectorul General sanitar regional respectiv. Eforiile municipale sunt compuse în acelaș mod, Prefectul și medicul primar de județ fiind înlocuiți de primar și de medicul șef al municipiului.

În forma aceasta au avut o foarte mică activitate, pentru că nu aveau ce administra. Pentru că județele și municipiile înțelegeau să cheltuiască direct sumele proprii pentru acțiunile lor sanitare; iar Ministerul Sănătății la rândul lui își executa lucrările proprii tot direct.

Prin legea O. M. S. 1939 s'a modificat compunerea Eforiilor sanitare, scăzându-se numărul membrilor, au fost făcute organe

auxiliare, dar cu aceeași numire. Li s'au dat însă să întocmească bugetul fondurilor sanitare locale (art. 90) și să aprobe cheltuielile curente ale fondurilor sanitare, fie direct, fie prin emanația lor numită delegația permanentă și compusă din 3 membri: Prefectul sau Primarul de municipiu ca președinte, Medicul primar de județ sau de municipiu ca vicepreședinte, și un al treilea membru delegat din sânul Eforiei.

Executarea și răspunderea pentru toată gestiunea este dată însă tot medicului șef respectiv.

Aproape toate eforiile, cu câteva laudabile excepțiuni, unde li s'au dat fonduri din bugetele fondurilor Primăriilor și Prefecturilor, se restrâng la aceste bugete ale fondurilor sanitare locale.

13. *Fondurile sanitare locale.* Sunt create prin legea sanitară din 1930 și au constituit una dintre cele mai fericite realizări, căci au dat posibilitate serviciilor sanitare județene și municipale să dispună de fonduri proprii, din cari au putut să-și acopere diferite trebuințe pentru combaterea boalelor contagioase și sociale, pentru asistența socială, spitalizarea și transport de săraci, mușcați de animale turbate, tuberculoși și alienați, pentru ocrotirea mamei și a copilului, pentru lucrări de salubritate și pentru construcții, amenajări, reparări și închirieri de spitale, dispensarii și băi populare. Aceste fonduri sanitare depind de Fondul sanitar general al Ministerului Sănătății, dar au autonomia veniturilor și independența dispunerii asupra cheltuelilor, pe baza unui buget aprobat de Ministerul Sănătății. Mănuirea și administrarea fondurilor sanitare a fost dată medicului primar de județ sau șef al municipiului, care compunea și bugetul, îl supunea spre aviz și votare consiliului de igienă și aprobării Ministerului Sănătății și care îl și executa. Prin legea din 1939, cum s'a amintit mai sus, s'a dat eforiilor sanitare să voteze bugetele și să aprobe cheltuelile.

Veniturile fondurilor sanitare constau din legăte, subvenții, o cotă din venitul net al întreprinderilor proprii ale comnelor și județelor, din amenzile pentru toate contravențiunile la legea și regulamentele sanitare din cuprinsul județului sau municipiului respectiv, din taxe impuse la deschiderea și mutarea de farmacii și droguerii, la înființarea depozitelor de medicamente, din taxe de autorizații la deschideri de sanatorii, case

de sănătate, spitale, laboratorii particulare de analize medicale, precum și din taxe pentru autorizări de funcționare de întreprinderi industriale și comerciale, care autorizații s'au dat exclusiv în atribuția Consiliului de Igienă.

Quantumul acestor taxe a variat după valorile comerciale. Dar dela început fondurile sanitare ale județelor variau între 200.000 și 2.000.000 lei, iar ale municipiilor se ridicau la mai multe milioane de lei, din cari s'au putut acoperi multe necesități și porni o acțiune sanitară frumoasă de investigații.

În ce privește cotele din veniturile nete ale întreprinderilor proprii ale județelor și comunelor, care se încasau cu toată opunerea uneori a comunelor, s'au sistat după 1935, în urma apariției Decretului din Mon. Of. Nr. 77/935, prin care s'a înființat cota adițională de 2% și s'au exonerat județele și comunele de orice contribuție pentru sprijinirea și întreținerea serviciilor și instituțiilor sanitare ale Ministerului Sănătății.

În schimb în 1936, tot ca o urmare a Decretului de mai sus, s'a prevăzut o nouă sursă de venituri: taxa anuală de control sanitar.

Această taxă pentru controlul alimentelor a fost creată prin Legea maximului taxelor și contribuțiilor comunale din M. O. Nr. 66/923 și se încasa, după un tarif anexat legii, de comune, în schimbul unui serviciu prestat sau mai bine zis care trebuia prestat de comune. Această taxă s'a perceput și în legile următoare administrative și ale finanțelor locale, fiind o resursă de venituri ale comunelor, pentru cari în realitate ele nu prestau nici un contraserviciu; căci controlul localurilor publice de consumație și de vânzarea de alimente etc. era făcut de personalul sanitar, în mod gratuit, în urma obligațiilor și drepturilor impuse lor prin legea sanitară.

După creiarea cotei de 2% administrațiile comunale nu au mai încasat aceste taxe. Ministerul Sănătății a intervenit și prin legea pentru constatarea și perceperea veniturilor fondurilor locale sanitare și de ocrotire din Mon. Of. Nr. 101/936, a reînființat aceste taxe, în folosul fondurilor sanitare locale.

Prin această lege și prin regulamentul din Mon. Of. Nr. 205/936, care se ocupă cu toate veniturile fondului sanitar, se fixează cotele acestor taxe, la 1—3% din valoarea locativă a întreprinderilor respective și se precizează și modul de așezare

și percepere ale acestor venituri, prin oficii proprii la municipii și prin administrația financiară și percepții la județ. Ministerul de Finanțe s'a opus un timp ca organele lui să conlucre pentru aceste taxe, ceea ce a cauzat întârzierea încasării lor până în 1939.

În 1939, s'a reluat chestiunea prin L. O. M. S. prevăzându-se cu precizie ca aceste taxe se constată, urmăresc și percep de Comisiile de constatare, impunere și încasare ale fiscalului; având ca urmare că s'a început o mai vie încasare. Aceste taxe, încasându-se și retroactiv, aduc fondurilor sanitare anual, în raport cu bogăția județelor și orașelor, dar și cu energia cu care medicii șefi respectivi au urmărit încasarea, între 500.000 lei și 5.000.000 lei; adică sume foarte importante și din care se pot face multe creațiuni de ordin sanitar.

14. *Eforia județeană I. O. V.* Până în 1934, interesele invalizilor, văduvelor și orfanilor de război erau reprezentate și apărate de Oficiul Național I. O. V. de pe lângă Ministerul Sănătății, iar în exterior prin Soc. delegate ca: Soc. pentru ocrotirea văduvelor de război, Soc. pentru ocrotirea orfanilor de război și mai multe societăți ale invalizilor.

Menționăm că legislația I. O. V. este foarte încurcată și neclară, modificată și remodificată de nenumărate ori, ultima oară la 1926. Prin modificarea mai mare din 1934 (Mon. Of. Nr. 170/934 și 194/935), s'a trecut întreaga acțiune numai asupra Ministerului Sănătății, societățile rămânând să funcționeze autonom în cadrele statutelor lor, dar fără a mai reprezenta Ministerul Sănătății și a mai lucra în numele lui. Mai târziu aceste societăți s'au și desființat, în locul lor creindu-se câteva Eferii pentru administrarea patrimoniului lor, și acestea fiind supuse Eforiei generale I. O. V., care a luat locul Oficiului Național I. O. V. de pe lângă Ministerul Sănătății, Eferii locale, cari și ele au fost desființate.

Prin legea din 1934, s'a înființat în județe Oficiul județean I. O. V., condus de medicul primar al județului pentru întreg județul respectiv, inclusiv municipiul, unde acesta exista (art. 4), cu ajutorul unui Comitet de invalizi și văduve, care însă n'a funcționat efectiv, rămânând toată sarcina medicului primar de județ și a funcționarilor dela Serviciul sanitar județean, sporiți în acest scop cu un impiegat.

Atribuțiile date Oficiului județean I. O. V. sunt ample

(art. 22—27), cuprinzând ocrotirea tuturor intereselor invalizilor, văduvelor și orfanilor de război, ca: pensii, proteze, ajutoare, ospitalizare, asistență juridică, plasări în servicii, împrumuturi dela Casa de credit a invalizilor, ajutoare de lemne, și de îmbrăcăminte, carnete C. F. R. debite ale monopolului Statului, reclamații de orice fel, certificate și recâștigări de titluri pierdute, etc. Ele au dat foarte mult de lucru, dar au dus la o bună protecție, la o mai promptă și desinteresată asistență a I. O. V.-iștilor decât era mai înainte.

În 1942, s'a înființat Casa Invalizilor, Văduvelor și Orfanilor de Război (Mon. Of. Nr. 108/942), dependentă de Ministerul Apărării Naționale, prin care se desființează Eforia Generală I. O. V. dela Ministerul Sănătății, care trece cu toată organizația și întreg patrimoniul ei asupra acelei Case.

Prin efectul acestei legi urmează să se desființeze și Oficiile județene de pe lângă Serviciile sanitare județene ceea ce până acuma nu s'a întâmplat; urmând ca și interesele I. O. V.-iștilor din războiul 1918 să fie apărate și reprezentate prin organele locale ale Casei, cari vor fi trecute fie la Cercul de recrutare, fie la Prefecturile de județ.

Prin legea din 1939, s'au mai prevăzut diferite noi organizații, cu ramificații în județe și comune, dar care nu s'au realizat. Astfel sunt „Liga contra boalelor sociale” și „Liga ocrotirilor sociale”, iar în comune „Comitetul local de ocrotire”.

În schimb s'a înființat Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale, prin legea din Mon. Of. Nr. 87 și 167 din 1941, menit să ia asupra sa coordonarea, îndrumarea și controlul tuturor societăților de asistență socială și de binefaceri, cari până atunci se aflau sub controlul și îndrumarea Ministerului Sănătății (art. 458—575 Legea sanitară 935) și deci și în a organelor locale sanitare.

Prin Regulamentul Legii Consiliului de Patronaj (Mon. Of. Nr. 135/942) se fixează că Ministerul Sănătății își va concentra activitatea asupra acțiunii sociale și de ocrotire a Instituțiilor Statului.

Până în prezent încă nu s'au cristalizat și delimitat sferele de atribuții dintre aceste două organe, care însă rămân în continuă colaborare, așa încât sferele lor de acțiune se vor întretaia, uneori se vor confunda și se vor uni.

15. *Asistentele sociale*. Acestea funcționează la și uneori conduc oficiile de ocrotire. Ele sunt diplomate ale Institutului Superior de asistență socială „Principesa Elena” din București.

În legea sanitară din 1930, se amintește că asistentele sociale se recrutează dintre absolvenții școlii citate (art. 219) și că sunt personal sanitar tehnic (art. 129 și 243). Ele nu sunt personal sanitar auxiliar dar nu sunt nici categorisite între personalul sanitar superior.

16. *Surorile de ocrotire*. Prima școală de surori de ocrotire s'a deschis la Cluj în 1919. Nici legea sanitară din 1910, cu modificările ei ulterioare, din care cea mai importantă e din 1926, nici alte legi sau regulamente nu se ocupă cu surorile de ocrotire și cu școala de pregătire a lor. Doar la capitolul gradațiilor din legea sanitară 1910, modificată în 1926, se prevede că și surorile de ocrotire au drept la gradații, ceea ce este o recunoaștere că ele există.

Prin legea sanitară din 1930, surorile de ocrotire sunt prevăzute ca personal sanitar auxiliar, ieșite din o școală specială, în care se primesc eleve cu 4 clase secundare (art. 223/930 și 215/935). Nici acum nu s'a publicat un regulament pentru funcționarea acestor școli, s'au lucrat însă instrucțiuni care au fost și sunt în vigoare și până astăzi (a se vedea Codul Legislației Sanitare din 1935).

Surorile de ocrotire au ca menire (art. 75 L. S. 1935), de a conduce Casa de ocrotire, de a se ocupa de gravide, lehuze, sugaci și copii în general, dându-le sfaturi de puericultură, igienă corporală și de gospodărie, făcând anchete familiare, de a asista pe medic la consultațiile dela dispensare, de a vizita școlile și copiii de școală și de a descoperi bolnavii contagioși și de boale sociale. Iar prin prevederile dela Oficiile de ocrotire li se dă și atribuția de a se ocupa de familiile desorganizate, de defectivi și de dependenți, alături cu asistentele sociale. De fapt în mediul rural ele s'au ocupat totdeauna singure de această asistență socială.

Prin legea Învățământului sanitar din Mon. Of. Nr. 183/941, se legitimează în sfârșit funcționarea „Institutelor de surori de ocrotire”, scoțând pe surori însă din șirul personalului sanitar auxiliar, dar neprecizând în ce categorie de personal sanitar vor intra.

Astăzi funcționează 5 Institute de surori de ocrotire, în București (Institutul „Regina Maria”, și „Principesa Elena”), Iași, Chișinău și Arad (cel mutat dela Cluj).

17. *Agenții sanitari*. Sunt o instituție tradițională în România. Pentru a nu merge mai departe, legea sanitară din 1910, prevede agenți sanitari, proveniți din școlile cu curs de un an, în care se primesc elevi cu 4 clase primare, școli ce se vor înființa de Direcția Generală a Serviciului sanitar (art. 28 și 43).

Absolvenții acestor școli nu pot ocupa decât posturi de agenți sanitari. Legea prevede deja de pe atunci probabil în urma unor experiențe, că „Ori cine ar încerca, pe baza acelei diplome, să facă pe propria-i socoteală meșteșugul de a vindeca boale, se face vinovat de practica ilicită a medicinei”, ceea ce și astăzi și-ar avea o aplicare foarte largă.

Prin legea sanitară din 1930, se schimbă numele de agenți sanitari

în oficanți sanitari, și se prevede că în școlile de oficanți sanitari, cu curs de 2 ani, se primesc elevi cu absolvența cursului secundar inferior.

Iar la 1932 apare „Regulamentul pentru Școlile sanitare elementare (Mon. Of. Nr. 70/932), care școli însă se reduc numai la cele de oficanți sanitari.

Însă acești oficanți sanitari, după unele stagii de specialitate de câte un an și după un examen de capacitate, pot deveni: oficanți de spitale (subchirurgi), secretari de servicii sanitare, administratori și intendenți de spitale și de așezăminte de ocrotire.

Aceleași dispozițiuni le are și „Regulamentul pentru statutul personalului tehnic sanitar auxiliar” din Mon. Of. 236/933, cu concesiunea însă că administratorii și intendenții de spital vor fi numiți dintre oficanții sanitari numai dacă nu se vor găsi candidați absolvenți ai școalelor comerciale superioare ori cu titluri universitare; iar secretarii de servicii sanitare, numai în condiții egale cu ceilalți candidați. Din aceste școale (Craiova și Iași) au ieșit aproape toți agenții sanitari din țară, precum și o mare parte din secretarii de servicii sanitare și din administratorii și intendenții de spitale.

Legea pentru învățământul sanitar din 1942, schimbă din nou denumirea de oficanți sanitari în agenți sanitari.

Prin această lege agenții sanitari nu mai sunt o profesiune liberă, și ei pot funcționa numai în servicii publice, pentru că rolul lor s'a definit astfel: „art. 11 — Școlile de agenți sanitari pregătesc și formează personalul auxiliar chemat să execute măsurile de prevenire și combatere a boalelor epidemice, precum și măsurile de poliție sanitară, de igienă și salubritate publică”.

În aceste școli se primesc absolvenți cu 4 clase secundare, iar cursul ține 2 ani; după un examen de diplomă absolvenții capătă brevetul de agent sanitar dela Ministerul Sănătății.

18. *Moașele comunale.* Legea sanitară din 1910, prevede școli de moașe urbane, cu curs de 2 ani și în cari se primesc absolvente a două clase secundare, precum și anexe la aceste școli pentru moașele rurale, cu „Condiții de admisibilitate mai ușoară” (art. 43). Aceste condiții sunt: 4 clase primare, dar tot cu un curs de 2 ani pe lângă una din școlile de moașe existente atunci, numindu-se Școala de Moașe „Grigore Ghica Vodă” din Iași și a Spitalului Colțea din București.

În 1911 se înființează Școala de Moașe „Maternitatea” din București, cu un regulament propriu, apărut în Mon. Of. Nr. 143/911, tot cu curs de 2 ani și tot cu eleve cari au cel puțin 2 clase secundare; în acest regulament se prevăd din nou secții de moașe rurale pe lângă Școala Eforiei „Colțea”, cu 4 clase primare sau și mai puțin.

În Ardeal au funcționat școli de moașe cu curs de 6 luni sau de 1 an, în care deasemenea se primeau eleve cu 4 clase primare.

Legea învățământului sanitar din 1942 prevede tot școala de 2 ani, cu eleve care au la bază 4 clase secundare; dar cu dispensă pentru candidatele din mediul rural, cu aptitudini pentru acest învățământ și cu condiția să fi absolvat cel puțin cursul supra-primar (art. 9).

Funcția de moașă comunală nu s'a schimbat în drepturile și obligațiile ei. Într'un timp au existat și moașe cercuale, cari au activat mai mult ca un control al moașelor empirice, activând aproape tot numai în comuna de reședință și devenite un fel de funcționare.

Dintre moașe s'au recrutat și o mare parte din infirmierele de spital, în lipsa candidadelor cu școală de infirmiere sau de surori de caritate; precum și moașele propriu zise de spital, în serviciile de obstetrică și ginecologie.

Organizarea serviciului sanitar și de ocrotire

de
I. MOLDOVAN

a) *Serviciul sanitar și de ocrotire rural¹⁾*

În mod obișnuit expunerea organizației sanitare pornește dela centru spre periferie. Întâi se precizează organizațiunea centrală, Ministerul cu serviciile și atribuțiile sale, urmează apoi Institutele de știință aplicată, Inspectoratele generale sanitare, serviciile sanitare județene (municipale) și la urmă serviciul sanitar al circumscripției rurale. Același curs îl urmează precizarea serviciilor și instituțiilor și în legea sanitară și de ocrotire. Cred însă, că pentru scopul urmărit de noi, este mai bine să începem cu unitatea de bază a organizațiunei noastre, cu circumscripția sanitară rurală, să cunoaștem întâiu cerințele sanitare și de ocrotire la țară și modalitatea cea mai potrivită, acomodată acelei realității, pentru a le satisface în variatele domenii ale sănătății publice. Această bază precizată în cerințe și măsuri, mai ușor se vor lămurii atribuțiunile serviciilor și instituțiilor cari formează suprastructura organizației noastre la plasă, județ până la Minister. De fapt, dacă facem abstracție dela serviciile sanitare și de ocrotire urbane, tot ce este organizațiune sanitară deasupra circumscripției sanitare rurale nu are alt rost, decât de a o sprijini și întregi prin muncă specializată. Principala activitate atât medicală cât și preven-

¹⁾ Vezi Bul. eugenic și biopolitic. vol. VII, pag. 3; vol. VIII, pag. 291; vol. XI, pag. 97.

tivă trebuie să se desfășoare în circumscripție și comuna rurală. Acolo trebuie să fie rezolvată partea covârșitoare a problemelor sanitare și de ocrotire. Această parte va fi cu atât mai mare, cu cât mai ridicat este standardul de viață al populației și mai ușoară circulația. Dar chiar și la noi majoritatea problemelor curative și mai ales preventive trebuie să-și afle o soluție neîntârziată la țară, în circumscripție.

De sigur realizarea acestui postulat, va întâmpina la noi dificultăți considerabile, dată fiind extensiunea încă prea mare a circumscripțiilor și insuficiența circulației. Descentralizarea însă atât a activității curative cât și a profilaxiei și ocrotirii, este o necesitate nu din motive de prestigiu sau de principii, ci fiindcă altfel iluzorie este încercarea de a reduce mortalitatea și aproape zadarnică toată activitatea suprastructurii sanitare dela județ până la Minister. Concluzia este deci, că efortul principal, care trebuie să fie depus pentru a fundamenta serios organizațiunea sanitară și de ocrotire este, de a înzestra unitățile noastre rurale, circumscripția și plasa, cu tot ce este necesar, pentru a putea face față principalelor exigențe din întreg domeniul sănătății publice. Nu ne vom putea gândi desigur de a înzestra circumscripția cu toate serviciile și instituțiile, mai ales cele de specialitate, necesare pentru a putea satisface fără întârziere toate cerințele. Dar întregind circumscripția cu plasa sanitară, se creiază o unitate capabilă să corespundă trebuințelor principale atât curative, cât și preventive.

Rămâne acum de precizat, cari sunt aceste trebuințe și care este zestrea personală și de instituții, pe care în împrejurările noastre o putem avea în circumscripție și pe care trebuie să o cerem pentru plasă. În capitolul precedent am insistat asupra principiilor pe care trebuie să se bazeze organizațiunea sanitară, principii cari se aplică în toate compartimentele serviciului sanitar, deci și în circumscripție. Intre acele norme de bază am relevat și postulatul, ca organizațiunea sanitară și de ocrotire să fie cuprinzătoare, adică să respecte cu aceeași grijă și simultan cerințele din toate domeniile sănătății publice. În viitor deci activitatea în circumscripție nu va mai rămâne rezervată aproape exclusiv *medicinii curative* și *formelor biurocratice*, cari fac legătura cu autoritățile superioare, cum a fost înainte. *Combaterii și profilaxiei boalelor infecțioase acute și plăgilor*

sociale va trebui să se rezerve locul cuvenit în programul de muncă al circumscripției. Și activitatea în această direcție, nu va mai putea rămâne simbolică și paliativă, așa cum și în domeniile *salubrității publice și igienei industriale, al combaterii mortalității infantile, al igienei preșcolare și școlare* o exactă cercetare, cunoaștere și urmărire a realității, precisă și programatică acomodare a măsurilor de luat la acea realitate vor putea abia asigura rezultatele dorite. Iar rezultatele necesare propășirii sănătății publice nu se pot obține decât atunci, când programele de muncă bazate pe realități, sunt cuprinzătoare și se execută în toate amănunțele cu toată preciziunea. Dar și în *domeniul ocrotirii familiei* trebuie să se activeze în circumscripție cu aceeași grijă. Ocrotirea untății biologice fundamentale, care este familia țărănească, cu rosturile ei de generatoare de vieți noi și de educatoare în tradiție și muncă a generațiilor noi, este cu atât mai însemnată și necesară, cu cât de îndeplinirea rosturilor firești ale familiei țărănești depinde soarta de mâine a neamului. La baza întregii activități preventive și de ocrotire însă trebuie să stea o *educație spre sănătate* care să răspândească cunoștinți și să încetățenească obiceiuri, cari să se practice în permanență și să asigure colaborarea tuturor la păstrarea sănătății lor. O educație care nu se realizează atât prin carte și lecții ocazionale și cu atât mai puțin prin ordine și regulamente, ci prin exemplu, demonstrații, sfaturi date de organe competente totdeauna acolo și atunci, când sănătatea este sau poate să fie în primejdie, când omul este mai sensibil la îndrumări și mai dispus de a le urma: femeia în timpul gravidității, mama când vrea să-și ferească de boală copilul plătând sau să-și vadă sănătos copilul bolnav, apoi copilul crescând, capabil să înțeleagă, dornic de a învăța, de a imita și mândru de a întrece pe alții în forțe și sănătate, familia întreagă în sfârșit atunci, când o boală infecțioasă îi tulbură mersul obișnuit al vieții sau îi amenință viața chiar. Educația spre sănătate se fundamentează mai ales în familie, la țară deci în familia țărănească, și este firesc postulatul, ca și această activitate să angajeze nu numai la o permanentă colaborare familia rurală, dar să se depună chiar în mod principal în interiorul, în intimitatea ei.

Din înșirarea aceasta a principalelor cerințe sanitare și de

ocrotire, reiese însemnătatea covârșitoare a activității preventive și educative, al cărei rost nu este atât sănătatea individuală, ci păstrarea și propășirea calitativă și cantitativă a comunității etnice. Spre aceasta trebuie să fie integrate toate eforturile organizațiunei sanitare și de ocrotire.

Citind acea lungă înșirare de trebuințe, face impresia că pentru satisfacerea lor neîntârziată în cadrele circumscripției sanitare e nevoie de a spori aici în mod considerabil personalul medical și auxiliar și de a înzestra circumscripția rurală cu o serie întregă de instituții, pentru a putea face față obligațiilor atât de multiple și variate. Azi dispunem în circumscripție numai de un medic, un agent sanitar, câteva moașe și putem aștepta ca în relativ scurtă vreme să avem de fiecare circumscripție și o soră de ocrotire și o casă de ocrotire. Să vedem acum în ce măsură acest personal poate să satisfacă trebuințele sanitare și de ocrotire și în ce fel trebuie întregit, pentruca organizațiunea să fie de fapt efectivă.

In domeniul medicinei curative medicul de circumscripție poate să satisfacă cerințele în limita cunoștințelor și practicei câștigate în Facultate și completate ulterior din propria inițiativă. Ajutat la consultații de agentul sanitar sau de sora de ocrotire, la domiciliul bolnavului de soră pentru demonstrația îngrijirii bolnavilor, iar la controlul nașterii și a lăuziei de moașă, va putea face față cerințelor unei practici medicale generale. Cazurile, cari recer pentru diagnostic și tratament cunoștințe de specialitate sau cari trebuiesc ospitalizate, vor rămâne rezervate intervenției medicilor specialiști, fie că aceștia se deplasează în circumscripție, fie că bolnavii se deplasează pentru examinare și tratament prin medici specialiști sau pentru internare la centrul medical mai apropiat.

In domeniul combaterii și profilaxiei bolilor infecțioase acute, medicul de circumscripție trebuie să îndeplinească din proprie inițiativă următoarele îndatoriri: 1. să depisteze cazurile de îmbolnăviri; 2. să pună diagnosticul clinic; 3. să le declare; 4. să asigure izolarea și desinfecția, deparazitarea sau transportul la infirmerie sau spital; 5. să inițieze — în cazul dat — diagnosticul etiologic; 6. să înceapă ancheta epidemiologică pentru descoperirea izvorului de infecțiune, a persoanelor de contact sau suspecte; 7. să ia măsuri de izolare și desinfecție, deparazitare;

8. să execute — după ordinele primite — vaccinările; și 9. să facă declararea finală caz de caz și rapoartele care orientează asupra evoluției epidemiei și încheierea ei. Pentru îndeplinirea acestor îndatoriri medicul de circumscripție va pune la contribuție personalul auxiliar și va asigura colaborarea familiilor celor infectați sau primejduiți și autoritățile locale (administrative), școlare, etc.

Dar chiar și luând în considerare activitatea educativă a sorei de ocrotire și făcând abstracție dela epidemii mai extinse, când medicul de circumscripție nu va fi în stare să îndeplinească toate acele îndatoriri, chiar și în atari condiții acțiunea de combatere nu este completă și deci nu poate să ducă la rezultatul dorit. Căci lipsește baza acțiunii, ancheta epidemiologică cu rostul, de a stabili originea infecțiunii, căile pe cari s'a răspândit, izvoarele posibile de infecțiune, cu un cuvânt răspândirea infecțiunii în colectivitatea respectivă. Abia această răspândire lămurită ne poate preciza felul și proporțiile măsurilor de combatere, măsuri cari nu pot să fie șablonice, ci trebuiesc precis acomodate situației specifice fiecărei epidemii. Și cum infecțiunea nu este identică cu boala, ci poate fi inaparentă, fără manifestațiuni clinice, sau ascunsă într'un purtător sau excretor de germeni, examenul clinic nu este suficient pentru a descoperi toate sursele de infecțiune la om. Pentru desăvârșirea anchetei epidemiologice, ca și pentru precizarea măsurilor celor mai acomodate de combatere se cer deci cunoștințe speciale, o experiență practică și iscusință în urmărirea agentului patogen, de cari medicul de circumscripție nu dispune. Combaterea și profilaxia bolilor infecțioase nu e posibil fără intervenția unui organ de specialitate, care este medicul igienist, sau medicul epidemiolog în cazuri mai complicate și fără colaborarea strânsă a unui laborator de igienă.

În acelaș fel limitate sunt priceperea și capacitatea de acțiune a medicului de circumscripție în *domeniul salubrității publice*, cu toate că o ceva mai temeinică pregătire și preocupare ar putea să-i permită — în cazul când ar dispune de timpul suficient — să satisfacă o parte a cerințelor curente. Dar și în acest caz un organ specializat în igienă va trebui să precizeze programul de muncă, să vegheze la realizarea lui și să intervină ori de câteori competența și posibilitățile de acțiune

ale medicului de circumscripție sunt insuficiente. Cu atât mai evidentă este necesitatea intervenției medicului igienist în *domeniul igienei industriale* care recere o pregătire și o răspundere deosebită.

