

BULETIN

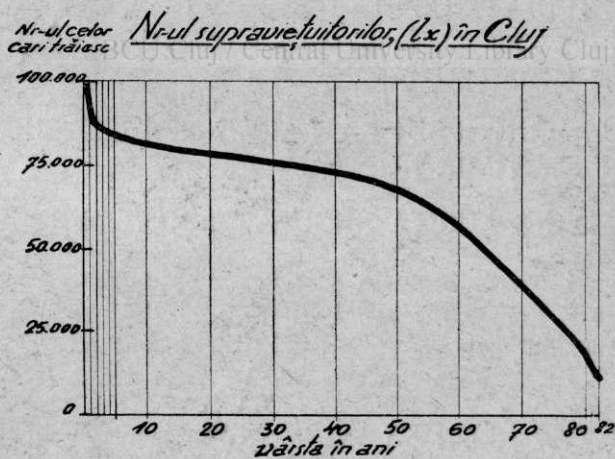
EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. VII.

Nr. 11-12.

NOEMVRIE-DECEMVRIE

1936



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

Spațiul biologic

(Partea I)

de

Dr. OVIDIU COMȘIA

Evoluția ondulatorie, respectată deopotrivă de sistemul cosmic înfrățit cu infinitul și de minusculul proton în pâlparea lui de o clipă, e o lege apriorică a spațiului. Ea stăpânește lumea anorganică și organică în sensul ei cosmic, după cum stăpânește și biologicul ca fragment animat al realității terestre. Căci, dela amfibă la om, aceeași ondulație, aceeași periodicitate a vieții.

Ceea ce doresc să schițez în acest articol nu e însă periodicitatea ca fenomen cosmic. E numai periodicitatea ca fenomen biologic, dar nici aceasta nu în amploarea ei totalitară. Mă rezum doar la câteva etape desprinse de pe linia sinusoidală a evoluției biologice a umanității. O analiză sumară a problemelor demografice și culturale în perspectiva oscilantă a spațiului biologic; o încercare, pe marginea altor încercări.

Privind evoluția popoarelor pe plan istoric, s'a spus de mult, că ele ar imita în mare soarta individului. Toate ar avea o naștere, o copilărie, o adolescență, o maturitate, toate o bătrânețe după care ar urma, corolar inevitabil, decadența și dispariția. Așa ar începe, așa ar decurge și așa s'ar încheia o etapă în spațiul biologic. Făcând abstracție însă de periodicitate ca fatalism spațial, care nuanțează deci genuin și peisajul unui spațiu biologic, să vedem dacă evoluția periodică din interiorul acestuia, are sau nu o componentă sesizabilă, care să poată fi analizată în lumina datelor pozitive.

Evoluția unui popor e dominată de trei factori: factorul cantitativ, calitativ și factorul ambianței externe. Cel dintâiu e menit să asigure o sucrescență numerică, cel deal doilea factură fizică și spiritală, iar al treilea, avantajile condițiilor exterioare, necesare armoniei întregului. Există o solidaritate atât de strânsă între cei trei factori, încât o separare nu s'ar putea face fără riscul de a cădea în artificialitate. Astfel, evoluția fenomenului uman în interiorul unui spațiu biologic, e tocmai interdependența și corelațiunea între factori.

E adevărat că factorul numeric e condiția materială al celui calitativ, totuși acesta e calificativul esențial al celui dinfăiu; numai prin conul de lumină al calității luăm cunoștință de existența numărului. Al treilea, cel desprins din ambianța exterioară, e ponderea ce menține echilibrul în cumpăna evoluției. Numărul, calitatea și mediul sunt, astfel, cele trei dimensiuni ale spațiului biologic.

S'a încercat de câțva timp, explicarea fenomenului uman prin conceptul rasei. Ar exista rase, la cari afirmarea în virtutea armoniei numerice și calitative ar avea valoarea unui destin, după cum ar exista altele caracterizate prin lipsa ideopatică a calității. Acestea evoluează linear și se pierd linear. Rasa nordică, rasa omului dolicocefal blond, ar fi singura capabilă la o evoluție spațială, grație tezaurului ei de calități interioare. Toate creațiunile trecutului și prezentului ar purta timbrul acestei rase, dupăcum declinul culturilor trecute, ar putea fi interpretat drept consecința epuizării numerice a acestor elemente rasi ale, în urma scăderii nașterilor și a diluției sângelui prin încrucișări anonime.

Conștiința superiorității o întâlnim însă la toate rasele, după cum o întâlnim și la toate colectivitățile etnice. Nici o rasă, nici o colectivitate etnică, nu pare dispusă să accepte superioritatea altei rase sau altei colectivități. În timp ce calitățile omului nordic sunt difuzate spre toate cele patru puncte cardinale printr'o imensă publicitate, calitățile celorlalte rase rămân înmormântate în tăcerea unor volume ignorate.

Analizând problema inegalității raselor pe planul obiectivității, ne vom putea da ușor seama de marea vulnerabilitate a dogmei rasiiste. Nici studiul caracterelor fizice ale omului nordic, nici studiul celor sufletești, nu pot întări convingerea în superioritatea biologică al acestui tip. Căci dacă, spre exemplu, caracterul pilos plasează pe Cauzian mai aproape de antropoide decât pe Negru sau, mai ales, pe Mongol, indicele cefalic vine să inverseze raportul desvelind stigmatul simiene mai ales la Mongol, apoi la alpinul european, pentru ca atât Negrul cât și omul nordic să ni-se înfățișeze pe câte o treaptă antropologică mai evoluată. Dacă, în fine, am lua forma buzei drept criteriu de comparație, atunci, cel mai simian ar fi tot Mongolul, urmându-i Cauzianul, pentru ca Negrul să fie cel mai îndepărtat de maimuță. Acceptând astfel caracterele simiene drept stigmat de inferioritate, trebuie să recunoaștem, că nici o rasă nu-și poate asuma privilegiul superiorității, căci raportând calitățile la defecte, ecuația antropometrică ar fi aproximativ aceeași pentru toate.

Dacă din punct de vedere antropometric putem afirma himera

inegalității rasiale, să vedem ce s'ar putea desprinde din studiul comparativ al facultăților psihice. S'a crezut, la început, că examenul psihologic ar putea pune o ordine în contradicția ireductibilă ce stă pânește problema. Într'adevăr, o analiză statistică a valorilor înscrise pe fișele aliniate după grupe rasiale reprezentative, ar putea fi de o neprețuită utilitate. Dar vechile teste au trebuit să îndure reproșul parțialității¹. Ele nu pot face o distincție netă între o inteligență nativă și o inteligență ce poartă reflexele mediului. Cadrul cultural și decorul civilizației transfigurează îndeajuns o inteligență nativă. Nu e deci de mirare că toate sufragiile testelor se pronunță pentru superioritatea intelectuală a omului alb. Cât revine însă omului, ca valoare interioară, și cât ambianței, aceasta nu ne-au putut-o spune vechile fișe. Din acest punct de vedere, ele se află într'adevăr „în stadiul lor infantil“, după expresia lui *Linton*. Diferențele temperamentale dintre rase au fost deasemenea studiate, dar rezultatele obținute sunt departe de a se fi cristalizat în concret.

Dacă metodologia schițată mai sus nu ne-a permis decât unele orientări de valoare precară, să vedem ce am putea desprinde în urma examinării fenomenului uman în dinamica spațiului biologic.

Vechile culturi, oscilații în dinamica acestui spațiu, nu par a se fi dezvoltat în peisagiul monocromatic al unei singure rase, ci tocmai în punctele de confluență plurirasială. Pe cât de simplă a fost constatarea faptică a fenomenului, pe atât de dificilă rămâne interpretarea lui esențială. Sterilitatea creatoare a unei rase pure nu poate fi deloc atribuită izolării ei culturale, cum înclină să creadă unii autori, cari văd în contactele culturale, factorii pe cari se fundamentează o creațiune autentică. Dacă două sau mai multe rase se întâlnesc într'o zonă de confluență, ele nu se vor putea singulariza păstrându-și fisionomia biologică originară, ci vor termina prin a se contopi. Și, dacă vom urmări curba evoluției culturale, vom putea observa că ascensiunea ei începe tocmai în punctul de contopire biologică. Deci nu amestecul fizic eterorasial și contactul cultural, hotărăsc înflorirea creatoare, ci amestecul biologic. Astfel privind lucrurile, conceptul rasei alunecă pe un plan pur secundar. Avantscena rămâne dominată de alt concept, de conceptul etnic, mai greu de formulat, mai complex, însă, în acelaș timp, mai real. Numai prin el vom putea aspira la deslegarea fenomenelor colective petrecute într'un segment de spațiu

¹ *Linton R.*: An antropological view of race mixture. Publications of the Amer. Sociolog. Society, 1925, t. XIX.

biologic, căci etnicul, și, nu rasa, constituie realitatea în care se înfiripă sensul spațial al unei evoluții. Înainte de a analiza alte fapte, desprind, din mulțimea lor, exemplul fugitiv al Dorienilor. Dorienii stabiliți în Peloponez nu au avut altă preocupare decât păstrarea purității rasiale izvorâtă din orgoliul forței lor fizice. Dar, în scurt, ei s'au stins linear. Decimați de războaie, au dispărut lăsând doar amintirea unei discipline de fier și a unui eroism la Termopile. În același timp însă, Dorienii veniți în Sicilia, desființați rasial, și, absorbiți într-o nouă închegare etnică, au transpus cu ei fermentul evoluției spațiale. Ei au dat pe Teocrit, pe Archimede, pe Empedocle, pe Euclid. Tot astfel și Dorienii stabili pe coasta africană a Mediteranei; din noua formație etnică se desprinde Aristip și Eratostene¹.

Și dacă stilul geometric, ceramica geometrică, sau stilul arhitectural în general², se prezintă, pentru unii istorici ai artelor ca un patrimoniu doric, el nu a fost produs de Dorienii puri ai sudului Eladei. Nici coloana „dorică” nu revine Dorienilor ca o formațiune rasială, ci ca o formațiune în transfigurare etnică.

Din moment ce rasa își pierde valoarea suverană pentru adâncirea fenomenului spațial, tipul rasial nu mai poate fi privit nici el ca etalon elementar, la care să raportăm fenomenele individuale. Tipul rasial trebuie înlocuit cu tipul etnic dominat de constituție, în care atributele rasiale să nu intervină decât numai în sens de complectare. Acesta e de altcum și scopul numeroaselor cercetări antropologice făcute la noi de Făcăoaru³. Astfel, pare stabilit cu suficientă precizie, că vechile culturi nu s'au înfiripat într'un mediu rasial, ci într'unul etnic. Că elemente nordice se întâlnesc, aproape cu regularitate, în aceste zone, e foarte firesc, din moment ce ele se învecinează cu teritoriile ocupate de rasa nordică. Cu toate acestea, vechea cultură minoiană, spre exemplu, nu ne-a lăsat deloc evidența trăsăturilor nordice. Într'adevăr, scheletele mormintelor minoiene ne arată, prin frecvența steatopigiei feminine⁴, fondul african al genezei acelei culturi. Cercetări asemănătoare, lasă să se întrevadă factura profund alpină, asiatică sau eurasiatică, a culturai etrusce.

Observațiile mai noi, făcute asupra încrucișărilor rasiale sau

¹ Olivieri G.: Gli effetti eugenici degli incroci etnici sulla genialità umana. Genus, 1935, t. I., Nr. 3—4.

² Jardé A.: La formation du peuple grec. Paris, 1923, p. 88.

³ Făcăoaru I.: Bul. eug. și biopolitic, 1935—1936, precum și: Dare de seamă asupra ședințelor Soc. rom. de antropologie din Cluj.

⁴ Negulescu P.: Geneza formelor culturii. București 1934, p. 316.

asupra încrucișărilor etnice, tind să ne arate multe efecte favorabile întâlnite la populațiunea hibridă.

Chiar și sensul diferențierii sexuale în masculin și feminin e un mic exemplu în sprijinul utilității eterofecundații. Căci din moment ce natura a recurs la această diferențiere pentru perpetuarea formelor mai evoluate de viață, sau stăvilește, printr'un ingenios aranjament al organelor, autofecundația viermilor hermafrodiți sau a florilor, importanța seminței streine pare un comandament biologic. Totuși și aici, ca în toate domeniile de altcum, trebuie contat cu opoziția contrapaginei. E adevărat că marele horticultor a ajuns la nesfârșita varietate de roze sau de orhidee în urma experiențelor de încrucișare, întocmai ca și chinologul la perfecțiunea actuală a unor rase canine. Cu toate acestea cel preocupat de problemele zootehnice privind cornutele sau caii de „rasă“, și-a putut da perfect de bine seama că anumite însușiri superlative obținute prin încrucișare sau selecțiune, nu mai pot fi păstrate decât prin procrearea în cerc închis, intraracial, sau chiar intrafamiliar. Vom da mai la urmă explicația fenomenului.

Nu trebuie să ne imaginăm că orice fecundare încrucișată e susceptibilă de a da rezultate favorabile. Dimpotrivă, progenitura unui cuplu prea distanțat rasial, e adeseori detestabilă, sau, chiar dacă duce la o îmbinare de însușiri superioare părinților, ele nu au decât valoarea unei achiziții individuale, căci sterilitatea hibridului nu permite perpetuarea lor. Și dacă experiențele zootehnice conțin nenumărate exemple de această natură, ele nu lipsesc nici pentru om. Astfel, Englezii australieni, procreind cu femeile triburilor locale, au produs o rasă de indivizi ce întrunesc defectele ambilor părinți. În acelaș sens se exprimase *Spencer*¹ despre hibridii japoano-europeni.

Exemple multiple de încrucișare favorabilă se întâlnesc în vechea lucrare a lui *Quatrefages*². Observațiile făcute de acest autor tind să ne convingă despre factura excepțională a hibridilor latino-indieni ai Americii de Sud. El spune, spre exemplu că populațiunea orașului Sao-Paulo, hibridă în întregime, ar fi cea mai reușită din întreaga Brazilie; bărbații bine dotați, iar femeile celebre prin neasemuita lor frumusețe. Nici „bazarzii de Rehoboth“ (europeano-hotențoși) studiați de *Fischer* nu blamează însușirile părinților, iar descendenții englezo-polinezieni își însușesc perfect achizițiile civilizației. Cât despre fertilitate, se notează în general stagnarea numerică a populațiunilor izolate (tribu-

¹ *Olivieri G.*: op. cit.

² *Quatrefages*: Histoire générale des races humaines. (1837).

rile indiene pure, Samaritenii palestiniani, anumite populații insulare, etc.) În același timp însă, hibridii sudamericani au o prosperitate numerică neobicinuită, iar Hotentotii uniți cu Europeni, sau Negrii de altă proveniență, își triplică numărul nașterilor.

Nu numai amestecurile rasiale, dar și amestecurile etnice ar duce uneori la rezultate apreciabile. Același *Quatrefages* remarcase de mult frumuseța femeilor din sudul amestecat al Franței, iar *Henriquez* (cit de Oliveri) ne asigură că uniunea dintre Englezoicele bogate dornice de un titlu și nobilii italieni, e binecuvântată de frumusețea și vigoare a excepțională a copiilor. *Martial*¹ nu vede nici o incompatibilitate fiziologică între Francez, Italian, Spaniol, Portughez, Român, și nici între Elvețianul romand și Belgianul valon. Iar cu privire la căsătoriile Slavilor latinizați, cum numește el pe Polonezi, a Baștilor cu Francezii, constată că acestea dau întotdeauna „copii superbi”. El subliniază însă în același timp incompatibilitatea „psihologică” a mariajului între Francezi și Unguri, precum și între Francezi și Anglo-Saxoni.

Cu toată bogăția exemplilor, asupra efectelor favorabile obținute prin amestecul biologic, renunț la enumerarea lor. Aceasta nu numai din motivul că majoritatea datelor se reduc la impresii de suprafață, dar și grație faptului că ceea ce se notează ca efect favorabil, se resumă doar la câte o singură însușire sau, în cazul cel mai bun, la un nimic număr de însușiri. Ori, valoarea unui individ nu poate fi apreciată decât în lumina obiectivă a tuturor însușirilor. Deci nu însușirile de ordin fizic singure, nici numai cele intelectualele și cele sufletești vor cualifica valoarea interioară a omului, ci însușirile fizice, intelectualele și sufletești cristalizate într'un ansamblu. Aceasta este ceea ce *I. Moldovan*² numește valoare biologică, și, care e punctul de plecare pentru un întreg sistem de gândire socială, în general, și, românească, în particular, gândire dinamizată de sublimul efort de a deveni călăuza neamului în spațiul evoluției lui firești.

Să încercăm deci să integrăm hibridul în acest ansamblu și să-i fixăm locul pe coordonantele configurații biologice.

Hibridizarea nu e un izvor nesecat de calități, ci izvorul nesecat de calități și defecte.

¹ *Martial R.*: *Traité de l'immigration et de la greffe inter-raciale*. Paris, Larose, p. 272.

² *Moldovan I.*: *Igiena națiunii*, Cluj, 1925.

„ *Biopolitica*, Cluj, 1926.

S'a putut constata că progenitura liniilor pure conservă cu multă precizie prototipul patern. Variațiunile sunt reduse, aproape ne'nsemnate. Cu alte cuvinte, procreierea în circuit închis se caracterizează printr'o constanță remarcabilă a patrimoniului ereditar; totul e echilibrat, totul e identic sau asemănător: asemănare fizică, asemănare intelectuală și sufletească. Nici o surpriză interioară în acest peisaj monocromatic, pornit spre o evoluție linieară sau plană. De aceea, la populațiunile pure, întâlnim, după mii de ani, aceeași factură apriorică; același om, aceeași minte, același suflet, aceeași organizare socială, același sistem politic.

S'a vorbit și se vorbește încă, de degenerarea colectivităților pure, ca de o realitate obligatorie. Desigur că nu știința obiectivă, ci transfigurarea ei profană, a venit să dea acestei credințe valori de axiomă. Genetic gândind, admitem această degenerare numai în colectivitățile pure, caracterizate printr'o precaritate numerică. Ar putea degenera o mică populație insulară, un mic trib cu legi severe (tribul Dañauda din Fezzan sau Seris de Mexico). În aceste cazuri însă degenerarea revine consanghinității care imprimă în fenotip tarele recesive. În absența tarelor, nici o izolare nu ar putea crea asperități în calea unei evoluții iar consanghinitatea ar avea sensul unei reale măsuri eugenice.

În opoziție cu genetica populațiilor pure, liniile încrucișate măresc variabilitatea. Progenitura hibridă poate fi esențial alta decât prototipul patern. Acest fenomen, care e aproape o regulă pentru încrucișările inter-rasiale, se traduce adeseori și în cazul încrucișărilor etnice. Patrimoniul ereditar își pierde constanța și echilibrul. Factorii separabili cari îl compun sunt desaxați, eliberați, pentru a se recombina la alcătuirea hibridului în cel mai caleidoscopic mozaic¹. Hibridul e deci un alt om, ca altă minte, cu al suflet. Capriciul recombinării acestor factori separabili, e izvorul calităților și defectelor, cari prin alternanța lor determină însă acea evoluție spațială: înflorirea și declinul demografic și cultural.

Desigur că problema ondulațiunii în spațiul biologic poate fi adâncită și prin metoda psihologică, sociologică, filosofică sau, poate, statistică și chiar politică. Rezultatele finale ar putea fi aproximativ aceleași. Cu toate acestea însă, interpretarea în cadrul acelor discipline va rămânea, mai mult sau mai puțin, o interpretare formală. Fenomenul uman fiind în primul rând un fenomen al vieții, biologia nu poate rămânea

¹ *Dunn, L. C.*: A biological view of race mixture, Publ. of. the Amer. Sociolog. Society. 1925, t. XIX. p. 47.

streină de mecanismul lui; ea va putea aduce nota funcțională în interpretarea spațiului biologic, fundamentându-l în sens cosmogonic. Dar fiindcă biologia singură nu poate aspira, nici ea, la favorul exclusivității, va trebui să-și transpună observațiile în câmpul celorlalte discipline pentru închegarea coordonată a unui ansamblu.

Când e vorba de tipul rasial pur sau de un individ provenit dintr'un vechiu amestec „stabilizat”,¹ în cursul secolelor, biologia ne arată echilibrul și constanța structurii sale. El se reeditează în aceeași factură în succesiunea generațiilor. Omul acesta, e omul „aderent”, omul fixat în tipare ce sfidează provizoratul, omul tradiții, al gliei, al familiei, omul conservator de forme și instituții. Constanța și echilibrul individual, se repercutează și asupra colectivității, asupra națiunii și a organizării de Stat. Totul se petrece în ritmul calm, stăpânit de conștiința stabilității și a aspirațiunii la stabilitate. Căci echilibrul biologic, e motivul genuin al echilibrului social și politic. Acesta e, cred, cadrul prin care trebuie să privim Statele culte ale nordului anglo-saxon sau scandinav, state cari cuprind o rasă mai pură sau în orice caz, grupe etnice, pentru cari stabilitatea e un atribut ancestral. Ceea ce se descrie astăzi ca psihologie a omului nordic, nu e, în fond, psihologia acestuia. E numai psihologia omului provenit dintr'un mediu stabil. El ar putea fi tot atât de bine pe altă latitudine geografică.

† Omul hibrid e însă altul. E altul din motivul că diversitatea biologică a părinților, i-a spulberat echilibrul plasmei germinale și, în consecință și echilibrul patrimoniului ereditar. Și dacă factorii dominanți vor imita îmbinarea întâlnită la prototip, factorii separabili părăsesc configurația lor originară, și în trepidația lor haotică în interiorul segmentilor cromosomali, ei se vor putea așeza într'o configurație nouă. Însă această așezare se plasează pe o întinsă porțiune a scării valorilor biologice. Linia de mijloc, păstrată cu multă rigoare de generațiile unui mediu pur sau stabilizat, e depășită în ambele sensuri de generațiile unui mediu hibrid. Oamenii de mijloc vor devenii tot mai rari, în timp ce numărul celor detașați de medie va spori progresiv. Acest fenomen biologic nou, imprimă omului altă structură psiho-fizică și naște probleme noi în mediul în care demină noua structură. Căci altul fiind fondul, alta va fi și evoluția, și, în consecință, alta va fi și finalitatea.

Aici începe evoluția spațială: ascensiunea și declinul, înflorirea și decadența.

¹ Nicolle Ch.: Biologie de l'invention, Paris 1931.

Dacă echilibrul și constanța guvernează biologia omului „stabilizat”, atributele contrare vor governa biologia hibridului. Însă aceste atribute nu trebuiesc interpretate toate în sens peiorativ, ci trebuie făcută o distincțiune între ele. Desechilibrul și inconstanța poate evalua în ambele sensuri, în raport cu linia de mijloc deținută de omul primei categorii.

Vom întâlni o nesfârșită gamă de însușiri, pendulând între două extreme superlative: superioritatea autentică și inferioritatea cea mai descualificată¹. Ceea ce e curios însă, e că profilul biologic al omului hibrid a strein de unitate. El e o sinteză de contradicții. „Ich bin kein ausgeklügeltes Buch, sondern ein Mensch mit seinem Widerspruch“. Aceste cuvinte pe cari le-a spus, despre sine, genialul hibrid *Goethe*, caracterizează mai ales categoria celor în instabilitate biologică.

Oriгина infloririi și a decadenței trebuie căutată în acest fond de desechilibrare genetică.

Se știe din biologie că încrucișarea împiedecă diferențierea sexuală normală. *Goldschmidt*, în experiențele sale făcute asupra încrucișărilor unor rase de fluturi, arată că diferențierea sexuală a hibridului nu se mai face în mod normal. Atributele masculine și feminine se găsesc concentrate la unul și același individ; se realizează, ceea ce numea el, o stare intersexuală, care stânjenește în mod apreciabil perpetuarea hibridului. De altcum, întreaga clasificare a sexului în masculin și feminin, e științific, arbitrară. Masculinul și femininul nu formează decât doar extremele ideale ale unei game cu un nesfârșit colorit intermediar. Aceste grade intermediare corespund, în fond, sexelor reale. În evoluția lui filogenetică, sexul tinde spre o diferențiere cât mai completă, poate cu puține șanse de a se identifica vreodată cu idealul. Diferențierea sexuală e mai pronunțată la rasele evolute decât la cele primitive, dupăcum e mai pronunțată și la indivizii grupelor etnice biologic stabilizate. În aceste cazuri, numărul bărbaților „normali” și a femeilor „normale” e superior aceluia ce se poate întâlni la o rasă primitivă sau la indivizii unui grup etnic în instabilitate genetică.

*Mathes*², a fost, după cât știu, cel dintâu care, inspirat de

¹ *Gini, C.*: Le basi scientifiche della politica della popolazione. Catania 1921 (cit. de Olivieri).

² *Mathes, P.*: Die Konstitutionsstypen des Weibes, insbesondere der intersexuelle Typus. Halban—Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. Berlin—Wien, 1934, t. III.

rezultatele obținute de *Goldschmidt*, a lansat sumar ideea că ceea ce se petrece în experiment e un fenomen general; și în această accepțiune el s'ar putea aplica și speciei umane. *Mathes*, în calitatea lui de ginecolog, a putut face constatarea că printre populațiunea urbană sau chiar printre anumite colectivități rurale, echivocul diferențierii sexuale e mai frequent decât în populațiunea generală. Astfel ar fi Tirolul, „o țară despre care se știe, că figurează din timpuri străvechi ca o poartă între nord și sud, un loc pe care s'au zbatut cele mai variate rase și neamuri”.¹ El înclină să privească scăderea fecundității feminine ca un rezultat al intersexualității accentuate, iar scăderea natalității popoarelor ca o inevitabilă consecință a intersexualității etnice.

Problema pusă de acest autor, are un real fond de adevăr, însă parțialitatea interpretărilor e totuși prea pronunțată. Într'adevăr, formele de intersexualitate feminină atât de flagrante ca să excludă fecunditatea, sunt prea rare pentru a justifica bilanțul demografic atât de catastrofal la anumite popoare sau colectivități. Ceea ce nu vom putea explica invocând numai o morfologie precară, vom putea-o, cred, transpunând problema depe planul morfologiei pure pe acela al psihologie și al sociologiei. Căci intersexualitatea nu e numai un fenomen morfologic ci unul temperamental, de conduită psihologică și socială. Natalitatea poate descrește vertiginos dela un deceniu la altul, în timp ce o dezechilibrare genetică nu se poate realiza decât cel mai curând dela o generație la alta. Avem pe de altă parte colectivități profund amestecate cari, totuși, își mențin excedentul numeric.

Dacă factorul genetic e baza problemei demografice, suprastructura ei va fi psihologică și social-politică. În absența acestor din urmă factori, bărbatul hibrid va continua să procreeze, indiferent de instabilitatea structurei sale psihofizice, de neastâmpărul interior, de tendința de a experimenta, de a varia, de a imagina noi forme și sisteme; indiferent de atașamentul lax pentru trecut, familie și grup. Tot astfel și femeia hibridă. Ea va continua să nască, independent de basinul ei mai strâmt, de tulburările mai accentuate în timpul sarcinei și alăptării, independent de precaritatea simțului matern, de libidoul ei aprins și variabil, de inclinațiunile ei poliandre, ca o încrustare intersexuală psiho-fizică, sau de tendințele ei la activitate socială ca o notă de protestațiune virilă.

Această efervescentă biologică, pe care o putem întâlni, pretutindenea, ca o achiziție individuală, devine un fenomen colectiv în

¹ *Mathes P.* : op. cit. p. 76.

mediul hibrid. Spiritualitățile țesute pe vechiul fond al biologiei echilibrate se vor clătina, pentru a fi înlocuite cu altele, tot atât de labile, de contradictorii, ca și noul fond hibrid. Individualismul se va substitui aspirațiunii la unitate, democrația va fărâmița prerogativele vechilor elite, liberalismul va prăbuși instituțiile străbune, iar materialismul va ridica bogăția exterioară la rangul unui comandament al vieții. Și dacă totul se schimbă în jur, cum să nu se schimbe și instituția familiei. Individualismul o privează de caracterul ansamblului, și democrația, de ierarhia ei tradițională. În același timp liberalismul și materialismul dau curs liber aspirațiilor și intereselor parțiale, prindându-le de încheierea ei într-o unitate. Resultanta familială a acestor forțe e scăderea fertilității, iar consecința ei socială, declinul demografic: declinul numeric în spațiul biologic.

La populațiunile hibride, dar ferite de curențele vremii, bilanțul demografic e departe de a deveni deficitar, cu toată dispoziția endogenă pe care s'ar putea fundamenta. Dacă însă suflul spiritualităților noi, desprinse de pe marginea momentului cultural în transfigurarea civilizației, vine să secționeze lianele cu trecutul, dispozițiile latente vor lua o turnură aparentă. Tipurile umane se vor putea manifesta în plenitudinea structurii lor interioare. Forțele disparate ce alcătuiesc fondul hibrid nu vor mai stăruii numai în tensiuni biologice, ci se vor transpune pe plan social și politic. În aceste cazuri de import al civilizației, declinul va putea avea o alură precipitată, spre deosebire de declinul lent al etnicului care a creat civilizația. Acesta se arată întotdeauna mai rezistent față de procesul de disoluție etnică, pe care, forțele antagoniste dezvoltate în cursul deceniilor, încearcă să-l stăvilească; un fenomen, care ar putea fi interpretat ca un echivalent social al imunității sau al premuniții.

Aici e punctul în care problema circulațiunii elitelor devine într'adevăr o problemă. Circulațiunea elitelor și metabolismul social, e un proces firesc în mediul stabil. Un proces supus tradiției, bunului simț, drepturilor cucerite prin muncă, în care ascensiunea e recompenza justă a capacității interioare. Însă circulația elitelor în metabolismul noului mediu în care totul tinde spre verticală, nu mai are nici un semn echilibrat. Câți oameni, atâtea năzuințe și atâtea idealuri. Și dacă în mediu stabil, metabolismul social nu periclitează deloc fondul residual din care se infiripă elitele, mediul hibrid duce la secătuirea acestuia prin exodul involburat spre centrele de atracție în care palpă civilizația.

Privind profilul politic și social al problemei, ne vom da ușor

seama de valoarea atât de relativă a așa ziselor sisteme politice și sociale. Dacă astăzi, toate își pledează dreptul exclusiv la existență, cel obicinuit să privească lucrurile în perspective spațiale, va recunoaște inutilitatea acestui efort. Nu există doctrine și sisteme bune sau rele, ci există momente etnice, pentru cari un sistem sau altul e un imperativ vital. Toată arta e să alegi sistemul adecuat momentului etnic și fazei în care se află pe coordonatele spațiului biologic.

Dacă democrația engleză sau scandinavă, spre exemplu, e încoronarea politică a unui echilibru biologic, a unei identități de formă și funcțiune, a unei comunități de aspirații și idealuri, democrația importată în mediul unei hibridizări acute, ar putea lua proporții de dezastru. E adevărat că ea e forma care convine omului instabil, neaderent, cu veleități egalitare, humanistului desprins de trecut, de neam, de religie; dar în acelaș timp, ea e forma care potențează dezechilibrul social plămădit din anarhia genetică. Pentru aceste din urmă motive, regimul de mână tare își află o justificare biologică, fiindcă numai el ar putea potoli noianul de vârtejuri centrifuge și condensa eforturile parțiale. Numai el ar putea canaliza râulețele, cari își pierd strălucirea în pustiul actualității, spre albia sigură a finalității neamului. Apoi, când după lungi decenii de selecțiune interioară, etnicul se va stabiliza în componenta lui genetică, sistemul social-politic, ar putea fi și altul. Dar oricare ar fi, el nu va trebui să se desprindă de realitatea vieții. Căci, adevărata politică, înainte de a fi economică și socială, e o politică a vieții, o biopolitică¹, politica de fiecare clipă a etnicului ca organism viu, integrat în dinamica spațiului său.

L'espace biologique. (I-ère partie) par Dr. O. Comșia

Après avoir défini l'évolution ondulatrice comme une loi de l'espace, l'auteur envisage le problème de l'évolution humaine afin de montrer le fondement biologique des ascensions et des chutes des peuples, dont nous parle l'histoire. L'évolution humaine n'est pas soumise aux lois inflexibles de l'espace cosmique; elle a son espace propre, c'est l'espace biologique. Les dimensions de l'espace biologique seraient, d'après l'auteur, le facteur numérique, le facteur qualitatif et le facteur externe. L'évolution d'une collectivité ethnique ou nationale est sous la dépendance de l'équilibre entre ces facteurs.

¹ Moldovan I.: op. cit.

Lungimea medie a vieții în Cluj.

de
Dr. PETRU RĂMNEANȚU.

Lungimea vieții oricărei persoane este o însușire specifică, care depinde de caracterele moștenite și de ambianță. Acești doi factori determină ca unele persoane să treacă prin întreg ciclul vieții: copilărie, adolescență, maturitate și senilitate; iar altele să ajungă numai până la o anumită epocă. Care născut-viu are șansa dintâi, adică să atingă vârsta biblică de 70 de ani și care va muri mai de timpuriu sau imediat în prima lună după naștere, nimeni nu poate calcula sau prezice. Dacă privim însă mai multe persoane, atunci problema lungimii vieții capătă o precizie matematică. Așa de ex., din 100,000 de născuți-vii la aceeași dată, putem calcula precis pe baza observațiilor din trecut, numărul celor cari vor sucomba la vârstele de sub 1 an, 1, 2, 3, 4, 5, 50, 70 sau la mai mulți ani.

Mai mult, chiar la orice vârstă a vieții, putem ști sigur numărul de ani pe cari îi mai poate spera să-i trăiască persoanele născute în același an. Pe aceste cunoștințe se bazează actuarii, când fac asigurările pe viață, cari astăzi nu se mai fac la întâmplare. Ei dispun de tabele, din cari citesc cu siguranță nu numai numărul persoanelor asigurate, cari vor deceda într'un an, dar au calculate și proporțiile lor în raport cu vârsta. Astfel societățile de asigurare mari și serioase își pot calcula un buget executabil până la amănunt, pe care hazardul nu-l poate modifica întru nimic.

Evoluția duratei medii a vieții la câteva popoare.