Combaterea bolilor venerice, în deosebi tratamentul și chiar și depistarea surselor de infecțiune poate cădea în mare parte în sarcina medicului de circumscripție și a organelor sale auxiliare. În acest scop medicul de circumscripție va trebui să-și completeze cunoștințele în acest domeniu. Dar și aici acțiunea nu va putea fi dusă la bun sfârșit fără îndrumarea permanentă a unui organ de specialitate și fără colaborarea laboratorului.

Mai redusă este contribuția medicului de circumscripție în *combaterea tuberculozei*. Ne referim aici mai ales la tuberculoza pulmonară. Boala ajunge la cunoștința medicului de obicei luni sau chiar ani întregi după începutul evoluției ei. În acest răstimp infecțiunea s'a putut răspândi neimpiedecată în jurul imediat al bolnavului. Și dacă la formele mai înaintate un examen clinic este suficient pentru punerea diagnosticului, acesta este foarte dificil la formele incipiente sau chiar și la un procent considerabil al formelor cronice, fără concursul unor procedee (radioscopie, laborator etc.), pe cari medicul de circumscripție nu le posedă și nu le are la îndemână. Cu atât mai puțin va putea să se lămurească asupra formelor latente ale infecțiunii, cari ele abia dau imaginea mai exactă a răspândirii infecțiunii în colectivitate, forme, cari fără concursul acelor procedee speciale și mai ales fără proba cu tuberculină nu pot fi descoperite. Dar examenul clinic, radiologic și de laborator, cu foarte serioase cunoștințe de specialitate la bază, mai sunt necesare și pentru urmărirea evoluției infecțiunii și pentru acomodarea unui tratament, care și el cere cunoștințe, experiență de specialitate și o zestre de mijloace speciale, de cari medicul de circumscripție nu poate dispune. Dacă mai luăm în considerare și factorul social, starea economică, igienică, de nutriție a celor bolnavi și primejduiți, factor care se reflectă atât de prompt în evoluția individuală și colectivă a infecțiunii, este evident, că lupta contra acesteia este mult mai complexă și grea, decât să poată fi condusă sau executată de organele sanitare ale circumscripției.

Medicul de circumscripție împreună cu organele sale auxi-

liare poate ajuta la depistarea cazurilor de tuberculoză, el poate lua asupra sa o parte a tratamentului precizat de medicul specialist, el se poate interesa de evoluția focarelor de infecțiune, obligat fiind de a ține organele sanitare superioare la curent cu constatările sale și va mai indica și supraveghea măsurile de desinfecție și izolare la domiciliul bolnavilor. Sora de ocrotire îi va da o contribuție fără îndoială foarte însemnată în combaterea tuberculozei prin activitatea ei educativă și preventivă la domiciliul bolnavului. Dar greul luptei antituberculoase va trebui să rămână în sarcina unor organe de specialitate, a unei organizațiuni speciale, creiată anume în vederea acestui scop.

În ce privește *ocrotirea mamei și a copilului* contribuția pe care o pot da organele circumscripției, pare și este de fapt mai însemnată. Controlul gravidelor, luate în evidență și supravegheate de sora de ocrotire, poate să fie foarte bine realizat prin medicul de circumscripție, care ajutat de moașă, va avea să supravegheze și nașterile întrucât nu fac apel la cunoștințe și intervenții de specialitate. Luarea în evidență a nouilor născuți, controlul lor preventiv și opera educativă la domiciliu cade în sarcina sorei de ocrotire, iar medicul de circumscripție va participa la controlul medical periodic al nouilor născuți și la tratamentul sugărilor bolnavi. Dar conducerea acestui control, ca și diagnosticul și tratamentul pediatric trebuie să rămână rezervat medicului specializat în problemele pediatriei și puericulturii. Tot așa programarea și conducerea activității de *ocrotire preșcolară* și de *igienă școlară* trebuie să rămână rezervate unui organ de specialitate, urmând ca în aceste domenii să colaboreze în mod sistematic — în afară de medicul de circumscripție și sora de ocrotire — fiziologul, medicul puericultor, medicul stomatolog, otorinolaringologul și medicul igienist.

Ocrotirea familiei are scopul să sprijinească și îndrumeze familia în îndeplinirea rosturilor ei firești și etnice. E vorba deci de a sprijini și îndruma evoluția prin forțele proprii a familiei, spre țelul care îi este fixat ca unitate de bază a comunității etnice. Acest țel este sporirea și innobilarea din generație în generație a patrimoniului biologic și păstrarea cu sfințenie a moștenirii spirituale, a tradiției protectoare a ființei etnice. Măsura principală a ocrotirii familiei este fără îndoială educația, adică înzestrarea familiei și mai ales a părinților, a ma-

mei, cu îndemnuri și cunoștințe, asimilate prin trăire, prin simțirea nevoii lor și menite să integreze gând și faptă spre scopul superior urmărit, chiar cu riscul unor renunțări dureroase, unor suferinți și jertfe. Și dacă în această privință școala, propaganda, cartea, sunt de o covârșitoare însemnătate, nu mai puțin sau chiar mai importantă este educația familiei, adâncirea răspunderii etnobiologice a părinților, înarmarea mai ales a mamei cu toate cunoștințele necesare urmăririi atente a evoluției copiilor, a primejdiilor cari pot să amenințe această evoluție și necesare prevenirii sau înlăturării acestor primejdii, cunoștinți pe cari să le transmită împreună cu îndemnuri venite din străbuni tinerei generații, pentruca din vreme să devină instinctiv sau conștient colaboratoare la păstrarea unui patrimoniu de sănătate, care nu este un bun individual, ci etnic.

Această acțiune educativă trebuie neconținut supravegheată și îndrumată, ferită de greșeli, încurajată și susținută. Nu putem îndeajuns sublinia aici însemnătatea hotărâtoare a exemplului și îndemnurilor înțelepte date de familia preotului, condus de răspundere și conștiință etnică. Noi aici în Ardeal știm, ce a însemnat pentru rezistența și propășirea noastră exemplul rodniceii, dârzeniei, demnității și omeniei familiilor noastre preotești. Dar azi fiind necesar, de a accentua, de a intensifica lupta pentru propășirea biologică a familiei țărănești, de a preveni sau opri declinul biologic acolo unde s'a declarat, nu ne putem lipsi de concursul permanent al medicului și soriei de ocrotire în acest scop. Al unui medic, care să vegheze asupra evoluției firești a familiei și să intervină educativ și preventiv ori de câte ori este necesar; al unei surori, care să stea alături de mamă în grijile ei pentru viitorul copiilor, să-i înțeleagă mentalitatea, sufletul și să o ajute cu drag și cu pricepere. Un medic de circumscripție, care să nu se gândească numai la clientela și câștig, să nu fie cu gândul tot la plecarea în altă circumscripție mai bună, ci să rămână, să se înrădăcească în sat, să cunoască familiile țărănești în toată intimitatea lor biologică și să fie dornic și capabil de a le urmări și ocroti evoluția; o soră de ocrotire, care să nu-și depună în mod mecanic munca, separându-se și distanțându-se prin fumuri sau parfumuri de o țărănime neînțeleasă și neiubită, ci care să fie capabilă să pă-

trundă în lumea specifică a țărănimei, să-i cunoască felul de a fi și de a reacționa.

De sigur ocrotirea familiei, care în mediul rural cuprinde și *asistența socială*, nu se mărginește la activitatea educativă a medicului de circumscripție și a sorei de ocrotire. Măsuri eugenice și demografice, sprijinite pe o legislație proprie și realizate în mare parte prin organe dispunând de o competență specială, vor întregi acea activitate descentralizată. Rămâne să mai amintim doar contribuția însemnată pe care o pot da organele circumscripției, medicul, sora de ocrotire și învățătoarea de igienă la înregistrarea evoluției biologice a familiei. De altfel nu trebuie să insist asupra faptului, că o parte a îndatoririlor sorei de ocrotire privind protecția și îndrumarea etnobiologică a familiei țărănești pot să fie foarte bine îndeplinite și prin noul organ al organizațiunei noastre sanitare, prin învățătoarea de igienă.

În cele premergătoare am insistat, cred, suficient asupra însemnătății activității educative a organelor circumscripției sanitare, așa încât nu mai este necesar a reveni asupra acestei probleme; iar în ce privește obligațiile de birou ale medicului de circumscripție, este prea cunoscută această mare sarcină care îi răpește prea mult din timpul serviciului. O reducere a acestor obligații la proporții raționale va permite, ca medicul de circumscripție și organele sale să-și intensifice și întregască activitatea în domeniul preventiv.

Înainte de a trage concluziuni din cele premergătoare, voiu insista în câteva cuvinte asupra instituției specifice circumscripției: *casa de ocrotire*. E firesc postulatul, ca așa cum medicul circumscripției, ca unicul organ medical în permanență la îndemână, trebuie să corespundă, în limita competenței sale nespecializate, cerințelor din toate domeniile sănătății publice, și așa cum și sora de ocrotire are atribuții generalizate, așa și instituția circumscripției să servească scopuri atât curative cât și preventive și de ocrotire și să fie înainte de toate un centru de veghe și acțiune, care să înregistreze starea și mișcarea populației, să urmărească cu atenție evoluția ei biologică, să înregistreze și cerceteze orice fenomen morbid, pentru a se putea răspunde din vreme cu măsuri de reparație și de prevenire și să ducă indemnuri și îndrumări spre sănătate în familia țără-

nească. Chiar dacă instituția noastră dispune numai de o sală de așteptare, una de consultație și un birou, ea nu este numai un dispensar, căci nu atât recunoașterea și tratamentul boalei individuale este rostul acestor consultațiuni. Chestionarea și examinarea bolnavului servește mai ales pentru a avea o orientare asupra stării igienice a mediului, asupra sănătății familiei, în care trăește bolnavul și sunt urmate de ancheta în familie, și de măsuri preventive și educative în caz de lipsă. Și chiar dacă instituția noastră mai cuprinde și câteva paturi pentru ospitalizare și o sală de operații, ea nu se poate numi spital, căci rostul acestor mici secțiuni este înainte de toate de medicină preventivă, primindu-se spre tratament mai ales sugari și copii bolnavi, gravide pentru naștere, așa cum și la consultațiuni domină afecțiuni, al căror tratament ●menit să aibă repercursiuni mai largi decât ar cere-o interesul individual. Cu atât mai evident este rostul instituției noastre, dacă pe lângă secțiile sau rosturile amintite, ea mai este întregită cu un cămin de zi pentru copii mici, o baie, o bucătărie demonstrativă pentru mame, centru la care se pot organiza și cursuri pentru țărance tinere în domeniul gospodăriei casnice, al igienei și al îngrijirii copilului. În orice caz instituția noastră nu poate purta nici numele de dispensar, nici de spital. Ea este o casă de ocrotire cu funcțiuni și de dispensar sau în cazul dat, de ospitalizare, dar rostul ei este de a fi centrul de ocrotire a populației.

Reiesă din toate cele expuse mai sus, că posibilitățile și capacitatea de acțiune a circumscripției este în toate domeniile sănătății publice limitată. Fără colaborarea permanentă și sistematică a organelor și serviciilor de specialitate nici unul dintre variatele programe de muncă nu poate fi dus la desăvârșire. Chiar și acolo unde medicul de circumscripție ar ține să-și facă pe deplin datoria, rămân o serie de probleme, și aceasta în fiecare compartiment al sănătății publice, pe cari numai medici specialiști le pot soluționa. Și cum un rezultat durabil privind sănătatea publică nu se poate obține decât atunci, când toate problemele sunt simultan atacate și soluționate pe bază de programe complete, întregirea activității circumscripției prin intervenția sistematică a medicilor și serviciilor de specialitate este indispensabilă și hotărîtoare pentru reușita acțiunii. Altfel toată truda, toată cheltuiala de energii și mijloace rămâne aproape

zadarnică. Dovada acestei afirmații o avem în faptul că la noi acea întregire — în afară de puține centre de acțiune — nefiind încă realizată, cu toate eforturile depuse, cu tot progresul medicinei, curba mortalității generale, a mortalității infantile și prin tuberculoză sunt de decenii încoace aproape neschimbate.

Cum trebuie să fie realizată acea întregire? Pentru combaterea bolilor infecțioase este neapărat necesară colaborarea unui medic igienist, care să verifice diagnosticul, să angajeze laboratorul de igienă la colaborarea cuvenită, să facă ancheta epidemiologică și să adapteze măsurile de luat exact realității date. Un medic igienist, care să nu se deplaseze în circumscripție numai la chemare, ci să urmărească cu permanentă atenție evoluția bolilor infecțioase, să intervină la fața locului imediat cum se declară cazuri de infecțiuni, la cari declarația individuală este obligatorie. El trebuie deci să-și aibă sediul în apropierea circumscripției, să nu fie împiedecat în mișcare sa liberă și promptă prin obligații de clientelă și să dispună de un mijloc de locomoție care să-i facă posibilă deplasarea cu urgența cerută. Același medic igienist urmează să intervină ca specialist și să poarte răspunderea serviciului în domeniul salubrității publice, al controlului alimentelor și băuturilor, al igienei industriale, al ocrotirii preșcolarilor și igienei școlare, al nutriției și al ocrotirii familiei.

Indiscutabilă este mai departe colaborarea sistematică a fiziologului și a medicului puericultor. Aici nu este vorbă numai de consultațiile periodice, făcute în intervale cât se poate de scurte în circumscripție. Ei trebuie să urmărească evoluția tuberculozei respectiv a mortalității infantile, să se intereseze de origina îmbolnăvirilor, de mediul familial, din care au plecat, pentruca prin intermediul medicului igienist, al medicului de circumscripție și al sorei de ocrotire să fie luate măsurile de îngrijire și preventive indicate de specialiști. Acești medici de specialitate nu pot să fie prea îndepărtați de circumscripție, pentruca intervențiile lor periodice să le poată face în intervale cât se poate de scurte.

Necesară este apoi colaborarea permanentă a unui medic stomatolog, care ar trebui să fie specializat și în otorinolaringologie. Contribuția aceasta este de o însemnătate deosebită în domeniul igienei preșcolare și mai ales al igienei școlare. So-

luția ca medicul de circumscripție să fie specializat în stomatologie, pentru a putea lua și sarcina acestor obligații, se va putea accepta numai atunci, când prin atari îndatoriri în plus medicul nu va fi reținut să-și facă datoria în celelalte domenii, mai însemnate din punctul de vedere al sănătății publice. Mai util ar fi, ca medicul de circumscripție, să-și câștige cunoștințe de specialitate în diagnosticul și tratamentul bolilor venerice, pentru a putea face față cerințelor curente. În acest fel ar fi suficient, ca în intervale de o lună sau mai mult chiar, un venereolog dela centrul județean să se deplaseze în circumscripție pentru îndrumarea activității și pentru a interveni în cazuri și probleme, în cari competența medicului igienist și a medicului de circumscripție este insuficientă.

Dar chiar și în domeniul medicinei curative nu este bine, ca activitatea medicilor specialiști să se desfășoare exclusiv la instituțiile din capitala județului și să aștepte acolo să fie căutați de țărani bolnavi. Ar fi binevenită și necesară deplasarea lor periodică în circumscripții. În acest fel un procent mai mare al țărănimii suferinde ar putea face apel la competența lor. Aceste deplasări ar servi în același timp pentru ridicarea prestigiului și nivelului activității medicale la țară, contribuind la îmbogățirea competenței tehnice a medicilor rurali.

Colaborarea aceasta a organelor de specialitate și mai ales a acelorora dintre specialiști, care au rosturi de igienă, de medicină preventivă sau de ocrotire, trebuie să se integreze sistematic spre scopul propășirii sănătății publice. Această integrare și coordonare a activităților parțiale cere o conducere locală, precis orientată asupra evoluțiunii și stării sănătății publice, care să stabilească împreună cu medicii specialiști amănunțele programului de muncă al fiecăruia, să le pună de acord, să vegheze la executarea lor, să participe activ la realizarea programului de muncă și să primească informațiunile curente și rapoartele periodice pentru a se putea conforma în continuarea activității realității schimbate. Acestui organ i-ar reveni deci nu numai conducerea și controlul tehnic dar și răspunderea întregii activități sanitare și de ocrotire în raza cercului său de competență.

Întrebarea este acum, dacă gruparea aceasta a problemelor într'o unitate programatică și de execuție să se facă pe circum-

scripție, pe județ sau pe formațiunea intermediară care este plasa? Am văzut că circumscripția nu poate corespunde acestui scop.

În mod obișnuit, tradițional, medicul primar de județ este conducătorul direct atât tehnic cât și administrativ al serviciului sanitar și de ocrotire din județ. Cine cunoaște multiplele obligațiuni administrative ale medicului șef de județ, cari îl fixează tot mai mult de biroul său, își dă foarte bine seamă, că el nici azi, când serviciul e atât de mult simplificat prin inexistența unei serii întregi de organe și activități preconizate de noi, nu poate să conducă direct, să controleze și îndrumeze în amănunte activitatea pe teren în toate domeniile sănătății publice. Cu atât mai puțin va fi aceasta posibil atunci, când personalul și serviciile vor fi sporite la nivelul cerințelor schițate de noi. Mecanismul atât de complex al organizațiunii sanitare, activitatea atât de variată care totuși va trebui să fie integrată spre acelaș scop, nu va putea să fie direct și de aproape supravegheată și permanent îndrumată de medicul șef de județ.

Dar și din punctul de vedere instituțional este necesară o descentralizare și aceasta mai ales în domeniul igienei și medicinei preventive și al înregistrării și urmăririi evoluției biologice a populației. Ne gândim în deosebi la instalațiuni pentru diagnosticul mai precis și tratamentul ambulator mai avansat în domeniul tuberculozei, al bolilor venerice, al protecției mamei și copilului, al igienei școlare și preșcolare, la o mică maternitate rurală, la posibilități de ospitalizare pentru sugarii bolnavi sau în condițiuni speciale și pentru alte categorii de bolnavi, întrucât nu se poate face apel la un centru spitalicesc mai apropiat; apoi la un birou de înregistrarea și urmărirea statistică a evoluției demografice și sanitare a populației, la un mic laborator și un echipament potrivit pentru a ușura activitatea de educație spre sănătate și ținerea cursurilor de igienă și gospodărie pentru țărance.

Ne trebuie deci între județ și circumscripție un centru intermediar de acțiune mai ales preventivă și de ocrotire, plasa sanitară, condusă de un medic igienist, liber de clientelă particulară și scutit de prea multe obligațiuni birocratice, pentru a-și putea devota cât mai mult din timpul său pentru activitatea pe teren. Alături de medicul igienist și încadrați în programul

de muncă al plășii vor funcționa medicii specialiști necesari desăvârșirii programului, în primul rând un ftiziolog și un medic puericultor, o soră șefă, un conductor tehnic sanitar (oficiant sanitar) ca auxiliar pentru salubritatea publică și controlul alimentelor și băuturilor, un secretar pentru biroul plășii și serviciul demografic și statistic. Medicii specialiști de obicei nu vor aparține obligatoriu plășii sanitare, ci vor deservi mai multe atari plăși, bugetați fiind la o instituție județeană sau municipală. Ei vor trebui însă să se integreze precis în programul de muncă al plășii, să satisfacă cerințele acesteia, și în această privință vor sta sub conducerea medicului igienist al plășii, care trebuie să poarte răspunderea întregului serviciu. Iar ca instituție la sediul plășii se cere o casă de ocrotire mai complexă, care să dea adăpost oficiului medicului igienist, consultațiilor mai pretențioase în domeniul celor mai însemnate specialități, cu tot echipamentul necesar, între care și un aparat Roentgen; să cuprindă câteva paturi pentru sugari, o secție mică pentru faceri și alte încăperi cu o destinație impusă de împrejurările locale. Acolo unde sediul plășii este un oraș, casă de ocrotire centrală, va putea la nevoie să fie înlocuită — în afară de oficiul medicului igienist — printr'un complex de instituțiuni (spital, dispensar, cu secțiuni de specialitate), obligate să se integreze în programul de muncă al plășii sanitare.

Nu insist asupra atribuțiilor personalului și instituțiilor plășii sanitare și asupra modului de organizare și funcționare al acestei unități noi sanitare și de ocrotire. În regulamentul plășiilor sanitare se află toate amănunțele privitor la aceste probleme. Țin însă să subliniez în mod special, că așa cum circumscripția nu va putea să asigure de fapt propășirea sănătății publice decât în cazul, când dispune de întregul personal, devotat și stabil, necesar unei funcționări la nivelul cerințelor, de o casă de ocrotire la centru și de câte o sală de consultațiuni (dispensar) în fiecare comună, așa și plasa sanitară va putea să-și dea roadele așteptate abia atunci, când vor fi date sistematic, în executarea precisă a unui program de muncă complet, toate colaborările principale cerute, când instituția ei centrală va putea da suportul cuvenit acestei activități și medicul igienist conducător va dispune de autoritatea cuvenită și de un mijloc de locomoție propriu. Lipsa unei părți esențiale din zestrea per-

sonală sau materială a circumscripției sau plășii va zădărnici rodnicia muncii și va face iluzorii eforturile celorlalte părți. Nu ne mire deci, că o organizație sanitară fără sau aproape fără surori de ocrotire, cu un medic de circumscripție absorbit de clientelă și de obligații administrative și fără legături trainice cu populația circumscripției, o organizație lipsită de concursul medicului igienist și de colaborarea celorlalți specialiști, cu un medic șef de județ supraincârcat cu agende administrative, este incapabilă să dea vreun rezultat, care să se resimtă favorabil în mersul mortalității sau în evoluția calitativă și cantitativă a generațiilor viitoare.

Medicul șef de județ are și va avea și în viitor rostul de a veghea la aplicarea legilor, regulamentelor și dispozițiilor autorităților superioare, de a organiza și coordona serviciul sanitar și de ocrotire pe teritoriul întregului județ, de a-i controla mersul, de a asigura cointeresarea și colaborarea autorităților locale și de a se îngriji, ca zestrea materială a serviciilor să fie asigurată. El va trebui să dispună în capitala județului de toate instituțiile necesare pentru a satisface toate exigențele sanitare și de ocrotire specializate. La realizarea organizațiunei schițată mai sus și concretizată în legea sanitară și de ocrotire din 1930, concursul medicului șef de județ este de o deosebită valoare, așa cum el, odată plășile sanitare organizate, va avea rolul însemnat, de a conduce efectiv noua organizațiune, a veghea la bunul ei mers și a-i asigura condițiunile optime de funcționare. El î-și va îndeplini aceste îndatoriri la ordinele și sub controlul inspectorului general sanitar, șef al regiunii, și sub veghea și îndrumarea tehnică a Institutului de Igienă și Sănătate Publică.

Organizarea serviciului sanitar și de ocrotire urban (municipal)¹⁾

Normele pentru conducerea și funcționarea serviciului sanitar și de ocrotire urban, sunt în principiu aceleași ca și în județ. Faptul însă al aglomerațiunii considerabile de oameni pe un spațiu relativ redus și consecințele firești ale acestui fapt,

¹⁾ Vezi: Instrucțiunile Institutului de Igienă și sănătate publică, Cluj, 1932. pag. 25.

ca: acțiunea mai concentrată și mai intensă a influențelor mediului extern, fizic și social, contactul mai intim, care permite o mai ușoară difuziune a bolilor infecțioase, mizeria mai mare în anumite straturi sociale, care împreună cu alți factori, caracteristici mediului urban, favorizează propagarea bolilor sociale și exagerează mortalitatea infantilă, toate acestea agravează situațiunea sănătății publice și pun serviciul sanitar și de ocrotire în fața unor dificultăți considerabil mai mari de cât în condițiuni rurale. Pe de altă parte în condițiuni urbane, mijloacele de acțiune sunt mai bogate și mai perfecte, sursele de infecțiune și salubritate mai ușor de depistat și urmărit, instituțiuni sanitare și de ocrotire ca: spitale, dispensarii, etc. stau într'o mai largă măsură și mai perfect organizate la dispoziție, societatea organizată este mai activă și opinia publică mai sensibilă față de insuficiențele serviciului și mai exigentă deci în această direcție. Aceste condițiuni specifice aglomerațiunilor urbane cer un serviciu sanitar și de ocrotire mai sensibil, mai eficace, mai capabil să răspundă imediat cu măsuri efective și mai diferențiat, acordând fiecărei probleme atenția cuvenită.

Legea sanitară și de ocrotire din 1930 nu prevede norme pentru organizarea serviciului municipal. S'ar putea interpreta această lipsă de precizie în sensul că se menține ca obligatorie organizarea tradițională, adică împărțirea municipiului pe circumscripții sanitare, fiecare cu un medic comunal în frunte, având sarcina unui serviciu polivalent adică cuprinzând, ca și în circumscripția rurală, întregul complex al sănătății publice și ocrotirei, el are deci atribuțiuni generalizate.

Acestei soluțiuni care în condițiuni rurale este singura posibilă, se poate opune în condițiuni urbane și în deosebi în municipiu un alt sistem de organizare și anume diferențierea muncii medicale atât în oficiul central cât și pe teren pe problemele principale ale sănătății și ocrotirei, probleme reprezentate în conducere și pe cât posibil și în execuție prin organe speciale. Aceste probleme ar fi: boli infecțioase, boli sociale, salubritate publică, cuprinzând și controlul alimentelor și băuturilor, apoi ocrotirea mamei și a copilului, igiena școlară, igiena industrială, educațiunea sanitară, administrație. Acolo unde diviziunea nu poate să fie dusă până la limita indicată mai sus, problemele

apropiate sau inrudite pot să fie grupate, pentru a evita o diferențiere care ar întrece posibilitățile locale de realizare.

Așa s'ar putea restrânge diviziunea muncii la următoarele grupări de probleme:

1. boli infecțioase și boli sociale;
2. salubritate publică, cuprinzând controlul alimentelor și băuturilor și igienei industriale;
3. protecțiunea mamei și a copilului, cuprinzând și igiena școlară;
4. administrație, statistică și educațiune sanitară. Grupa-rea 3, împreună cu problema asistenței sociale este de altfel pusă în sarcina oficiului de ocrotire.

Personalul medical lucrează atât în oficiul central cât și pe teren, fiecare având în sarcina sa rezolvarea problemei sau problemelor, cari îi sunt repartizate. Fiecare medic deci conduce în oficiul central una din subdiviziunile înșirate mai sus și în acelaș domeniu activează și pe teren. Singura subdiviziune teritorială necesară și la această soluțiune este împărțirea municipiului pe circumscripții mici pentru serviciul surorilor de ocrotire, care în orice caz rămâne generalizat și care are ca puncte de reazăm în deosebi dispensariile din diferitele părți ale municipiului.

Prima soluțiune cu diviziunea teritorială a muncii are avantajul unei organizațiuni — cel puțin la aparență — mai simple, mai puțin pretențioase, care dă posibilitatea unei activități mai coordonate. Circumscripția urbană cu un singur medic comunal în frunte, înzestrată cu un dispensar polivalent, având în directă subordine și sub continuă supraveghere serviciul propriu al surorilor de ocrotire pare a fi o unitate sanitară capabilă să satisfacă în mod mai unitar și eficace exigențele serviciului. Aceasta, cu atât mai mult, cu cât serviciul urban este descărcat de o serie de atribuțiuni și dificultăți, cari îngreunează atât de mult activitatea la țară. În deosebi medicul comunal urban este aproape integral descărcat de îndatoriri curative, dat fiind faptul, că majoritatea covârșitoare a bolnavilor, chiar și a celor lipsiți de mijloace, sunt tratați în instituțiunile curative, spitale sau dispensarii existente la orașe, sau la medicii particulari, cari abundă în deosebi la municipii. În acest fel medicul comunal municipal poate să-și dedice o mare parte a timpului său ser-

viciului preventiv. Nu este însă mai puțin adevărat că exigențele acestui serviciu sunt considerabil mai mari decât la țară și recer pentru satisfacerea lor o competență și experiență deosebită și multilaterală în toate domeniile igienei aplicate. În municipii sunt toate condițiunile date pentruca serviciul preventiv să fie îndeplinit în modul cel mai perfect posibil. Nu există motiv pentru care d. e. combaterea bolilor infecțioase, combaterea mortalității infantile să nu se facă după ultimele indicațiuni ale științei și experienței și, și în celelalte domenii ale serviciului preventiv tehnica activității poate și trebuie să fie la nivelul cerințelor moderne. Aici nu există dificultatea transportului, a distanțelor, a zestrei personale și materiale insuficiente. Pentruca însă serviciul să fie la nivelul așteptărilor medicul comunal cu atribuții generalizate, trebuie să fie stăpân și capabil să acționeze prompt și precis în toate domeniile sănătății publice. Nu va fi ușor de a afla pentru fiecare post de medic comunal municipal medici de o atare competență, experiență și capacitate de acțiune, iar inegalitatea între ei ar determina și deosebiri în ce privește starea sănătății publice în circumscripțiile lor.