Problemele, lungimii vieții, a speranței de a trăi dela o anumită vârstă și a probabilității de a muri, nu se pun zilnic numai de către fiecare dintre noi și de actuarii chemați să apere și să mărească capitalul societăților pe cari le reprezintă, ci se pun, de către întreaga lume civilizată și în sănătatea publică.

Încă din primele zile de când a început să mijească principiile medicinei preventive, cari au făcut din medic un element responsabil, față de colectivitatea omenească, chemat să o ocrotească, s'a încercat să se calculeze lungimea medie a vieții. Creșterea acestei cifre, dela o epocă la alta e indicele cel mai sigur posibil, că sănătatea unei comunități e bine păzită și condusă.

Atâta timp însă, cât nu era o înregistrare precisă a fenomenelor demografice și cât metodele de calcul nu erau cristalizate, cifrele referitoare la speranța de a trăi nu reprezentau chiar realitatea. Am

putea zice, că până în sec. XIX, ele nu sunt decât niște curiozități. Astfel K. Pearson și Macdonell¹, în urma ingenioaselor cercetări întreprinse retroactiv, ne arată, dar numai cu o anumită probabilitate, că speranța de a trăi în Roma antică a fost egală cu a locuitorilor, din unele părți puțin favorabile sănătății, ale Indiei de astăzi, în care nu trece de 20—30 de ani. Tot acești autori au mai calculat speranța de a trăi și în Africa romană, în localitățile mai bine situate decât Roma, obținând o cifră de 35 de ani. Dela această epocă și până la Graunt², în a două parte a sec. XVII, nu avem nici o informație despre lungimea vieții. Acesta, cel dintâi autor în acest domeniu, publicând tabela de viață referitoare la populația orașului Londra, a dat o medie a vieții numai de 18.2 ani. Halley³ a calculat lungimea vieții din Breslau pentru anii 1687—1691, obținând o medie de 33.5 de ani. Metodele de calcul folosite de acești doi autori, au fost însă foarte puțin precise. Dovadă ne este și diferența de ani dintre rezultate, în două orașe destul de asemănătoare în ce privește dezvoltarea culturală și economică.

În sec. XVIII din cifrele, publicate în Anglia și Galia și în țările scandinave, unde metodele de calcul s'au perfecționat foarte mult, reiese, că durata vieții oamenilor nu a trecut de 35—40 de ani.

În sec. XIX media vieții a început să facă progrese destul de însemnate. Astfel în Suedia la 1816—1840, lungimea vieții a fost de 39.50 de ani pentru bărbați, iar până la 1900 a ajuns să fie 50.94 ani, crescând deci cu 11.44 ani. În Olanda dela 29.32, cât era în 1816—1825, s'a urcat, până la 1890—1899, la 46.2, adică cu 17 ani. În Anglia și Galia, începând cu anul 1841, de când sub renumitul biostatistician Farr¹, s'a început să se publice regulat date asupra lungimii medii a vieții și până la 1900, cifra s'a urcat dela 40.19 la 44.13 ani. În Statele Unite ale Americii, după Elliott, speranța de a trăi la 1885 a fost de 39.8 pentru ambele sexe, iar la 1901 după Glover⁴, pentru bărbați a fost de 46.07, iar pentru femei de 49.42 de ani. În România primele tabele de viață, însă incomplete, au fost construite de M. Sanielevici⁵, pe baza datelor dela recensământul din 1 Ianuarie 1900 și pe a deceselor din 1899—1901. Media vieții calculată a fost atunci *la vârsta de 10 ani de 45.66*.

Secolul XX și mai ales anii cari au urmat după războiu, datorită reorganizării serviciilor sanitare pe baze preventive, lungimea medie a vieții s'a sporit enorm. În acest timp cele mai multe state și-au publicat tabelele de viață.

Iată o tabelă cu cifrele speranței de a trăi, întocmită după L. I. Dublin și A. J. Lotka¹ și întregită de noi.

Speranța de a trăi la naștere în câteva țări la diferite epoci.

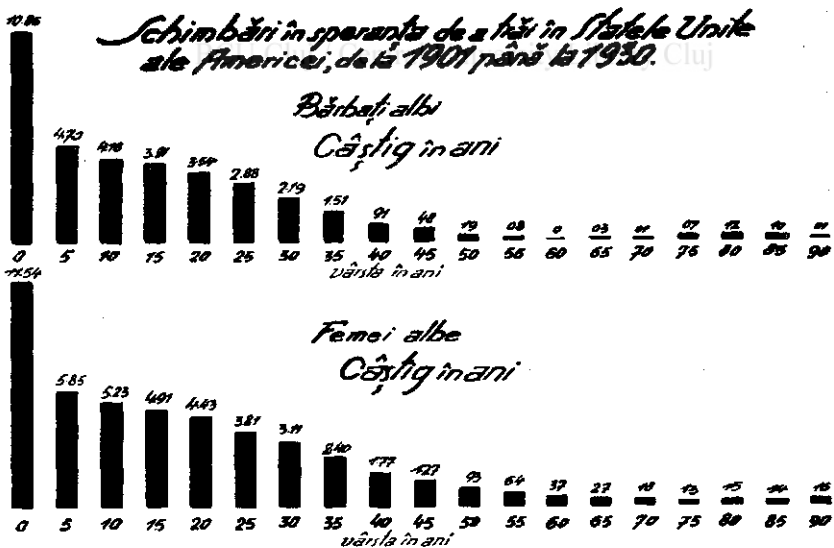
ȚARA -ANUL	Speranța de a trăi la naștere, în ani		ȚARA -ANUL	Speranța de a trăi la naștere, în ani	
	Bărbați	Femei		Bărbați	Femei
Anglia și Galia			Elveția		
1841	40.19	42.18	1876—1880	40.60	43.20
1838—1844	40.36	42.04	1881—1888	43.3	45.7
1838—1854	39.91	41.85	1889—1900	45.7	48.5
1871—1880	41.35	44.62	1901—1910	49.25	52.15
1881—1890	43.66	47.18	1910—1911	50.64	53.89
1891—1900	44.13	47.77	1920—1921	54.48	57.50
1901—1910	48.53	52.38			
1910—1912	51.50	55.35	Finlanda		
1920—1922	55.62	59.58	1881—1900	41.4	44.2
			1891—1900	42.9	45.6
Australia			1901—1910	45.33	48.10
1881—1890	47.20	50.84	1911—1920	43.41	49.12
1891—1900	51.08	54.76	1921—1930	50.68	55.14
1901—1910	55.20	58.84			
1920—1922	59.15	63.31	Franța		
			1817—1831	38.30	40.80
Belgia			1840—1859	39.30	41.00
1881—1890	43.59	46.63	1861—1865	39.10	40.55
1891—1900	45.35	48.85	1877—1881	40.83	43.42
			1898—1903	45.74	49.13
			1908—1913	48.50	52.42
			1920—1923	52.19	55.87
Canada			Germania		
1926—1930	57.70	59.74	1871—1880	35.58	38.45
1930—1932	58.96	60.73	1881—1890	37.17	40.25
			1891—1900	40.56	43.97
			1901—1910	44.82	48.33
			1910—1911	47.41	50.68
			1924—1926	55.97	58.82
Danemarca			India ⁷		
1835—1844	42.6	44.7	1901—1910	22.59	
1860—1869	43.6	45.5			
1880—1889	46.8	48.9			
1885—1894	46.9	49.2			
1895—1900	50.2	53.2			
1901—1905	52.9	56.2			
1906—1910	54.9	57.9			
1911—1915	56.2	59.2			
1916—1920	55.8	58.1			
1921—1925	60.3	61.9			
1926—1930	60.9	62.6			
			Italia		
			1876—1887	35.08	35.40
			1881—1882	35.16	35.65
			1891—1900	42.83	43.17
			1899—1902	42.59	43.00
			1901—1910	44.24	44.83
			1910—1912	46.57	47.33
			1921—1922	49.27	50.75

ȚARA —ANUL	Speranța de a trăi la naștere, în ani		ȚARA —ANUL	Speranța de a trăi la naștere, în ani	
	Bărbaji	Femei		Bărbaji	Femei
Japonia ⁷			Statele Unite ale Americii		
1898—1903	43.97		1850	38.3	40.5
Norvegia			1855	39.8	ambe sexe
1821—1830	45.0	48.0	1878—1882	41.74	43.50
1831—1840	41.8	45.6	1890 ⁴	42.50	44.46
1821—1850	43.77	47.17	1893—1897	44.09	46.61
1841—1850	44.5	47.9	1901 ⁴	46.07	49.42
1846—1855	44.9	47.9	1910 ⁴	49.86	53.24
1846—1881	46.88	49.73	1929—1931	59.31	62.83
1856—1865	47.40	49.95	(albi) ⁸		
1871—1880	48.33	51.30	1933 (albi) ⁹	60.86	64.40
1881—1890	48.73	51.21	Suedia		
1891—1900	50.41	54.14	1755—1776	33.20	35.70
1901—1910	54.82	57.70	1816—1840	39.50	43.56
1911—1920	55.62	58.71	1841—1845	41.94	46.60
1921—1930	60.98	63.84	1846—1850	41.38	45.59
Olanda			1851—1855	40.51	44.64
1816—1825	29.32	35.12	1856—1860	40.48	44.15
1840—1851	34.94	37.76	1861—1870	42.80	46.40
1850—1859	36.44	38.21	1871—1880	45.30	48.60
1860—1869	37.2	39.1	1881—1890	48.55	51.47
1870—1879	38.4	40.7	1891—1900	50.94	53.63
1880—1889	42.5	45.0	1901—1910	54.55	57.00
1890—1899	46.2	49.0	1911—1920	55.60	58.38
1900—1909	51.0	53.4	1921—1925	60.72	62.95
1910—1920	55.1	57.1	1926—1930	61.19	63.33
1921—1930	61.9	63.5	Ucraina ⁶		
Polonia de Sud ⁶			1926—1927	43.73	47.50
1927	43.8	43.8	Ungaria ⁶		
România			1920—1921	40.5	42.7
1912 ⁶	39.17	40.10	Zealanda Nouă		
Scoția			1891—1895	55.29	58.09
1861—1870	40.33	43.85	1896—1900	57.37	59.95
1871—1880	40.95	43.80	1901—1905	58.09	60.55
1881—1890	43.92	46.33	1906—1910	59.17	61.76
1891—1900	44.71	47.47	1911—1915	60.96	63.48
1910—1912	50.10	53.18	1921—1922	62.76	65.43
1920—1922	53.08	56.35	1920—1927	63.99	66.57
1930—1932	56.0	59.5	1931	65.04	67.88

Din această tabelă reiese, că în toate țările civilizate, speranța de a trăi la naștere a ajuns în jurul cifrei de 60 de ani. În Zeelandă Nouă, se apropie chiar de 70 de ani, cifră pe care, conform cu ultimul efort sanitar pus în executare, la 1940 o va și atinge.

Vârstele cari contribuiesc la prelungirea mediei de viață.

Prelungirea duratei vieții, nu a avut loc deopotrivă la toate vârstele. Mai ales copiii, adolescenții și în parte adulții și-au urcat speranța medie de viață, iar bătrânii și-au modificat-o numai foarte puțin. Aceasta ne dovedește un ideal, anume că moarte fiziologică nu există decât la bătrânețe, iar tot, absolut tot ce se pierde mai înainte, este un capital pe care, știința, munca și devotamentul sincer al serviciilor sanitare îl pot salva. Evoluția duratei vieții la diferite vârste ne dă dreptul la această speranță. Pentru a exemplifica, redăm cifrele expuse în grafica următoare¹⁰:



Grafica Nr. 1.

Această distribuție a câștigului în viață e și firească, când ne amintim, că medicina preventivă din Statele Unite, în această epocă de 30 de ani, a recoltat succese, mai ales în combaterea mortalității infantile, a copiilor și a tuberculozei din toate vârstele populației.

Speranța de a trăi și serviciile de sănătate publică.

Căștigul în speranța de viață, atins de toate statele redată în tabela precedentă, calculat de serviciile de recensământ și de demografie respective, se datorește exclusiv serviciilor sanitare, cari îmbrățișând pe lângă problemele de medicină și pe cele de ridicare a standardului de viață, au reușit să conserve nu numai sănătatea, dar să evite și moartea prematură. Astfel, fiecare unitate sanitară organizată din continentul nou, cât și cele mai multe din Apusul Europei, în dățile de seamă anuale, pentru a-și justifica rostul în ținutul respectiv și pentru a demonstra cu cât a contribuit la urcarea lungimii vieții din întreaga țară, calculează și tabela de viață. Această exprimare a rezultatelor obținute în sănătatea publică e și bine că se face prin media vieții, deoarece un indice mai ușor de înțeles de către oricine, mai simplu și totuși extrem de precis, nici nu avem altul în întreaga biostatistică. De aici provine și necesitatea realizată aiurea, ca medicii și mai ales igieniștii, să posede cunoștințele calculării speranței de a trăi, a probabilității de a muri și a tabelii de viață în general.

Metodele de calcul deși sunt relativ lungi, totuși necerând prea multe cunoștințe de matematică, se pot însuși foarte ușor. Mai ales în timpurile noastre nu sunt grele, deoarece dela calculul folosit de Graunt (1662), Farr (1841), Glover (1921)¹¹, astăzi, prin simplificare și fără să se abată dela preciziunea matematică, dispunem și de metode prescurtate descrise anumit pentru medicii igieniști. Noi, dintre cele trei metode prescurtate existente, a lui King¹², W. A. Jenkins¹³ și E. F. Foudray¹⁴, o credem cea mai potrivită, pe a celui dintâiu. Ea a fost folosită și în Statele Unite ale Americii, pentru construirea tabelilor din anii 1921—1930. Metoda prescurtată a lui King, mi-a fost recomandată și de dl A. J. Lotka, în timpul cât am făcut stagiul practic la Metropolitan Life Insurance Cie, pentru care îi exprim și acum sincere mulțumiri. Ea e potrivită pentru sănătatea publică, fiindcă înainte de a obține rezultate pe ani de vârste, putem să ne oprim la date pe grupe de vârste din 5 în 5 ani. Ori, pentru sănătatea publică un detaliu mai dezvoltat e inutil. Totuși cu această metodă se poate calcula și speranța de viață pe fiecare an de vârstă, cum am procedat și cu datele pe cari le expunem mai jos.

Descrierea detaliată a metodei lui King, în așa fel ca să poată fi aplicată de medicii igieniști cu ușurință, o dăm în altă parte, unde o pot avea mai ușor la îndemână.

Aici, înainte ca să dăm rezultatele obținute referitoare la popu-

tafia din Cluj, vom încerca să descriem diferitele funcțiuni ale tabelii de viață, cu scopul ca și lumea medicală dela noi familiarizându-se cu termenii acesteia, să înceapă se privească imaginea problemelor de sănătatea publică, refractată printr'o prizmă modernă și care nu schimbă realitatea întru nimic.

Funcțiunile tabelii de viață.

O tabelă de viață obișnuită se compune din mai multe funcțiuni, cuprinse în coloane deosebite. Ca definiția și descrierea acestora să se înțeleagă mai ușor, vom da ca exemple cifre din tabela construită pentru Cluj.

1. *Numărul supraviețuitorilor, l_x , coloana 2.* Aceasta ne arată numărul persoanelor cari supraviețuiesc vârste succesive de viață, dintr'o cohortă, care a plecat deodată la naștere. Pentru conveniență această cohortă se ia egală cu 100,000. Coloana se referă numai la născuți-vii, copiii născuți morți nu intră în acest calcul.

Atenție particulară se afrage asupra numărului celor vii, cari sunt în viață la începutul anului respectiv. Spre ex. în Cluj, la vârsta exact de 15 ani 80,463 sunt în viață.

Coloana 2, practic ne arată, de ex., că din 100,000 de născuți-vii, la vârsta de 62 de ani jumătate sunt deja decedați.

Coloanele 1, adică x (vârsta în ani) și 2 sunt fundamentale în tabela de viață, celelalte fiind derivate din ele prin anumite procese matematice.

2. *Numărul celor cari mor, d_x , coloana 3.* Această coloană cuprinde numărul celor cari mor, în cursul unui interval de vârstă, între vârstele x și $x + 1$, din o generație de 100,000 de născuți-vii. Exemplu, la vârsta exact de 14 ani sunt în viață 80,676 de persoane, iar la 15 ani 80,463, ceea ce înseamnă că în intervalul dela 14—15 ani au sucombat 213 de inși. Numărul copiilor decedați sub 5 ani fiind mare, iar în anii următori producându-se ameliorări importante, se înțelege că, cifrele din coloana d_x dela primele vârste până la cele mai înaintate suferă scăderi destul de însemnate.

3. *Proporția mortalității, $1000 q_x$, coloana 4.* În această coloană sunt expuse proporțiile mortalității la 1000, adică numărul celor cari mor între vârstele x și $x + 1$ dintre 1000 de vii dela începutul intervalului. Ex., din 1000 de persoane vii la 15 ani, 2.8 mor înainte de vârsta de 16 ani.

4. *Speranța de a trăi, e_x^o , coloana 5.* Această coloană exprimă în ani, valoarea speranței complete de viață sau lungimea medie de

vieajă, care îi rămâne de trăit fiecărei persoane la începutul anului de vârstă. Spre exemplu: speranța completă de vieajă la naștere în Cluj e de 52.23 de ani, iar speranța de a trăi la 15 ani e de 49.36.

Populația în anul curent de vârstă, L_x , coloana 6. Coloana aceasta, după cum îi arată și numele se referă la populație. Este o diferență însemnată între coloana 2 și 6. Aceasta din urmă, reprezintă numărul de ani trăiți de cohortă între vârstele x și $x + 1$. Se presupune bine înțeles că emigrări și imigrări nu au loc.

Măsurarea vitalității, $\lambda_x = L_x/d_x$; populația în vârstă din curs și toate celelalte vârste mai mari, T_x ; mortalitatea la 1000, $1000 I_x/T_x$, nu le mai descriem fiindcă se înțeleg din titlul sau formula lor și de altfel nici nu survin atât de frecvent în calculele obișnuite din sănătatea publică.

Coloanele tabelii pe cari o redăm, se referă numai până la vârsta de 82 de ani, deoarece dela această vârstă în sus, cifrele fiind mici am renunțat continuarea calculului, pentru a nu obține eventual rezultate greșite.

Rezultatele expuse în această tabelă le-am obținut folosindu-ne de cifra pe ani de vârstă a populației recențată la 29 Dec. 1930, de decesele de toate vârstele repartizate tot pe ani, dela 1 VII 1929—1 VII 1932, de decesele dela 0—4 ani pe ani de vârstă din 1930—1932, de cele de 3 ani din 1929, de cele de 2 ani din 1928—1929, de cele de 1 an din 1927—1929 și de decesele dela 0—1 an din anii 1926—1929 și de născuții vii din anii 1926—1932. Toate aceste cifre asupra mișcării populației din Cluj, le-am scos dela Oficiul de Stare Civilă al Municipiului. Populația nelocalnică nu a intrat în calcul.

Funcțiunile tabelii de vieajă, întâiu le-am obținut pe grupe de vârstă de câte 5 ani. Controlând diferenții pași prin cari am trecut în calculare, ne-am convins de exactitudinea metodei descrisă de King, pe care am aplicat-o în acest caz. Când am făcut interpolările rezultatelor și pentru intervalele din interiorul grupelor de 5 ani, am obținut însă și rezultat care a produs un ușor salt. Acesta a avut loc la vârsta de 11 ani, când forța mortalității trece dela finea coborîrii vârstei copilăriei, înspre urcarea dela vârstele adolescenței. În orice caz, acest salt de importanță cu totul neînsemnată, nu poate știrbi cu nimic din valoarea metodei lui King, prin care s'a simplificat enorm construirea tabelii de viajă.

Analizând în parte, fiecare funcțiune a tabelii de vieajă din Cluj, constatăm unele amănunte cari merită să fie relevate.

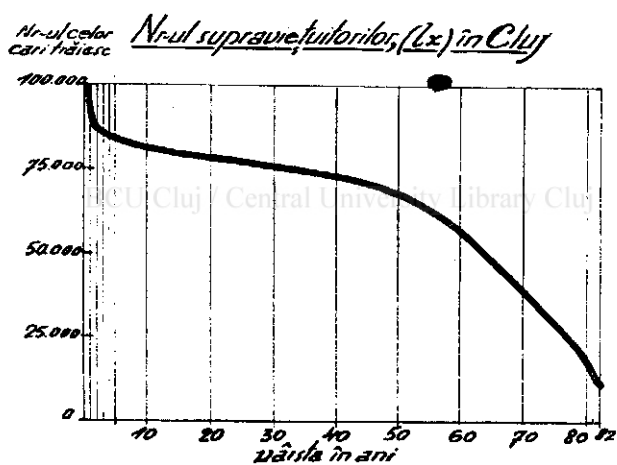
Numărul supraviețuitorilor, l_x , pe care l'am luat convențional de 100,000, — deși nicăiri nu pleacă la naștere deodată o cohortă de copii atât de mare — constatăm, că foarte repede, mai ales sub vârsta de 1 an, suferă reduceri importante. Această reducere are loc sub influența deceselor produse de copiii cari încă nu au împlinit un an.

Tabelă de viață pentru ambele sexe în municipiul Cluj, 1930.
(după metoda King).

Vârsta	Numărul celor în viață la începutul anului x	Nr. celor cari mor între vârstele x și x + 1	Mortalitatea la 1000	Speranța completă de a trăi	Populația staționară. Nrul de ani trăiți de cohortă între vârstele x și x + 1
x	lx	dx	1000 qx	$^{\circ}e_x$	Lx
1	2	3	4	5	6
0	100,000	12,780	127.8	52.23	90,919
1	87,220	1,468	16.8	58.80	86,354
2	85,752	1,017	11.9	58.80	85,213
3	84,735	754	8.9	58.50	84,343
4	83,981	574	6.8	58.02	83,682
5	83,407	464	5.6	57.42	83,175
6	82,943	410	4.9	56.74	82,738
7	82,533	398	4.8	56.02	82,334
8	82,135	332	4.0	55.23	81,968
9	81,803	285	3.5	54.45	81,660
10	81,518	253	3.1	53.64	81,392
11	81,265	167	2.8	52.81	81,182
12	81,098	214	2.6	51.96	80,991
13	80,884	208	2.6	51.10	80,780
14	80,676	213	2.6	50.23	80,569
15	80,463	225	2.8	49.36	80,350
16	80,238	243	3.0	48.50	80,116
17	79,995	250	3.1	47.64	79,870
18	79,745	258	3.2	46.80	79,616
19	79,487	267	3.4	45.95	79,354
20	79,220	275	3.5	45.10	79,082
21	78,945	284	3.6	44.25	78,803
22	78,661	287	3.6	43.41	78,518
23	78,374	286	3.6	42.57	78,231
24	78,088	281	3.6	41.72	77,948
25	77,807	276	3.6	40.87	77,669
26	77,531	274	3.5	40.01	77,394
27	77,257	281	3.6	39.15	77,116
28	76,976	301	3.9	38.30	76,826
29	76,675	331	4.3	37.45	76,510
30	76,344	364	4.8	36.61	76,162
31	75,980	390	5.2	35.78	75,785
32	75,590	411	5.4	34.96	75,384
33	75,179	415	5.5	34.14	74,972
34	74,764	408	5.4	33.33	74,560
35	74,356	398	5.4	32.51	74,157
36	73,958	393	5.3	31.68	73,762
37	73,565	402	5.5	30.85	73,364
38	73,163	427	5.8	30.01	72,950
39	72,736	466	6.4	29.18	72,503

Vârsta	Numărul celor în vieceață la inceputul anului x	Nr. celor cări mor între vârstele x și x + 1	Mortalitatea la 1000	Speranța completă de a trăi	Populația staționară. Nrul de ani trăiți de cohorta între vârstele x și x + 1
x	lx	dx	1000 qx	o ex	Lx
1	2	3	4	5	6
40	72,270	508	7.0	28.37	72,016
41	71,762	552	7.6	27.57	71,486
42	71,210	575	8.2	26.78	70,922
43	70,635	603	8.5	26.14	70,334
44	70,032	613	8.8	25.36	69,726
45	69,419	623	9.0	24.58	69,108
46	68,796	644	9.3	23.80	68,474
47	68,152	675	9.9	22.87	67,814
48	67,477	727	10.8	22.10	67,114
49	66,750	790	11.8	21.33	66,355
50	65,960	862	13.1	20.58	65,529
51	65,098	936	14.4	19.85	64,630
52	64,162	1,023	16.0	19.13	63,650
53	63,139	1,116	17.7	18.43	62,581
54	62,023	1,220	19.7	17.75	61,413
55	60,803	1,324	21.8	17.10	60,141
56	59,479	1,429	23.9	16.47	58,764
57	58,050	1,495	25.8	15.86	57,302
58	56,555	1,545	27.3	15.13	55,782
59	55,010	1,573	28.6	14.54	54,224
60	53,437	1,595	29.8	13.95	52,640
61	51,842	1,583	31.3	13.34	51,050
62	50,259	1,673	33.3	12.75	49,422
63	48,586	1,739	35.8	12.16	47,716
64	46,847	1,813	38.7	11.59	45,940
65	45,034	1,890	42.0	11.04	44,089
66	43,144	1,935	45.5	10.50	42,176
67	41,209	2,032	49.3	9.98	40,193
68	39,177	2,096	53.5	9.49	38,129
69	37,081	2,160	58.3	9.00	36,001
70	34,921	2,208	63.2	8.53	33,817
71	32,713	2,252	68.2	8.07	31,587
72	30,461	2,212	72.6	7.62	29,355
73	28,249	2,134	75.6	7.12	27,182
74	26,115	2,014	77.1	6.66	25,108
75	24,101	1,900	78.8	6.17	23,151
76	22,201	1,705	82.4	5.66	21,348
77	20,496	1,833	89.4	5.12	19,580
78	18,663	1,879	100.7	4.53	17,724
79	16,784	1,940	115.6	3.98	15,814
80	14,844	1,995	134.4	3.43	13,846
81	12,849	1,794	157.5	2.88	11,952
82	11,055		185.2	2.33	11,055

Cifra acestora, do, este mult mai urcată, decât în alte comunități unde s'au construit tabele de viață și unde speranța de a trăi e egală cu cea din Cluj. Concluzia practică, care se impune de aici e simplă: în municipiul Cluj, chiar pe lângă actualul standard de viață, mortalitatea copiilor sub 1 an se poate comprima încă destul de mult. Cu alte cuvinte, mortalitatea infantilă din Cluj, s'ar fi redus și mai simțitor, pe lângă actualul standard de viață, dacă serviciul sanitar nu ar fi suferit de insuficiența mai multor mijloace. De acest adevăr ne convingem și mai ușor, dacă ținem seamă, că la începutul anului de vârstă 82, cifra celor cari supraviețuiesc e de 11,055, care în comparație cu rezultatele comunităților identice sau aproape identice, din punctul de vedere al tablei de viață, nu poate fi considerată mică.

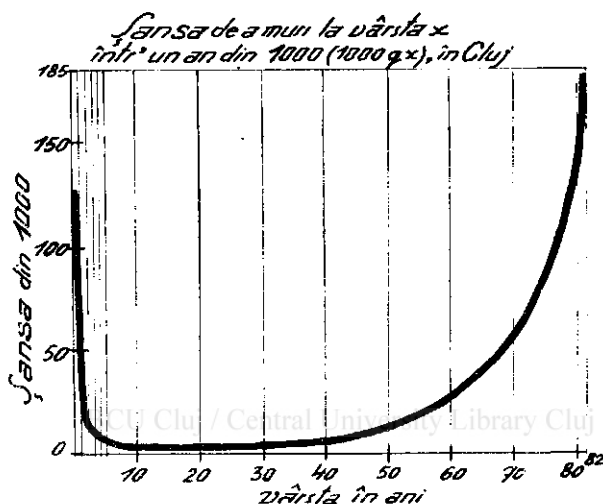


Grafica Nr., 2.

Trecând peste valorile lui dx , cari fiind în funcțiune de l_x , sunt ușor de înțeles și de interpretat, ajungem la coloana 4, adică la 1000 qx .

Aceasta ne arată, propriu zis, șansa de a muri din 1000 de persoane de aceeași vârstă, care e cea mai urcată la copii și la bătrâni. Fiind o probabilitate, valoarea 1000 qx nu poate trece de o unitate sau în cazul de față de 1000. Cu cât ne apropiem de sfârșitul vieții, această probabilitate crește, fiindcă mai de vreme sau mai târziu toți oamenii trebuiesc să moară. Probabilitatea de a nu muri, adică de a supraviețui de la vârsta x până la $x+1$, evident că e complementul lui qx , deci $1-qx$.

Curba descrisă de valorile $1000 q_x$ îmbracă forma unui „U”, cu ramura dreaptă mai mare. E extrem de interesant, că în Cluj, mortalitatea copiilor de 1 an e mult mai redusă, decât în cele mai multe state și orașe. Acest fapt e îmbucurător, el ne dă speranța care prezintă multă șansă de a se împlini, că așa cum s'a putut re-



Grafica Nr. 3.

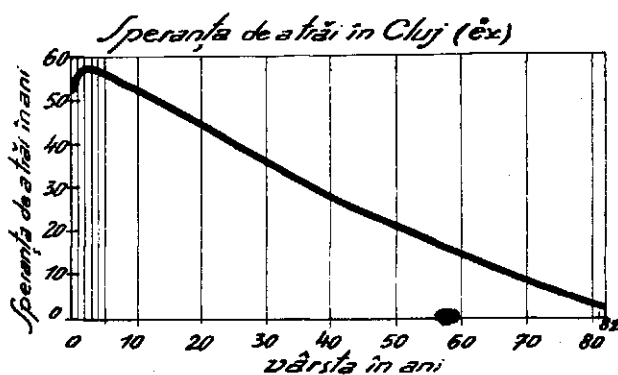
duce mortalitatea copiilor de 1 an, în curând se va comprima și a copiilor sub 1 an. În vârstele adolescenților și a adulților, dela 10—40 de ani, probabilitatea de a muri e relativ redusă. Comparându-o cu rezultatele tabelelor din alte părți, reiese, că la aceste vârste, deocamdată Cluj-ul și-a ajuns scopul și la o ameliorare nu poate spera decât mai târziu. În vârstele mai înaintate ale populației s'ar putea obține însă rezultate și acum.

Funcția cea mai valoroasă a unei tabele de viață, o constituie speranța de a trăi, e_x .

Speranța de a trăi la vârsta 0 ani, este aceeași cu lungimea medie a vieții, într'o populație expusă, în tot timpul unei generații, la mortalitatea reprezentată de tabela de viață.

Speranța completă de viață în Cluj pentru ambele sexe e de 52.23 ani, la 50 de ani e de 20.28, la 82 de ani e de 2.33, iar pentru fiecare an de vârstă dela 0—82 o cetim în tabela precedentă (col. 5) și în grafica următoare.

Durata medie a vieții în Cluj, în comparație cu cea din orașele altor țări, nu este mult inferioară. Ea este atâta, cât a fost în Anglia în mediul rural și urban întrunite în 1910—12 sau în Norvegia în 1891—1900. Regretăm, că nu o putem compara și cu media vieții din țara noastră, deoarece pe aceasta din urmă încă nu o avem.



Grafica Nr. 4.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Curba speranței de a trăi prezintă o formă particulară. La început, în primii doi ani are tendință de ascensiune, iar dela 3—4 ani începe treptat să coboare, luând până la 50—60 de ani forma unei linii drepte. După această vârstă, curba își are concavitățile îndreptată în sus, ceea ce înseamnă că oblicitatea începe să diminueze. În partea dreaptă a curbei, speranța de a trăi scade anual cu câte o fracțiune dintr'un an. Dacă pentru un număr de ani nu ar fi niciun deces, atunci scăderea ar fi de un an întreg.

Coloana 6, Lx, a populației staționare, am calculat-o pentru a avea populația Clujului, din tabela de viață, de care simțindu-se nevoia adeseori în demografie, s'ar putea ca pe baza ei să se întreprindă anumite cercetări.

Concluzii

1. În Cluj, lungimea medie a vieții e de 52.23 de ani. Această cifră e numai cu ceva inferioară celei din alte orașe streine.
2. Urcarea mediei de viață se va putea obține mai ales prin reducerea mortalității infantile și prin combaterea boalelor cari au prevalență în populația tânără.

3. *Metoda King pentru construirea tablei de viață, dă rezultate absolut precise, nu este chiar de tot lungă și necerând cunoștințe deosebite de matematică, poate fi aplicată și de către medicii de orașe, municipii și județe.*

Literatură.

1. *Dublin, I. L. și Lotka, A. J.: Length of life, Ronald Press, New-York, 1935.*
2. *Pearl, R.: Introduction to medical biometry and statistics, Philadelphia, 1930.*
3. *Prinzig, Fr.: Handbuch der medizinischen Statistik, Jena, 1931.*
4. *Glower, J. W.: U. S. life tables, 1890, 1901, 1910, 1901—1910, Washington, 1921.*
5. *Sanielevici, M.: Note sur une table de mortalité de la population générale de la Roumanie. Buletinul statistic al României, No. 6—7, 1921.*
6. *Sanielevici, M.: Note sur la construction de nouvelles tables de moréttali de la population générale de l'Ancien Royaume de Roumanie. Buletinul statistic al României Nr. 2, 1932.*
7. *Fisk, L. E.: Extending the health span and life span after forty. The medical times, VI. 1923, New-York.*
8. *The longevity of our neighbors in Canada. Statistical bulletin, Metr. Life Ins. C. Nr. 11, 1933.*
9. *A life table for the total United States, 1933. Ibidem, Nr. 3, 1936.*
10. *Dublin, I. L. și Lotka, A. J.: The history of longevity in The United States. Human biology Nr. 1, 1934.*
11. *Glower, J. W.: U. S. life tables. Government Printing Office, Washington, 1921,*
12. *King, G.: după Grove C. Ch.: Abridged life tables for health officers, in Quart. public. of the Americ. statistical Ass'n, 1923 și după Dublin și Lotka: Length of life.*
13. *Jenkins, W. A.: după Dublin și Lotka: Length of life.*
14. *Foudray, E.: U. S. abridged life tables. Governm. Print. office. Wash- ington, 1923.*

Summary. — *In this paper is given the life table for the city of Cluj. The data used in calculation were from 1929—1932.*

The complete expectation of life is 52.23, wich rises at 58.80 at the age of one year. The life expectation may be extended by reducing the mortality for the in fauts and the older age groups.