Iată pentru ce credem, că a doua soluțiune cu diviziunea muncii pe probleme speciale și pe personal specializat merită să fie luată în serioasă considerare. Munca devine așa mai diferențiată și mai competentă, mai uniformă pe întreg orașul, personalul este mai bine utilizat, activitatea mai ușor controlabilă, legătura între oficiul central și serviciul pe teren mai întinsă și mai permanentă. În orice caz reiese din cele expuse, că medicul comunal urban și îndeosebi municipal va trebui să dispună de o competență tehnică deosebită, pentru a putea face față obligațiunilor sale. Aceasta indiferent de soluțiunea care se dă organizațiunii serviciului.

* * *

Expunerea asupra organizării Inspectoratelor generale sanitare și de ocrotire și a Ministerului sănătății va urma la alt capitol.

Igiena școlară

de
Prof. Dr. M. ZOLOG

Introducere.

Secolul al XX-lea se numește „secolul de aur” al copiilor, sănătatea publică și medicina preventivă a acestui secol fiind dominată de interesul pentru binele lor. Și mai înainte, dar mai cu seamă în anii de după primul războiu mondial, s'a arătat un interes tot mai viu față de problemele cari interesează generațiile viitoare. Copilul de azi, viitorul de mâine a națiunii, a ajuns în centrul acestor preocupări și odată cu el instituțiunile, înainte de toate școala, cari cooperează pentru dezvoltarea lui cât mai perfectă, atât din punct de vedere fizic, cât și din punct de vedere intelectual și moral, pentru a asigura națiunii bogăția cea mai mare ce o poate avea: fii cu trup și suflet sănătos. Asigurarea acestei dezvoltări și armonizarea dezvoltării sufletești și trupești, cade în bună parte în sarcina școlii și putem zice, că școala e primul și singurul factor, prin care dezvoltarea și armonizarea aceasta se poate asigura.

Orice încercare și orice muncă depusă pentru conservarea și perfecționarea vigoarei naționale trebuie să se înceapă cu conservarea și perfecționarea sănătății copilului. Sănătatea, vigoarea și vitalitatea fiecărei generații adulte, depinde de sănătatea, vigoarea și vitalitatea copiilor din generația precedentă. O protecție rațională a copilului trebuie să se înceapă în epoca preconcepțională și trebuie să urmărească copilul în toate fazele dezvoltării lui, să asigure condițiunile optimale pentru concepțiune și naștere, să asigure o dezvoltare fizică și intelectuală perfectă și armonizată, dacă voim să avem un adult sănătos, vigoeros și capabil de muncă.

Fiecare fază a dezvoltării copilului își are metodele și mijloacele ei speciale. Faza preconcepțională, prenatală, infantilă, preșcolară, școlară și adolescentă, sunt faze distincte în dezvoltarea unui copil, fiecare cu condițiunile ei de dezvoltare și particularitățile ei speciale. Natural, că și protecția copilului variază, atât ca formă, mijloace, metode și organizație în fiecare fază. Una dintre cele mai importante epoci este epoca școlărității,

care incontestabil este cea mai prețioasă și poate cea mai determinantă în viața omului. Aceasta este epoca formării fizice, intelectuale și morale, când copilul se dezvoltă în adolescent, își schimbă mediul familiar cu caracter intim, cu mediul școlar, cu caracter mai mult public, câștigă o serie de cunoștințe și impresiuni noi, i se formează și modelează obiceiurile, mentalitatea și în parte morala, în general după acelea ale mediului ambiant. Aceasta este epoca celei mai mari sensibilități și susceptibilități față de toate influențele mediului extern, fie ele fizice, intelectuale ori morale, cari totdeauna lasă urme, favorabile ori nefavorabile, dar de multe ori determinante, atât asupra fizicului cât și asupra psihicului copilului.

Dată fiind importanța acestei epoci și dat fiind faptul, că sub raporturile sociale și dacă vrem economice de azi, îndrumarea și modelarea dezvoltării fizice, intelectuale și în parte morale a copiilor cade mai mult în sarcina școlii, decât în sarcina familiei, care uneori nu poate, alteori nu știe să facă această îndrumare și modelare, chemarea și rolul școlii s'a îmbogățit cu o nouă și grea îndatorire.

Școala este chemată să dea copiilor cunoștințele fundamentale necesare, cu cari înarmați pot lua parte la lupta pentru existență în modul cel mai efectiv. Școala trebuie să supravegheze și îndrumeze dezvoltarea fizică a copiilor, ca ei să devină cât mai sănătoși și mai viguroși. Școala trebuie să le dea cunoștințele și să formeze obiceiurile prin cari pot menține, apăra și perfecționa această sănătate. Școala trebuie să cunoască aptitudinile și însușirile fizice și psihice ale elevilor, trebuie să îndrumeze, să desvolte și să armonizeze aceste aptitudini și însușiri în așa fel, ca ei să producă maximum atât cantitativ, cât și calitativ și să stea fiecare la locul cel mai potrivit în viață.

Importanța și scopul igienei școlare.

Organizarea și sistematizarea serviciului de Igienă școlară, se impune din următoarele motive și după următoarele principii:

1. Familia, în a cărei sarcină cade în primul rând supravegherea și îndrumarea dezvoltării fizice și psihice a elevului, în cele mai multe cazuri nu știe și nu poate să se achite de această sarcină, în parte din ignoranță, în parte din motivul că este prea

angajată în lupta pentru existență, iar în altă parte din neglijență.

2. Personalul didactic al școlii, are ca atribuție principală instrucția, este pregătit aproape exclusiv numai în vederea acestui scop, deci în majoritatea cazurilor nu are nici timpul, nici pregătirea necesară de a supraveghea și îndruma dezvoltarea fizică a elevilor.

3. Copiii de etatea școlară sunt chiar în epoca formării și dezvoltării fizice și psihice, când supravegherea și îndrumarea se impune mai mult, când susceptibilitatea pentru influențele morbide de orice natură ar fi ele, este mai mare. Bolile și defectele, fizice ori psihice, diagnosticate în această epocă, prin tratament corespunzător și educație adecvată, se pot vindeca complet, ceea ce ulterior este mai dificil sau imposibil.

4. Sănătatea individului depinde în bună parte de cunoștințele unor reguli de igienă sau mai bine zis de practicarea acestor reguli, de formarea obiceiurilor igienice. Cunoștințele se pot câștiga și ulterior, obiceiurile se formează mai ușor și mai bine în epoca aceasta. Din școală trebuie să iasă elevii nu numai cu instrucția necesară, ci și cu educația igienică atât de utilă pentru viața ulterioară.

5. În nici o altă împrejurare, la nici o altă etate nu avem așa complet la dispoziție populația ca și în epoca școlară. Acest fapt trebuie exploatat în vederea îmbunătățirii calităților biologice a populației.

6. Ca ultim dar ca cel mai important argument amintim frecvența defectelor fizice și psihice ale elevilor școlari.

Anchetele sanitare școlare, făcute în diferite părți ale țării, stabilesc frecvența acestor defecte după cum urmează:

defecte vizuale	12—20 %
vegetațiuni adenoide	15—25 %
hipertrofia amigdalelor	20—30 %
defecte auditive	4—8 %
defecte ale dinților	50—80 %
scolioză	15—20 %
boli de inimă	3—6 %
tuberculoză	15—30 %

sifilis congenital	3— 6%
stare de subnutriție	30—50%
gușă	2— 8%
scabie	1—10%
pediculoză	20—75%

Nu mai puțin impresionante sunt datele referitoare la frecvența defectelor mintale și morale ale elevilor școlari. Numărul copiilor cu un coeficient de inteligență sub normal, în bună parte neapți pentru instrucția școlară obișnuită, se ridică la o cifră destul de mare. Dacă luăm în considerare că la lipsa de dezvoltare intelectuală, în multe cazuri ereditară, se mai adaugă influențele nefaste ale unui mediu vicios, sau al unor tare ereditare, nu ne surprinde numărul mare al copiilor delincvenți și vicioși, dintre cari se recrutează apoi toți răufăcătorii și criminalii adulți. dușmani neimpăcați ai ordinii sociale, ai civilizației și culturii.

Ca și defectele fizice și cele morale și mintale la vârsta școlară se mai pot corecta, limita și îndrepta, unele și dacă nu integral, dar cel puțin parțial.

Valoarea unei națiuni depinde de sănătatea fizică, mintală și morală a fiilor ei. Scopul și obligația tuturoră este de a ridica această sănătate la un nivel cât mai înalt. O bună parte a acestei obligațiuni cade în sarcina medicului, care trebuie să fie un temeinic cunoscător al trupului uman. Una dintre cele mai potrivite împrejurări în care medicul se poate achita de această obligație importantă este epoca școlară a copiilor.

Scopurile urmărite de Igiena școlară pot fi concretizate în următoarele 3 puncte:

1. *Păstrarea sănătății elevilor școlari.* Un deziderat minimal, în drept de a-l pretinde dela școală din moment ce școlăritatea, ne gândim în primul rând la școala primară, este obligatorie. Sănătatea elevilor în școală și din cauza condițiunilor dela școală să nu sufere. Acest deziderat se poate atinge dacă școala ca edificiu, inzestrare și condițiuni de muncă corespunde unor reguli elementare de igienă.

2. *Tratarea și corectarea bolilor cu care elevii au intrat în școală.* Este al doilea pas ce-l facem atât în interesul sănătății

publice, cât și în interesul instrucției școlare, cunoscută fiind relația strânsă între sănătatea elevilor și progresul lor școlar. Acest scop se poate atinge prin examinarea medicală periodică a elevilor, depistarea bolilor și defectelor de cari sufăr și tratarea și vindecarea lor, fie prin serviciile sau instituțiile medicale ale școlii, (medici școlari, dispensare școlare), fie prin cele ale serviciului sanitar sau chiar prin medici și instituții sanitare particulare, dar totdeauna în bună înțelegere și colaborare cu părinții sau îngrijitorii copiilor. Pe această cale se pot aduce foarte mari servicii elevilor și prin urmare sănătății publice, având în vedere faptul că practic toți copiii trec prin școală, timp destul de îndelungat, cel puțin 4 ani, în care timp pot fi examinați mai de multe ori, pot fi tratați și vindecați.

3. *Perfecționarea sănătății.* Sub aceasta înțelegem îmbunătățirea progresivă a sănătății și prevenirea cu tot mai mult succes a altor boli și defecte, făcută de elevi însuși în urma instrucției igienice ce au primit la școală și în urma deprinderii anumitor obiceiuri și reguli de viață igienică și practicarea lor în viața de toate zilele. Educația igienică, deprinderea și practicarea regulilor fundamentale de igienă are o valoare deosebită pentru sănătatea publică, știut fiind faptul că nici serviciul sanitar cel mai perfect organizat nu poate da rezultatele așteptate dacă nu are colaborare activă, conștientă și voluntară a persoanelor cărora se adresează, a căror sănătate vrea să o păstreze ori să o apere.

Dacă analizăm aceste trei puncte, în care am concentrat scopurile urmărite de serviciul de igienă școlară, ne putem ușor convinge că nu este vorba de un oarecare serviciu de importanță secundară, ci din contră, de un serviciu foarte important pentru sănătatea publică. Drept aceea acest serviciu trebuie cât mai curând și cât mai bine organizat pe toată țara, integrat în serviciul sanitar, sau asigurată colaborarea cea mai perfectă cu acest serviciu și rezultatele nu vor întârzia a se arăta.

În cele ce urmează voi schița metodele și mijloacele cu ajutorul cărora se pot atinge scopurile mai sus amintite ale Igienii școlare, descriind în același timp, organizarea serviciului, eșalonarea și realizarea problemelor grupate în jurul celor 3 deziderate principale: 1. Păstrarea sănătății; 2. Corectarea bolilor și defectelor; 3. Perfecționarea sănătății.

I. *Edificiul școlar.*

Elevul își petrece majoritatea timpului din epoca lui școlară în interiorul edificiului școlar. Cunoașterea condițiilor de perfectă igienă a edificiului și mobilierului școlar formează deci baza pe care serviciul igienei școlare se poate organiza și desfășura. În cele ce urmează vom expune condițiile de igienă conform cărora un edificiu școlar nou trebuie să se construiască.

Comparând aceste condiții cu condițiile de igienă ale școlilor existente vom observa multe și importante lipsuri. Nu putem avea intențiunea ca toate școlile cari nu satisfac anumite condiții de igienă să fie dărâmate. Aceasta ar fi nu numai o imposibilitate, dar și o greșeală. Este însă de dorit ca toate școlile cari azi nu corespund din punct de vedere igienic, treptat și după posibilități, să fie transformate în școli — și dacă nu perfecte din punct de vedere igienic — dar cel puțin favorabile. Aceasta este posibil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A. *Alegerea locului pentru construirea edificiului școlar.*

Școala fiind un centru de instrucție intelectuală și de educație igienică și morală, în același timp trebuie să dea posibilități optimale pentru satisfacerea acestor obligațiuni și totodată să exemplifice toate condițiile în cari o bună instrucție intelectuală, o bună educație igienică și morală se pot face.

Se va alege deci chiar și locul de construcție în vederea acestor obligațiuni. În acest scop este de dorit ca medicul totdeauna să-și precizeze punctul lui de vedere și să susțină principiile și interesele igienei contra altor principii și interese, cari de multe ori primează față de cele igienice.

Alegerea locului se va face pe baza următoarelor condițiuni:

1. Terenul de construcție să fie uscat și sănătos. Totdeauna să avem în vedere ca nivelul inferior al fundamentului să fie cu 0,50 m. peste nivelul cel mai înalt al apei subterane. Nu se va construi pe terenuri recent umplute prin gunoiu. Dacă terenul este umed, nivelul apei subterane prea înalt și este singurul loc care ne stă la dispoziție, el va fi în prealabil uscat prin drenare.

2. Locul ales să fie în centrul domiciliilor copiilor cari frecventează școala. Distanțe prea mari, 2—3 km. și mai mult, oboresc copiii, iar copilul obosit nu va mai putea munci bine la școală.

3. Școala să nu fie pe o arteră de comunicație prea intensă sau în cartier cu multe industrii. Zgomotul împiedecă instrucția, fumul și praful atacă sănătatea elevilor, iar circulația prea intensă poate cauza accidente.

4. În apropierea școlii să nu fie nimic ce ar putea influența înspre rău viața morală a elevilor, de ex. cârciume, localuri de desfrâu, etc.

5. Terenul să fie spațios. Pentru a avea cât mai multă lumină și cât mai mult aer, e bine dacă terenul e puțin mai ridicat ca jurul. Dacă străzile sunt înguste, sau edificiile din apropiere sunt înalte, sau există posibilitatea construirii unor edificii înalte în viitor, școala nu se va construi la stradă ori la o margine a terenului, ci la mijloc.

6. Curtea școlii să fie largă. Spațiul liber, neclădit, pus la dispoziția copiilor pentru jocuri, să fie cel puțin de 5 m² pentru fiecare elev. Jocurile sunt pentru copii o necesitate fiziologică și în acelaș timp un sistem pedagogic de instrucție și educație. Din tot terenul ce ne stă la dispoziție să nu fie clădit mai mult de 20%, restul să rămână pentru teren de joc.

B. Planul edificiului școlar.

Este o dogmă a arhitecturii ca exteriorul edificiului să reflecteze caracterul și scopul interiorului, iar interiorul să fie adaptat felului de muncă ce se efectuează. Un exterior simplu și totuși artistic, un interior în conformitate cu legile igienei, se impune la fiecare edificiu școlar. Susceptibilitatea extremă a elevilor pentru influențele nocive ale mediului, cere ca respectarea condițiunilor de igienă să fie prima și cea mai importantă considerație în construirea fiecărui edificiu școlar.

Un tip de edificiu școlar uniform nu se poate fixa, și nici nu este necesar. El depinde de o serie de împrejurări locale, ca de ex.: suprafața și natura terenului de construcție, numărul

elevilor, tipul local de construcție, resurse financiare, etc., cari toate trebuiesc avute în vedere. Se vor susține însă totdeauna dezideratele igienei, după cum urmează:

1. Fiecare încăpere să aibă maximum de lumină și bune posibilități de ventilație. Cu cât interiorul este mai luminat, cu atât impune mai multă curățenie.

2. Pe lângă sălile propriu zise de învățământ și dependențe, fiecare edificiu să dispună de un spațiu închis, coridor, cu suprafață corespunzătoare cu numărul elevilor, calculând pentru fiecare elev un minimum de $0,3 \text{ m}^2$, tot așa de bine luminat, încălzit și ventilat, ca și sala de învățământ.

3. Sursa de lumină în fiecare sală de învățământ trebuie să fie la stânga, coridorul deci trebuie să fie pe partea opusă sursei de lumină.

4. Vestiarele (garderobe) sunt o necesitate igienică și educativă, trebuie deci ca fiecare școală să dispună de un număr suficient, unul pentru fiecare clasă. Sălile de învățământ nu pot servi în loc de vestiare.

5. Aprovizionarea cu apă pentru beut, spălat și baie, este necesară și din punct de vedere igienic și din punct de vedere educativ. Se va prevedea deci ca școala să aibă instalația și spațiul necesar.

6. Dependențele: latrine, spălătorie, băi, bucătărie, etc., trebuie să fie tot așa de bine luminate, încălzite și ventilate ca și sălile de învățământ. Ele vor fi așezate în așa fel ca miros, zgomot, vapori de apă să nu pătrundă până la sălile de învățământ.

7. Locuințele personalului didactic și de serviciu, vor fi complet separate și vor avea intrare separată.

8. Școlile cu un număr mai mare de elevi, peste 200, vor avea două sau mai multe intrări. Multe accidente se pot preveni în acest fel.

9. Construcții cu prea multe etaje nu sunt de dorit. Două etaje sunt de obicei suficiente, așezând în etajul al doilea sălile mai puțin întrebuițate: sală de desemn, muzeu, laboratoare, etc.

10. Dimensiunile edificiului și numărul încăperilor să fie în raport cu numărul elevilor, având în vedere și creșterea posibilă a populației.



C. Orientarea edificiului școlar.

Se vor respecta următoarele norme:

1. Fiecare sală de învățământ și dependență să primească raze solare directe.

2. Razele solare directe să nu atingă sălile de învățământ în timpul instrucției, sau nu pe tot timpul instrucției și nu cu maximum de intensitate, ci în orele când nu este învățământ.

3. Atunci când este inevitabil ca razele solare directe să atingă sălile pe timpul instrucției, se vor întrebuința perdele transparente.

Având în vedere condițiunile de mai sus orientarea cea mai bună a edificiului școlar, potrivită climatului nostru și în baza faptului că instrucția se face în majoritatea cazurilor înainte de masă, este către sud, sud-vest și vest.

D. Sala de învățământ.

Partea cea mai importantă a edificiului școlar este sala de învățământ. Clasa este unitatea didactică a școlii, sala de învățământ este unitatea administrativă. În interesul instrucției școlare, ar fi de dorit ca în fiecare sală de învățământ să fie repartizată o singură clasă. Realitatea însă e, mai cu seamă în școlile rurale, că într'o sală se întrunesc în acelaș timp mai multe clase, uneori chiar 3—4, evident în desavantajul progresului instrucției și sănătății elevilor.

Înainte de a discuta condițiunile pe cari o bună sală de învățământ trebuie să le îndeplinească, trebuie să precizăm numărul elevilor cari pot intra într'o sală.

Mai de mult s'a crezut că cu cât mai mulți elevi și prin urmare cât mai multe clase întră într'o sală, cu atât este mai bine, fiindcă se face economie de spațiu, forțe didactice, combustibil, etc., adică economie de bani. Fiindcă cu cât elevii erau mai mici, mai tineri, cu atât încăpeau mai mulți într'o sală, sufereau mai mult din acest motiv, acei cari trebuiau să fie mai ocrotiți în privința aceasta.

Nu arareori se găseau săli și se mai găsesc și azi, cu 70—80 și mai mulți elevi. Cercetările mai noi, atât pedagogice cât și medicale, au arătat că prin acest sistem nu numai că nu se face

nici o economie, ci din contră se pierde foarte mult. Se pierde din valoarea instrucției, fiind imposibil pentru un învățător de a se ocupa cu 70—80 elevi în acelaș timp. Se dă importanță acestei probleme mai cu seamă de când s'a înțeles, că instrucția, ca să dea rezultate, trebuie să fie individualizată, având în vedere că elevii într'o clasă și cu atât mai puțin elevii din o sală de învățământ, cu mai multe clase, nu au toți aceeași capacitate intelectuală.

Pierderea suferită din punct de vedere a sănătății, dacă se poate este și mai mare. Sălile suprapopulate, neventilate, cu 6—8 elevi într'o bancă, trup la trup, sunt responsabile pentru un mare număr de morbiditate și mortalitate, mai cu seamă prin boli infecțioase și tuberculoză.

Pierderile cauzate instrucției și sănătății elevilor prin sălile suprapopulate întrec cu mult economiile realizate. Ca urmare s'a ajuns la concluzia că numărul elevilor pe o sală de învățământ trebuie scăzut. Azi numărul maxim al elevilor admiși într'o sală de învățământ, în cele mai multe țări, este de 50, cu o continuă tendință de scădere până la 40 și chiar până la 30.

În mod teoretic se pare că numărul elevilor pe o sală nu trebuie să fie limitat, întrucât se pot construi săli cu dimensiuni mai mari. Dimensiunile unei săli sunt însă limitate. Așa de exemplu lungimea de faptul că elevii din ultima bancă nu mai aud bine vocea învățătorului, nu mai pot vedea cele scrise pe tablă ori arătate pe hărți, nu mai pot fi supravegheați, iar lățimea din cauza imposibilității luminației băncilor opuse ferestrelor.

Dimensiunile unei săli în raport cu numărul elevilor, se exprimă cu cubajul real ce revine pe 1 elev, sau mai nou cu suprafața sălii pe 1 elev.

Regulamentele celor mai multe țări fixează suprafața necesară pentru 1 elev la cel puțin 1 m^2 , cu tendința de a mări această suprafață la $1,25\text{ m}^2$ și chiar la $1,5\text{—}1,8\text{ m}^2$. Cubajul real variază între $4\text{—}6\text{ m}^3$, după înălțimea sălii, înălțimea optimă fiind 4 m.

Dacă admitem un număr de cel mult 40 elevi pe o sală, dimensiunile minimale ale unei săli de învățământ sunt fixate la 9 m. lungime, 6 m. lățime (lățimea nu poate face mai mult de $\frac{2}{3}$ din lungime) și 4 m. înălțime. O astfel de sală, „stan-

dard“ va avea o suprafață de 54 m², deci cu ceva peste 1 m² pentru fiecare elev, și un cubaj de 216 m³, adică cu ceva peste 5 m³ pe elev.

Dimensiunile pot fi mai mici, dacă și numărul elevilor este mai mic, proporția însă între suprafață, cubaj și elevi să rămână cea preconizată mai înainte.

Dimensiunile pot fi mărite în caz de absolută necesitate, nu însă niciodată peste 11 m. lungime și lățimea corespunzătoare (2/3).

Înălțimea în ambele cazuri rămâne aceeași, 4 m., cu foarte mici variațiuni în minus ori în plus, maximum 20 cm. Aerul de peste 4 m. nu mai ia parte în circulația efectivă din sală, este un „*aer mort*“, în schimb construcția costă mai mult și se consumă mai mult combustibil.

Având dimensiunile unei săli pentru 40 elevi fixate la 9 m. lungime, 6 m. lățime și 4 m. înălțime, rămâne să se precizeze repartizarea băncilor și elevilor într'o astfel de sală.

Băncile, înțelegem totdeauna tipul de bancă pentru 2 elevi, nu pot fi repartizate pe toată suprafața sălii, ci după o anumită normă. În lățimea sălii este necesar un spațiu liber între primul șir de bănci de către ușă și perețele respectiv, care, având în vedere că pe aici se face circulația elevilor la intrare și ășire din sală, va trebui să fie de cel puțin 70 cm. lat.

Între cele 3 șire de bănci vor rămâne 2 spații libere de câte 60 cm. Între șirul de bancă de către ferestre și perețele respectiv de asemenea va rămâne un spațiu liber de 50 cm. în total vor fi 4 spații pentru comunicația elevilor, reprezentând 2,40 m. Până la 6 m. mai rămân 3,60 m., câte 1,20 pentru fiecare șir, deci un spațiu absolut suficient pentru bănci.

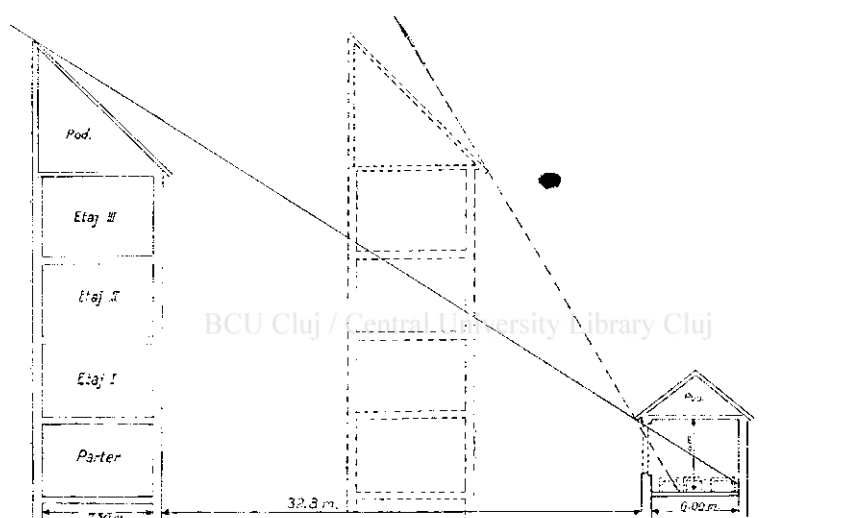
În lungime între banca din față și perețele respectiv va fi un spațiu de 2,30 m., ocupat de catedră, rămânând un loc liber între catedră și prima bancă de 60—1,30 m. după numărul băncilor. Între banca ultimă și perețele respectiv va fi un spațiu liber de 50 cm. Până la 9 m. rămâne încă un spațiu de 5,60—6,30 m., suficient pentru 8—9 bănci, după etatea copiilor.

O problemă importantă care trebuie să se discute deodată cu sala de învățământ este luminația sălilor de învățământ.

În mod principial s'a precizat că sursa de lumină trebuie să fie totdeauna la stânga. Intensitatea luminei, fie lumina na-

turală ori artificială, trebuie să fie de așa grad ca să corespundă ocupațiunii elevilor școlari, 80—100 L. (unități de lumină).

Intensitatea luminației naturale, care totdeauna trebuie preferată față de luminația artificială, depinde de mărimea suprafeței sticloase a ferestrelor, de orientarea sălii de învățământ și de edificiile în jurul școlii, după cum reiese din schița următoare:



În mod empiric s'a fixat următoarea proporție între suprafața sălii de învățământ și suprafața sticloasă a ferestrelor:

Dacă sala este orientată către vest, sud ori est, în apropiere nu sunt edificii înalte ori arbori, suprafața sticloasă a ferestrelor trebuie să fie egală cu $1/6$ parte a suprafeței sălii de învățământ. Dacă edificiile înalte ori arbori rețin razele luminoase, proporția va fi de 1:5.

Dacă sala este orientată către nord, fără edificii înalte și arbori în apropiere, proporția va fi de 1:5, cu edificiile înalte și arbori în apropiere 1:4.

În cazul unei săli de învățământ „standard”: 9 m. lungime, 6 m. lățime, suprafața sticloasă a ferestrelor va fi:

1. orientare către vest, sud și est, fără edificii și arbori în apropiere, proporția 1:6, adică 9,0 m²;

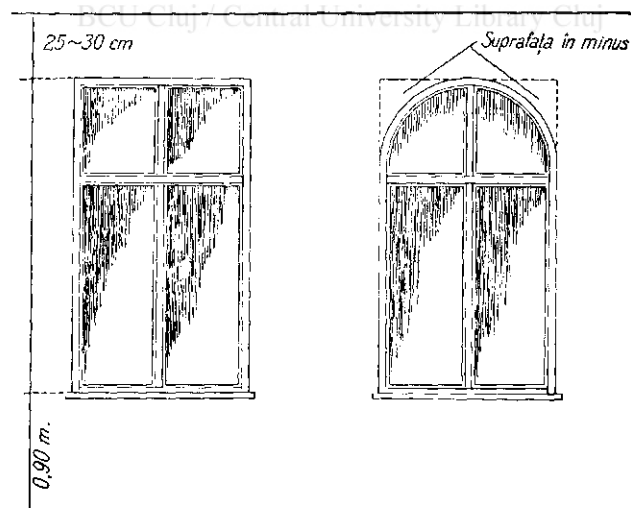
2. orientare către vest, sud și est, edificii și arbori în apropiere, proporția 1:5, adică $10,80 \text{ m}^2$;

3. orientare către nord, fără edificii și arbori în apropiere, proporția 1:5, adică $10,80 \text{ m}^2$;

4. orientare către nord, edificii și arbori în apropiere, proporția 1:4, adică $13,50 \text{ m}^2$.