The calculation was made using King's method, which may be aplyed by any public health officer.

Realizări biopolitice și eugenice.

Însemnări dintr'o călătorie în Germania.

de

I. FĂCĂOARU

Scopul călătoriei mele în Germania — între 16 Iulie și 16 Septembrie — a fost pe lângă mărunte interese familiare, documentarea asupra câtorva probleme de organizație și realizări în legătură cu cercetările și preocupările Institutului nostru de Igienă și Igienă Socială. Menționez aici esențialul din reformele și inovațiile eugenice și biopolitice, rămânând să insist mai mult cu alt prilej asupra instituțiilor și realizărilor de un deosebit interes.

I. Oficiul rasial din Weimar este o erobotecă (erbbiologische Bestandaufnahme) model pentru întregul Reich. Organizarea acestei instituții se datorește Profesorului Karl Astel, titularul catedrei de eugenie dela universitatea din Jena. Dintre scopurile multiple urmărite de oficiu, menționăm câteva:

1. Să asigure aplicarea legii pentru prevenirea descendenților disgenici.
2. Sfaturi prematrimoniale și diagnoze ereditare pentru candidații la căsătorie și sollicitanții de împrumuturi matrimoniale.
3. Aviz cu privire la starea biologică, socială și psihologică a sollicitanților cetățeniei germane.
4. Aviz asupra copiilor ceruți pentru adopțiuni.
5. Aviz asupra valorii biologice a candidaților la funcțiuni.
6. Determinarea constituției ereditare a tuturor indivizilor cari trebuiesc sau cari doresc a fi întreținuți din fondurile carității publice.
7. Stabilirea unor cât mai bune diagnoze, prognoze, terapii și profilaxii privind igiena individuală, etc.

Primul punct programatic după înființarea oficiului rasial (la data de 15 Iulie 1933) a fost acțiunea pentru pregătirea unui personal suficient. Subdirectorul oficiului este un antropolog¹, ajutat de câțiva medici specializați, toți foarte fineri. Instituția și-a propus să creeze o arhivă eugenică a întregii populații din Turingia, (de peste 1,6 milioane

¹ Dlui Dr. Neuert, dela care am obținut toate informațiile necesare, într'un mod extrem de amabil, îi aduc pe această cale cele mai călduroase mulțumiri.

loc.), care să cuprindă deoparte elementele sănătoase și bine înzestrate, de altă parte elementele disgenice. Oficiul ar fi avut nevoie de mii de specialiști, personal imposibil de remunerat. Prof. Astel a avut atunci ideea minunată de a folosi entuziasmul, spiritul de disciplină și de sacrificiu al populației și al autorităților național-socialiste. El a organizat o serie de cursuri eugenice de câte 14 zile, încazărând timp de doi ani peste 12.000 de conducători politici, primari, notari, funcționari polițienești și administrativi, dascăli, etc. Din aceștia, 7000 s'au înscris ca membri onorifici puși benevol în serviciul oficiului din Weimar. Pedigriurile și studiile trimise de acești corespondenți voluntari sunt în număr enorm și foarte conștiințioase întocmite, cum au dovedit verificările.

a) *Filantropia Industriașilor.* La apelul lui Astel, adresat industriașilor din Turingia, aceștia au răspuns dăruindu-i cu înțelegere patriotică fondurile necesare pentru creierea unei colonii eugenice model. S'au clădit 142 de case (Erbhäuser), cari urmau să fie date în deplină proprietate familiilor sănătoase, cu copii numeroși și înzestrați cu vădite calități biologice. Oficiul a trebuit să facă „constatarea sguđuitoare”, cum se exprima Dr. Neuert, că în întreaga Turingie nu s'au găsit 142 de familii, cari să corespundă condițiilor. Conducerea a fost nevoită să ia și familii fără copii, spre a păstra integral condițiile de sănătate ereditară. Casa este plătită în 20—30 de ani în rate lunare: cei cu copii plătesc 15 M., iar cei fără copii 45 M. Dacă în decurs de câțiva ani familiile fără copii continuă a rămâne sterile, sunt obligate să renunțe la casă, înapoiindu-li-se ratele, spre a face loc altor familii prolifiche.

b) *Cetățenia germană* se obține în baza valorii personale a solicitantului. Chiar dacă solicitantul nu este de origină etnică germană, el poate obține cetățenia imediat, fără a i se mai cere un timp de domiciliere în țară, dacă este un element de valoare¹. Formalitățile sunt simplificate: candidatul la cetățenie este supus unui examen medical și eredo-biologic foarte amănunțit, este fotografiat desbrăcat în 2—3 norme, i se cercetează trecutul, statusul civil, moral și intelectual și dacă sunt toate garanțiile că viitorul cetățean constituie un element valoros pentru comunitatea germană, i se acordă imediat și fără alte formalități cetățenia pe baza avizului oficiului rasial.

¹ Amintim, că în anii anteriori venirii lui la putere, Führer-ul făcuse cerere de încetățenire, care i-a fost însă respinsă. N'a obținut cetățenia, decât prin guvernul național-socialist din Braunschweig.

II. Oficiile eugenice din Dresda și München sunt într'un stadiu de organizare de o mai mică amploare, dar conducătorii lor sunt pe cale de a-și completa treptat personalul, spre a-și mări cercul activității, așa încât să corespundă rostului cristalizat științificește de către eugenisti și definit politicește de către Führer. Arhivele cu informațiile, pedigreeurile și fișele celor sterilizați sunt secrete. Doar în Dresda am putut vedea fișierul celor peste 12.000 de persoane sterilizate. Scopul tuturor oficiilor Reichului rămâne în linii generale similare celui alia urmărit de oficiul din Weimar. Aș sublinia mai ales chestiunea *consultațiilor pentru candidații la căsătorie*. N'am întâlnit nicăeri în orașele menționate vreo organizație complicată cu numeroși specialiști. În München — și e cam la fel și în celelalte orașe — cei interesați se prezintă sau la oficiul eugenic înființat ca secție aparte în cadrele serviciului sanitar comunal, sau la Institutul eugenic al Universității. Pentru analizele de laboratoriu, persoana e trimisă la locul competent. Consultațiile sunt gratuite, analizele se fac pentru o mică sumă. Dacă specialistul găsește printre candidați persoane disgenice, el este obligat să anunțe tribunalul eugenic, trecând peste secretul profesional, iar persoana găsită sterilizabilă e obligată să se înfățișeze instanței pentru acțiunea de rigoare.

Prima condiție, e ca medicul să fie familiarizat cu ereditatea. Incolo, el poate fi internist, dermatolog, ginecolog, etc. Sunt preferați, psihiatrii și neurologii. Șeful oficiului eugenic din München, instalat provizoriu în localul poliției, este psihiatru. Institutul de eugenie (München) este bine organizat de către titularul catedrei de eugenie, Prof. Dr. Tirala. I s'a dat la Policlinică, sălile clinicei ginecologice, care a fost mutată în altă parte. Consultațiile le dă Tirala — medic și biolog — sau asistentul său, Dr. Nowak, care e biolog. Practica acestor consultații este asemănătoare celeia aplicată de către Prof. Fr. Lenz, care în acea vreme nu dispunea de mijloacele Institutului de azi¹.

Antropologia. Institutul de Antropologie dela München de subdirecția Profesorului Th. Mollison își menține — datorită activității acestui savant — renumele creiat de regretatul Rudolf Martin, care a fixat normele antropometriei de astăzi. Aceste norme sunt la

¹ Lenz este azi titularul catedrei de eugenie din Berlin. În timpul când studiam eugenia la München, el avea o conferință în cadrul Institutului de Igienă și nu dispunea decât de o singură cameră, care-i servea și de cameră de lucru și de cabinet de consultații. Asta nu l-a împiedecat, ca el să fie pionierul acestei activități în Germania.

baza școlii germane de antropologie, care la rândul ei este adoptată de majoritatea țărilor europene și de toate țările nordice. Increderea de care se bucură acest Institut în străinătate se vedește și prin invitația acceptată de institut din partea arheologilor din Atena, de a întreprinde prelucrarea antropometrică a scheletelor și craniilor colecționate cu prilejul săpăturilor arheologice.

În clădirea vechei Academii, la parterre, Profesorul Mollison a organizat un muzeu antropologic, foarte instructiv. Între multele obiecte sunt: colecții și preparate menite să illustreze descendența omului din antropoide, speciile omului-fosilă, busturi modelate după viu reprezentând rase primitive și europene — între cari și fătari din Dobrogea — ilustrarea încrucișărilor rasiale și a transmiterii caracterelor somatice, etc. Dintre elevii și foștii colaboratori ai lui Mollison sunt câteva nume proeminente în știința antropologică, dar un loc de frunte îl ia Baronul von Eickstedt, directorul Institutului de Antropologie din Breslau. El a organizat cercetările antropologice a populației din întreaga Silezie. Cei mai buni studenți — în special acei cari își iau teza de doctorat din Antropologie — sunt inițiați un timp suficient, în așa chip, încât să fie în stare a face cercetări independente, cărora să li se poată acorda valabilitatea necesară. Studenții au din partea Institutului plata drumului, casa și masa. Personalul științific al Institutului n'are nevoie să se deplaseze pe teren, rostul lui fiind să controleze și să îndrumeze prelucrarea materialului și redactarea lucrărilor. Datorită entuziasmului și muncii voluntare a elevilor săi, von Eickstedt a reușit cu mijloace relativ restrânse în raport cu munca uriașă, să cerceteze $\frac{3}{5}$ din populația Sileziei. Este prima investigație de proporții, care și propune diagnosticarea rasială în masă a populației, pe baza unor criterii strict științifice.

III. Muzeul de igienă, expozițiile agricole, grădinăritul și biopolitica. Menționăm muzeul de igienă din Dresda și cele două expoziții agricole organizate în Iulie și August la Dresda și Weimar, din cauza locului deosebit de însemnat ce s'a făcut eugeniei și biopoliticii în cadrul lor. În muzeul de igienă din Dresda deschis în permanență — se înfățișează publicului în mod intuitiv procesul fiziologic al procreației și mecanismul transmiterii însușirilor fizice și psihice. Pedigriuri murale reprezintă sugestiv familii cu numeroase generații de disgenici, cum și generații cu familii superioare înzestrate. Distribuția raselor pe pământul german și a oamenilor superiori pe provincii și regiuni, urmăriile bastardizării, ale încrucișărilor dintre rasa

albă și rasele primitive, urmările prolificității elementelor inferioare în dauna elementelor superioare sterile, denatalitatea și îmbătrânirea populației în comparație cu prolificitatea popoarelor din răsăritul Germaniei, etc., înlesnesc vizitatorului să înțeleagă ușor scopul urmărit de eugenie, rasseologie, genetică și biopolitică.

Completarea igienei individuale cu igiena socială și „Igienea etnică” este firească într’un muzeu de igienă. Surprinzător a fost să întâlnesc aceeași străduință de luminare instructivă și de propagandă impresionantă în direcția eugenică sau biopolitică și în cadrul expozițiilor agricole din Dresda și Weimar. Cu părere de rău trebuie să renunț — neavându-și locul aici — la orice discuție privind proporțiile gigantice, organizarea minunată și utilitatea pentru dezvoltarea agriculturii și grădinaritului sau soluțiile găsite pentru a înlesni țăranilor din Reich deplasarea în cele două centre. Trebuie să renunț a mă ocupa cu lecțiile practice privind tot ce trebuie să știe micul cultivator, pentru a munci raționat și rodnic, ținute în sat, la fața locului, de un singur tânăr, însuflețit pentru o Germanie nouă, cu eliberarea țăranului german de sub lăcomia intermediarului strein de nație și pământ sau cu organizarea model, care înlesnește țăranului să-și desfășoare la timp rodul muncii, cu prețul convenit, fără să-și piardă vremea el însuși cu căratul produselor la oraș, etc. Toate aceste lucruri, stări și metode au fost înfățișate într’un mod cum nu se poate mai intuitiv și mai sugestiv. Cine nu cunoaște decât modestele noastre expoziții agricole, pomicole, avicole, apicole, etc., organizate pentru orășeni și vizitate aproape numai de ei, nu-și poate face decât o idee cu totul ștearsă despre natura și rodnicia expozițiilor menționate. Metodele de propagandă biopolitică sunt similare celor aplicate în Muzeul de igienă din Dresda. Se adaugă în plus: pedigriuri din cari să reiese primejdie exodului populației rurale la oraș și viața sănătoasă cu familia numeroasă și fericite la țară; vechimea unor familii de țărani-aristocrați. În unele cazuri gospodăria s’a transmis din tată în fiu dealungul a zeci de generații stăpâni pe aceeași glie de peste 500 de ani. Unele pedigriuri înfățișează (în Dresda) transmiterea și acumularea vocației de grădinar eminenți dealungul a 5—6 generații. Vocația se vedește în renumele câștigat, fie printr’o stare neobișnuit de înfloritoare, fie prin ameliorarea cultivei și a soiurilor de plante și flori. Văzând asemenea pedigriuri, orânduite în dimensiuni enorme, excelent ilustrate cu chipurile tuturor membrilor, nu se poate ca vizitatorul să nu înțeleagă importanța a trei lucruri: a) vocația, ca primă condiție a succesului oricărei ocupații; b) îmbinarea fericită a existenței biologice a voca-



ției, a eredității, cu tradiția familiei și a vieții sociale, care îngăduie ca membrii ei să stăruie în a rămâne credincioși pământului și ocupației din tată în fiu; c) continuitatea nesfârșită a sângelui sănătos nu-i posibilă, decât atâta vreme cât omul rămâne legat de glie, în mediul rural. Organizatorii au ținut să reprezinte viața rustică a străvechilor locuitori ai Germaniei de azi, ilirii blonzi, cu 3000 de ani înaintea erii noastre sau aceea mai apropiată a germanilor antici — tot blonzi. Pentru ca exaltarea simțului de mândrie națională isvorâtă din vechimea așezărilor de azi și din legătura strânsă între urmași și străbuni să fie mai deplină, organizatorii au recurs și la luminile arheologiei și preistoriei; s'au înfățișat unelte străvechi, resturi de port, măturii de ocupații și tot ce putea deștepta simțul de admirație și pietate pentru înaintași.

IV. Colonizările dela periferia orașului München își au importanța lor biopolitică, întrucât cele peste 1200 de case — fiecare cu grădina ei — izolate în colonii de câte 2—300 de gospodării se fac în folosul familiilor cu copii numeroși, sănătoase, muncitoare și vrednice. Criteriile eugenice de împrietărire sunt aici mai puțin severe ca la Weimar. Totuși familiile cari se dovedesc neapte pentru cultura grădinei, neglijează casa, dependențele sau nu întrețin o curățenie desăvârșită sunt imediat îndepărtate din colonie, pe baza unui simplu proces-verbal de inspecție. Statul contribuie numai în parte la finanțarea colonizărilor, cea mai mare jertfă revine orașului München. Condițiile de amortizare sunt și mai ușoare, rata lunară începând dela 12 M. Materialul informativ și fotografic pus de primăria orașului la îndemână într'un mod extrem de amabil¹, ne înlesnește să revenim asupra acestei chestiuni cu alt prilej.

V. O instituție eugenică de o mare importanță științifică și practică este Institutul de Psihiatrie din München, condus de savantul Ernst Rüdin, în cadrul aceluși cunoscut Kaiser Wilhelm Institut. Cei 12 specialiști cari alcătuiesc personalul științific al institutului dispun de 10 automobile, în afară de alte 2 ale Institutului. Din acestea, 9 aparțin exclusiv secției genealogice. Familia fiecărui pacient internat în clinica psihiatrică și neurologică — separată de institut — este imediat cercetată amănunțit din punct de vedere ereditar

¹ Dătoresc informațiile și vizitarea tuturor coloniilor bunăvoinței consilierului orașenesc H a r b e r s, șeful secției colonizărilor, care ne-a înlesnit deplasarea comodă și rapidă sub conducerea inspectorului L e c h n e r. Le exprim aici cele mai îndatorate mulțumiri.

și antropologic. Investigațiile se extind și asupra pacienților, foști în clinică cu zeci de ani în urmă, într'un timp când nu se puteau întreprinde cercetări de amploarea celor de azi.

La fel se procedează cu delincvenții periculoși și criminalii, cum și cu alte categorii de psihopați și disgenici depistați de Institut. Specialiștii se deplasează la domiciliul familiei sau a membrilor familiei — cu automobilul în Bavaria sau cu trenul în provincii mai depărtate — spre a putea preciza întregul complex al cauzelor endogene și exogene. Institutul și-a angajat un antropolog special în persoana Drului Harrasser, fost asistentul lui Weninger în Institutul antropologic din Wiena. Antropologul dispune la rândul său de 2 funcționare inițiate în prelucrarea materialului antropologic. Specialiștii au la dispoziția lor 40 de ajutoare: calculatoare, dactilografe și în cea mai mare parte steno-dactilografe. Lucrările elaborate de Institut sunt finanțate de către „*Deutsche Forschungsgemeinschaft*“, fostă „*Notgemeinschaft*“ până de curând. Mai contribuie la costul tipăritului și Ministerul de Interne, direct interesat în sprijinirea lucrărilor cu caracter eugenic științific sau politic, cum și *Fundația Rockefeller*, căreia de altfel i se datorește Institutul clădit în 1928. Cine cunoaște metodele de selecțiune severă a personalului științific aplicate de Profesorul Rüd in, condițiile materiale de lucru și ambianța morală a unei colaborări ideale în Institut, nu mai poate fi mirat de sutele de lucrări de mare valoare, apărute în acest Institut, fără a socoti tezele de doctorat.

VI. Predarea eugeniei în școala germană. Știam că *eugenia*, *ereditatea*, *antropologia* și *demografia* au fost introduse în învățământ încă de acum 2 ani, totuși voiam să am și părerea dascălilor despre inovația asta și mai ales, voiam să-mi dau seama de interesul elevilor pentru noile științe. Aflasem că dispozițiile se aplică uniform în întregul Reich. Cu vizita unei școli primare — în Schwantalerstr. 87 — și a unei școli secundare; Rupprecht Oberrealschule, Albrechtstr. 7, ambele în München — scopul meu a fost atins¹. Firește, că în școala primară este vorba de noțiuni elementare: lecturi în cadrul limbei materne, noțiuni despre rase și încrucișarea lor predate la geografie, dar cu destulă insistență se predă ereditatea în cadrul științelor naturale. Din răspunsurile școlărilor, din caetele lor de teme — în

¹ Vizita celor două școli, fără nici o formalitate, o datoresc dlui Dr. Sch n e i d e w i n d, consilier guvernamental în Ministerul Instrucțiunii din München: îi exprim aici viile mele mulțumiri.

cari ei își trec schițele lecțiilor, mecanismul eredității, disjuncția caracterelor, pedigriul propriei familii — cum și din explicațiile învățătorului, reiese cu evidență, că copiii înțeleg rostul acestor materii și asimilează noțiunile. Am vizitat numai cl. V., dar materiile se predau în toate cele 4 clase ultime.

La liceu, directorul m'a informat, că scrierile din aceste domenii aflate în biblioteca școlii sunt des cercetate de elevi și că materiile au trezit dela început cel mai viu interes. De altfel m'am convins personal de acest lucru, întrucât nimerisem tocmai la o lecție despre ereditate în cl. VI. Deși ereditatea este — cum se știe — partea cea mai anevoie de înțeles din domeniul biologiei, elevii stăpâneau mendelismul, monohibridarea, etc., cu toate că erau numai în a doua săptămână dela începutul cursurilor. Acelaș entuziasm și zel au elevii și pentru celelalte materii înrudite cu eugenia. Discuții foarte însufleșite întrețineau elevii despre pedigriurile propriilor lor familii, despre modestele lor observații și cercetări personale — un principiu educativ căruia i se dă o mare importanță — în familiile înrudite sau cunoscute, cum și despre noile norme de viață individuală și socială.

Din fiecare materie încep să apară manuale didactice. Deoarece ar putea interesa și cum n'avem o rubrică specială în „*Buletin*“ pentru publicațiile noi, notez aici 2 manuale. Primul e despre ereditate: Dr. Gerhard Benl, Studienassessor, *Vererbungslehre*. Al doilea e despre antropologie și eugenie: Peter Kramp, *Rassenkunde und Rassenhygiene*, ambele în ed. Thieme, Leipzig, 1936.

* * *

Trecem peste alte instituții și reforme cari sunt de mai puțin interes, de interes indirect sau care ne-ar lua un spațiu de care nu dispunem ca :

ființa birourilor de închiriere (cu avantajarea nelimitată a familiilor prolifiche), stăvilirea urbanizării și a proletarizării elementelor rurale prin oprirea exodului acestora către centrele urbane, înăsprirea metodelor de selecțiune socială, introducerea criteriilor de selecțiune eredo-rasială în acordarea tuturor funcțiilor publice și de răspundere, eliminarea evreilor sau a semi-evreilor din rolurile de conducere a vieții culturale și economice, sancționarea severă a relațiilor sexuale dintre germani și nearieni, acomodarea proporției de studenți nevoilor reale ale profesiunilor private și de stat prin controlul vieții sociale, aplicarea consecventă a normei, ca o pereche să ocupe numai un

post (un om — o funcțiune și un salariu) avantajarea bărbaților față de femei în ocuparea funcțiilor publice și private, pentru ca asigurându-le existența să le ușureze căsătoria timpurie, limitarea numărului femeilor admise la studii academice și reducerea numărului lor în funcțiunile publice, spre a le întoarce către căsătorie și spre a micșora concurența cu bărbații, moralizarea vieții sociale și întărirea familiei prin respectarea la contractarea căsătoriei a unor condiții ca: sănătate ereditară, nume nepătat, destoinicie, tărie de caracter, etc., mai ales acolo unde restricțiile se pot impune (funcționarii publici și oamenii din Reichswehr), controlul vieții conjugale a funcționarilor publici prin concedierea lor rapidă îndată ce se stabilește, că au călcat datoriile implicate de o viață conjugală în acord cu concepțiile morale național-socialiste, extinderea sportului în masele populare, în școală și armată, în forme extrem de aspre (fără menajamente pentru cei slabi), în scopul dezvoltării maxime a însușirilor virile.

Deși succint, credem că am înfățișat cele mai de seamă aspecte ale realizărilor eugenice și biopolitice menite a înrâuri adânc viața socială a poporului german.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Zusammenfassung. Der Verfasser gibt die Eindrücke wieder, die er auf seiner jüngsten Studienreise durch Deutschland gewonnen hat. Diese beziehen sich hauptsächlich auf Anthropologie und auf die Verwirklichungen auf dem Gebiete der Biopolitik und der Rassenhygiene.

Plasa, nucleu de organizație sanitară.

de

Dr. VLAD PETRE,
medic șef al municipiului Cluj.

România întregită, nici azi, după 18 ani de frământări, nu și-a găsit încă organizarea ei sanitară și administrativă. Legile fundamentale, în ambele târâmuri, s'au schimbat foarte des. Ori ce lege a fost, curând după punerea ei în aplicare, modificată, sau răsturnată cu totul și înlocuită cu o organizare bazată pe principii opuse.

Poate nicăiri nu s'a vorbit așa de mult d. e. de descentralizare pentru a ajunge la cea mai excesivă centralizare posibilă. Rezultatele se văd și ele sunt dezastruoase. Pe tărâmul sanitar situația țării noastre este dintre cele mai triste, iar declinul demografic care a

început, ne va duce cu siguranță la decăderea biologică, din care nu știm cum ne vom mai ridica.

Legea sanitară și de ocrotire din 1930 a încercat să ridice *medicina preventivă* la rangul ce i se cuvine în organizația sanitară. A prevăzut ca organ menit să se ocupe exclusiv de această activitate pe *medicul igienist*, tehnicianul bine instruit. A prevăzut, pe de altă parte și unitatea sanitar-administrativă cea mai potrivită: *plasa sanitară*.

Aplicarea principiilor din legea 1930 nu s'a făcut. Igienistul a fost șters cu o trăsură de condeiu, iar plasa a rămas suspendată. Ea există încă pe hârtie, dar nu există în fapt.

Deoarece în ultimul timp problema organizației rurale sanitare a fost pusă din nou la ordinea zilei și corpul medical din țară se frământă mult pe această chestiune, am încercat să ne orientăm asupra organizației sanitare din alte țări, sperând că vom putea trage concluzii folositoare și pentru noi. Am lăsat la o parte, cu bună știință, țările de peste ocean, în special Statele Unite, și ne-am mărginit la câteva state europene. Acestea fiind mai aproape de noi și prin trecutul lor și prin structura lor socială, exemplul lor poate fi eventual mai ușor urmat.

Iată câteva elemente de organizație din unele țări europene.

Anglia. Țara e împărțită în provincii „comtés”, a căror mărime e destul de variată. Unitățile administrative din aceste provincii sunt: a) Orașele mari, cu totul independente; b) Orașele mai mici „borough”, municipalități cu atribuții administrative foarte vaste; c) Districtele urbane, în regiunile cu industrializare intensivă, având caractere semi-urbane, și d) Districtele rurale. Acestea — singurele care au interes pentru noi — au o populație de ca. 50.000 locuitori și corespund aproximativ plășilor noastre sanitare. Administrația sanitară e făcută, în aceste „districte”, de un medic *igienist*, căruia i se pretește să aibă diplomă de igienă publică (D.P.H.). El e numit și plătit de administrația districtului. Lefurile variază între 800 și 1600 L. St.!

*Germania.** Reichul se împarte în provincii, provinciile în „Regierungsbezirke”, iar acestea în „Kreise”. Kreisul este echivalentul plășilor noastre. Serviciul sanitar al Kreisului e asigurat de un medic *igienist*, „Medizinalrat”. Igienistul își dedică tot timpul exclusiv serviciului. În ultimii ani greutatea întregului serviciu a fost deplasată spre eugenie.

Polonia. Toată țara e împărțită în 17 „Voivodate”. Fiecare

* Organizația din 1930.

voivodat are mai multe districte (powiat), cu o populație de cca. 100.000 locuitori; în total sunt în țară 280 districte. Ele au o autonomie bine definită și corespund, ca teritoriu și populație, plășilor noastre. Serviciul sanitar al acestor plăși e condus de un *igienist*, plătit de stat care are în grija lui toate problemele de sănătate publică. Comunele rurale au medici comunali sau de circumscripție. Ei se ocupă însă numai cu chestiunile curative, dând consultații gratuite populației nevoiașe. Sunt angajați numai pentru 2—3 ore la zi și sunt plătiți numai pentru munca prestată. Marea lor majoritate fac serviciu și la asigurările sociale, sunt însă în primul rând practicieni. Medicul igienist în schimb nu face clientelă și își consacră tot timpul serviciului. Leafa lui variază între 400 și 1200 zl. lunar.

Ungaria. E împărțită în 26 de comitate (județe), iar acestea în mai multe plăși, care corespund exact plășilor dela noi. Medicul șef de plasă este, de regulă, *igienist*. Majoritatea medicilor de plasă nu fac clientelă și primesc răscumpărare pentru aceasta renunțare. Se stăruie însă pe toate căile să se angajeze numai atari medici. Leafa lor e de 600 pengö pe lună. Medicii comunali și cei de circumscripție nu sunt igienişti și se ocupă în primul rând cu medicina curativă. Un medic de circumscripție la 6—8000 locuitori.

Cehoslovacia. Republica este împărțită în 4 provincii. Instituțiile în care ele se împart se numesc „circumscripții administrative“. Acestea corespund și ca întindere și ca populație plășilor noastre, cu deosebirea că la ei plășile au o autonomie largă. Medicul plășii este în majoritatea cazurilor *igienist* (okresni lékař) și își consacră tot timpul serviciului. Medicii de circumscripție, la 6000 locuitori unul, sunt practicieni angajați pentru câteva ore pe zi în serviciu public.

Iugoslavia. Țara are 9 provincii (banovia). Banatele se împart în districte de mărimea plășilor noastre, 480 pe toată țara. La plasă un medic *igienist* sub ordinele directe ale medicului dela banat. Legea prevede în fiecare plasă un medic igienist, fără drept la clientelă particulară; din cauza lefurilor reduse însă, aceasta clauzulă nu se aplică strict. Comunele cu 5000 locuitori își angajază ele un medic sau se grupează mai multe pentru a avea medicul lor de circumscripție.

Bulgaria. E divizată în județe, iar acestea în plăși. Județul are un medic igienist, tot așa și plasa.

La circumscripțiile rurale medici neigienişti. Orașele mai mari angajează la câte 10.000 locuitori un medic însă jumătate din ei trebuie să fie igienişti. Medicul șef e ales totdeauna dintre aceștia.

Vedem din cele de mai sus că în toate aceste țări se găsește

o unitate administrativă care corespunde cu plasa noastră. Plasa este utilizată în toate țările și ea pare a fi unitatea cea mai potrivită. Într'adevăr, nu se va putea cere nicidecum statului să angajeze de fiecare circumscripție actuală un igienist, cu atât mai mult, cu cât igienistul nu trebuie, în mod principal, să facă clientelă, deci el ar trebui să fie dublat de un alt medic, care să facă medicina curativă. Medicul igienist renunțând la clientelă, trebuie să fie bine plătit, pentru a avea o existență onorabil asigurată. La plasă, în schimb, s'ar putea angaja un igienist fără prea mare jertfă pentru buget. Punându-i-se la dispoziție mijloace potrivite de transport, el ar putea avea în mână sa întreg serviciul de prevenire, fiind ajutat în măsurile pe care le ia și de medicul actual de circumscripție. Acesta la rândul său fiind ușurat de prea multele agende pe care le are azi, ar putea să satisfacă în mod îndestulitor însărcinările de medicină curativă, care rămân exclusiv în atribuțiunea sa.

Punerea în funcție a plasei sanitare nu mai poate întârzia. La educarea și salarizarea medicilor igieniști nu e permis să se facă crușări. Trebuie atrași spre această carieră medicii cei mai capabili și cari au un devotament fără margine. Ei trebuiesc puși în situația ca să-și ia viitorul lor serviciu cu deplină răspundere pentru munca lor. Azi în serviciul sanitar al țării nu există răspundere tehnică. Nici medicii, nici organele sanitare superioare nu caută să-și dea seama de randamentul muncii lor și de eficacitatea măsurilor luate. Numai dacă răspunderea va fi efectivă, vom putea vedea roadele muncii. Sumele cheltuite se vor rambursa înzecit prin ameliorarea deplorabilelor stări în care ne zbatem azi.

Literatură.

1. Société des Nations, Organisation d'hygiène, Rapport sur les travaux des conférences etc. tenues à Paris et à Dresde du 14 VII. 1930. Genève, 1930.
2. M. Kacprzak: L'hygiène publique en Pologne. Varsovie 1933.
3. Dr. S. Z. Ivanic et Dr. B. Konstantinovic: Le service d'hygiène dans le Royaume de Yougoslavie. Beograd 1930.
4. Dr. Johann Béla: Jelentés a m. kir. országos közegészségügyi intézet 1934. évben végzett munkájáról. Budapest, 1935.

Résumé. L'auteur constate, que dans beaucoup de pays européens, l'organisation sanitaire est en train d'être desservie seulement par les médecins spécialisés en hygiène. Comme unité administrative la plupart des pays ont adopté le „district” de 50,000 jusqu'a 100,000 habitants. Il demande que l'organisation des districts sanitaires soit mise en pratique avec urgence et insiste que seuls les meilleurs éléments soient admis dans le corps de médecins igieniistes.

Propuneri pentru intensificarea și îndrumarea activității științifice a spitalelor

de

Dr. RADU CORNELIU
Arad.

Cuceririle ce se realizează neconținut în domeniul medicinei curative, impun numeroșilor aesculapi anonimi, răspândiți pe toată suprafața globului pământesc, eforturi considerabile pentru a le putea însuși și utiliza. Dacă urmărirea atentă a evoluției științei medicale constituie o necesitate practică indiscutabilă pentru toți medicii practicieni, pentru medicii de spital, cu posibilități largi de verificare și aplicare a celor mai multe din achizițiunile vechi și noi din specialitatea lor, această preocupare este din cadrul restrâns al utilitarismului profesional, situându-se pe un plan mai înalt, științific și moral deopotrivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spre fericirea noastră în fruntea așezămintelor spitalești din România avem astăzi un corp medical select și cu o pregătire tehnică temeinică. Cu toate acestea activitatea tehnică a diferitelor servicii se desfășoară la un nivel mult inferior capacității profesionale a personalului medical din slujba acestora. Diagnosticul clinic în unele servicii se stabilește și acum fără utilizarea mijloacelor și metodelor moderne de investigație, iar tratamentul se aplică și mai departe după un calapod comun renunțându-se la orice încercare de individualizare, așa cum ni-o cer imperativele categorice ale biologiei, patologiei și farmacoterapiei medicale.

Evident că asemenea situație deserveste în aceeași măsură interesele bolnavilor ospitalizați, cari în felul acesta sunt lipsiți de binefacerile tehnicii medicale moderne, ca și pe acelea ale științei, căreia i-se sustrage un material documentar de neprețuit, reprezentat prin cazuistica unei mase enorme de bolnavi, cazuistică, care nefiind complet studiată este inutilizabilă pentru necesități de ordin științific.

Dacă scrutăm cu atenția cuvenită viața intimă a serviciilor spitalești vom ajunge desigur la constatarea că cele mai multe din dificultățile cari se ivesc în tendința de a întrona spiritul științific în instituțiile noastre sanitare se datoresc :

1. organizării și administrării defectuoase,

2. influenței nefaste exercitată de către mediul social în care activează,

3. lipsei izvoarelor de reînnoire și completare a cunoștințelor medicale la sediul spitalelor de provincie.