Vedem deci că după orientarea și jurul sălii de învățământ suprafața sticloasă a ferestrelor la una și aceeași sală trebuie să fie de $9,0 \text{ m}^2$, $10,80 \text{ m}^2$ și $13,50 \text{ m}^2$. În această suprafață se calculează numai sticla nu și armatura de lemn a ferestrelor, care nu e permeabilă pentru raze luminoase.

Dar nu numai suprafața ci și forma ferestrelor influențează intensitatea de lumină a sălii de învățământ. Suprafața recerută nu poate fi dată prin ferestre scunde și late ci mai bine prin ferestre înguste și înalte. Aceasta din motivul că, cu cât ferestrele sunt mai înalte, cu atât unghiul sub care razele luminoase



Fereastră corect construită.

Fereastră greșit construită.

pot intra în sală este mai mare, deci razele vor pătrunde mai profund, sala va fi mai bine și mai uniform luminată. De obicei partea inferioară a ferestrelor este la nivelul băncilor școlare, iar partea superioară la o distanță de 25—30 cm. dela tavan.

Partea superioară a ferestrelor va fi totdeauna în formă dreptunghiulară și nu ovală.

Ferestrele trebuie să fie totdeauna duble, cu o distanță de 12—15 cm. între cele două sticle, stratul de aer dintre ele fiind un bun izolator, menține temperatura mai uniformă și face economie de combustibil.

Ușa sălii de învățământ trebuie să fie în prima treime a sălii, în apropierea catedrei. Ușa să fie largă de cel puțin 1,0 m., din o singură aripă și să se deschidă totdeauna în afară, astfel multe accidente se pot evita. Pragul nu este necesar, cauzează numai accidente.

Păreții salei să fie văruiți ori vopsiți în culoare deschisă, preferabil galben-verzui, alb-albăstrui, fără deseme. Culorile mai închise reduc luminozitatea salei. Din același motiv evităm pe cât se poate atârănarea permanentă a prea multor tablouri pe părete.

Vopsirea în oleu nu se recomandă, reduce prea mult ventilația naturală, prin astuparea porilor păreților.

Văruirea de două ori pe an a sălii de învățământ, este un obicei bun, eficient și sănătos.

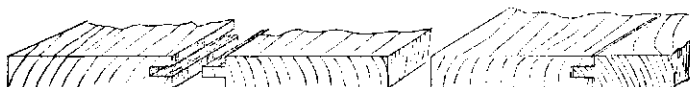
Pardoseaua trebuie să fie construită în așa fel și din așa material ca să nu permită producerea de praf și să nu fie rece.

Cel mai bun material e *cauciucul* sub diferite forme și *linoleul*, dar este costisitor. Dacă acoperim pardoseaua cu linoleu putem rotunji unghiurile încheiate de pardosea și păreți, pentru a evita colectarea prafului în aceste locuri.

Pardoseaua de ciment este deasemenea bună, permite rotunjirea unghiului și nu produce praf, dar e rece.

Pardoseaua de asfalt încă e bună, nu produce praf, permite rotunjirea unghiurilor, culoarea neagră însă reduce luminozitatea sălii.

Pardoseaua de scânduri, dacă e făcută din material bun și în mod corect, este bună și eficientă. Pentru a evita producerea de crepături între scânduri și colectarea prafului în aceste crepături, așezarea scândurilor se face în așa fel ca în excavația uneia se așează marginea subțire a celeilalte scânduri și așa încheiate se prind cu cuie, după cum se vede în schița alăturată:



Pardoseaua astfel construită nu prezintă crepături, dacă e oleiată de 2—3 ori pe an cu oleiuri speciale pentru pardosea sau cu oleu de in fierbinte, nu produce praf și e caldă. Din orice material ar fi însă pardoseaua, e bine dacă curățirea sălei se face cu mult înainte de intrarea elevilor în sală, e de preferat dacă se face după masă pentru ziua următoare și se face totdeauna la umed și nu la uscat.

E. Ventilația salei de învățământ.

Cubajul de aer necesar pentru un elev pe timp de 1 oră, ca să nu se modifice nici compoziția chimică și nici proprietățile fizice ale aerului în așa măsură ca să fie dăunător elevilor, este 12—20 m³, după etatea elevilor. Un așa cubaj real nu se poate însă asigura, fiindcă ar urma ca să avem sau săli de dimensiuni foarte mari, ceea ce este imposibil după cele spuse în capitolul precedent, sau să avem pe sală foarte puțini elevi, 10—15, ceea ce ar urca în mod simțitor costul construcției.

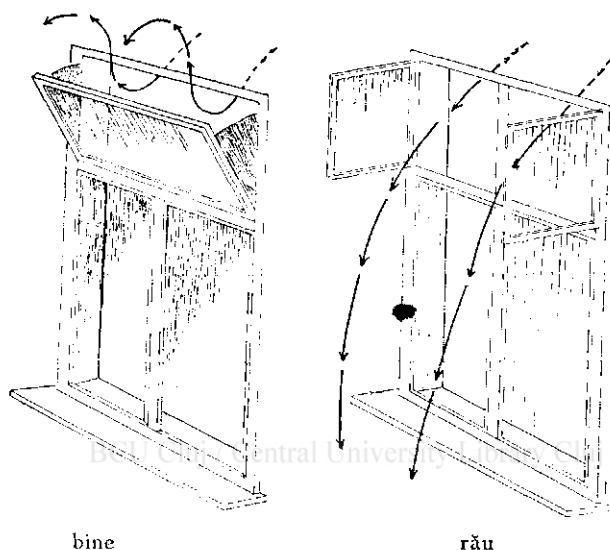
Pentru a aproviziona totuși elevii cu suficient aer proaspăt, asigurăm un cubaj inițial de 5—6 m³ pentru fiecare elev, iar restul de aer, până la cubajul total necesar, îl furnizăm cu ajutorul ventilației.

Prin ventilație nu putem însă schimba aerul, în timp de 1 oră, mai de multe ori ca de 2—3 ori. Dacă am asigurat un cubaj inițial foarte mic, și am încerca să completăm cubajul prin o ventilație forțată, schimbând aerul în timp de 1 oră de 5—6 ori, s'ar produce un curent care ar fi dăunător elevilor.

În mod natural se face o ventilație prin porii pereților, crepăturile ușilor și ferestrelor, mai cu seamă când există o diferență de temperatură între aerul sălii și aerul extern, adică iarna. Această ventilație naturală nu este însă suficientă, putând schimba în acest fel numai 10—30% a aerului sălii în timp de 1 oră.

Pentru a accelera schimbul de aer ne putem servi de ferestre a căror geamuri superioare se deschid oblic și în sus.

După cum se vede din schița alăturată, geamurile superioare a ferestrei se deschid în așa fel că aerul rece intră în direcția tavanului, se amestecă cu aerul din sală și se încălzește, până



ajunge la nivelul elevilor este deja cald, așa că nu produce nici un inconvenient. Când timpul este mai rece, diferența între temperatura externă și internă mai mare, deci ventilația în urma diferenței de temperatură mai mare, geamurile se deschid mai puțin, pentru a nu răci prea mult sala.

Un alt sistem de ventilație este când facem crificii de ventilație, unul pentru eșirea aerului viciat, altul pentru intrarea aerului proaspăt, schimbul de aer făcându-se în urma diferenței de temperatură între aerul intern și extern. Orificiile de ventilație, prevăzute cu o rețea de sârmă pentru a împiedeca intrarea insectelor, paserilor, etc., pot fi mărite sau micșorate după necesitate, dar trebuie ca totdeauna să fie egale. Așezarea acestor orificii este de foarte mare importanță, fiindcă dacă nu sunt bine așezate se schimbă numai un mic volum de aer, iar restul rămâne neschimbat. Orificiul de ventilație pentru eșirea aerului viciat va fi pe perețele extern, jos, la 20—30 cm. de pardosea, și se va continua într'un coș de aspirație; cel pentru introduce-

rea aerului proaspăt pe acelaș părete, sus, la 20—30 cm. de tavan.

Acest sistem de ventilație se poate completa prin întrebuințarea de ventilatoare aspiratoare ori propulsoare, când pentru intensificarea ventilației la orificiul de ieșire a aerului viciat se așează un ventilator aspirator, iar la orificiul de intrare al aerului proaspăt un ventilator propulsor. Trebuie să dăm atenție specială locului de unde introducem aerul proaspăt în sală, să nu introducem în loc de aer proaspăt tot un aer viciat.

Pentru controlul eficienței ventilației avem două metode:

1. determinarea temperaturii efective și
2. determinarea concentrației de CO_2 , ca indicator al gradului de viciere al aerului.

Ca optimum de temperatură pentru o sală de învățământ cerem 19° — 20° temperatură efectivă.

Concentrația maximă de CO_2 admisă este de 0,1 %.

F. *Dependințele școlare.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca un edificiu școlar să corespundă scopului, adică unei instrucțiuni și educațiuni integrale, fizice, intelectuale și morale, nu e suficient ca să ne ocupăm numai de sala de învățământ și mobilierul ei, ci și de dependențele școlare: coridoare, vestiare, latrine, spălătorie, băi, etc., cari uneori au un rol mai determinant asupra elevilor și mai cu seamă asupra formării obiceiurilor lor, de cât sala de învățământ.

Activitatea și vieța școlară a elevului nu se petrece exclusiv în sala de învățământ, ci o bună parte în dependențele școlare. Elevul școlar nu e reprezentat la școală numai prin intelectul lui, ci cu întreg corpul lui: el are nevoie de apă, utilizează latrina și spălătorul, face baie, utilizează vestiarul, recreația și-o face în coridor când timpul nu-i permite să o facă în curte, etc. Executând anumite lucruri și utilizând anumite dependențe, acestea au o influență puternică nu numai asupra sănătății lui momentane ci și asupra obiceiurilor lui, pe cari, bune sau rele, le transplantează și în vieța lui dela domiciliu. Trebuie deci să dăm toată atenția acestor dependențe, ca influența lor să fie cât mai favorabilă asupra elevilor și obiceiurilor cari se formează prin contactul zilnic cu aceste dependențe, deci să fie cât mai igienice.

Coridoarele, locul de recreație al elevilor în caz de intemperii, trebuie să fie totdeauna pe partea opusă a sursei de lumină a sălilor de învățământ. Sunt absolut necesare și trebuie să îndeplinească aceleași condițiuni de lumină, curățenie, încălzire și ventilație ca și sala de învățământ. Ceea ce privește dimensiunile lor, ele trebuie să aibă lungimea și forma edificiului școlar, cu o lățime de minimum 2,5—3.0 m. având o suprafață totală de 0,3—0,4 m² pentru fiecare elev.

Vestiarelor li se dă o atenție mai mică, cu toate că au o importanță atât igienică cât și educativă. Obiceiul cel mai frecvent este de a utiliza pereții sălii de învățământ drept vestiar. Acest obicei are consecințe că suferă luminația sălii de învățământ, în urma faptului că hainele ce atârnă pe pereți, fiind de obicei de culoare mai închisă, absorb o mare cantitate de lumină. Pe de altă parte, deodată cu hainele atârnate pe pereți se introduce în sala de învățământ mirosul specific fiecărui domiciliu de unde provin elevii și în caz de intemperii o cantitate considerabilă de apă, care evaporând, încarcă și viciază și mai mult atmosfera sălii de învățământ, ridicând umiditatea relativă și prin aceasta temperatura efectivă peste limita zonei de confort, creind în acest fel condițiuni neigienice și favorizând oboseala.

Un obicei tot atât de frecvent este de a utiliza pereții coridoarelor drept vestiare. În acest caz consecințele sunt similare cu cele create în sala de învățământ. Dacă aerul coridoarelor este viciat se face iluzorie recreația elevilor în pauze, pentru care primul rând este nevoie de aer pur și proaspăt, în al doilea rând se face imposibilă ventilația sălii de învățământ.

Mai nou se insistă foarte mult pentru camere vestiare pe lângă fiecare sală de învățământ, sau pentru un vestiar central, la intrarea principală a școlii. Drept că aceste camere vestiare urcă costul construcției, dar e singura rezolvare igienică a chestiunii vestiarelor.

Camerele vestiare sunt supuse la aceleași reguli de lumină, curățenie, încălzire și ventilație ca și sălile de învățământ. În interiorul camerelor sunt sau dulapuri individuale pentru fiecare elev, sau numai simple stative, de cari se atârnă hainele elevilor. Dacă sunt dulapuri sau stative, fiecare elev are locul lui propriu. În caz de stative se prevede pentru fiecare elev o

distanță lineară de 25—35 cm. ca hainele diferiților elevi să nu ajungă în contact, iar între șirele de stative o distanță de 1—1,5 m. pentru acelaș scop.

În acest fel se satisfac și cerințele igienei și se imprimă fiecărui elev un simț de ordine, ce numai util îi poate fi.

Apa potabilă este absolut necesară în școală pe deoparte pentru necesitățile fiziologice ale elevilor, pe de altă parte pentru cerințele igienice ale lor și a edificiului școlar.

În școli urbane aprovizionarea cu apă se va face prin fântâni igienice, după modelele cunoscute.

Ceea ce privește distribuția apei în interiorul edificiului școlar, se poate face cu ajutorul unui rezervoriu construit în podul școlii, în care se pompează sau se ridică apa, de unde prin gravitație cade și fășnește în sus, conform modelului schițat, deci se poate aplica acelaș sistem ca și la aprovizionarea centrală cu apă. Unde din motive economice acest sistem nu se poate aplica, se recomandă distribuitorul de apă compus dintr'un butoiăș de 50—100 l. capacitate, așezat pe un stativ, provăzut cu conductele necesare și o pâlnie-recipient, conform modelului schițat. La nici un caz nu trebuie admis sistemul înrădăcinat și neigienic, când dintr'un ciubăr sau alt recipient, cu vas comun (sau chiar cu vas individual), se face aprovizionarea cu apă.

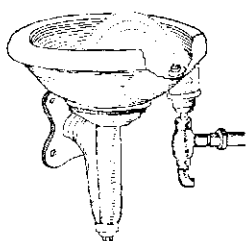
Apa pentru curățenia individuală a elevilor este tot așa de necesară la școală, ca și pentru nevoile fiziologice ale lor.

Spălătoarele în școli au un rol igienic și educativ.

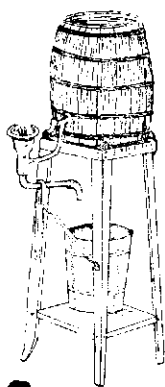
Obișnuiți elevii prin exerciții zilnice la spălarea mâinilor, dinților, etc., li se va forma un obicei așa de puternic, încât îl vor păstra pe toată viața. Aceasta este important mai cu seamă în cazurile în cari deprinderea acestor obiceiuri nu se poate face la domiciliu.

Spălătoarele pot fi așezate într'un subsol luminos, bine ventilat și curățit, sau în oricare altă parte a edificiului, cu condiția ca să fie într'un loc mai ferit. Se va instala o cuvetă pentru 20—25 elevi, apa curgătoare (aprovizionare centrală ori rezervoriu de apă în pod), săpun lichid, prosop individual sau de hârtie, care se aruncă după întrebuințare, perii, pieptene, etc., toate strict individuale.

Aprovizionarea cu apă



in școală urbană



in școală rurală

Necesitatea și importanța *băilor școlare*, mai cu seamă pentru școlile rurale și suburbane, frecventate de elevi proveniți din familii mai sărace, cari trăesc în condițiuni mai puțin igienice, se va înțelege ușor după ce se va vizita o astfel de școală și se vor examina elevii.

Ca tip de băi putem recomanda numai băi-duș, costul inițial de construcție și costul de întreținere fiind redus, și în acelaș timp satisface toate condițiunile igienice. Baia va avea vestiar și latrină separată în imediată apropiere. Elevii vor lua baie odată la săptămână ori la două săptămâni, după numărul elevilor, vor fi totdeauna supraveghiați de învățători ori învățătoare, se va avea în vedere ca să întrebuițeze prosop, perii, etc., individuale.

Latrina școliei este indicele cel mai sigur al condițiunilor igienice din școală și al simțului de curățenie și estetică a personalului didactic și al elevilor.

Latrinele au în acelaș timp o importanță igienică și educativă.

La școlile rurale, dar și la multe școli urbane sunt mari lipsuri în această privință.

Numărul scaunelor în raport cu numărul elevilor trebuie să fie următorul: 1 scaun pentru 25 elevi + un urinar și 1 scaun pentru 15 eleve.

Trebuie să avem scaune separate pentru elevi și eleve. De

asemenea se vor prevedea scaune separate pentru personalul didactic și pentru personalul de serviciu.

Afară de normele generale de construcție mai trebuie să avem în vedere anumite condițiuni specifice școlare și anume:

Dimensiunile latrinelor (în special al scaunelor) să fie în raport cu vârsta și talia elevilor.

Una din principalele cauze că latrinele școlare sunt aproape totdeauna murdare, este că sunt construite cu dimensiuni pentru adulți, deci aproape neutilizabile în mod normal pentru elevi. Ca orientare pentru dimensiunile scaunului latrinei servesc dimensiunile scaunului băncii școlare.

O altă cauză a murdăriei continue a latrinei este obiceiul înrădăcinat al multor elevi (adus dela domiciliu cu latrine murdare și dezvoltat mai departe la școală cu latrine murdare), de a se urca cu picioarele pe scaunul latrinei. Desobicinuirea dela această practică se poate face pe de o parte prin instruirea elevilor și supravegherea latrinelor, pe de altă parte prin construirea latrinelor în așa fel ca elevii să nu se poată așeza pe scaun cu picioarele, adecă partea superioară a scaunului să nu fie plată ci rotunjită.

Pentru a se evita infecțiunile gonococice la eleve, e necesar ca la partea anterioară a scaunului să se facă o excavație. Dacă scaunele sunt prea înalte și această excavație lipsește, elevele de câte ori se așează pe scaun ajung în contact la părțile genitale cu scaunul și e suficient să existe un singur caz de vulvovaginită gonococică între ele, ca în scurt timp să se răspândească.

Pentru un mai bun control al latrinelor și o mai bună supraveghere a elevilor, e bine ca ușile latrinelor să nu închidă complet compartimentul, ci să lasă un spațiu neînchis de 25 cm. jos, iar în partea superioară să nu acopere numai până la umerii elevilor. Înaintea ușilor așa construite se lasă un coridor de 50 -60 cm. lățime, închis de un părete de scânduri. În acest fel se pot evita de multe ori formarea obiceiurilor rele și a viciilor între elevii școlari.

Pentru completarea educației igienice a elevilor e bine dacă personalul didactic al școlii, surorile de ocrotire și învățătoarele de igienă insistă asupra necesității de a avea scaun regulat în fiecare zi, evitând în acest mod constipația cronică și toate urmările ei dăunătoare asupra organismului.

G. Băncile școlare.

Cea mai dificilă problemă din complexul igienei edificiului școlar o constituie fără îndoială băncile școlare. Cele mai multe și cele mai grave greșeli din acest domeniu se fac la alegerea sau confecționarea acestui mobilier școlar de primă necesitate și mare importanță. De băncile școlare ne leagă multe amintiri de natură subiectivă și sentimentală, dar cred că ne leagă tot atâtea amintiri de natură mai obiectivă și de multe ori patologică: deformațiuni ale sistemului osos, mai cu seamă ale coloanei vertebrale: *scolioza*, ca rezultat final al une bănci impropii și rău construite, la copii debili și rachitici.

Privind chestiunea băncilor școlare din punct de vedere pur fiziologic trebuie să luăm o atitudine hotărâtă contra lor, fiindcă este un non-sens fiziologic de a forța copiii în plină dezvoltare fizică, plini cu energie, pentru a cărui cheltuială de abia sunt suficiente jocurile unei zile întregi, să ia o anumită poziție, oricât de confortabilă, pentru ei totuși forțată, câteva ore pe zi și sute de zile pe an.

Dacă chiar și banca cea mai bună constituie o incompatibilitate fiziologică cu noțiunea de copil, cu atât mai grave pot fi influențele asupra copiilor, ale unor bănci rău construite, cari nu numai că forțează copiii de a lua o poziție pe timp mai îndelungat, dar îi forțează la *poziții vicioase*, cari împiedecă funcțiunea normală a organismului în plină dezvoltare.

Având în vedere că instrucția școlară este de așa natură încât nu se poate face fără acest mobilier școlar, sau dacă s'ar face, s'ar face în condițiuni și mai rele pentru elevii școlari, trebuie să admitem băncile școlare, dar trebuie să facem tot posibilul ca ele să împiedece cât mai puțin dezvoltarea normală a copiilor.

Există în chestia băncilor școlare un principiu, o adevărată dogmă, care nu poate fi nici odată suficient accentuată, și anume: *banca este pentru elev și nu elevul pentru bancă, deci banca trebuie să se acomodeze elevului și nu elevul băncii.*

Acest principiu, această dogmă însă rar este luată în considerare. Ca în multe alte domenii ale igienei și aici de multe ori primează factorul economic, cu rezultatul ca și în celelalte

domenii ale igienei: *economia de bani se răzbuună asupra sănătății.*

Problema băncilor școlare se complică și prin faptul că ea nu servește numai un singur scop: șederea, ci servește și altor îndatoriri școlare: cetitul și scrisul, cu cari ocaziuni elevul ia pozițiuni diferite, la cari se mai adaugă și faptul că la răspuns elevul trebuie să ia o nouă poziție: a sta în picioare.

Elevul școlar ia deci în bancă, uneori la intervale foarte mici, patru poziții diferite, cărora banca, în baza principiului enunțat, trebuie să se acomodeze și anume: 1. ședere pentru ascultare; 2. ședere pentru scriere; 3. ședere pentru cetire; 4. poziția de a sta în picioare pentru răspuns.

Se pune deci întrebarea ce condițiuni trebuie să îndeplinească o bancă școlară bună, ca să corespundă tuturor îndatoririlor elevului școlar.

Considerăm ca bună, o bancă școlară:

1. dacă are dimensiuni corespunzătoare cu dimensiunile elevului școlar; BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. dacă permite elevilor poziții sănătoase:

a) la ședere,

b) la scriere.

c) la cetire,

d) și la răspuns;

3. dacă permite elevilor mișcări libere, rapide și fără zgomot la schimbarea pozițiilor, precum și la intrarea și eșirea din bancă;

4. dacă permite izolarea unui elev de celălalt, atât la ședere în bancă cât și la intrarea și eșirea din bancă;

5. dacă asigură integritatea corporală a elevilor, deci nu are colțuri, cuie, etc. cari ar putea fi cauze de accidente;

6. dacă permite supravegherea elevilor și curățirea sălii de învățământ;

7. dacă oferă posibilități pentru păstrarea cărților și rechizitelor școlare;

9. dacă este numai pentru 2 elevi.

Banca școlară are 3 părți principale: 1. scaunul; 2. masa; 3. răzemătoarea.

Toate aceste trei părți ale băncii școlare trebuie să fie de dimensiuni corespunzătoare elevului școlar. Având însă în ve-

dere că elevii se deosebesc mult în privința dezvoltării fizice, în nici o școală și în nici o clasă nu pot fi bănci egale în dimensiuni, ci variate.

Pentru fiecare clasă va trebui să avem 3 tipuri de bănci: mici, mijlocii și mari, pentru grupele corespunzătoare de copii. Aceasta însă nu înseamnă că de ex. în o școală cu șase clase trebuie să avem 18 tipuri de bănci, ci mai puține, numai 8, fiindcă băncile mijlocii și mari pentru copiii din clasa I-a sunt bune pentru copiii mici și mijlocii din clasa II-a și așa mai departe.

O consecință naturală a proporției de dimensiuni cerute între bancă și elev este că *dacă dorim să construim bănci bune trebuie să cunoaștem în prealabil gradul de dezvoltare al elevilor*, deci să se facă măsurătoarea lor.

Să vedem acum de ce dimensiuni trebuie să fie diferitele părți ale băncii.

Scaunul. Ca să se poată șede bine pe scaun trebuie ca coapsa să formeze un unghi de 90° cu gamba, iar talpa să fie în toată lungimea pe pardosea. *Înălțimea scaunului deci este egală cu lungimea gambei.* Dacă scaunul e prea înalt talpa nu se așează pe pardosea, gamba este suspendată în aer și se comprimă vasele și nervii din regiunea poplitee. Dacă scaunul e prea jos, trunchiul și coapsele formează un unghi mai mic de 90° și se comprimă organele abdominale.

Lățimea scaunului trebuie să fie suficientă pentru șederea elevului, în plus o distanță izolatoare de celălalt elev.

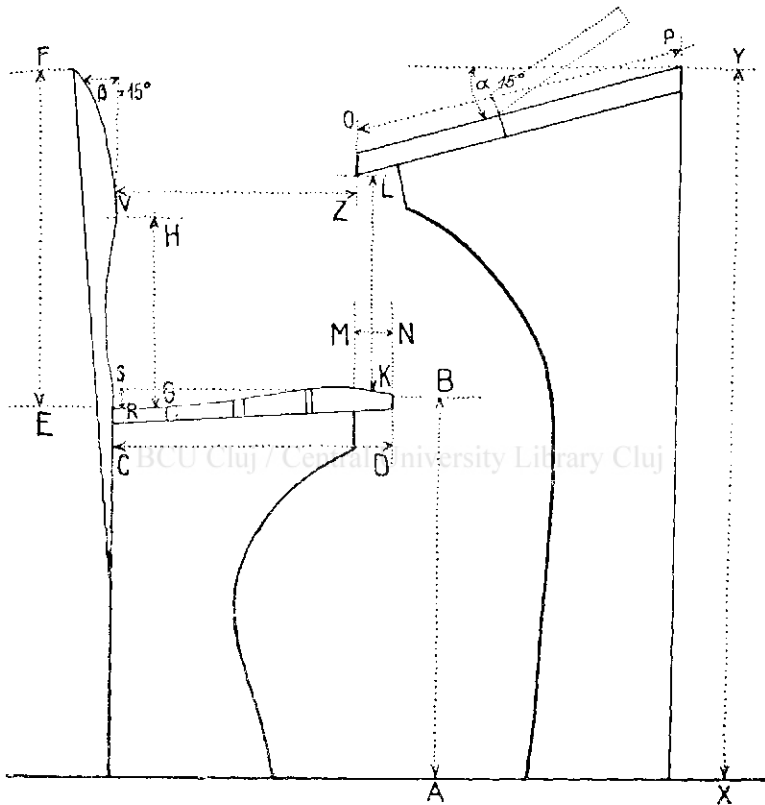
Distanța izolatoare trebuie să fie de 12—15 cm. pentru fiecare elev, deci între 2 elevi o distanță izolatoare de 24—30 cm., în total trebuie deci ca banca să fie de 100—120 cm. pentru doi elevi.

Inclinarea scaunului trebuie să fie ușor antero-posterioară, cu o diferență de nivel între marginea anterioară și posterioară (la încheiere cu răzemătoarea) de 3—4 cm. în favoarea marginii anterioare.

Răzemătoarea. Șederea pe scaun fără răzemătoare este foarte obositoare. Ea este deci necesară întrucât constituie un suport spatelui. Trebuie să fie înaltă până la partea inferioară a omoplatului.

Unghiul încheiat între linia orizontală a scaunului și linia verticală a răzemătoarei să nu fie numai de 90° , cum se fac cele

mai multe bănci, fiindcă nu asigură o ședere confortabilă, ci mai mare cu $12-16^\circ$ ($102^\circ-106^\circ$) în care caz șederea este mai puțin oboșitoare, iar copilul se poate mai ușor adapta poziției de scriere.

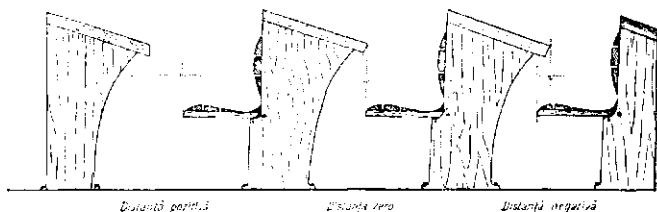


Dimensiunile băncii școlare.

A—B = înălțimea scaunului	O—P = lățimea mesei
C—D = lățimea scaunului	V—Z = distanța între răzemătoare și masă
E—F = înălțimea răzemătoarei	X—Y = înălțimea întregii bănci
G—H = proeminența răzemătoarei deasupra scaunului	R—S = înclinarea scaunului
K—L = diferența	α = înclinarea mesei
B—N = distanța minus	β = înclinarea răzemătoarei

Este necesar mai departe ca răzemătoarea să nu fie în linie dreaptă, ci să se acomodeze curbei coloanei vertebrale la ședere. Va avea deci în partea inferioară, deasupra nivelului de

încheiere cu banca, o parte ușor excavată, până la o înălțime de 20—25 cm. La acel loc va începe să aibă o ușoară formă convexă, ca imediat să se termine în o linie oblică în direcție posterioară.