Să analizăm puțin mai amănunțit cauzele enumerate :

1. Asupra neajunsurilor pe cari le întâmpină serviciile spitalești din pricina organizațiunii lor neraționale, cât și din motivul unei administrațiuni excesiv de centraliste, anchilozată în forme și lipsită de elasticitatea necesară pentru a se putea acomoda cerinței lor, nu vom insista prea mult, dat fiindcă problema aceasta am tratat-o într'un raport general prezentat adunării generale a „Astrei medicale“ din anul curent. O scurtă incursiune în domeniul acelor capitole din raportul citat cari mi-se par a avea legături mai strânse cu studiul de față este totuși necesară, căci fără cunoașterea acestora expunerea noastră ar fi incompletă. Deaceia voi înșira câteva din defectele actualei organizațiuni spitalești cu o înrâurire deosebită asupra activității științifice :

- a) utilajul tehnic incomplet,
- b) aprovizionarea greoaie cu materiale tehnice,
- c) personal medical adeseori insuficient ca număr,
- d) personal sanitar auxiliar pe alocurea insuficient ca număr, iar pretutindeni cu o pregătire tehnică și sufltească ce lasă de dorit,
- e) lipsa unei îndrumări și coordonări tehnice raționale.

Cred că este de prisos să accentuez, că cercetări și lucrări științifice serioase, fără utilaj tehnic la curent cu progresul tehnicii medicale, astăzi nu se mai pot realiza. Ceeace lipsește cu deosebire spitalelor noastre este laboratorul. Or în lipsa acestuia medicii sunt nevoiți să renunțe la analizele de biochimie, de bacteriologie cât și la acele de anatomopatologie, toate absolut indispensabile.

Dar oricât de perfect ar fi utilat un serviciu spitalesc, acesta nu va putea obține un maxim de randament, decât în cazul când și aprovizionarea cu materialele necesare ca : pansamente, medicamente, reactivi nu mai întâmpină dificultățile de astăzi, căci boala în evoluția ei nu face popasuri comandate pentru a aștepta medicamentul ce întârzie să sosească și tot așa cercetările de laborator nu se pot întrerupe sau opri în loc din lipsa materialelor necesare, fără a compromite rezultatele finale.

Necesitatea unei instalațiuni tehnice perfecte este deci afară de orice discuție. Ceeace însă dă viață și însufletește materia în toate formele sale este scânteia divină ce scapătă din creierul și energia ce radiază din fința omului. Dar nici una nici alta din aceste resurse de csență superioară nu sunt inepuizabile. Deaceia la utilizarea personalului medical și sanitar auxiliar să nu uităm, că existența și capacitatea lor de muncă este limitată, iar orice efort care depășește această limită, este nu numai în detrimentul acestora ci și în acel al serviciilor. Cu deosebire să nu se piardă din vedere, că preocupările de ordin științific se cuibăresc mai ușor și prosperează cu mai

multă intensitate într'un creier odihnit și într'un trup viguros, decât într'o minte frământată de nenumărate griji și într'un trup stors de vlagă.

În ceace privește personalul sanitar auxiliar să se mai fină seama și de faptul că valoarea acestui corp, care dirijează unele din cele mai însemnate funcțiuni dină-mice și sufletești ale vieții spitalicești, este determinată nu numai de pregătirea lui tehnică, ci în egală măsură și de aceia sufletească.

Lipsa de îndrumare și de coordonare în activitatea serviciilor la rândul său poartă o însemnată parte din vina, pentru care acestea au ajuns la o „disfuncție” organică. Câte probleme de ordin tehnic medical ar fi primit o deslegare mai rapidă și mai rațională, câte lucrări științifice s'ar fi putut iniția și desăvârși, dacă serviciile de aceeași specialitate ar fi lucrat în strânsă și armonioasă colaborare. Câte idei ferice s'ar fi văzut intrupate, dacă ar fi existat fermentul care să le dospescă și cheagul care să le cimenteze. Câte energii tinere ar fi scăpat din ghiarele desnădejdiei și ar fi fost redată muncii cu adevărat constructive, dacă în momentele de grele încercări, când acul dela busola sufletului lor și-a pierdut definitiv puțința de a fixa calea salvatoare, s'ar fi bucurat de sprijinul și experiența unui camarad călit în lupte.

2. Mediul social, în general, exercită o influență puțin favorabilă asupra preocupărilor de ordin științific al spitalelor din orașele de provincie fără universități, sau alte școli superioare. Gimnastica creierului se reduce aci deobicei la mărunte combinațiuni de intrigi familiare, sau politice, iar necesitățile de ordin intelectual se satisfac prin frecventarea cinematografului, sau prin lectura romanelor de senzație și se consumă definitiv la o masa de cafea, sau în gălăgioase sindrofii. Atmosfera aceasta de marasm moral și intelectual subjugă și copleșește toți muritorii de rând, cari au coborât și s'au fixat acolo căci orice încercare de evadare, fără părăsirea definitivă a câmpului infestat, înseamnă izolare, iar izolarea într'un oraș de provincie egalează cu moartea civilă. Pentru medic o asemenea izolare ar avea consecințe direct catastrofale. Influența distructivă a mediului asupra acestuia se exercită încă din primele zile ale descălecării sale. Zelul de a reforma și a îndrepta a finerei energii se isbește la primul atac de indiferență plină de scepticism a unor suflete blazate și consumate. Idealismul său cald menit să deschidă căi largi și luminoase progresului este pângărit de materialismul rece și calculat a celor din jurul său. Aceiaș goană nebună în interiorul spitalului ca și în afară pentru cucerirea și îngrămădirea bunurilor materiale. În asemenea împrejurări de unde să-și procure cineva entuziasmul necesar pentru a veghea ziua noaptea, aplecat cu grijă și dragoste asupra paturilor suferinților, sau cufundat în lectura unor opuri voluminoase. E firesc deci ca momentul capitulării, finerei, dar vai firavei energii, în fața atofputer-niceii mediului să nu întârzie prea mult, iar ca urmare acolo unde avântul trebuia să se înfrățască cu erudiția spre a dărâma stăpânirea

ignoranței și rufinei, cuscuta mediului din afară își înfige și mai adânc rădăcinile sale sterpe.

3. Dar chiar dacă medicul, presupunând că ar avea un caracter de bronz, nu se lasă așa de ușor îngenunchiat, ci se încapăținează în hotărârea sa de a lucra într'o severă disciplină științifică, geniul său creator nu va putea produce nici pe departe atât cât iar îngădui capacitatea de a crea cu care l-a înzestrat natura, deoarece în domeniul științei medicale, mai mult ca în acela al oricărei alte discipline, progresul se realizează numai arareori prin scrierile spontane ale unor genii izolate, ci mai adeseori printr'o muncă perseverentă, bazată pe cunoaștere adâncă a tuturor fenomenelor vieții omenesti a căror secret, după ce a fost smuls din ascunzișul lor impenetrabil de mintea și privirea ageră a unei serii numeroase de predecesori crudiți s'a depus spre păstrare în filele cărților, tratatelor revistelor etc. cari zac cu miile pe rafturile bibliotecilor și librăriilor.

Fiecare nouă cucerire, deci este condiționată și inspirată de adevărurile, sau presupunerile fixate în scrierile științifice ale anteluptătorilor. Or, care oraș de provincie oferă astăzi medicului bibliofil dornic să se instruească, posibilitatea de a-și îmbogăți și înbogăți tezaurul de cunoștințe acumulat în anii studiilor școlare? Cele mai multe din ele n-au măcar biblioteca publică, iar acolo unde ființează o asemenea instituție, literatura medicală este reprezentată printr'un număr restrâns de broșuri pentru uzul laicilor. La spitale aceiaș tristă situație, biblioteca acestora fiind formată cele mai adeseori dintr'o colecție de coduri, legi și regulamente sanitare și numai arareori se întâlnesc „horibile visu“ câteva reviste de specialitate, rătăcite și acestea din colecțiile personalului. Ca urmare medicul este constrâns să se mulțumească cu biblioteca proprie, care din motive materiale este prea săracă pentru a putea constitui o sursă de documentare serioasă și complectă. Astfel lipsa izvoarelor de documentare desăvârșește opera distructivă a mediului social.

Am reliefat aci în linii mari cauzele, cari contribue la crearea unor condițiuni prea puțin prielnice unei activități științifice viguroase în cadrele spitalelor noastre. Cunoscându-le acum de aproape suntem în măsură să preconizăm și mijloacele cu ajutorul cărora vom ajunge în fericita situație de a alunga duhul inerției și al nepăsării, care infestază astăzi atmosfera tuturor instituțiilor de utilitate publică, înlocuindu-l cu religia muncii creatoare, alimentată din izvoarele pururea neseceate ale științei medicale și a iubirii aproapelui.

Să încercăm deci a le confura.

1. Pentru a respecta ordinea din expunerea de motive încep cu arătarea mijloacelor în stare a remedia neajunsurile izvorâte din organizarea și administrarea defectuoasă.

Cele mai eficace mi se par a fi următoarele:

a) reviziuirea și complectarea utilajului tehnic al serviciilor procedând în sensul indicațiilor date în lucrarea mea asupra principiilor și metodelor de organizare a spitalelor. Cu deosebire se va urgita înzestrarea acestora cu laboratorii necesare creindu-se pe lângă fieștecare spital central județan câte un laborator complet cu trei secțiuni: bacteriologie, b) biochimie, c) anatomo-patologie.

b) aprovizionarea promptă și expeditivă cu utilajul și materialul tehnic necesar (medicamente, pansamente, reactivi, coloranți, instrumente) constituind problema de importanță covârșitoare, pentru bunul mers al serviciilor merită ea singură un studiu aparte.

c) adaptarea numărului medicilor secundari și auxiliari la necesitățile reale ale serviciilor armonizându-l nu numai cu efectivul bugetar, ci și cu rulajul bolnavilor, cu specialitatea serviciului, cât și cu alte condițiuni specifice determinate de mediul intern, sau exterior.

d) acelaș desiderat și în ceace privește personalul sanitar auxiliar. O eroare mai mare decât aceea a standardizării acestui corp în sensul prevederilor regulamentului pentru funcționarea instituțiilor sanitare nu se poate comite.

e) crearea unor organe tehnice de îndrumare și control având menirea: de a indica diferitelor servicii modalitățile practice de a obține rezultate optime, a stimula neconținut energiile creatoare și a realiza o colaborare efectivă între diferitele servicii raționalizându-le munca și angajându-le la lucrări și cercetări comune, cari depășesc forțele unui singur serviciu.

2. Pentru corectarea atmosferei lipsită de interes față de preocupările de ordin științific în care activează astăzi spitalele noastre din orșele de provincie ni se cer eforturi deosebit de mari.

Obiectivul principal spre care ne îndreptăm îl formează corectarea atmosferei interioare a spitalelor, cu aceea exterioară ocupându-ne numai în masura în care ne-o impune ațingerea țintei fixate. În susținerea acestei acțiuni putem apela la următoarele mijloace:

a) ședințe de referate bisăptămânale, sau lunare obligatorii în care să se citească și să se comenteze rezumatele din articolele recente apărute în revistele medicale române și străine. Deasemenea se pot comunica aci și diferite dări de seamă, sau referate asupra monografiilor, cărților și tratatelor proaspăt publicate, spre a le face cunoscute.

Rezumatele articolelor ar urma apoi să se publice în revistele de specialitate, iar recenziile asupra cărților, tratatelor s'ar înainta oficiului de studii al ministerului spre ar fi comunicat prin buletinul său tuturor instituțiilor. Pentru ca aceste ședințe să poată da roadele așteptate ele trebuiesc declarate obligatorii pentru personalul medical al tuturor spitalelor.

b) organizarea unui fișier tip pentru fieștecare spital în care să se depună originalul referatelor și a recenziunilor. Acest fișier ne va servi atât ca arhivă pentru activitatea desfășurată în cadrul ședințelor despre care ne ocupăm, cât și ca un material documentar prețios pentru eventualele lucrări științifice, pe de altă parte va fi și un informator fidel pentru organele de îndrumare și control în aprecierea activității științifice a medicilor

c) înființarea în fiecare capitală de județ a unei societăți științifice a cărei membri de drept și activi să fie toți medicii așezărilor spitalicești, cât și a dispensarilor din localitatea respectivă.

În cadrul ședințelor lunare ale acestei societăți se vor expune lucrările, cercetările și observațiile clinice de interes, întocmite de către membrii activi, sau chiar și de către medicii practicieni, cari pot participa ca membrii aderenți la lucrările societății. Rolul unor atare societăți în direcția dezvoltării și menținerii spiritului științific este mai mult decât evident. De binefacerile lor se vor bucura mai ales elementele tinere, în formare, cărora le va infiltra și mai adânc dorința de a se perfecționa.

d) Împământenirea și consacrarea definitivă a zilelor și săptămintelor medicale ar constitui deasemenea un mijloc eroic pentru stimularea medicilor la o activitate științifică mai prodigioasă. Ar fi de dorit ca asemenea manifestațiuni științifice să aibă loc anual la sediul tuturor inspectoratelor sanitare. Oficiul de studiu al ministerului ar avea sarcina de a elabora în acest scop la începutul fiecărui an un program general, după care să se desfășoare. Spre a nu aduce prejudicii nici serviciilor și nici intereselor de ordin particular ale medicilor, datorite absenței lor îndelungate dela reședință, ar fi bine ca expunerile din domeniul aceleiaș specialități să se facă în cursul unei singure zile. În acest caz participarea medicilor primari ar putea deveni obligatorie.

e) Pentru a stimula și mai intensiv această dorință se impune ca activitatea desfășurată în cadrele ședințelor de referate, cât și aceia dela societățile științifice, precum și orice altă activitate, de interes științific a personalului medical să constituie un criteriu important la clasificare și înaintare.

f) Crearea unor organe de publicitate, reviste lunare, sau bilunare pentru fiecare specialitate aparte, cu scopul de a concentra și difuza întreaga producție științifică a diferitelor servicii ca: rapoarte anuale, lucrări originale și observațiuni clinice de real interes științific, cât și procesele verbale și referatele din ședințele amintite.

Prin concentrarea materialului documentar din domeniul fiecărei specialități într'un organ de publicitate propriu realizăm următoarele avantagii de ordin practic: a) nu se pierde nimic din materialul științific al serviciilor b) se ușurează consultarea acestuia, f) permite o coordonare și un control expeditiv. Dacă din punct de vedere tehnic acest deziderat nu ni se pare a întâmpina dificultăți prea mari, în schimb impedimentele de ordin material prezintă un obstacol mai serios, dar nu insuportabil. După un calcul aproximativ editarea și administrarea unei reviste lunare cu un tiraj limitat la 100—200 exemplare nu reclamă o cheltuială mai mare de Lei 100—200 mii anual. Pentru editarea a 10 reviste de specialitate, deci am avea nevoie de Lei 1000,000—2000,000. Ori, această sumă nu este atât de mare ca ea să nu poată fi adunată din contribuțiunile eforturilor spitalicești județene și municipale, cât și din subvențiunile de rigoare ale autorităților sanitare aparținătoare tuturilor ministerelor. Problema-redacțională la rândul său s'ar putea rezolva în modul cel mai norocos prin stabilirea redacției la sediul serviciului cu cea mai puternică activitate în domeniul specialității respective. În felul acesta am da o satisfacție morală binemeritată elementelor active, iar opera redacțională ar fi încredințată celor mai destoinici.

3. Am evidențiat mai înainte neajunsurile determinate de lipsa izvoarelor de documentare în orașele de provincie. Spre a remedia-relele ce derivă din acest fapt, putem recurge la următoarele soluțiuni:

a) crearea și organizarea unor biblioteci proprii pentru fiecare spital. Pentru înființarea lor nu se cer sacrificii excesive, căci fondurile necesare se pot asigura cu destulă ușurință din cota parte ce se cuvine acestor așezăminte din taxele și onorariile medicale, cari se percep dela bolnavii de cl. I-a și de cl. II-a. Oficiul de studii va înlesni procurarea celor mai serioase lucrări prin întocmirea unor tablouri cari să cuprindă înșiruite pe specialități acele lucrări apărute în cursul anului, cari merită să fie achiziționate pentru bibliotecile spitalicești.

b) Organizarea unei biblioteci centrale de imprumut în capitala-țării ar fi deasemenea de o reală utilitate. Crearea ei necesită desigur considerabile jertfe materiale. În cazul însă, că i s'ar acorda drepturile de cari se bucură bibliotecile de stat primind în mod gratuit câte un

exemplar din toate lucrările medicale, cari se tipăresc în țară realizarea acestui deziderat nu ni s'ar părea a fi o utopie. Susținută apoi și condusă de către oficiul de studii al ministerului, sau de către Facultatea de medicină din București ar contribui cu un aport însemnat la dezvoltarea interesului față de lectura operelor științifice.

c) reorganizarea oficiului de studii al ministerului în sensul ca acesta să poată sesiza, înregistra și difuza evenimentele și relizările de seamă din domeniul științei medicale speculative și aplicate deopotrivă. Tot în sarcina acestui oficiu ar cădea și coordonarea tuturor inițiativelor, sau acțiunilor de ordin științific medical, cari depășesc cadrele unor acțiuni personale, sau locale. Pentru a ține în curent corpul medical cu tot ceace este vrednic de reținut din evenimentele și realizările lunei medicale române și străine, precum și cu inițiativele proprii, va edita un buletin săptămânal, care se va trimite tuturor instituțiilor și organelor sanitare în subordine. Sunt convins că acest buletin, cuprinzând comunicări scurte și concise, s'ar bucura de toată atenția corpului medical, constituind astfel un stimul puternic pentru activitatea științifică.