Dacă curbura răzămătoarei este inversă, ușor convexă la partea inferioară și ușor concavă la partea superioară, cum sunt multe bănci, fiindcă s'a luat ca punct de plecare coloana vertebrală în poziție de „drepti” și nu în poziție de ședere, copilul va avea pe tot timpul șederii poziția de „drepti” forțată. Această poziție este foarte obositoare și la anumiți elevi poate fi cauza unei albuminurii ortostatice în urma faptului că coloana vertebrală la nivelul rinichilor proeminează în bazin, formând o lordoză, care deplasează puțin rinichii, torsionând vasele sanghine.

Două din cele 3 părți principale ale băncii școlare: scaunul și răzămătoarea au fost discutate, rămâne să se mai discute partea a treia: *masa băncii și raportul acestor trei părți între ele.*

Faptul că banca școlară trebuie să prezinte condițiuni bune de lucru elevilor școlari, fără să obosească și fără să forțeze la atitudini și poziții vicioase, ne face ca să luăm în considerare nu numai dimensiunile părților individuale cari împreună constituiesc banca ci și raportul între aceste părți.

Masa băncii este locul de lucru al elevului școlar, trebuie deci să aibă aceeași lungime ca și scaunul, numai în acest caz se va putea utiliza bine pentru scris. Lungimea mesei se mai poate determina și prin distanța între coate când mâinile sunt suprapuse în plan orizontal.

Lățimea mesei variază după etatea copiilor și după scopul la care servește. Dacă servește numai pentru scris și citit, cazul școlilor obișnuite, trebuie să aibă o lățime de 33—40 cm. Burgerstein determină lățimea mesei prin jumătatea lungimei mâinii, dela umăr până la vârful degetelor.

T A B
arătând dimensiunile potrivite ale băncii

Talia grupului de copii	111—120 cm.	121—130 cm.	131—140 cm.
Talia medie a grupului (cm.) . . .	115.0	125.0	135.0
Inălțimea scaunului (cm.)	32.2	35.0	37.2
Lățimea scaunului (cm.)	24.0	25.4	27.0
Inclinarea scaunului (grade)	3.0	3.0	3.0
Lungimea mesei (pt. 2 elevi) (cm.)	120.0	120.0	120.0
Lățimea mesei (cm.)	37.5	37.5	37.5
Inclinarea mesei (grade)	15.0	15.0	15.0
Inălțimea răzămătoarei (cm.) . . .	31.8	33.5	35.5
Inclinarea răzămătoarei (grade) . .	15.0	15.0	15.0
Proeminența răzămătoarei deasupra scaunului (cm.)	16.5	17.5	19.0
Distanță minus (cm.)	4.0	4.4	4.7
Diferența (cm.)	20.6	22.0	23.2
Inălțimea întregii bănci (cm.) . . .	66.9	67.4	69.0

Inclinarea mesei. Scrisul obosește mai puțin dacă capul (ochii) e la o distanță de 25 cm., dela nivelul hârtiei pe care se scrie, iar raza care pleacă dela ochi încheie cu planul hârtiei un unghi de 90°. Pentru a obține aceste condițiuni masa va avea o înclinație de 15°. Dacă masa nu are nici o înclinație trebuie să aplecăm prea mult capul, ceea ce este nu numai obositor dar împiedecă și circulația normală a vaselor sanghine din regiunea grumazului.

Pentru ca băncile școlare să corespundă scopului nu e suficient ca să luăm în considerare numai dimensiunile celor trei părți ale băncii: a scaunului, răzămătoarei și a mesei, ci trebuie să studiem și raportul lor una față de cealaltă: *diferența* și *distanța*.

Diferența se numește distanța verticală între marginea scaunului și partea internă a mesei. Fixarea precisă a acestei diferențe are mare importanță pentru poziția ce o ia elevul la scris.

Dacă diferența este prea mică (masa prea jos ori scaunul prea ridicat), elevul trebuie să se incline foarte mult ca să ajungă cu ochii la distanța cerută de hârtie (25 cm.).

Dacă diferența este prea mare, elevul, pentru a scrie, trebuie să-și ridice umărul drept, să lase jos umărul stâng, făcând o curbura către dreapta a coloanei vertebrale: o *scolioză*, care la copii debili, rachitici, în cursul anilor se poate permanentiza.

E L Ă

școlare pentru elevi de diferite vârste.

141—150 cm.	151—160 cm.	161—170 cm.	171—180 cm.	Semnul din schiță
145,0	155,0	165,0	175,0	
40,0	42,6	46,0	48,6	A—B
29,0	30,0	32,0	34,0	C—D
3,0	3,0	3,0	3,0	R—S
120,0	120,0	120,0	120,0	— —
39,5	39,5	41,5	41,5	O—P
15,0	15,0	15,0	15,0	α
37,0	40,4	41,9	43,5	F—F
15,0	15,0	15,0	15,0	β
20,5	22,0	24,0	24,0	G—H
5,0	5,4	5,8	6,0	M—N
24,6	26,0	27,6	29,2	K—L
73,5	75,1	80,0	82,0	X—Y

Diferența normală, potrivită pentru scris, fără a produce deformațiuni a coloanei vertebrale, variază între 18—28 cm., după talia elevilor. Înălțimea mesei deasupra scaunului trebuie să fie la nivelul cotului +4 cm., când mâna este lăsată în jos. Această diferență egalează cu 16% a lungimeii corpului.

Distanță la băncile școlare se numește distanța orizontală între partea interioară a mesei și marginea externă a scaunului. Această distanță are deasemenea mare importanță la poziția de scris.

Dacă această distanță este prea mare elevul trebuie să se incline prea mult înainte, la care dacă se adaugă și o diferență nepotrivită, poziția la scris devine și mai vicioasă, curbura coloanei vertebrale și mai mare, ceea ce la copiii debili, rachitici în cursul anilor poate cauza *scolioză* permanentă.

Dacă distanța e prea mică sunt comprimate organele interne din cavitatea toracală și abdominală. În cazul când distanța nu e variabilă, deci nici masa nici scaunul nu e mobil, elevul nu se poate ridica în picioare la răspundere.

Distanța între masă și scaun poate fi de trei feluri: distanță negativă, distanță zero și distanță pozitivă, după cum arată schițele de mai jos.

Distanța poate varia, dacă masa sau scaunul este mobil,

putând avea în acest mod la scris o distanță minus, dar la ridicare în picioare o distanță plus.

Pentru ridicarea în picioare este nevoie de o distanță plus de 5 cm., iar pentru scriere de o distanță minus de 4—6 cm.

Distanța variabilă se poate obține fie prin ridicarea scaunului, fie prin ridicarea mesei. Mai recomandabil și mai bine e dacă masa e mobilă.

Afară de distanța și diferența discutate, mai trebuie luată în considerare și distanța orizontală între răzemătoare și partea internă a mesei, în poziție de scris. Această distanță trebuie să fie egală cu diametrul antero-posterior al toracelui cu un plus de 2 cm., (19—29 cm. după etatea și talia elevilor).

Schița alăturată ne arată diferitele dimensiuni ale băncii precum și distanțele între diferitele părți ale băncii, iar din tabela alăturată se pot citi în cm., aceste dimensiuni, distanțe și diferențe a băncilor construite pentru elevi de diferită etate și talie.

H. *Inbunătățiri aduse edificiului școlar.*

Din cele expuse mai înainte se poate vedea cari sunt condițiunile igienice mai importante, pe cari trebuie să le îndeplinească edificiul și mobilierul școlar, ca în școală, din cauza condițiunilor de muncă dela școală, sănătatea elevilor să nu sufere. Problemă mai dificilă este realizarea acestor condițiuni. La edificiile noi rezolvirea pare simplă, întrucât totul făcându-se dela început, s'ar putea face bine. Nu se face însă, pe de o parte din ignoranță, nu se știe cum trebuie făcute lucrurile bune, pe de altă parte din motive economice, uneori, nu totdeauna, realizarea condițiunilor igienice costă ceva mai mult.

Aici intervine rolul hotărîtor al medicului igienist sau școlar. Construirea unui edificiu școlar, și în mediul urban, dar mai cu seamă în mediul rural, este un eveniment, care nu poate trece neobservat. Medicul igienist, chiar dacă oficial nu e solicitat să-și dea părerea asupra planului edificiului, trebuie să intervină din proprie inițiativă. Intervenția lui competentă și hotărîită poate să împiedece comiterea greșelilor. Dacă el va susține, competent și energic, punctul de vedere igienic față de alte interese cari eventual ar avea o influență mai mare, iar la caz de nevoie, dacă intervenția lui nu ajunge, va face apel și la concursul forurilor superioare, în primul rând la Institutele de

Igienă și Sănătate Publică, până în urmă va învinge, interesul sănătății va triumfa asupra altor interese, spre sănătatea elevilor și progresul sănătății publice.

Se cer numai două lucruri: competență, cunoașterea exactă a problemelor și un interes neclintit pentru sănătatea publică.

Mai dificilă pare soluția în cazul școlilor existente, cari au una sau mai multe lipsuri igienice. Cu însușirile mai sus amintite și în aceste cazuri se pot obține rezultate satisfăcătoare.

Întâi trebuie constatate lipsurile, apoi trebuie stabilită ordinea de corectare a greșelilor, după gravitatea cazurilor și după mărimea sumelor cari se cer investite.

Aceste îmbunătățiri se fac sub titlu de reparații, iar sumele necesare sunt suportate de comitetele școlare, primării sau județe. Sumele se obțin destul de greu, dacă nu este cine să explice nevoia îmbunătățirii și să convingă autoritățile respective de importanța lucrărilor, sarcină care tot medicului igienist îi revine și unde competența lui are un rol hotărîtor.

În linii generale programul de muncă a unui medic igienist pentru îmbunătățirea condițiilor igienice ale școlii este următorul: În cursul anului școlar se fac constatările, se discută necesitatea reparațiilor cu autoritățile școlare, sanitare și administrative. Se convinge și se adună fonduri, ca după terminarea anului școlar să înceapă realizările. Dacă la o școală sunt mai multe îmbunătățiri de făcut, iar sumele disponibile nu ajung, lucrările se eșalonează pe 3—4 sau mai mulți ani. Așa de ex. dacă o școală nu are fântână și latrină igienică, are geamuri prea mici și bănci rău construite, într'un an se face fântâna, în al doilea latrina și așa mai departe, în fiecare an ceva, sau chiar la 2—3 ani o realizare. Dar niciodată să nu cădem în greșala, foarte deasă și foarte comodă: fiindcă nu putem face tot deodată, mai bine nu facem nimic. Acest fel de a proceda e un pretext foarte simplu de a ne masca lipsa de inițiativă și incapacitatea. Tot așa de ușor este de a ne acoperi cu adrese sau procese verbale, rămase fără răspuns. Dacă la o adresă nu ne vine răspunsul dorit sau nu ne vine de loc răspuns, nu înseamnă că problema trebuie abandonată. Poate numai că adresa noastră nu a fost destul de explicită sau nu a fost destul de convingătoare. Trebuie să fim deci și mai convingători, să aducem argumente

mai multe și mai puternice, sau trebuie să facem o intervenție personală, care în general este mai cu efect.

Dacă dorim să realizăm ceva trebuie să fim perseverenți, problema respectivă trebuie ținută permanent la suprafață. O metodă bună pentru realizarea îmbunătățirilor școlare, prin care se face și propagandă problemei și se pot aduna și oarecari fonduri, este de a face colecte, serbări școlare, colinde, etc. pentru strângerea fondurilor, făcând astfel o chestiune publică din realizarea respectivă. Trebuie procedat în așa fel, ca de ex. construirea unei fântâni școlare să nu fie o chestiune care interesează numai pe învățător sau medic, iar ceilalți stau indiferenți și pasivi, ci e cointeresată toată comuna.

În primul caz șansele reușitei sunt minime. Dacă însă reușim să cointeresăm totalitatea locuitorilor, oricât de modestă ar fi contribuția individuală, reușita va putea fi mai ușor asigurată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Organizarea și tehnica funcționării dispensarului antituberculos

de
Prof. Dr. LEON DANIELLO

În articolul precedent am indicat principiile generale de organizare ale luptei antituberculoase. În cel de față și în următorul intenționăm să arătăm care sunt condițiunile de funcționare a principalelor instituții chemate să combată tuberculoza.

Aceste instituții pot fi clasate după funcționarea lor în două categorii: unele menite să asigure în primul rând depistarea, apoi supravegherea permanentă, asistența socială a familiei tuberculosului și propaganda igienică educativă pe teren social, iar altele a căror menire este izolarea tuberculosului sau a persoanelor sănătoase expuse infecțiunii, asistența curativă a bolnavilor și educația igienică individuală a lor.

Toate acțiunile menționate în categoria întâia le indeplinește Dispensarul Antituberculos, a cărui organizare și mecanism de funcționare vrem să le discutăm aici, pe câtă vreme

izolarea și asistența curativă cad în sarcina diverselor tipuri de spitale de tuberculoză.

Dispensarul reprezintă din punct de vedere funcțional instituția centrală chemată să dirijeze întreagă activitatea profilactică a unei regiuni sau a unui oraș. Pentru a-și putea îndeplini corect multiplele sale misiuni el trebuie să fie situat în centrul aglomerațiunii pe care o deservește și care nu trebuie să depășească o anumită cifră de populație. După experiența făcută în Germania un dispensar care funcționează în bune condițiuni trebuie să examineze radiologic în fiecare an cel puțin 10% din locuitorii regiunii respective. Numărul maxim de consultațiuni pe care un ftiziolog le poate da anual fiind socotit la circa 12.000, rezultă că raza de activitate a unui dispensar cu un singur ftiziolog nu trebuie să se extindă asupra unui grup de populație mai mare de 120.000 de oameni. În mediul rural această cifră trebuie să fie și mai redusă dacă distanțele dela localitățile periferice până la dispensar sunt mai mari și comunicațiile dificile. Aceste inconveniente pot fi însă contrabalansate într-o anumită măsură prin realizarea unor „dispensare volante” atașate pe lângă unul central fix. La oraș raza de acțiune a dispensarului poate fi lărgită prin dublarea posturilor de medici ftiziologi, a personalului auxiliar și a instalațiilor tehnice până la o cifră maximă de 500.000 locuitori.

Instalația tehnică a dispensarului.

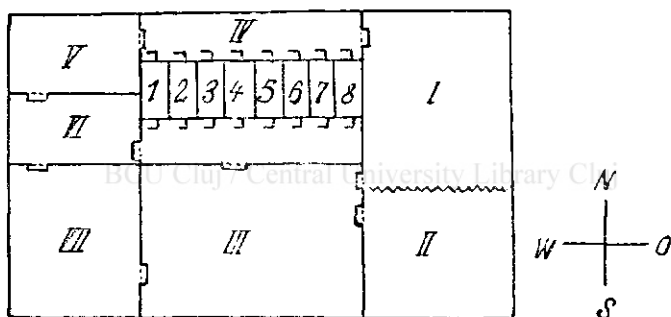
Clădirea. Ori ce dispensar antituberculos trebuie să aibă un un local propriu destinat exclusiv acestui scop și care nu este utilizat și pentru alte consultații medicale, cum este cazul la noi în anumite ambulatorii policlinice.

Preferabil este ca acest local să fie nou construit, se pot însă amenaja uneori și clădiri vechi. Important este ca împărțirea încăperilor să se facă în așa fel încât să permită examinarea în serie a bolnavilor, fără pierdere de timp și cu un minimum de personal.

Tehnica examenului medical la dispensar se deosebește de cea utilizată în clinică. Dat fiind că cel puțin două treimi din clienții dispensarului sunt indivizi sănătoși cărora li se fac numai examinări de control, nu este indicat ca tuturor acestora

să li se înregistreze în prealabil antecedentele și să li se facă un examen fizic. Triajul cazurilor se face dela început cu ajutorul radioscopiei și restul examinărilor se execută numai la cei găsiți cu alterațiuni radiologice. Prin aceasta se realizează o mare economie de timp atât pentru medic cât și pentru public. Incăperile dispensarului vor fi deci în așa fel amenajate încât să permită o „defilare” continuă a cazurilor prin sala de radioscopie și pe la birourile personalului auxiliar înregistrator, evitându-se aglomerări și așteptări prea îndelungate.

Reproducem aci, după Griesbach, schița dispoziției tipice a încăperilor unui dispensar mic cu un singur medic fiziolog.



Suprafața construită este de 240 m. p.; I și II sunt săli de așteptare pentru adulți și copii, III este biroul de înregistrare cu fișierul, IV cabinetele de desbrăcare, V sala de radioscopie, VI sala de examinări clinice, VII biroul medicului. Dispoziția ușilor este de așa fel încât circulația bolnavilor se face numai într'un singur sens, în sălile de examinare aflându-se numai un singur bolnav deodată ceea ce este un foarte mare avantaj. Dependințele necesare nu sunt cuprinse în schiță.

Utilajul dispensarului.

Se înțelege dela sine că toate încăperile unui dispensar antituberculos trebuie să corespundă cerințelor igienice moderne, în ce privește: spațiul, aerația, lumina, posibilitățile de curățire și desinfecție precum și măsurile de protecție pentru personal. Nu ne vom extinde deci aci asupra acestor detalii ci

vom indica numai utilajul tehnic necesar bunei funcționări a instituției.

Instalația radiologică trebuie să se compună dintr'un aparat de radioscopie și dintr'unul de radiografie. Acesta din urmă trebuie să fie capabil să furnizeze clișee ireproșabile, adică teleradiografii dela 1,5 m. distanță executate în câteva sutimi de secundă. Pentru aceasta este nevoie de aparate cu cel puțin patru Kenotroane și tub cu anodă rotativă.

Dispensarele mai mari nu se vor putea lipsi nici de o instalație tomografică și toate vor trebui să fie dotate cu un aparat radiologic portativ pentru depistări pe teren. Preferabil este să dispună de o instalație de microradiografice (Holfelder sau Griesbach). Acestea din urmă vor putea eventual deservi două sau mai multe dispensare.

O cameră obscură spațioasă, negatoscoape și clasoare de clișee, precum și un număr suficient de filme vor completa utilajul laboratorului de radiologie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj
Laboratorul de analize.

Va cuprinde instalațiile necesare pentru punerea în evidență a bacilului Koch (din spută, suc gastric, fecale, frotiu laringian), prin metode destul de sensibile (omogeneizare, culturi, inoculări la cobai), apoi pentru analizele de sânge (viteză de sedimentare, tablou sanghin) și de urină.

O instalație de sterilizat scuiătorile și alte materiale septic, este indispensabilă.

În biroul de înregistrare trebuiesc dulapuri clasoare pentru fișe, cântar de persoane, diverse imprimare de tip unitar pentru toată țara.

Pentru colapsoterapia ambulantă în biroul medicului se va instala un aparat de pneumotorace cu tot instrumentarul necesar.

Personalul dispensarului. Pentru un dispensar obișnuit este nevoie de un medic ftiziolog și un medic ajutor, două surori de ocrotire (în afară de cele ce lucrează pe teren), două ajutoare de birou (dactilografe), o asistentă tehnică de radiologie, o laborantă și două persoane de serviciu. Este de dorit ca surorile să-și aibă locuința în clădirea dispensarului. Pentru activitate de supraveghere și depistare pe teren în Germania se prevede

o soră de ocrotire specializată în tuberculoză tot la 60.000 de locuitori.

Schema funcționării interne a unui dispensar.

Orele de consultații ale dispensarului trebuie astfel fixate încât el să poată fi cu ușurință consultat de întreaga populația. De multe ori va fi necesar ca dispensarul să funcționeze și seara, după ce muncitorimea și-a terminat munca în uzine sau întreprinderi. Pentru copii se vor fixa ore separate, preferabil dimineața.

De cea mai mare însemnătate pentru funcționarea dispensarului este întocmirea unui sistem practic pentru *evidența cazurilor*. Fișa medicală individuală, fișa familiară și socială, radiografiile, buletinele de analize și orice altfel de documente trebuie păstrate împreună în plicuri sau dosare individuale, clasate în așa fel ca să poată fi găsite în câteva secunde.

Fiecare caz nou se prezintă întâi la soră care-i înscrie numele pe fișa medicală individuală. Cu aceasta trece la radioscopie și dacă este găsit bolnav sau suspect i se completează fișa cu toate datele necesare adăugându-i-se ulterior și celelalte documente. Dosarele tuberculoșilor se clasează deosebit de fișele celor găsiți sănătoși.

În fiecare caz de tuberculoză se va practica un examen medical complet pentru stabilirea diagnosticului exact și se va proceda în cel mai scurt timp la ancheta familiară și socială. În baza acestor date fiziologul va stabili măsurile ce trebuiesc luate: izolarea la domiciliu sau prin internare, indicarea unui tratament executat de medicul curant la domiciliu sau într'o instituție specială de cură (sanator, spital de tuberculoză), măsuri speciale pentru protecția persoanelor expuse, asistență socială etc.

Activitatea dispensarelor devine eficace numai dacă ele au posibilitatea să aplice imediat toate măsurile ce decurg în mod logic din diagnosticul medico-social al fiecărui caz.

Principala menire a dispensarului și esențiala premisă a combaterii sociale a tuberculozei este *depistarea precoce* a îmbolnăviților.

După Bräuning depistarea poate fi numită precoce în sen-

sul profilaxiei numai în cazurile când ea s'a făcut înainte de ce tuberculosul ar fi avut practic posibilitatea să transmită contagiunea altor persoane. Idealul urmărit trebuie să fie descoperirea cazurilor de tuberculoză în faza lor necontagioasă. Acest postulat nu este atins încă nici în Germania, căci după Kayser-Petersen la Dispensarul din Jena proporția tuberculoșilor depistați precoce a fost în 1938 abia de 44,4%, după Breu (Ludwisburg 1939) 55%, iar după Griesbach (Augsburg 1939) numai 34,8%, cu toate că acești autori conduc dispensare model.

Faptul se explică prin extraordinara complexitate și dificultate tehnică a procedurii depistării precoce a tuberculozei în sânul populației. Am arătat în articolul precedent care sunt metodele ce ne stau la dispoziție pentru a descoperi tuberculoșii. Până când se va putea traduce în fapt postulatul „depistării parțiale” prin microfotografierea, anual repetată, a întregii populații, dispensarul va trebui să se mulțumească cu o „depistare parțială” procedând în așa fel ca să se examineze cu precădere anumite categorii de persoane în care pe baza experienței câștigate se pot găsi mai frecvent cazuri de tuberculoză incipientă. În această privință a fost întocmit în cursul timpului un plan de activitate pentru dispensare care asigură un maximum de eficiență în ce privește depistarea. Iată ierarhizarea pe care a propus-o Griesbach și care a fost adoptată în Germania în ce privește ordinea în care trebuiesc examinate la dispensar singuraticile categorii de indivizi:

1. Examinarea cazurilor ce se prezintă la consultații, fie benevol, fie trimise de medici, surori de ocrotire sau altcineva.

2. Examinarea familiei tuberculosului descoperit pentru a descoperi infecțiunile recente sau alte surse de contagiune.

3. Examinarea extrafamiliară a persoanelor care au venit în contact cu tuberculosul, mai ales a celor ce se găsesc la o vârstă mai tânără.

4. Reexaminarea la termene fixate a tuturor persoanelor care au fost expuse unei contagiuni.

5. Căutarea sursei de contagiune intra- sau extrafamiliară oridecâteori se descopere un copil cu primo infecțiune recentă.

6. Anchete prin radioscopii în serie în școli, internate, ateliere, etc., unde au fost descoperiți bacilari.

7. Examinări radiologice în serie în industrii cu praf (mai ales mineral).

8. Anchete radiologice în colectivități de indivizi ce prezintă o predispoziție condiționată de vârstă (pubertari, premilitari, recruți, studenți).

9. Examinări radiologice în masă în alte colectivități (uzini, corporații, localități întregi).

10. Exame radiologice în masă la copiii de vârstă școlară.

Pentru descoperirea suspectilor și îndrumarea lor la dispensar activitatea pe teren a surorilor de ocrotire este de-o însemnătate covârșitoare. Ea constă mai ales în anchete domiciliare. O bine organizată propagandă antituberculoasă poate deasemeni determina un mare număr de persoane să se prezinte benevol la un examen de control.

Supravegherea permanentă a tuberculoșilor și suspectilor se face prin reexaminări sistematice. În acest scop dispensarul întreține o *condică de termene* în care se înscriu exact datele la care singuraticii indivizi trebuiesc reexaminați, luându-se din vreme măsuri ca persoanele în chestiune să se prezinte la dispensar la data fixată.

Internările tuberculoșilor în sanatorii și spitale în scop curativ sau de izolare trebuie să se facă numai de către dispensarii în baza unor indicații medicale și sociale precise, deasemenea și trimiterea copiilor expuși, în preventorii sau colonii de vacanță. Dispensarul dirijează deci întreagă mișcarea tuberculoșilor și toate acțiunile întreprinse în scop profilactic, el reprezintă statul major al campaniei antituberculoase. Activitatea lui plină de răspundere va fi însă încununată de succes numai dacă această instituție va fi condusă de un specialist care să cunoască la fel de bine partea clinică și socială a problemei tuberculozei și să fie organizată în modul arătat mai sus.

Studiul natalității și efectul reproducerii diferențiale a populației asupra calităților ei viitoare

de
Dr. PETRU RĂMNEANȚU

Studiul natalității.

Puterea de expansiune a câtorva neamuri europene. Neamuri tânăre și neamuri îmbătrânite. Inrădirea în cadrele neamului și coeziunea biologică a populației. Caracteristica fundamentală a natalității în România în ultima jumătate de secol. Condițiile scăderii natalității. Cauzele denatalității.

Efectul reproducerii diferențiale a populației asupra calităților ei viitoare.

Metabolismul social. Degenerarea etnică. Autodisoluția etnică.

I. Studiul natalității

Puterea de expansiune a câtorva neamuri europene.

Cifra născuților-vii constituie cel mai important factor de care depinde destinul organismelor demografice. Ea asigură continuitatea sângelui, conservarea tradiției, forța actuală și expansiunea neamurilor. Istoria actuală și viitoare, dezvoltarea socială și economică a neamurilor în cea mai mare parte sunt în funcție de această cifră. Incordarea colectivă morală, politică și fizică, adică momentele decisive istorice ale neamurilor sunt produsul nivelului natalității. E o deosebire fundamentală, după cum vom vedea, între grupa populației produs al natalității și între cea obținută prin prelungirea mediei de viață sau prin combaterea mortalității. Prima e făuritoare de destin, care pentru însăși creșterea ei într'o perioadă de ani, mai lungă decât la orice animal, unește, cimentează rândurile colectivității, și apoi prin însușirile legate de etatea tânără, se avântă pentru ocrotirea sângelui și progresul neamului. Grupa doua, la rândul ei, îngroașă straturile populației inerte și neproductive. Ba, dacă prima grupă e redusă, în caz de natalitate scăzută, atunci cea din urmă, chiar când e în plină putere de activitate, devine șomeură. Astăzi e bine cunoscut, că șomajul are la bază natalitate redusă și un număr mic de copii; adulții nu au pentru cine lucra.

E deci de ajuns să privim evoluția numerică a născuților-vii din câteva țări cunoscute și să reflectăm asupra manifestării vieții acestora, în cele mai variate câmpuri de activitate, ca să ne convingem cât sunt de strâns corelate aceste fapte. Ele ne vor demonstra și tendințe viitoare, ascensiune sau declin, care față de o țară anumită sau chiar față de mai multe provoacă acțiuni de defensivă sau ofensivă.

Pentru a ne face o palidă idee despre balanța vitală de declin, echilibru sau expansiune a populației din Europa și din alte continente, vom privi tabela următoare referitoare la evoluția proporției născuților-vii.

Fiindcă ne interesează de aproape mai mult Europa, ne vom opri mai detaliat asupra natalității puterilor mari din acest continent.

Statele mici limitrofe acestora, deși au pulsații proprii, totuși pe acest teren nu se deosebesc mult: mai mult sau mai puțin au caracteristica țărilor mari, vecine, de care și-au legat și destinul. De altfel chiar pe plan internațional tendința natalității e aceeași: scade. Popoarele albe și în special cele europene din Apusul civilizată remarcă însă în ultimii 20 de ani cea mai pronunțată scădere. În Europa, observând grafica următoare, constatăm că în intervalele extreme, egale laolaltă cu o generație și mai bine, natalitatea nu a rămas aceeași decât în Rusia europeană. În Anglia și Franța cifra născuților-vii s'a redus la proporții reziduale. Iar drept consecință țările respective, trec printr'o profundă criză biologică, sunt dinamice și par că rup cu tradiția lor de altă dată. După prevederile calculate populația din Franța, în timp de 30 de ani, va scădea dela cifra din 1930, egală cu 39,5 milioane, la 37,7 milioane. Pentru Englezi s'a calculat în acest interval o creștere foarte mică, dela 44,6 milioane, la 46,4 milioane. Anglia la 1960 nu va mai fi a treia putere din Europa, după Rusia și Germania, ci își va ceda locul ei Italiei.

Puternică trebuie să fie resurecția ca aceste țări să nu intre într'o fază de continuă și rapidă desagregare biologică, desăvârșită printr'una psihologică. Dar indiferent de ce se va întâmpla, epoca aceasta de abatere dela creșterea obișnuită a populației, istoria o va factura, pe mai multe terenuri, ca o întinsă și durabilă eclipsă.

Natalitatea generală în câteva țări în anii 1901--1939¹⁾
(Proporții la 1,000 locuitori)

Nr. crt.	Țări	A n i i								
		1901-1905	1911-1915	1921-1925	1926-1930	1931-1935	1936	1937	1938 ²⁾	1939 ²⁾
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Egipt (Africa)	—	42.3	43.0	44.4	43.2	45.0	43.5	43.4	—
2	Statele Unite (America)	—	25.1	22.5	19.7	16.9 _f	16.5	17.0	17.6	17.3
3	Mexic	—	—	31.9 _d	36.7	41.9	38.9	39.9	39.3	40.4
4	Argentina	—	39.1	32.8	30.4	26.5	24.4	24.0	24.1	24.0
5	Japonia	31.8	33.5	34.6	33.5	31.6	29.9	30.6	26.7	—
6	Anglia și Galia (Europa)	28.2	24.2	19.9	16.5	15.0	14.8	14.9	15.1	14.9
7	Austria	30.4 _b	24.9 _b	22.2	17.6	14.4	13.1	12.8	14.0	20.9
8	Belgia	27.7	22.8	20.4	18.6	16.8	15.2	15.1	15.6	15.0
9	Bulgaria	40.7 _a	40.9 _{ac}	39.0	33.1	29.3	25.7	23.9	22.8	21.4
10	Cehoslovacia	—	29.6	27.1	23.2	19.6	17.4	17.2	16.8	—
11	Danemarca	29.9	26.3	22.3	19.4	17.7	17.8	18.0	18.1	17.8
12	Elveția	27.8	23.8	19.5	17.6	16.4	15.6	15.0	15.2	15.2
13	Estonia	—	—	19.6	17.6	16.5	16.1	16.1	16.3	16.3
14	Finlanda	31.3	28.4	24.7	22.5	19.5	19.2	20.0	21.0	—
15	Franța	21.2 _a	18.8 _a	19.3	18.2	16.5	15.0	14.7	14.6	—
16	Germania	34.3 _a	28.1 _a	22.1	18.4	16.6	19.0	18.8	19.7	20.3
17	Grecia	—	—	23.0	30.2	29.5	28.0	26.4	25.9	23.5
18	Irlanda	22.3 _b	22.7 _b	20.3	20.1	19.4	19.6	19.2	—	—
19	Irlanda-de-Nord	—	24.2	23.1	21.2	19.8	20.0	19.8	20.0	19.5
20	Italia	32.6 _a	31.9 _a	29.7	26.8	23.8	22.4	22.7	23.6	23.4
21	Jugoslavia	—	—	35.0	34.2	31.8	28.9	27.9	26.7	—
22	Letonia	—	—	22.1	20.7	18.3	18.1	17.7	18.4	18.5
23	Lituania	—	—	28.3 _d	28.1	25.4	24.1	22.2	22.6	22.4
24	Norvegia	28.5	25.4	22.2	18.0	15.2	14.8	15.3	15.5	16.0
25	Olanda	31.5	28.1	25.7	23.2	21.2	20.2	19.8	20.6	20.7
26	Polonia	—	38.7 _{c1}	35.1 _{d1}	32.2	27.6	26.2	24.9	24.5	—
27	Portugalia	31.8	35.3	33.2	31.2	29.1	28.3	27.0	26.9	26.5
28	România	39.7 _a	42.0 _a	37.9	35.2	32.9	31.5	30.8	29.6	28.3
29	Rusia Europeană	—	46.8	44.6 _{d2}	43.8 _e	—	—	—	—	—
30	Scotia	29.2	25.7	23.0	19.9	18.2	17.9	17.6	17.8	17.4
31	Spania	35.1	31.2	29.8	28.5	26.9	27.0	21.3	17.3	—
32	Suedia	26.1	23.6	19.1	15.9	14.1	14.2	14.3	14.9	15.3
33	Ungaria	36.4 _b	34.3 _b	29.4	26.0	22.4	20.5	20.2	20.1	19.0
34	Australia (Oceania)	26.4	28.0	23.9	21.0	16.9	17.1	17.4	17.5	17.7
35	Zeelanda Nouă	26.6	26.2	22.0	19.7	17.0	16.6	17.3	16.3	20.2

—) Lipsesc datele; a) Teritoriul dinaintea războiului mondial; b) Teritoriul actual; c) Anii 1911—1912; c₁) Anii 1909—1911; d) Anii 1922—1925; d₁) Anii 1923—1925; d₂) Anii 1924—1925; e) Anii 1926—1928; f) Anii 1933-1935.

¹⁾ Râmneamțu, P.: Elemente de biometrie medicală și statistică vitală. București, 1939.

²⁾ Population Index, VII, 1941.

Germania și mai puțin Italia au trecut și ele prin asemenea crize a natalității. Au fost însă numai labilități, care mai ales în Germania, repede au trecut în ascensiune. Germania din 1933, care a atins natalitatea de 14,7 la ‰, hotărât și pare că definitiv își manifestă voința de urcare sau cel puțin de menținere a natalității atinsă în cei cinci ani după această revoluție bio-

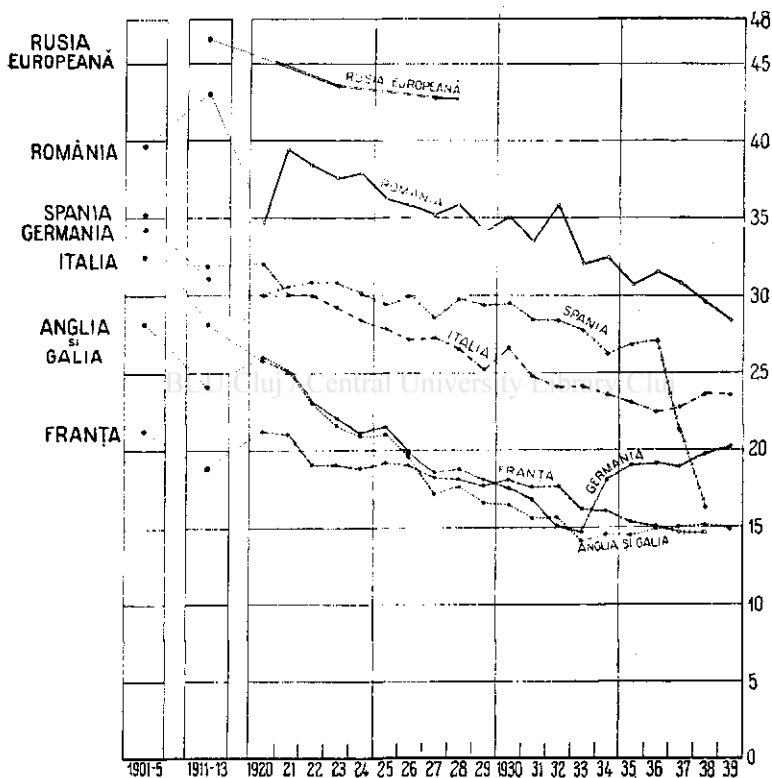


Fig. 1. — Evoluția natalității în țările mari din Europa, dela 1901-1939

logică unică în istorie. Iar pe această puternică coloană se rezimă o viață nouă, care pulsează cu intensitate diferită de cea dinaintea ei și, superioară mult, față de cea din celelalte țări ale Apusului civilizat cu un cult al maternității șovăelnic și redus. Italia din 1930 până la 1960 își va urca cifra populației dela 41,6 la 50,3 milioane.

România și Spania, țări în mare parte rurale, cu o popu-

lație care are solide legături cu glia, păstrătoarea tradițiilor specifice, au rezistat mai ușor curentului de propagandă neomalthusiană. Natalitatea urcată nu a suferit până acum un deceniu și jumătate decât scăderi neînsemnate. (Scăderea din Spania, în ultimii trei ani se datorește războiului). Și fără îndoială tocmai această natalitate urcată, izvor de tinerețe și factor de coeziune al unui neam, le-a ajutat, fiind țări mai mici decât cele precedente și veșnic cutreierate de vânturătorii curentelor politice interesate, să fie capabile de efort salvator și de voință entuziastă, pentru a nu-și lăsa destinul la voia întâmplării.

Rusia europeană și Uniunea Sovietică în general nu au suferit nicio reducere a natalității enorme până în timpul de față. Deși la 1917 după revoluție au rămas cu 142 milioane de locuitori, au avut pierdere prin foametea din 1917—1918, au forțat emigrări masive în Persia, în Afganistan, în China, au ucis vre-o 2 milioane în lupta contra proprietății burgheze, au suferit, în 1917—1920, epidemii de coleră și tifos exantematic cu vreo trei milioane de victime și în sfârșit, în urma deportărilor de Culaci în Siberia, au mai pierdut în acest „timp de pace” aproximativ 11 milioane de locuitori, totuși la recensământul din 17 Ianuarie 1939 au avut 170,4 milioane populație. Astfel, având o masă mare de locuitori, cei mai mulți tănări, încontinuu au nutrit gândul expansiunii agresive. Prin natalitatea ei mare amenință Europa întreagă și mai ales țările vecine ei, neslave, fiindcă cele din urmă încă nu resimt efectele denatalității asupra creșterii naturale a populației.

Neamuri tănăre și neamuri îmbătrânite

Natalitatea influențează și structura populației pe etate. Și aceasta e una dintre proprietățile ei fundamentale, care până acum recent demografii nu au relevat-o suficient. Prin reproducere an de an intrând în sânul populației elemente noi, a căror cifră, datorită mortalității, în anii următori, nu se menține aceeași, ci scade, determină ca, în raport cu etatea, structura populației găsită la recensământ să ia un anumit aspect.

Acesta, când într-o perioadă mai lungă de ani, natalitatea și mortalitatea se mențin la nivelurile inițiale — reprezentând pe abscisă cifra

populației, iar pe ordonată etatea ei — se aseamănă cu o piramidă. Dimensiunea bazei acesteia e determinată de cifra copiilor născuți-vii în anul la care se referă recensământul, din al căror sân moartea a și răpit o proporție destul de însemnată. Apoi urmează, cei dela 1—2 ani, într'un număr însă mai redus, față de cei subț un an, deoarece dintre ei au decedat mai mulți și așa, în coloane cu bază treptat mai reduse, se așează pe baza piramidii celelalte grupe de vârstă până la bătrânii cei mai înaintați în vârstă. Vârstele de peste 65 de ani, abia mai au reprezentanți ai cohortelor de copii născuți înainte cu un număr de ani egal: cei mai mulți au decedat. Ei formează deci vârful piramidii. Reprezentarea grafică a structurii pe etate a unei populații cu natalitate urcată o citim din prima figură a schemei următoare.

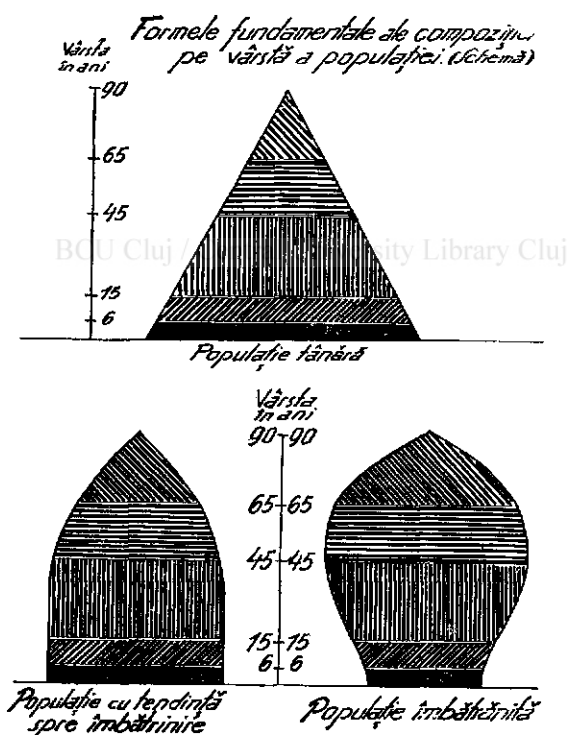


Fig. 2.— Schema formelor fundamentale ale compoziției pe etate a populației. (După F. Burgdörfer, *Aufbau und Bewegung der Bevölkerung*, Ed. I. A. Barth, Leipzig. Anul 1935.)

Fetele piramidii nu sunt întotdeauna absolut drepte, dela vârf, unde se întâlnesc, în spre bază, ca în schema la care ne-am referit. În cazuri de războaie, epidemii mari, mortalitatea excesivă, în dreptul vârstelor expuse morții, prezintă mai multe scobituri. Mai ales e evidentă scobitura produsă de scăderea natalității din timpul războaielor. Așa se observă foarte

bine efectul războiului mondial asupra structurii populației din România recensată la 1930. Piramida întâia din figura următoare construită pe baza datelor acestui recensământ prezintă efectul natalității reduse din timpul războiului, la vârstele dela 10—14 ani, diferența de ani între războiu și recensământ. Curbura din dreptul vârstelor de peste 30 de ani, mai puțin pronunțată ca cea precedentă, se datorește pierderilor de adulți și adolescenți prin decesele din războiu. Diferența între aceste două deficite de populație, în defavorul celei virtuale din cauza natalității, încă ne demonstrează că natalitatea influențează structura populației pe etate mai mult decât mortalitatea.

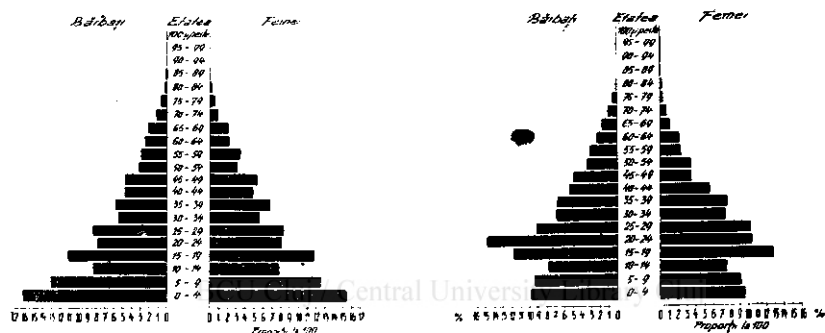


Fig. 3. -- Distribuția populației din România pe etate în 1930.

Când au avut loc imigrări de populație se observă neregularități care proemină. Acestea se observă în mediul urban la femeii, în dreptul etății dela 15—19 ani și la bărbații de 20 -24 de ani. Le putem citi din figura doua a graficeii precedente.

Dacă grafica nu e construită pe grupe de etate, ca cele redade referitor la populația României, ci pe ani de etate și populația are mulți analfabeți, se remarcă insemnate proeminente și in dreptul anilor de etate terminați cu 5 sau cu un multiplu al acestuia. Populația analfabetă in necunoșterea precisă a etății, e dispusă să declare la recensământ o vârstă rotunjită.

Scăderea natalității dă populației distribuită pe etate și alte aspecte. Intre acestea două sunt cele mai caracteristice, forma de clopot (schema doua din figura 2) și forma unei pere (schema treia din figura 2). Prima formă corespunde stadiului inițial de regres al natalității: cohorta de născuți-vii dela un an de calendar la altul, fiind treptat mai redusă, cu toate că din primul an de etate, al doilea și următorii nu e atâta timp ca moartea să răpească din ei atâția, câți au decedat din cohortele de născuți-vii, înaintea lor, totuși fețele piramidii dela bază și până la o anumită înălțime sunt paralele. Paralelismul se menține numai până la o anumită etate, deoarece dela 45 de ani in sus forța mortalității crește și in consecință întreaga structură pe etate a populației e supusă subt influența ei și pierde caracterul inițial primit de natalitate.

În țările unde natalitatea nu scade lent ci brusc, înregistrând scăderi însemnate chiar în perioade de 5 ani, baza piramidii formată din copii sub 5 ani, e mai redusă decât straturile vârstelor imediat superioare, rămășițele cohortelor când natalitatea încă a fost urcată. Aceasta e forma de pară a structurii populației pe etate.

Făcând a privire de ansamblu asupra acestor trei aspecte ale structurii populației pe etate ni se impune următarea constatare primordială: procentul populației adulte sau mai precis a celei dela 15—44 de ani, considerată în stare de reproducere, variază foarte mult dela o formă la alta. În cazul când aspectul e al piramidii, atunci procentul acestei grupe e cel mai urcat. E intermediar când îmbracă forma clopotului și e foarte redusă când e ca o pară. Se înțelege, că variația procentului populației dela 15—44 de ani, și mai ales a celei feminine, are repercusiuni adânci asupra natalității: forma întâia menține natalitatea urcată la același nivel sau chiar o promovează; forma de clopot reduce treptat natalitatea; iar în cazul al treilea, procentul uni-tăților în stare de procreare fiind foarte redus, natalității deja scăzute îi produce diminuări noi. Pe baza acestor considerații se obișnuiește a se caracteriza cele trei tipuri de populație cu următorii termeni: *populație tânără*; *populație cu tendință spre îmbătrânire* și *populație îmbătrânită*.

Pe plan politic și cultural populația tânără e caracterizată prin impulsivitate, spirit întreprinzător, dinamism și tendință de progres. Cea îmbătrânită e conservatoare, apatică și are tendința biurocratismului patologic.

Inrudirea în cadrele neamului și coeziunea biologică a populației

Numărul mare de copii al unei familii, leagă, prin căsătorie și apoi prin înrudire de sânge, un număr mare de descendenți mult mai urcat decât familiile cu puțini copii. În satele noastre caracterizate și astăzi prin fertilitate urcată reconstituind arbori genealogici, se poate demonstra că majoritatea populației, descinde din câteva tulpini originare. Membrii acestora la rândul lor nu s'au căsătorit numai între ei, ci dela început și-au amestecat sângele și cu al tulpinilor asemănător înrudite din satele vecine, amestec care s'a continuat și după ce colectivitățile au crescut și legătura dintre ele s'a intensificat. Gradul

acesta de înrudire, în cadrele unei singure colectivități sau între mai multe, la noi a fost relevat de Dl. Profesor Moldovan ca foarte frecvent și ca un caracter fundamental al neamului.

Într'adevăr, dacă pornim chiar numai dela câteva familii natalitatea urcată a unora îl demonstrează chiar și matematic. Drept exemplu ipotetic să urmărim, în trei generații consecutive, frecvența de înrudire între opt familii, toate cu fertilitate diferită:

	<i>Populația totală</i>								
Nr. crt. al familiilor	1	2	3	4	5	6	7	8	
Cei doi soți	2	2	2	2	2	2	2	2	= 16
G ₁ Nr. copiilor	0	1	2	3	4	5	6	7	= 28
G ₂ Nr. copiilor		1	4	9	16	25	36	49	= 140
G ₃ Nr. copiilor		1	8	27	64	125	196	343	= 764
									$\frac{\sum_x X^n}{\sum_x X^{n+1}}$

etc. conform formulei

$X = \text{puterea de reproducere};$

$F_x = \text{nr. persoanelor cu putere de reproducere};$

$n = \text{numărul generațiilor.}$

Soții care compun sâmburii acestor 8 familii, presupunem că nu sunt înrudiți între ei și că fertilitatea lor e inegală și ereditară ca atare. Cu aceste ipoteze în generația întâia (G₁), cea mai frecventă înrudire o dau descendenții familiei nr. 8, care are 7 copii. Înrudirea față de populația totală a generației e de $\frac{7}{28}$, adică de $\frac{1}{4}$. În generația a doua sau și mai evident în cele următoare — drept exemplu să o luăm pe a treia, — fără intervenția înrudirilor care trebuia să aibă loc între mulți din descendenții acestor familii, numai familia nr. 8, cu ereditate de 7 copii, a ajuns să aibă 343 de descendenți, care față de populația totală $\frac{343}{764} = \frac{7-1}{16,6-2}$ (practic) constituie jumătate. Dacă am fi ținut seamă și de înrudirile între familii, fiindcă fără excepție toți descendenții familiei nr. 8 erau nevoiți să se căsătorească cu membrii din celelalte familii nu am ajunge numai la un raport care evidențiază stări de înrudire între toți membrii eșantillonului, dar ne-am convinge că acesta e chiar prea mic ca să poată cuprinde toate înrudirile posibile. E de ajuns să luăm în considerare cei 7 descendenți din generația I-a, dintre care, în eșantillon nefiind decât încă 6 familii, unul ar fi rămas necăsătorit, sub circumstanțele obiceiurilor și normelor de căsătorie de astăzi.

Din acest exemplu reiese evident, că până ce așezările de populație erau reduse, înrudirile între colectivități erau chiar necesare. Astfel sângele, care iradia din nucleeele primitive ale populației pe razele tot atâtor cercuri, s'a amestecat prin înru-

diri frecvente pe suprafețe mari, pe toată întinderea unde se găseau tulpini de același sânge străbun. Și acest amestec, la noi Românii nu a scăzut în intensitate niciodată. În special în sate se menține și astăzi la fel, fiindcă natalitatea acestora e încă urcată și în consecință cu toată mortalitatea infantilă și generală enormă, totuși numărul copiilor în medie, pe familie este mult mai urcat decât în alte țări. Iată-l în comparație cu cel din Germania din 1933, adică înainte de începutul ascensiunii natalității din această țară:

Frecvența copiilor la 100 de perechi

Țări	Numărul copiilor											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 și peste	Necunoscut
România la recensământul din 1913 ¹⁾	12,0	12,2	10,8	10,2	9,5	9,1	8,2	7,4	6,2	4,9	9,5	—
Germania la recensământul din 1933 ²⁾	18,9	23,2	19,8	12,6	7,9	15,9					0,7	

Acest număr mare de familii cu 5, 6, etc., chiar și peste zece copii, pe lângă comunitatea de origină, constituie un grad de coeziune biologică care nu se găsește decât la foarte puține neamuri. El determină încordarea colectivă morală și fizică excepțională a neamului nostru pe care lumea numai în anumite momente le relevă și pe care noi, medicii igienişti, de acum înainte suntem obligați a le studia și a le face cunoscute în toată amploarea și continuitatea lor.

Cercetarea familiilor cu fertilitate redusă ne conduce la rezultate opuse. Cele fără copii, cad din angrenajul neamului într-o singură generație, fără a lăsa urme. Cele cu fertilitate redusă, îndepărtează gradul de înruderire și când sunt relativ frecvente față de cele cu mulți copii, slăbesc și coeziunea din sânul întregului neam. Obiceiul de a avea un singur copil sau numai doi și de a lăsa ca familiile să se stingă prin lipsă de descen-

¹⁾ Scărlătescu, I.: Statistica demografică a României. București, 1921.

²⁾ Burgdörfer, Fr. Aufbau und Bewegung der Bevölkerung. Leipzig, 1935.

denți numai în câteva generații, 2—3 în medie, înmulțește nu numai numărul persoanelor izolate în societate, dar hotărăște în modul cel mai sigur și destinul sombru al neamurilor care pier prin autodisoluție.

După ce am descris rolul natalității asupra celor mai importante însușiri ale populației, acum să trecem la stabilirea tendinței și la analiza condițiilor care determină scăderea natalității.

Caracteristica fundamentală a natalității în România în ultima jumătate de secol

Am văzut că, exceptând Rusia europeană, natalitatea în Europa în ultimele două decenii, a avut un mers hotărât descendent. Și dacă revenim asupra primei grafice din acest capitol, constatăm că România a avut norocul să rămână izolată de acest curent, chiar până acum câțiva ani. Iar ușoara reducere suferită, asupra structurii populației, pe etate, determinată la recensământul din 1930 și probabil chiar asupra celei din 1941, nu a avut decât repercusiuni neînsemnate. Populația nu a remarcat tendință de îmbătrânire, față de structura ei pe etate din 1913. În ultimii 5 ani, tendința de scădere a natalității a luat însă un mers vertiginos descendent. Numai în Moldova și în cele două județe din Dobrogea a persistat o proporție de peste 30 la 1000. În celelalte s'a apropiat mai mult de 20. În 1940, Oltenia a avut natalitatea de 23,8%, egală cu cea din Transilvania, care a fost de 23,3. Unele județe din Apus, în special Caraș, Severin, Timiș, Arad, Hunedoara, Făgăraș, au atins cea mai inferioară natalitate, cunoscută de demografi (15,5 de ex. în Arad), și înregistrată până acum numai de Franța.

Cât de mult amenință această natalitate scăzută excedențul natural al țării, citim mai ușor din îngustarea câmpului dintre natalitate și mortalitate, ușor de urmărit în grafica următoare:

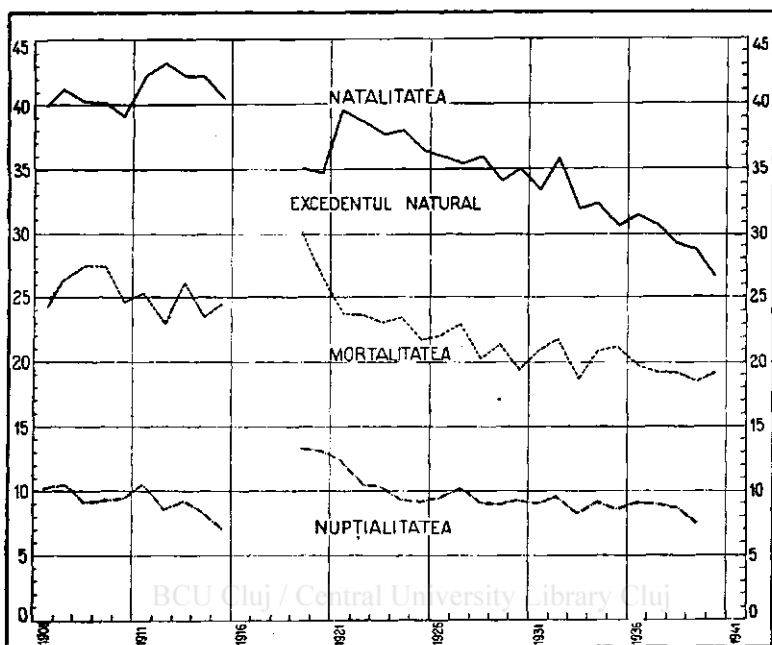


Fig. 4. — Mișcarea populației în România dela 1906-1940.

Condițiile scăderii natalității.

Condițiile considerate ca și clasice în determinarea scăderii natalității sunt: echilibrul între sexe; nivelul nupțialității; starea civilă a căsătoriților; etatea dela căsătorie; durata căsătoriei; durata și continuitatea perioadei de conviețuire fecundă; intervalul protogenezig; intervalul între nașteri și căsătoriile fără copii.

Echilibrul între sexe. Incă primele colectări de date statistice din secolul al XVII-lea au relevat, că se nasc mai mulți băieți decât fete și ulterior s'a putut confirma că această excedență masculină e un fenomen general la toate rasele umane și că fenomenul, în timp și în spațiu, variază între limite foarte restrânse. Cu toate acestea populația generală din cauza mortalității mai urcate a băieților decât a fetelor și din cauza migrațiilor prezintă raportul bărbați-femei inversat.

În general atât în mediul rural, cât și în cel urban găsim mai multe femei decât bărbați. Așa e în întreaga lume, și așa e și la noi. Excepție fac numai Canada, Statele Unite ale Americii, Japonia și Bulgaria, adică în special țări cu mulți imigranți. La noi, Dobrogea, la recensământul din 1930, a avut mai mulți bărbați decât femei. Fiindcă și mișcarea socială a bărbaților, adică imigrațiile dela sat spre oraș, e mai urcată decât a femeilor, excedența lor o găsim și în multe orașe, mai ales în cele care trec printr'o rapidă industrializare. Raportul acesta e aproape general în metropolele mari din America. La noi e prezent în unele municipii: Ploești, Constanța, Bacău, Bălți, Cetatea Albă, Sibiu, Satu-Mare și cu mici excepții în toate orașele din Dobrogea.

Influența echilibrului între sexe, asupra natalității e apreciabilă odată ce elementul real de reproducere e cel feminin. Centrele mari urbane, prezintă deci natalitate scăzută și din cauza unui număr de femei proporțional mai redus, decât au colectivitățile rurale. Din această cauză, când comparăm nivelul natalității din două medii, e recomandabil a se face și corectările pe care le impun diferența între cele două sexe ale populației.

Nupțialitatea. Corelația între nivelul nupțialității și cel al natalității a fost evidențiată în multe lucrări străine și chiar românești¹⁾. În țările cu nupțialitate urcată și natalitatea se menține, la un nivel mai înalt, decât în țările unde căsătoriile se contractă cu frecvență redusă. Paralelismul acesta e atât de apreciat, încât măsurile legiferate, sau numai cele aplicate pentru menținerea sau urcarea natalității, se adresează în majoritatea lor nupțialității. Astfel în anii 1937—38, cu excepția Rusiei, la care nu avem date din acești ani, între țările europene, România și Bulgaria au avut atât cea mai urcată nupțialitate, cât și cea mai mare natalitate. Cât de mult influențează nupțialitatea nivelul natalității avem drept exemplu eclatant Germania. În 1933 natalitatea Germaniei a fost de 14,7‰, iar în urma decretării legii pentru încurajarea matrimonială, prin care nupțialitatea a urcat dela 9,7 la 11,2‰ (s'au contractat în 1933 cu 100.605 de căsătorii mai multe decât în anul precedent), conse-

¹⁾ Râmneanțu, P.: Corelația dintre nupțialitate și natalitate, etc. Buletin Eugenic și Biopolitic, 1936, pp. 44—48

cutiv și cifra născuților-vii a urcat cu 224,264 față de a anului 1934, iar natalitatea a atins proporția de 18,0‰.

Starea civilă a căsătoriților. Familia este celula fundamentală a corpului etnic. Burgdörfer scrie că purtătorul, conservatorul și înmulțitorul forței vii a neamului nu sunt singuraticii indivizi în izolarea lor, ci familia. De aceea consideră familia din punct de vedere biologic ca celula corpului etnic, iar din cel social și al societății ca celula statului. Sănătatea și forța familiei asigură deci viața neamului și puterea statului. Datorită acestui rol deosebit pe care-l joacă familia asupra vigoarei biologice a neamului e ușor de înțeles că în cazurile de cele mai neînsemnate devieri ale ei dela normă se produc și repercusiuni vădite, atât față de natalitate, cât și asupra altor factori care asigură un progres normal al societății. Astfel familiile cimentate la Oficiul de stare civilă și la Biserică recurg mai puțin frecvent la evitarea sau întreruperea sarcinii. Familiile care au ca moment inițial căsătoria de probă, cele care sunt legate prin concubinaj au natalitatea mult mai redusă decât cele normal construite. Fertilitatea alor 100 de femei căsătorite civil, de etatea dela 15—49 de ani, e mult mai mare decât o are grupa femeilor de aceeași etate care trăesc în concubinaj sau sunt divorțate, văduve sau necăsătorite. Iată un exemplu oferit de datele din Danemarca referitoare la anii 1896—1905: 66.443 de femei căsătorite civil, de etatea dela 15—49 de ani au avut o fertilitate de 222 la 100, iar 7352 necăsătorite civil, de aceeași vârstă, au născut la 100 numai 24 de copii. Diferența aceasta nu e de ordin fiziologic sau potențial. Ea se datorește în primul rând factorilor sociali care acționează diferit asupra celor două grupe de femei.

Etatea dela căsătorie. Din punct de vedere fiziologic se știe că atât femeia, cât și bărbatul sunt fecunzi numai între anumite limite de etate. Femeile dela 15 până la 49 de ani; iar bărbații cu o frecvență mai rară și peste 50 de ani. Avem apoi date suficiente, care ne demonstrează, că între limitele de mai sus forța de reproducere nu e egală. Astfel studiile publicate de Savorgnan, Kiaer și Körösy ,care țin seamă atât de etatea dela căsătorie, cât și de fertilitatea fiecărui an, sau grupă, de etate, arată că fertilitatea, zisă monogenă (care ține seamă numai de etatea femeilor) între 17—30 de ani e aceeași, iar dela această

vârsta scade treptat, ca la 50 de ani să se apropie de zero. St. Szulc¹⁾, pe date din Polonia, dovedește că etatea dela căsătorie a femeii, dacă nu trece de 35 de ani, nu influențează cu nimic fertilitatea. Această constatare o citim din grafica următoare, care elimină factorul: durata căsătoriei, despre care vom vorbi mai jos.

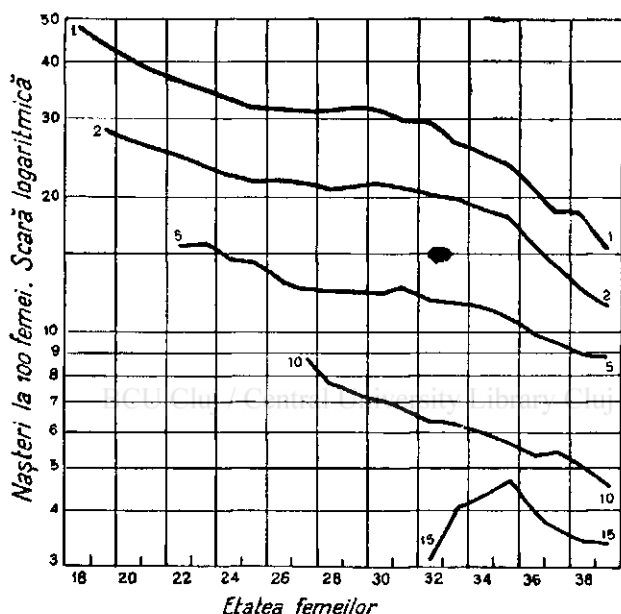


Fig. 5. — Fertilitatea în funcție de etatea femeii
(După St. Szulc)

Cifrele dela începutul și sfârșitul liniilor indică durata căsătoriei.

Privind asupra oricărei din aceste cinci diagrame, observăm că după aceeași perioadă de viață conjugală, până la etatea de 35 de ani, fertilitatea se menține nemodificată.

Etatea soțului sau a bărbatului în general influențează mai puțin fertilitatea. Bărbații căsătoriți târziu, la etatea de 30 până la 49 de ani, dacă au soții tînăre, sub 25 de ani, au fertilitate egală cu cei căsătoriți la etate mai tînără.

Pentru a demonstra și în cifre influența etății femeilor și

¹⁾ Szulc, St.: Congrès international de la population. Paris, 1937, vol. V, p. 134.

a bărbaților asupra fertilității, redăm următoarele medii după Savorgnan¹⁾:

Cifra medie a născuților-vii pe o familie cu copii

Ettatea soțului la căsătorie	Ettatea soției la căsătorie				Fertilitatea masculină
	17-19	20-24	25-29	30-39	
20-24	4,85	4,10	2,83	—	4,03
25-29	4,87	4,62	4,28	—	4,60
30-39	4,59	3,57	3,20	2,89	3,59
40-49	—	4,00	3,50	3 00	3,47
50 și peste	—	—	—	1,00	1,00
Fertilitatea feminină	4,74	4,12	3,61	2,79	4,00

Durata căsătoriei. Acest factor, de acord cu cele mai multe cercetări, e mult mai important decât etatea. Cifrele germane, publicate de Oficiul statistic al Reichului²⁾, apoi cele polone, culese de Institutul polon pentru studiul problemelor de populație, arată că, până la etatea de 35 de ani, dacă nu intervin reduceri artificiale, fertilitatea nu depinde de loc de etatea femeilor, ci numai de durata timpului scurs după contractarea căsătoriei. Astfel, femeii de diferite etăți, în medie, la anumite intervale dela căsătorie nasc aproape același număr de copii. Natural, că această cifră medie e mai ridicată în primul an de căsătorie, iar apoi scade treptat, ca după o durată de 15 ani practic să se apropie de zero.

Amintim, că cifrele din Suedia, referitoare la anii 1911—15, 1926—30 și 1934 nu confirmă întru toate raportul între etate, durata căsătoriei și fertilitatea descrisă aici. Ele atribuie un rol, în reducerea fertilității înainte de 35 de ani, și etății.

Durata și continuitatea perioadei de conviețuire fecundă.

¹⁾ Savorgnan, Fr.: Corso di demografia. Pisa, 1936.

²⁾ Neue Beiträge zum deutschen Bevölkerungsproblem. Wirtschaft und Statistik, Nr. 15, Berlin, 1935.

Durata perioadei de conviețuire fecundă, care e în funcțiune atât de etatea dela contractarea căsătoriei, cât și de continuitatea acesteia din urmă, se studiază prin determinarea anului în care s'a născut ultimul copil. În general se admite, că în medie, perioada de conviețuire fecundă e de 15 ani. E interesant de a privi această durată la câteva grupe speciale de populație.

În familiile aristocrate studiate de Savorgnan¹⁾, care au avut o durată mai mare decât 15 ani, ultimul copil s'a născut, conform următoarelor procente:

<i>Ultima naștere a avut loc în anii de căsătorie</i>	<i>% familiilor cu copil născut viu</i>
până la a X-lea	56,4%
dela al XI-lea până la al XV-lea	29,8%
dela al XV-lea în sus	13,8%

Reiese deci că până la al X-lea an al căsătoriei, mai bine decât jumătate din familiile nobile și-au încheiat fertilitatea.

În Banat (comuna Vărădia) studiile pe care le-am făcut²⁾ demonstrează că durata perioadei fertile e și mai scăzută. Jumătate din femei nasc ultimul copil numai până la sfârșitul anului al V-lea de căsătorie.

Cât de mult influențează prescurtarea duratei perioadei fertile nivelul natalității, e suficientă o comparație între proporțiile acesteia în Banat și în Moldova, unde, cu o frecvență nu prea neînsemnată, găsim femei care și-au născut ultimul copil după 20 de ani dela căsătorie.

În prima provincie natalitatea e numai pe jumătate față de cea din Moldova.

Influența continuității vieții conjugale, relevată principal de mai mulți autori, nu a fost demonstrată pe bază de cifre decât în mod cu totul incomplet. Între aceste puține date, ca cele mai adecvate, se înșiră ale noastre obținute în Banat. Acestea ne demonstrează că fetele care își încep viața conjugală între 12—15 ani, într'o proporție de 58,7% se perindă la doi soți, iar

¹⁾ Savorgnan, Fr.: La fecondità delle aristocrazie, Metron, vol. IX, Nr. 1.

²⁾ Râmneanțu, P.: Studiu asupra depopulării Banatului, etc. Buletin Eugenic și Biopolitic, Anul 1935, p. 244.

cele care și-o încep între 16—19 ani se căsătoresc de două sau de mai multe ori într'un procent de 33,2. Ca o consecință a discontinuității vieții conjugale, celor din prima categorie le-am găsit fertilitatea de 1,7 copii, iar celor din a doua de 2,6.

Intervalul protogeneziec. Așa se numește durata timpului care se scurge dela contractarea căsătoriei până la prima naștere. Natural se presupune că nașterile care au loc înainte de încheierea lunii a IX-a dela căsătorie sunt neînsemnate sau chiar eliminate. E vorba deci numai de așa numitele „căsătorii pure”.

Intervalul protogeneziec constituie un indice de măsurare a fecundității. Se calculează în felul următor: raportul la 100 între numărul copiilor concepuți în primele trei luni de căsătorie și totalul căsătoriilor contractate în aceeași perioadă de timp. Indicele acesta are o însemnată întrebuințare atât în determinarea cauzelor biologice, cât și în precizarea intervenției factorilor voluntari care pot surveni în reducerea fertilității. Ași putea să afirm că între alți factori de el ar trebui să se țină seamă întotdeauna la măsurarea eficacității oricărei politici de natalitate.

Indicele protogeneziec variază foarte mult dela o colectivitate la alta și chiar în aceeași comunitate dela o dată la alta. Redăm aceste variații în câteva orașe și state¹⁾:

	<i>Indicele protogeneziec la 100</i>		<i>Indicele protogeneziec la 100</i>	
	<i>Anul</i>		<i>Anul</i>	
Noua Galie de Sud	1893	38	1929	23
Australia Occidentală	1900—2	39	1926—8	23
Noua Zeelandă	1914	28	1927	20
Drezda	1891—94	26	1905—8	21
Chemnitz	1911	19	1926—8	6,5
Saxonia	1911	16	1927	6,5
Amsterdam	1910	27	1928	14
Zürich	1914	15	1927—8	10

¹⁾ Gini, C.: *Nascita, evoluzione e morte delle nazioni*. Roma, 1930, p. 57.

În primul an al căsătoriei nasc în orașele mari europene înșirate cele mai puține femei, la care de altfel și reducerea din ultimii 10—20 ani a fost cea mai accentuată. În Chemnitz și Saxonia indicele s'a redus cu 65% și 61%.

Punând aceste reduceri în față cu datele referitoare la eficacitatea contraceptivelor, care în Anglia și în America, urcă până la 50%, ar însemna că majoritatea familiilor din colectivitățile înșirate aplică mijloace anticoncepționale. Practic însă această deducție pare imposibilă. De altfel e infirmată și de datele statistice, publicate de Mother's clinic din Londra și de organizațiile de Birth Control din America, din care rezultă că femeile în primele trei luni după căsătorie se prezintă excepțional de rar la consultații de asemenea natură, sub 1%. Practica neomalthusiană este urmată mai ales de femeile care au copii. De aici se impune concluzia că, în țările anglo-saxone, reducerea fertilității e mai mult de natură biologică și nu e un fenomen voluntar.

Rezultatul cercetărilor noastre din Banat au dus la rezultate contrare. Am găsit ce-i de drept un interval protogenezic urcat, dar el nu e de natură fiziologică: are la bază căsătoriile de probă în al căror interval tănărele femei voit evită sarcina.

H. W. Methorst a studiat recent intervalul protogenezic în Olanda pe religii¹⁾. Frecvența cea mai mare de femei care nasc în primele 9 luni după căsătorie au dat-o protestantele și cele fără o denumire religioasă. În general, pe toate religiile, a găsit un indice egal cu 40,5%.

Intervalul protogenezic e în funcție și de etatea femeilor dela căsătorie. Femeile căsătorite între 12—20 ani îl au urcat, apoi cele de 20—45 ani îl au constant, iar cele dela 46—50 de ani îl au redus. Knibbs²⁾ pe date din Australia (1908—14), dă următoarele rezultate:

¹⁾ Methorst, H. W.: Differential fertility in the Netherlands. Population, vol. I. Aprilie 1935.

²⁾ După Fr. Savorgnan, op. cit., pag. 144.

<i>Etatea mamei dela căsătorie</i>	<i>Intervalul protogenezie in luni</i>
12	134,0
15	58,0
20	22,4
25	20,8
30	21,3
35	21,6
40	21,0
45	19,3
50	11,3

Datele acestea sunt coroborate și de cele publicate de Savorgnan pe familii suverane.

Influența intervalului protogenezie asupra natalității, problemă care ne interesează aici în deosebi, e caracterizată printr'o descreștere a intervalului față de creșterea numărului copiilor în familii. Datele următoare confirmă această afirmare.

<i>N-rul copiilor pe familie</i>	<i>Intervalul protogenezie in luni</i>
1	33,3
2	23,6
3	18,7
4—6	16,0
7 și peste	15,0
<hr/>	
Media generală	22,6

Din mersul descendent al intervalului se poate ușor deduce că femeile care nasc mai apropiat de data căsătoriei sunt mai ușor fecundabile și probabil mai fertile. C. Gini, pe familii cu copii numeroși, încă a demonstrat acest fapt. Dacă intervin mijloace anticoncepționale intervalul protogenezie se modifică mult, atât la familiile care au mai mulți copii, cât mai ales la cele cu un copil.

În realitate această intervenție astăzi are loc pe o scară întinsă. Astfel în Germania, odată cu acordarea împrumuturilor prematrimoniale, s'a urcat considerabil cifra „copiilor de 1—7

luni", adică născuți la 1—7 luni după contractarea oficială a căsătoriei. Acești copii, concepuți înainte de căsătorie, dacă părinții lor nu ar fi contractat căsătoria, în majoritate ar fi fost avortați¹⁾.

Familiiile sterile și prelungirea intervalului între nașteri. Sterilitatea femeilor depinde de etatea prea avansată a soților din momentul căsătoriei, de pierderea potenței sexuale a unuia sau ambilor soți, de voința de a nu procrea și de incapacitatea organică primară sau secundară de a procrea. Toate aceste cauze se înțeleg fără vre-o explicație complimentară cu excepția ultimei. Dar chiar asupra acesteia avem date insuficiente. Prinzig dă în cartea lui un procent de 12 familii care n'au copii, Knibbs, pe baza căsătoriilor existente în Australia, la recensământul din 1911 a găsit 14%. În Anglia în 1911, din grupa femeilor căsătorite, trecute de 45 de ani, 16% au rămas fără copii. În Germania, după Burgdörfer, în sate la 1928 au fost 23% de familii fără copii, iar în Berlin 52%. În Olanda, Methorst, a găsit că în mediul urban procentul e de 13,7, iar în cel rurale de 10,1 (1935). Pentru Ungaria, Kovács dă pe baza căsătoriilor desfăcute prin moarte următoarele procente:

<i>Procentul familiilor fără copii</i>	
<i>Anul</i>	
1903—05	15,9
1913—15	16,4
1924—25	17,7
1926—29	17,9

La noi, în studiul dela Vărădia am găsit, că 15,2% din femei au rămas sterile. Recensământul din Vechiul Regat²⁾ dela 1912, a stabilit că 7,1% din femei nu au avut copii.

Ultimul factor cu repercusiune, nu lipsită de importanță, asupra natalității, îl constituie *prelungirea intervalului între nașteri*. Acesta, găsit egal cu 2 ani și jumătate, atât de C. Gini, pe familii cu 7 copii și mai mulți, cât și de Savorgnan, pe familii

¹⁾ Burgdörfer, Fr.: Aufbau und Bewegung der Bevölkerung, Barth, 1935, Leipzig.

²⁾ Statistica demografică a României, 1912. Bulet. Stat. al României, 1921.

aristocrate, tot cu 7 copii și peste, astăzi suferă, în medie generală, prelungiri considerabile. Divorțurile și recăsătoriile frecvente, aplicarea mijloacelor anticoncepționale, prelungirea alăptării la sân (la noi în județul Severin), condiționează mai frecvent urcarea distanței între nașteri.

În special copilul al treilea nu e dorit. În consecință, intervalul între al 2-lea și al 3-lea copil e foarte mare, de 48,8 luni. Al 3-lea copil, cel nedorit, își datorește apariția acțiunii neizbutite a mijloacelor anticoncepționale, fiindu-ne cunoscut, în urma cercetărilor făcute de Stopes¹⁾, că în 84%, sau după experiențele anglo-americane în 50% a cazurilor contraceptivele dau eșec. Intervenția după al 2-lea copil reiese din toate cercetările, inclusiv din ale noastre. La familiile aristocrate cu 6 copii și mai mulți, care se presupune că au avut interese de a nu-și limita numărul descendenților, Savorgnan a găsit intervalul între al 2-lea copil numai de 19,7 luni, ceea ce e mai puțin decât jumătate față de al familiilor cu 3 copii. Methorst în lucrarea citată a obținut cifre care relevă că familiile cu interval de „trei ani și peste” sunt mai frecvente între al 2-lea și al 3-lea copil.

Familiile cu 7 și peste. Familiile acestea nu reduc natalitatea, din contra o promovează. Nu ar fi locul deci să aducem în discuție problema lor aici. Dar, având în vedere că prin ele putem aprecia just diferențele de reproducere dela o grupă de populație la alta, intenționăm să facem câteva reflexii și asupra lor. De altfel procentul familiilor cu copii numeroși e un însemnat indice și pentru depistarea frecvenței de reducere voluntară a fertilității.

Caracteristicile acestor familii, studiate în Italia pe o scară excepțional de întinsă, sunt următoarele: soții au contractat căsătorie înainte de a împlini 25 de ani; durata căsătoriei, în cele mai multe cazuri, a trecut de 15 ani; iar durata fertilității a fost mai mare de 15 ani și numai excepțional într'un procent de 2,3 a fost mai redusă decât 10 ani.

Din statisticile pe care le-am putut consulta, procentul familiilor cu 7 copii sau mai mulți variază dela o țară la alta în felul următor:

¹⁾ Stopes: The Technique of Contraception. Day-Nichols, New York, 1928, p. 173 și 221.

Anglia (1911)	17,7%
Australia (1911)	19,5%
Germania (1928)	14,0%
Italia (1928)	8,8%
România (1912) mediul rural	21,5%
România (1912) mediul urban	16,2%
Statele Unite ale Americii (după studiile lui Lotka)	17,1%
Ungaria (după Kovács, 6 copii și peste, în 1926—29)	27,4%

În colectivitățile cu o aplicare largă a mijloacelor anticoncepționale procentul acesta e foarte redus, tinde chiar spre zero. Așa în comuna Vărădia, unde deși am găsit că numărul sarcinilor în medie pe o femeie e de 7,06, totuși nu a existat, când am făcut ancheta nici măcar o singură familie cu 7 copii.

Cauzele scăderii natalității

În epoca noastră când „nu mai sunt nobili și burghezi, nici oameni liberi și sclavi, nici eleni și barbari, nici credincioși și necredincioși, ci numai *orașeni și provinciali*”, cum scrie Spengler, problema natalității se supune întru toate acestor două aspecte ale vieții. În orașe, care rapid au atras și cuprind chiar de prezent o însemnată și cea mai bine dotată populație, viața e agitată, trepidantă, sleitoare de energii, producătoare de surmenaj psihic, se manifestă printr'un entuziasm scăzut, pesimismul e frecvent (sinuciderile sunt mult mai frecvente decât în sate), sinergismul fiziologic între marile aparate funcționale e atins, desechilibrul biologic e chiar manifest, disfuncțiunile ormonale sunt frecvente, iar societatea are tipare potrivite individualismului egoist, materialismului exagerat, celibatarismului și familiilor fără sau cu prea puțini copii. În sate din contra, liniștea, tradiția, legătura cu glia, a conservat toate însușirile vieții naturale, cu afecțiuni materne și cu dorința de a avea, iubi și crește cât mai mulți copii. Aceștia sunt așteptați ca o zestre, care prin brațele lor de muncă, oferă familiei siguranța zilelor viitoare, entuziasm și spirit de sacrificiu pentru făurirea destinului.

Legătura între fenomenele care caracterizează viața ur-

bană, mai ales pe cea din metropolele mari, și reducerea natalității din aceste colectivități e atât de evidentă încât nu e lucrare de specialitate care să o contrazică. Cercetătorii nu sunt însă de acord în ce privește recunoașterea cauzei primare a denatalității. Unii susțin ipoteza că diminuarea fertilității e de ordin *biologic*, iar alții că are cauze *sociale*.

Le vom rezuma pe ambele, iar în urmă vom expune și rolul *factorilor psihologici*.

Ipoteza biologică presupune că sunt anumiți factori biologici care independent de voință produc perturbațiuni în impulsul sexual și în capacitatea de reproducere. Aceștia au fost studiați de Spencer, Brownlee, Pearl, Siredey, Gini și alții. Spencer susține că organismele cu cât sunt mai complexe și mai ales cu cât au sistemul nervos mai dezvoltat, cu atât mai repede își reduc capacitatea de reproducere. Brownlee crede că vitalitatea germinală e supusă unei variațiuni ritmice care la rândul ei e determinată de o acumulare și degajare de energie specifică. Pearl, pe bază experimentală și pe observații făcute pe creșterea mai multor populații, e de părerea că forța de reproducere e asemănătoare cu dezvoltarea unui individ din copilărie până la maturitate. Aceasta din urmă având mersul unei *curbe logistice* susține că și populația ar crește conform ei. Siredey presupune intervenția factorilor biologici, tratează însă numai pe cei patologici, între care cei mai mulți sunt chiar instalați în urma unui număr de sarcini. Gini crede că celula sexuală, după ce s'a desfășurat de cea somatică pe măsură ce se înmulțește, ar suferi și ea diferențieri, în sensul că unele își păstrează capacitatea de reproducere intactă, chiar și-o urcă, și astfel trăiesc o viață lungă, ajung la cifre mari și pot să urmeze nu o singură curbă logistică, ci să-și suprapună încă una sau mai multe.

Noi încă am studiat această problemă, am ajuns la concluzia că fecundabilitatea și chiar fertilitatea e în funcție și de biotip. Femeile longiliniu sunt mai puțin fertile decât cele breviliu, cu toate că trăiesc aceeași ambianță socială.

Dr. Prof. Moldovan e de părere că neamul, în privința evoluției sale biologice, se apropie mai mult de familie decât de individ, iar despre aceasta susține că nu e obligator, din motive biologice, să moară.

Din toate aceste ipoteze reiese că intervenția factorilor bio-

logici în reducerea fecundității nu e exclusă, cu toate că motivările acestor teorii au fost și controversate, unele chiar cu multă logică. În orice caz, prelungirea mare a intervalului protogenezei, fără o intervenție, destul de frecventă în primele trei luni dela căsătorie, din partea mijloacelor anticoncepționale, constituie un argument semnificativ că neamurile care își reduc fertilitatea sufer și un declin biologic.

Ipoteza socială. Intervenția factorilor sociali în reducerea fertilității e astăzi bine studiată și nimeni nu o mai poate trage la îndoială. Din motive economico-raționaliste, cultura, starea economică, dorința de confort stau în corelații strânse cu fertilitatea redusă. Intelectualul din familii cu vechime în această categorie, ca și proletarul urbanizat numai recent, deopotrivă aplică voluntar mijloace anticoncepționale, deși motivarea pe care o invocă e diferită. Își reduc voluntar fertilitatea chiar și familii care nu pot invoca teama unei decăderi economice, nici dorința unui confort nerealizabil, și nici imposibilitatea asigurării pe seama descendenților a unei poziții sociale atinsă de familie. Faptele acestea însoțite de o închistare egoistă a acestor familii, după cum am observat în Banat, ne-a făcut să ne gândim la o a treia ipoteză care ar interveni în reducerea fertilității.

Ipoteza psihologică. În urma cercetărilor noastre constatând că multe familii, care fără nici un motiv economico-raționalist își reduc fertilitatea, prezintă simptomul izolării, desinteresării față de vecinătate, colectivitate și chiar față de neam și țară și neavând niciun proiect pentru viitorul lor, al descendenței și al obștei, ne-am aruncat privirea și asupra psihicului lor. Am rămas cu impresia că sunt desrădăcinați de glie, s'au smuls din angrenajul tradiției (nu participă la cor, la datini, etc.) și trăiesc într-o stare de profundă depresiune psihică. Au rupt deci cu prezentul și apatia psihică nu îi servește pentru a-și făuri un destin. Că factorii psihici joacă un rol paralel celor biologici sau numai unul secundar e prematur să ne pronunțăm. Fiind însă incontestabil că Germania a reușit în timp scurt, prin crearea unei conștiințe demografice și prin urcarea entuziasmului poporului german, să influențeze simțitor și durabil natalitatea, ne permitem a crede că factorii psihologici au, în ce privește urcarea și prin antiteză și în scăderea natalității, un rol foarte însemnat. Factorii biologici nefiind susceptibili de o trans-

formare în câțiva ani în care și-a schimbat Germania cursul natalității. Că această schimbare nu se datorește numai ajutorului material acordat la căsătorie și cu ocazia nașterilor, ne servește drept exemplu celelalte țări, în primul loc Franța, unde numai prin aplicarea de măsuri asemănătoare, fără să fie premerse și de schimbarea facturii psihice a populației, nu s'a izbutit să se modifice cu nimic nivelul natalității.

Natural susținând ipoteza psihologică, noi nu excludem intervenția factorilor biologici și mai ales a celor sociali. E prea posibil ca ei să intervină împreună și solidari, ma ales în regiunile care sufer depopulare acută și gravă.

II. Efectul reproducerii diferențiale a populației asupra calităților ei viitoare.

Reducerea fertilității în mediul urban și chiar în cel rural, având loc în clasele superioare și mijlocii ale societății, în familii de funcționari superiori, profesori, ofițeri, funcționari, mari industriași, bancheri, proprietari mijlocii, comercianți și meseriași-proprietari, determină că între aceste categorii de familii și cele din clasa inferioară și disgenică, care nu-și limitează numărul moștenitorilor, să se producă schimburi care au înrâurire socială, calitativă și etnică de o însemnătate deosebită asupra viitorului unui neam. Procesul acesta îl vom înfățișa prin descrierea *metabolismului social, degenerării calitative și auto-disoluției etnice a populației.*

Metabolismul social

Fertilitatea scăzută a clasei superioare și consecutiv stingerea familiilor lor în 2—3 generații crează un curent al populației spre această clasă din cea de mijloc și inferioară. Și invers descendenții clasei superioare nementinându-se la treapta socială a părinților lor formează un curent dela această clasă spre una inferioară. Metabolismul social are deci la bază aceste două schimburi între clasele sociale care compun o populație sau un neam. Intensitatea metabolismului social în afară de proporțiile acestor două fenomene mai depinde și de faza în care se găsește dezvoltarea social-politică a statului. În

epocele de ascensiune culturală și expansiune teritorială simțindu-se nevoia unei creșteri rapide a clasei superioare, clasa de mijloc și cea inferioară din punct de vedere social e chemată să-și ofere elementele ei dotate. Curentul spre clasa superioară e deci urcat. În cazurile de decadență politică, urmată fatal și de o stagnare culturală, curentul acesta e redus la acei minim, care e chemat să înlocuiască numai golurile formate din cauza fertilității reduse și neizbutirii elementelor din clasa superioară să se mențină la nivelul social al părinților.

Primul curent de intrare în clasa superioară îl putem observa în două momente:

la terminarea liceului sau a școlilor superioare și în momentul contractării căsătoriei.

În primul caz se face o distribuție a absolvenților în raport cu profesiunea părinților lor. Prin aceasta observându-se procentul studenților ai căror părinți nu aveau bacalaureat sau școală superioară se măsoară precis curentul de intrare în clasele sociale superioare. Lucrări de asemenea natură au fost făcute de Fahlbeck pentru Suedia, de Wicksell pentru aceeași țară, de Castrilli pentru Germania, de Fortunati pentru Italia, tot acolo de De Vergottini și de sigur de alții în alte țări. Iată unul din rezultatele acestora, publicat de Castrilli. Autorul a arătat că studenții universtari germani derivă din clase superioare (funcționari superiori, profesioniști, ofițeri, mari proprietari, mari industriași, bancheri) într'un procent de 37, din clase mijlocii (funcționari, proprietari mijlocii, comercianți) 57% și din clase inferioare (impiegați și muncitori) 6%. De Vergottini a găsit, pentru întreaga Italie, că 12,6% din studenți provin din familii al căror cap exercită o profesiune care nu cere un titlu de studii superioare.

Studii asemănătoare, determinând distribuția pe profesii a căsătoriților și părinților acestora au publicat Fahlbeck pentru Suedia, Gini, Chessa, pentru Roma și alții. Gini pe baza căsătoriilor contractate la Roma, în 1908, arată că 61% din căsătoriții aparținători clasei superioare provin din aceeași clasă, 14% din clasa micilor funcționari, angajaților și a militarilor, 18% din clasa muncitorilor calificați și 17% din a lucrătorilor nespecializați. Acest rezultat, după cum e interpretat de N. Fe-

derici¹⁾), demonstrează că la Roma metabolismul social e mai intens decât în Italia.

Privită problema metabolismului social prin curentul invers, adică prin scăderea situației sociale a copiilor față de a părinților lor, constatăm că în unele centre, de exemplu în Roma, 30% din copiii clasei superioare au ajuns într'o categorie inferioară față de a părinților. De sigur, că această decădere depinde în mare parte și de strictetea cu care se face selecția elementelor de conducere. Unde nu există o selecție a elitelor, coborîrea treptelor sociale e redusă, în schimb promovarea culturii e lentă sau nici nu există.

Degenerarea calitativă

Deoarece, în clasa socială superioară formată din familii dominatoare, aristocrate, de înalți demnitari, intelectuali și de alte categorii cunoscute până aici, se găsesc într'o frecvență maximă elemente dotate și chiar supradoxate din punct de vedere bio-psihologic, iar în clasa socială cea mai de jos, cu stare economică inferioară sunt elemente care fie din cauze de sănătate fizică, fie din motive de inferioritate psihică, au rămas din generație în generație în stratul inferior al societății, se înțelege că fertilitatea deosebită a acestor două clase sociale are repercusiuni adânci și asupra calităților populației viitoare. Aceste consecințe sunt cu atât mai grave cu cât clasa superioară are fertilitatea mai redusă și cu cât celei inferioare i se mai adaugă și categoria populației disgenice, — cu criminalitate, debilitate mintală, epilepsie, psihoză maniaco-depresivă, schizofrenie și alte boli mintale — care dă naștere la un număr de copii extrem de urcat, de cel puțin 6—8 ori mai urcat decât îl au clasele superioare.

Fertilitatea diferențială a claselor sociale privită pe plan biologic constituie deci un fenomen de profundă degradare a unei colectivități, ținând seamă că atât inferioritățile constituționale, cât și bolile diatezice, mintale și stările asociale în majoritatea lor sunt ereditare.

Viteza cu care se sting familiile suverane, aristocrate și cele

¹⁾ Federici, Nora: La riproduttività differenziale. Roma, 1939.

burgheze din Germania, Franța, Anglia, Scoția, Irlanda și Belgia a demonstrat-o Fr. Savorgnan în studiile relevate aici de noi, iar Fahlbeck a dat cifre asupra celor din Suedia și Finlanda. Watson, la sugestia lui Galton, a exprimat stingerea și în procente, pe generații. Cu toate că Gini a adus unele modificări procentelor stabilite de Watson, dar neavând posibilitatea să facă ajustările începute tuturor generațiilor, redăm totuși datele

DEGENERAREA POPULAȚIEI DIN COMUNA V.

ANUL 1933

1957

1981

2005

2029

2053

ȚIGANI SI DISGENICI

FAMILII CU 4 COPIL
(în medie 3 sa)



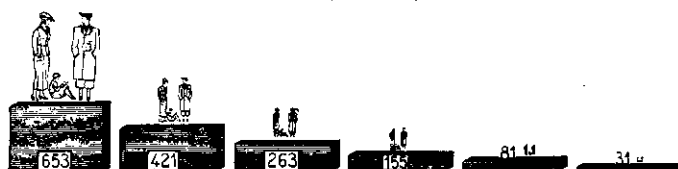
POPULAȚIA CU CALITĂȚI EREDITARE MIJLOCII

FAMILII CU 1 COPIL
(în medie 0.66)

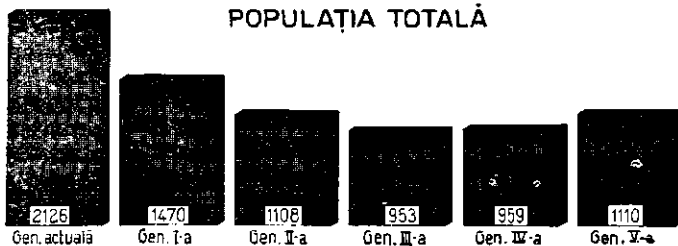


POPULAȚIA CU CALITĂȚI EREDITARE FOARTE BUNE

FAMILII CU 1 COPIL
(în medie 1.6)



POPULAȚIA TOTALĂ



originale publicate de Watson. Autorul a stabilit, că din 1000 de familii, în generația I-a se sting 333, în a II-a 148, în a III-a 90, în a IV-a 60 și în V-a 44. Trebuie să adăugăm, că această stingere rapidă e în funcție atât de fertilitate, cât și de decesele premature din războiu, eliminatoare sau întrerupătoare de descendenți. Și cazurile acestea nu sunt rare în familiile clasei superioare care cu o frecvență mare îmbrățișează cariera militară.

Raportul de înlocuire între familiile de calitate normală și cele de natură disgenică l-am exemplificat detaliat într'unul din studiile noastre¹⁾. Din exemplul redat acolo, referitor la o comună cu 2126 locuitori în 1933, compuși din 653 elemente de calitate ereditară foarte bună și bună, 1286 de calitate mijlocie, iar 187 din țigani și disgenici, reiese că în timp de 5 generații, adică până la 2050, categoria întâia în urma unei reproduceri în medie de 1,18 copii, va avea numai 31 de indivizi, a II-a cu o reproducere de 0,84 de copii va fi compusă din 112 persoane, iar a III-a cu o reproducere de 3,39 copii va număra 967 de indivizi. Cu alte cuvinte clasa disgenică dela 8,8%, din totalul populației, în timp de 120 de ani va ajunge să aibă 87,1% din acest total. Degenerarea calitativă a acestei comune o ilustrăm și prin grafica următoare:

Autodisoluția etnică

Fertilitatea diferențiată pe categorii sociale și clase biologice are și alte repercusiuni asupra populației viitoare, decât cele înșirate până aici. Așa e concentrarea averilor în mâinile familiilor cu puțini copii prin succesiuni neîmpărțite între frați sau subîmpărțite numai în două sau maximum trei părți, și așa e difuzarea însușirilor claselor inferioare în masa totală a populației. Fiindcă efectul din urmă al reproducerii diferențiale e în legătură strânsă și cu viitorul politic al unui neam, asupra lui vom insista mai detaliat.

Odată cu înmulțirea mai rapidă a unei categorii de populație, față de una alta conlocuitoare, se produc și schimbări de ordin calitativ. Insușirile antropologice, fizice și psihice și chiar

¹⁾ Râmneanțu, P.: Problema natalității. Buletin Eugenic și Biopolitic, Nr. 9-12, 1941.

cele de ambianță ale grupei mai prolifică împânzesc într'una sau două generații colectivitatea întreagă. Și această modificare se produce cu atât mai repede cu cât metabolismul social e liber și selecția nu e riguroasă. Natural, când clasa înzestrată din punct de vedere biologic e cea prolifică, atunci e vorba de o ascensiune etnică. Larga circulație de valori impune vieții tipare noi, izvorite din sânge: unitate politică; limbă națională în stat; cultură proprie. Așa s'a întâmplat în toate statele, după revoluțiile mari, deschizătoare de drumuri largi metabolismului social, și așa a fost și la noi și continuă încă a fi. Factura biologică a sângelui neamestecat din mediul rural, prin fertilitate mare, varsă din belșug elemente dotate și supradotate, care înlocuiesc pe cele străine din orașe și cu fertilitate scăzută. La noi fertilitatea diferențială e încă un admirabil mijloc de promovare etnică, mai ales dacă e asociat și de o selecție riguroasă a elitelor.

Când însă fenomenul e invers, adică în cazurile când clasa cu fertilitate urcată e biologic și social inferioară, atunci sângele și tradiția acesteia abundă, la început lent, pe urmă tot mai agresiv căile vitale ale straturilor sociale superioare și mijlocii. Datorită inerției claselor din urmă, consecința îmbătrânirii populației pe etate și mai ales în urma îndepărtării gradului de înrudire prin fertilitate redusă, valului amenințător nu i se opune nici un fel de bariere de selecție și nicio coeziune biologică în căile de penetrațiune. Odată cu invaziunea elementelor inferioare pătrund însă în sânul neamului și elemente de sânge străin. Și acestea vor zguduî adânc, prin desagregare civilă, socială și politică, nu numai existența statului etnic, dar și permanența neamului. Elementele acestuia, desrădăcinate din glie, descopiate din lanțul generațiilor, neînrudite între ele decât la distanță, incapabile de a-și mai avea un destin propriu și nedisciplinate, se vor dispersa în masa de sânge străin și cu timpul își vor pierde urma, dacă bine înțeles în epoca lor de apogeu nu și-au creat o cultură proprie. *Autodisoluția etnică e fenomenul tragic prin care se sting neamurile fără de copii.*

Combaterea bolilor infecto-contagioase în mediul rural

de
Dr. IOAN PRODAN

Una dintre principalele preocupări ale oricărui serviciu sanitar bine organizat trebuie să fie prevenirea și combaterea bolilor infecto-contagioase, căci știut este că prin aplicarea conștiincioasă a măsurilor profilactice, epidemiile sunt evitabile și că prin eforturi minime este dată posibilitatea jugulării oricărei epidemii și astfel multe vieți pot fi salvate și păstrate în patrimoniul neamului.

În Plasa Sanitară Model Gilău-Cluj, lupta contra bolilor infecto-contagioase, în cei 10 ani de existență, a primit față de orice altă ramură de activitate. Ori de câte ori o epidemie amenința în vre-o comună, întreaga atențiune se concentra în jurul acestei probleme în dauna temporară a celorlalte ramuri de activitate. În cazul când medicul și personalul sanitar al unei circumscripții se dovedea insuficient pentru combaterea epidemiei, se recurgea la colaborarea întregului personal din plasă. Toate lucrările în acest domeniu erau îndrumate și controlate de către medicul igienist de plasă.

În combaterea epidemiilor rolul hotărîtor îl joacă ancheta epidemiologică, deci descoperirea cât mai timpurie și cât mai precisă a tuturor cazurilor de îmbolnăvire precum și luarea imediată a tuturor măsurilor pentru evitarea apariției de noi cazuri.

În Plasa Sanitară Model Gilău-Cluj, activitatea în legătură cu această problemă s'a grupat în jurul următoarelor puncte:

1. Depistarea cazurilor;
2. Izolarea bolnavilor;
3. Supravegherea persoanelor ieșite din spital.

1. Depistarea cazurilor.

Având în vedere tendința răspândită și înrădăcinată în populația rurală de a se eschiva dela obligația ce o are în declararea cazurilor de boli infecto-contagioase, a trebuit să se

recurgă la mijloace de investigații proprii care ne dădeau posibilitatea să cunoaștem situația reală din punct de vedere epidemiologic în toate comunele din plasă. Medicii de circumscripție, cu ocazia inspecțiilor sanitare pe care le făceau în comunele din raza activității lor, aveau grije ca înainte de toate să viziteze școala, controlând elevii și luând informațiuni dela ei. Această metodă s'a dovedit foarte folositoare; școlarul nu are rezerva adultului și spune adevărul în legătură cu bolile infecto-contagioase. Medicul făcea lista elevilor absenți, lua informațiuni dela învățător relative la cauza acestor absențe, vizita la domiciliu pe toți elevii absenți, având astfel ocazie, obligat de împrejurări, să viziteze mai multe familii în diferite părți ale comunei și să culegă noi informații relative la existența vre-unui caz de boală infecto-contagioasă. Se interesa dela autoritățile comunale sau dela alte persoane capabile de a da informațiuni în această direcție, despre eventualele cazuri tănuite.

Consultațiile dela Casele de Ocrotire, mai ales acele ale copiilor, permit adesea descoperirea acestor fel de cazuri. Mai rar s'a ivit ocazia să se descopere prin diagnostic retrospectiv, pe baza complicațiilor ulterioare sau pe baza altor semne (nefrite și descuamări scarlatinoase, paralizii post-difterice, etc.), cazurile ținute până atunci nedeclarate.

Sora de ocrotire era un ajutor prețios în descoperirea cazurilor de boli infecto-contagioase mai ales în comunele unde vizitele ei erau mai frecvente. Pe lângă faptul că ea avea ocazie să afle mai ușor toate chestiunile familiare, avea ocazia să culegă și informațiuni referitoare la alte familii din comună. Sora de ocrotire, în urma cunoștințelor sale profesionale poate să recunoască cu multă aproximație caracterul infecțios al cazului întâlnit. În cazul când bănuia că este vorba despre un caz infecțios îl îndruma la medic, anunțând în același timp medicul pentru luarea măsurilor.

Anunțul obligator în cazul unei bănueli de epidemie din partea organelor administrative, în Plasa Sanitară Model Gilău-Cluj, avea o valoare redusă; descoperirea cazurilor se făcea cu destulă promptitudine pentru a nu fi siliți să se recurgă la acest serviciu de informații al oficialităților comunale, care din lipsa unor cunoștințe cât de sumare în acest domeniu, se sesizau de obicei numai când epidemia a luat o întindere mai mare.

Medicul de circumscripție îndată ce descoperea un caz de boală infecto-contagioasă, făcea primele investigații referitoare la proveniența și calea de infecție, lua primele măsuri referitoare la combatere, trecând toate acestea în fișa „Raport epidemiologic individual” pe care îl înainta medicului igienist de plasă în primele 24 ore după descoperirea cazului. În această fișă erau trecute pe lângă datele pur epidemiologice și datele personale ale bolnavului, precum și adresa lui. Medicul igienist de plasă, în toate aceste cazuri se deplasa la adresa indicată în fișă, verifica diagnosticul și lua măsurile dictate de împrejurări și caracterul boalei. Raportul epidemiologic individual întrebuintat în Plasa Sanitară Model Gilău, încă din primul an al activității, în anul 1939, a fost înlocuit cu fișele detașabile A. B. din registrul de boli infecțioase prevăzut în regulamentul pentru profilaxia și combaterea bolilor infecțioase publicat în M. O. Nr. 72 din 1939.

Cu toate mijloacele multiple enumerate mai sus, care stăteau la îndemână și care s'au dovedit bune pentru preîntâmpinarea epidemiilor — în cazurile când se bănuia că aceste mijloace n'au fost în stare să ducă la cunoașterea precisă și când se bănuia existența unor focare sporadice, medicul igienist de plasă, organiza anchete epidemiologice. Aceste anchete se făceau pe întreaga comună și din casă în casă, fiecare persoană anchetată având un sector prealabil stabilit, pe baza hărții topografice a comunei.

La aceste anchete lua parte medicii și personalul auxiliar al plasei, sub conducerea medicului igienist de plasă. În caz de nevoie se solicita ajutorul Institutului de Igienă și Sănătate Publică din Cluj, care pe lângă îndrumările tehnice delega o parte a personalului său medical pentru a completa această anchetă din toate punctele de vedere. Cu ocazia acestor anchete se insista asupra tuturor factorilor și împrejurărilor care au favorizat ivirea și răspândirea infecțiunii, cum sunt: izvorul de infecție, calea și modul de infecție, se identificau persoanele de contact precum și purtătorii și excretorii de germeni etc. Tot cu ocazia anchetei se recoltau produse pentru examenul de laborator și se executau după necesitate reacțiunile necesare în vederea stabilirii diagnosticului etiologic. Pe baza rezultatelor obținute prin ancheta epidemiologică se luau măsurile de prevenire și combatere dictate de caracterul maladiiei.

2. Izolarea bolnavilor.

Cazurile de îmbolnăviri confirmate sau supectate precum și purtătorii sau excretorii de germeni erau făcuți inofensivi prin măsuri de izolare sau carantinare. Principial toate cazurile de boală infecto-contagioasă cu caracter grav erau trimise spre izolare la Spitalul Epidemic din Cluj. Excepțiuni se admiteau numai în cazuri de forță majoră sau în cazuri bine motivate cum era de exemplu: distanța prea mare și mijloace de transport necorespunzătoare față de starea bolnavului, sau în cazul când izolarea la domiciliu ne dădea toată garanția unei izolări conștiințioase și exista posibilitatea ca bolnavul să fie îngrijit de o persoană corespunzătoare.

În comunele mai îndepărtate și unde izolarea la domiciliu nu era posibilă, chiar și numai pentru două, trei cazuri, se înființau infirmerii temporare. Bolnavii izolați la domiciliu sau în infirmerie stăteau sub îngrijirea medicului de circumscripție și a sorei de ocrotire, controlați fiind de către medicul igienist de plasă.

Paralel cu operațiunea de izolare se luau măsuri de desinfecție sau de deparazitare pentru distrugerea agentului patogen. Se luau măsuri pentru executarea vaccinărilor în masă, cu scopul de a mări rezistența specifică. Se luau măsuri ca prin lucrări de sanitație cum au fost: repararea fântânilor, a closetelor, etc., să se îndepărteze toți factorii care ar putea contribui la răspândirea infecțiunii.

În cursul celor 10 ani de existență, în Plasa Sanitară Model Gilău-Cluj, au fost descoperite următoarele boli infecto-contagioase: antrax, disenterie, difterie, febră tifoidă, parotidită epidemică, paralizie infantilă, rușeolă, scarlatină, tuse convulsivă și varicelă.

3. Supravegherea persoanelor ieșite din spital.

Bolnavii izolați la spital după reîntoarcere la domiciliu continuă să rămână sub supravegherea medicului de circumscripție. Cu ocazia primei vizite medicul verifică starea bolnavului și prescrie măsurile de luat de către membrii familiei și de către bolnav pentru evitarea îmbolnăvirilor noi. În caz de lipsă me-

dicul ia probe pentru analize de laborator în vederea stabilirii infecțiozității.

Sora de ocrotire are un rol foarte important mai ales în cazul de epidemii printre copii: cu ocazia vizitelor la domiciliu dă ajutor părinților în îngrijirea copiilor bolnavi; demonstrează măsurile terapeutice și profilactice după indicațiunile date de către medicul de circumscripție și de către medicul igienist de plasă.

Atât bolnavii izolați la domiciliu sau în infirmerie temporară cât și bolnavii reînțorși dela spital, au o fișă epidemiologică în care medicii notează data tuturor vizitelor, data și felul tratamentului aplicat, precum și măsurile luate. Tot în această fișă se notează și data și rezultatul examinărilor de laborator.

Toate cazurile de boli infecto-contagioase din cuprinsul plasei sunt ținute în evidență de către medicul igienist, care are la sediul plasei fișierul central.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compoziția rasială a satelor din județul Turda*)

— Rezumat —

de
I. FĂCĂOARU

Regionala Cluj a Institutului de Cercetări Sociale, a întreprins în vara anului 1939 o serie de investigații științifice în 19 sate din Județul Turda: Hășdate, Lita, Filia de Jos, Filia de Sus, Săcel, Ocolișel, Făgetul Ierii, Surduc, Iara, Șchiopi, Agriș, Băișoara, Runc, Ocoliș, Lunca, Vidolm, Poșaga de Jos, Sălciua de Jos și Sălciua de Sus, cu un total de 2873 de români: 1519 săteni și 1354 sătence. Vcm publica cu alt prilej datele împreună cu materialul fotografic.

*) M = mediterană; E = esteuropidă; N = nordică; A = alpină; Da = dalică; T = turanică; Mo = mongoloidă; L = laponoidă; O = orientală; D = dinarică; I = indică; Ne = nedeterminată.

Aici ne limităm la rezumarea rezultatului.

1. Avem următoarele componente rasiale cu proporția lor procentuală în populația adultă de ambe sexe:

$$\begin{array}{l} \sigma - X_{27}, M_{24}, A_{12}, D_{11}, E_8, N_7, Da_4, O_1, Mo_4, I_4 \\ \text{---} \\ \text{♀} - A_{37}, X_{20}, M_{18}, E_{13}, Da_3, N_3, D_2, O_2, Mo_1, I_1 \\ \text{---} \\ \sigma + \text{♀} - A_{26}, X_{23}, M_{21}, E_{11}, D_7, N_5, Da_1, O_2, Mo_1, I_4 \end{array}$$

2. Considerând numai primele trei rase, în proporție de 2/3—3/4 din populație, observăm: Rasa X pierde primul loc din seria σ , luând al doilea loc în seria ♀ , cu o frecvență inferioară. Rasa M pierde al doilea loc din seria σ , ocupându-l pe al treilea în seria ♀ . Identică rămâne în cele două serii, doar ordinea succesiunii ambelor rase. În schimb, rasa A din locul al treilea în seria σ , ia primul loc, cu o proporție dublă în seria ♀ .

3. Intrunind la un loc rasele brune, obținem o proporție de 80% față de rasele blonde cu 20%. Aceste cifre rămân identice în ambele serii.

4. Considerând la un loc rasele europene, X, M, D, N, Da, față de rasele ipotetic de origine extra-europeană, A, E, O, Mo, I, avem în seria σ , europene 72% — extraeuropene 28%, iar în seria ♀ , europene 47% — extraeuropene 53%. Ca în toate cercetările noastre, printre femei predomină rasele cu trăsături somatice mai primitive.

5. Avem proba numerică a acestei aserțiuni, dacă raportăm frecvența rasială procentuală din seria σ la aceea a ♀ :

$$D_{4.5}, N_{2.6}, M_{1.4}, Da_{1.3}, X_{1.3}, O_{0.8}, E_{0.7}, A_{0.5}, Mo_{0.2}, I_{0.1},$$

Elocventă este această împărțire simetrică prin valoarea raporturilor: în cinci rase europene la un loc, cu predominanța bărbaților (deasupra lui 1), față de cinci rase de origine extra-europeană cu o și mai masivă predominare a femeilor (sub 1).

**Țările europene care au cele mai mari procente de jidani
Anul 1937**

Țara	la 100 persoane		Cifre absolute de jidani
	din populația țării	din totalul jidanilor	
Polonia	9,64	19,4	3,000,000
Lituania (fără Memel)	7,37	1,0	175,000
România	5,41	6,2	1,050,000
Ungaria	5,01	2,6	450,000
Letonia	4,89	0,6	96,000
Austria	2,98	1,2	200,000
Cehoslovacia	2,54	2,3	385,000
U. R. S. S.	2,22	19,1	2,950,000
Olanda	1,58	0,8	135,000
Grecia	1,06	0,5	90,000
Belgia	0,96	0,5	80,000
Bulgaria	0,80	0,3	50,000
Anglia	0,72	2,0	340,000
Franța	0,67	1,6	280,000
Germania	0,62	2,5	420,000
Jugoslavia	0,49	0,4	75,000
Italia	0,12	0,3	52,000
Alte țări	—	0,9	137,000
Total	—	62,2	9,965,000

Cauzele de deces mai importante, pe grupele de etate dela 45 ani și peste, în România. Media din anii 1936—1937. După lista internațională din 1929.

45—64 ani		
Cauza (Nr. codului)	13	Procente 14
Bolile inimii și ap. circ.	90—103	22.10
Bolile ap. respirator	104—114	21.19
Tbc. toate formele	23—32	10.52
Cancer și alte tumori mal.	45—53	8.46
Nefrite	130—132	7.44
Hem. cerebr., emb., tromb.	82	5.42
Boli inf. și parazitare	1—22, 33—44	3.33
Pelagră	62	3.10
Cauze nedeterminate	199—200	3.08
Bolile ap. dig., f. și c. b.	115—116, 118, 123—129	2.65
Ulcer gastric și duodenal	117	2.28
Bolile sist. nerv. și sens.	78—81, 83—89	2.00
Alte cauze	—	8.43

(Urmare).

65 și peste		
Cauza (Nr. codului)	15	Procente
		16
Senilitate	162	65.10
Bolile inimii și ap. circ.	90—103	10.92
Bolile ap. respirator	104—114	7.48
Nefrite	130—132	3.68
Hem. cerebr., emb., tromb.	82	3.46
Cancer și alte tumori mal.	45—53	2.71
Cauze nedeterminate	199—200	0.85
Pelagră	62	0.74
Tbc. toate formele	23—32	0.69
Boli inf. și parazitare	1—22, 33—44	0.64
Bolile ap. dig., f. și c. b.	115—116, 118, 123—129	0.56
Moarte violentă și acc.	176—195	0.55
Alte cauze	—	2.62

BCU Cluj / Central University Library Cluj P. R.

Cronică

Sănătate publică. Demografie. Antropologie. Eugenie.

Familii sterile in Germania. Procentul familiilor sterile in Germania se estimează la aproximativ 20. Cu tratament medical corespunzător vre-o 20% își recâștigă capacitatea de reproducere.

Evreii in Ungaria. In 1940 cifra totală a Evreilor a fost estimată la 750.000 (5%). La aceasta se mai adaugă un insemnat număr de Evrei amestecați cu Creștini. Estimările particulare cred că numărul acestora ar fi între 150.000—350.000.

Cifra Evreilor in Budapesta. Capitala Ungariei încă in 1900 a avut 23,6% de Evrei. In 1920 cifra acestora s'a urcat la 216.000, așa încât tot al doilea evreo-maghiar locuia in Budapesta. In 1930 cifra Evreilor a scăzut cu ceva, erau 204.000 (20,3%).

Evreii în Turcia. Astăzi în Turcia sunt aproximativ 100.000 de Evrei. Cei mai mulți sunt în regiunea europeană. Istambulului are peste 50.000, iar în Adrianopol sunt vreo 5.000.

În Portugalia scade natalitatea și urcă mortalitatea. În anul 1941 Portugalia a înregistrat cu 4000 de nașteri mai puțin decât în 1940 și cu 14.000 de decese mai mult.

Urcarea natalității în Viena, după incorporare la Reich. În 1937 și 1938, natalitatea în Viena a fost de 5,4 și 7,4 la 1000. După incorporare, în 1939 și în 1940 a urcat la 14,7 și 15,7. Primele trei semestre din 1941 s'au încheiat cu următoarele proporții: 13,2, 16,2 și 16,2. Promovarea natalității are la bază urcarea însemnată a frecvenței căsătoriilor. Acestea dela 6,9 la 1000 au urcat — de sigur în urma acordării de ajutoare prematrimoniale și aici — la 16,8 în 1938, la 21,5 în 1939 și la 13,6 în 1940.

S'au interzis sterilizările criminalilor în Statele Unite ale Americii. Curtea supremă de justiție din Statele Unite ale Americii a declarat neconstituțională sterilizarea obligatorie sau voluntară a criminalilor.

Pierderile Greciei în campania din Albania. Ministerul apărării naționale grec comunică într'un raport că pierderile în campania contra Albaniei se urcă la 825 de ofițeri și 10.553 de soldați.

Institutul Ungar de științe. La Universitatea din Budapesta s'au pus bazele unui Institut pentru cercetarea maghiarimei. E compus din mai multe institute existente: Antropologie, Asiatic interior, Asiatic de Răsărit, Populației, Istoria colonizărilor, Istoric maghiar, Artelor și Seminarului istoric. Scopul noului Institut e, pe lângă a face cercetări științifice, și de a întări conștiința poporului maghiar.