Am schițat aci în trăsături generale motivele din pricina cărora, activitatea științifică a spitalelor se desfășoară la un nivel inferior capacității lor de producție. Am arătat și daunele ce le suferă atât știința medicală, cât și prestigiul acestor instituțiuni în urma faptului semnalat. Am enumerat apoi o serie de mijloace și măsuri cu ajutorul cărora, după modesta mea părere, am putea realiza îmbunătățiri evidente în situația prezentă. Ca încheiere îmi rămâne numai să atrag încă odată atenția celor în drept asupra faptului, că spitalele nu sunt simple ateliere, sau uzine de reparație pentru organismele cu funcțiuni vitale desechilibrate, căci pe lângă aceasta funcțiune ele mai îndeplinesc și un rol educativ de extremă importanță, constituind tot atâtea școli pentru pregătirea profesională practică, a ucenicilor de azi și măștrilor de mâine a unei arte, care cere să fie stăpânită și posedată în toate amănuntele ei. În joc fiind soarta celei mai desăvârșite creațiuni ale naturii și nu a unei materii brute oricât de prețioasă ar fi ea, avem suprema obligație morală de a crea condițiuni optime de funcționare tuturor spitalelor, fără excepție.

Se mai impune în sfârșit, ca religia muncii, cât și aceia a disciplinii științifice severe să se introneze și să domine neîntârziat toate resorturile vieții spitalicești.

Summary. — *The author discusses the problem of intensifying the scientific activity in the hospitals from the nonuniversity cities. He gives several practical proposals for this achievement.*

Rezultatele vaccinărilor antiscarlatinoase și antidifterice controlate cu probele Schick și Dick.

de
Dr. VLAD PETRE și Dr. DAVID PETRE

Cu ocazia vaccinărilor în masă din anul 1935 și 1936* am făcut la o seamă de copii și probele biologice Schick și Dick. Am procedat anume, la vârstele mai mari (peste 10 ani) la executarea acestor probe *anterior* vaccinării, ajungând prin aceasta la o selecționare a copiilor, deoarece nu am vaccinat decât pe aceia care s'au dovedit receptivi pentru boala respectivă. Vaccinarea a fost mixtă-asociată, sau disociată, după caz. La copiii din școlile primare (vârsta 7—10 ani), precum și la preșcolari nu am selecționat prin aceste probe copiii ci am procedat direct la vaccinare. În consecință, rezultatele pe care le publicăm aici se refer la patru categorii de copii:

- a) Vaccinați asociat (mixt), fără probe de selecționare.
- b) Vaccinați disociat, copii la care una singură probă a fost pozitivă la selecționare.
- c) Vaccinați asociat, selecționați prin probele Schick și Dick, având ambele probe pozitive.
- d) Vaccinați incomplet, cu una sau două doze integrale sau I—III doze fracționate, fie cu unul fie cu ambele antigene.

Înainte de a intra în analiza rezultatelor credem că trebuie să accentuăm următoarele:

a) Nu e suficientă o singură citire a probelor. Noi le-am citit de trei ori în următoarele intervale: 24, 48 și 72 de ore. Schick și Dick nu se prezintă concomitent și durata lor nu e uniformă. La o singură citire s'ar putea face greșeli.

b) Pentru a evita diferențe am ținut să facem probele cu material de aceeași vechime. Dată fiind labilitatea toxinei credem că procedura a fost necesară.

c) E nevoie ca una și aceeași persoană să facă citirea. Nuanțele fiind uneori foarte fine, e bine ca cititorul să dispună de o practică vastă.

d) Probele dubioase (1,8%) au fost eliminate din prezenta dare de seamă.

Cifra elevilor cari au fost controlați de noi se ridică la 5739.

* Vezi metoda în Bulet. Eug. și Biopolitic No. 5—7 1936.

Reacții Schick și Dick după 2 luni dela vaccinare, la elevii de 7—10 ani
neselectați și vaccinați asociați.

Tabela Nr. 1.

Denumirea anatoxinei	Cifra controlajilor	Probe Schick				Probe Dick			
		pozitive		negative		pozitive		negative	
		C.	%	C.	%	C.	%	C.	%
Ramon și Dick (subst. mixtă)	1.757	36	2,0	1.721	98,0	104	5,9	1.653	94,1

În tabela de mai sus am prezentat rezultatele vaccinărilor *mixte* la elevii din școalele primare.

În această categorie am controlat, două luni după vaccinare, 1757 de copii. La ei nu s'a făcut proba Schick și Dick înainte de vaccinare, ci au fost vaccinați direct, simultan cu ambele antigene.

Rezultatele sunt eclatante: 98,0 la sută sunt găsiți negativi, la proba Schick, față de difterie și 84,0%, la proba Dick, față de scarlatină. Nu dispunem de cifre care să arate procentul copiilor receptivi pentru această vârstă în orașul nostru, ne mulțumim deci să arătăm că proporțiile acestea trec peste cele mai optimiste aprecieri, deoarece nici când nu ne putem aștepta la rezultate sută în sută. Remarcăm că în lumina acestor probe, vaccinarea mixtă nu dă exact aceleași rezultate pentru ambele vaccinuri, vaccinarea antiscarlatinoasă e ceva mai puțin eficace decât cea antidifterică.

În tabela Nr. 2 prelucrăm materialul pe care ni l-a dat vaccinarea *disociață* la elevii între 10—20 ani. Aici, prin probele executate anterior am selecționat pe cei receptivi și fiecare a fost vaccinat numai pentru boala la care s'a dovedit sensibil. Controlul s'a făcut în trei etape: la 2 luni; la 5—6 luni și la 8—10 luni dela vaccinare. Dat fiind că fiecare copil a fost controlat atât înainte cât și după vaccinare *creditul care trebuie acordat cifrelor noastre este mare. El nu e limitat decât de însăși posibilitățile probelor biologice.*

Concluziile care se desprind din această tabelă sunt următoarele:

Imunizarea este mai intensivă la difterie decât la scarlatină, totuși și în aceasta s'a ajuns la o negativare a reacțiunii la 85,0% a vaccinaților. La difterie procentul celor imunizați este foarte mare: în medie 91,0%.

Reacții Schick și Dick la elevii receptivi de 10—20 ani, vaccinați disociaț.

Tabela Nr. 2.

Anterior selecționați		Vaccinați disociaț cu anatoxină:	Controlul s'a executat după vaccinare la :	REAȚII DE CONTROL							
				Schick				Dick			
Schick pozitiv	Dick pozitivi			pozitive		negative		pozitive		negative	
				C.	%	C.	%	C.	%	C.	%
253		Ramon	2 luni	31	12,2	222	87,8				
	190	Dick							36	18,9	154
437		Ramon	5—6 luni	42	9,6	395	90,4				
	230	Dick							35	15,2	195
649		Ramon	8—10 luni	46	7,1	603	92,9				
	418	Dick							61	14,6	357
Total : 1,339		Ramon	2—10 luni	119	8,9	1,220	91,1				
	Total : 838	Dick			M e d i a .						
								132	15,8	706	84,2
								M e d i a .			

Reacții Schick și Dick la elevi receptivi de 10–20 ani, vaccinați asociat.

Tabela Nr. 3.

Anterior selecționați găsiți Schick și Dick ambele reacții pozitive	Vaccinați asociați anatoxine Ramon și Dick înainte cu	R E A C Ţ I I D E C O N T R O L													
		Schick și Dick ambele pozi- tive		N u m a i				T O T A L							
				Schick pozitive		Dick pozitive		S c h i c k				D i c k			
		C.	‰	C.	‰	C.	‰	pozitive		negative		pozitive		negative	
								C.	‰	C.	‰	C.	‰	C.	‰
183	2 luni	8	4,4	13	7,1	22	12,0	21	11,5	162	88,5	30	16,4	153	83,6
240	5–6 luni	6	2,5	12	5,0	24	10,0	18	7,5	222	92,5	30	12,5	210	87,5
673	8–10 luni	14	2,1	22	3,2	62	9,2	36	5,3	637	94,7	76	11,3	597	88,7
TOTAL 1,096	2–10 luni	28	2,5	47	4,3	108	9,9	75	6,8	1021	93,2	136	12,4	960	87,6

Reacții Schick și Dick la elevii de 11—20 ani, vaccinați incomplet prin doze integrale și fracționate, urmând metoda asociată și disociată.

Tabela Nr. 4.

Vaccinați prin doze		La selecționare : Reacții Schick pozitive	La control : Reacții Schick				La selecționare : Reacții Dick pozitive	La control : Reacții Dick			
fracționate	integrale		pozitive		negative			pozitive		negative	
			C.	%	C.	%		C.	%	C.	%
	II	84	18	21,4	66	78,6	65	21	32,3	44	67,7
	I	17	7	41,2	10	58,8	23	11	47,8	12	52,2
III		232	54	23,3	178	76,7	141	49	34,7	92	65,3
II		54	17	31,5	37	68,5	29	12	41,4	17	58,6
I		32	14	43,7	18	56,3	32	16	50,0	16	50,0
Media		TOTAL 419	110	26,3	309	73,7	TOTAL 290	109	37,6	181	62,4

Rezultatele aceste le putem considera cu atât mai favorabile cu cât la majoritatea indivizilor a trebuit să procedăm la imunizarea fracționată, prin doze reduse, deoarece mulți copii s'au arătat extrem de sensibili la probele de sensibilitate după Moloney.

La un număr de 1096 de copii, care au fost găsiți la probele de selecționare receptivi pentru ambele antigene, am putut proceda la vaccinarea *simultană*. Desigur și aici am ținut cont de sensibilitatea relevată de Moloney, aplicând trei doze integrale numai acolo unde acestea s'au dovedit de inofensive. O comparație cât de sumară a datelor din prezenta tabelă cu acelea din tabela Nr. 2, ne dovedește că vaccinarea mixtă este mai eficace decât aplicarea fiecărui vaccin în parte. Într'adevăr, pe când la procedura disociată am avut în medie 85,2 imunizări la scarlatină și 91,1 la difterie, cota acestora este de 87,6% și 93,2 la aplicațiunea simultană a vaccinurilor. Această potențare este mai mare la toxina formolată Dick (3,4%) decât la Ramon (2,1%), cu toate că este bine exprimată și la aceasta. (Vezi tabela Nr. 3)

Progresiunea imunizării în funcție de timp este evidentă, maximum se află la amândouă anatoxinele la 10 luni după imunizare.

În tabela Nr. 4 am căutat să ne convingem dacă vaccinarea incompletă, prin 1—2 doze (respective 1—3 doze fracționate) are vreun efect și dacă acesta este în vreo legătură cu numărul dozelor primite. Rezultatele sunt și de data aceasta clare: Vaccinarea cu două doze dă un număr mai mic de imunizări decât vaccinarea cu trei doze complete. În al doilea rând se vede că numărul imunizațiilor este direct proporțional cu numărul dozelor primite. De aici rezultă că cu *materialul de care dispunem până azi nu putem reduce numărul injecțiilor*.

Concluziuni.

Rezultatele vaccinațiunii mixte sunt mai bune decât a celei disociate.

Efectul vaccinărilor este mai mare la vârstele tinere. La copii sub 10 ani imunizarea Ramon atinge 98,0% din ei. Dar și vârstele mai înaintate dau o cotă de peste 90,0% de imunizați.

Vaccinarea cu anatoxină Ramon este mai eficace decât cea cu toxină formolizată Dick. Totuși, și valoarea acesteia este destul de ridicată și ea se apropie în mod simțitor de efectul vaccinării contra difteriei. Deosebirea este numai de 4—7% în defavorul scarlatinei.

Zusammenfassung. Wir haben bei 5739 Kindern, im Alter von 7—20 Jahren die Schick- und Dickproben, zur Kontrolle der Impfergebnisse, angewandt. Unsere Impfmethode wurde in dieser Zeitschrift, Heft No. 5—7 1936 veröffentlicht.

Bei 1757 Kindern zwischen 7—10 Jahren die 2 Monate nach beendeter Impfung kontrolliert wurden, erreichte der Prozentsatz der Schick-negativen 98,0%, derjenige der Dick-negativen 94,1%. (Tab. 1.)

Bei 2177 Schülern (Alter 10—20 Jahre) war die Schick- und Dickkontrolle vor und nach der Impfung vorgenommen worden. Hier war eine Auswahl möglich: es wurde nur gegen diejenige Krankheit geimpft der gegenüber die Kinder bei der Vorkontrolle sich als empfindlich erwiesen. Die Kontrollproben wurden in drei Etappen: nach 2, 5—6 und nach 8—10 Monaten gemacht. Anatoxin Ramon gibt hier eine Prozentzahl von 91,1 Immunisierungen; das Prozent der Scharlach-unempfindlichen ist in dieser Kategorie 84,2. (Tab. 2.)

Bei der dritten Gruppe von 1096 Schülern desselben Alters, konnte die gemischte, simultane Impfung angewandt werden, da die Schüler bei der Vorkontrolle auf beide Proben positiv reagierten. Die Resultate sind günstiger als bei der vorangehenden Gruppe, es wurden 93,2 Schick- und 87,6 Dick-negative gefunden. (Tab. 3.)

Die Impfergebnisse nach partieller Impfung sind weniger günstig (Tab. 4.)

Die Impfungen mit Dick'schem formalisierten Toxin zeigen bei der Kontrolle eine nur etwas schwächere Wirkung als diejenigen mit Diphtherie Anatoxin. Die Resultate sind umso günstiger, in je jüngerem Alter die Impfungen stattfinden.

BCU Cluj / University Library Cluj

Scarlatina în spitalul din Turda

de

Dr. I. GHILEZAN.

Atât județul, cât și orașul Turda prezintă foarte importante focare endemo-epidemice de scarlatină și cu toate acestea numărul cazurilor noastre din spital este relativ mic.

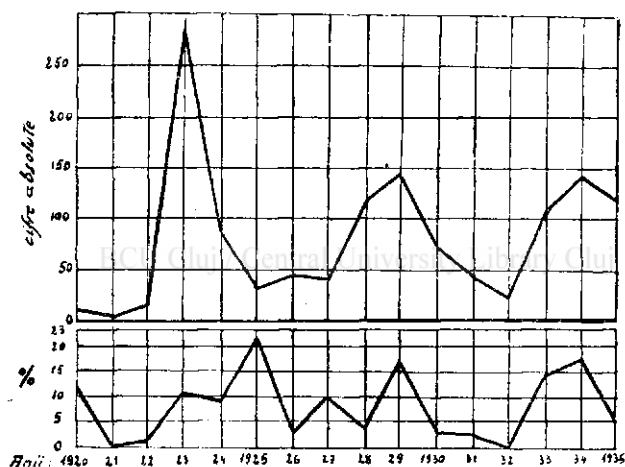
În orașul Turda, până în Decembrie 1933, în curs de 24 ani, au fost înregistrate 1183 de cazuri, număr ce nu corespunde realității, deoarece este cunoscută aproximația cu care se fac declarațiile. Din acest număr un procent foarte redus a fost internat în spital și amintesc pentru edificare datele din 1921, când din peste 40 bolnavi din oraș, au fost internați 2, iar în 1922, din peste 100, numai 13, restul fiind izolați și tratați la domiciliu.

Din cazurile internate din oraș peste 50% au fost grave, cu o fatalitate de 6,8%. În anii 1934—35 când s'au făcut vaccinații antifscarlatinoase, au fost internați 56 bolnavi, dintre cari 10, adică 17,9% vaccinați preventiv, făcând forme ușoare, dar fiecare a prezentat albuminurie pasageră. Doi dintre ei au fost aduși în săptămâna mână a boalei cu nefrită gravă și otite purulente, însă s'au vindecat. Cei nevaccinați au făcut forme grave în 45% a cazurilor, cu fatalitate de 8,3%.

În intervalul dela 1920—35, în spital au fost internate din oraș și din județ 1283 de cazuri, număr la care se referă lucrarea de față. Procentul cel mai mare de internași l-a furnizat Turda, urmată de aproape de Câmpia-Turzii, Vișoara, Mihai Viteazul etc. Din județ au fost internași numai din 59 de comune, deși județul are 123.

Evoluția cazurilor din spital, venite din oraș și județ, o prezintă în prima parte a graficei următoare, iar fatalitatea boalei la 100, adică proporția deceselor din cazurile întrate, o dau în partea doua.

Evoluția frecvenței scarlatinei și a fatalității boalei, în spitalul din Turda (județ și oraș).



Distribuția cazurilor și a deceselor în raport cu sezonul pe intervalul 1924—35 o dăm în tabela care urmează:

Cazurile, decesele și fatalitatea scarlatinei, pe luni. (Sumația din 1924—35.

Lunile	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
No. cazurilor	131	95	61	60	26	67	73	75	110	234	190	161
No. deceselor	14	7	7	8	3	7	3	2	13	16	17	13
Fatalitatea la 100	10.7	7.4	11.5	13.3	11.5	10.4	4.1	2.7	11.8	6.8	9.0	8.1

Din această tabelă citim, că scarlatina în spitalul Turda își are maximum de frecvență în Noemvrie și minimum în Mai—Iunie, iar

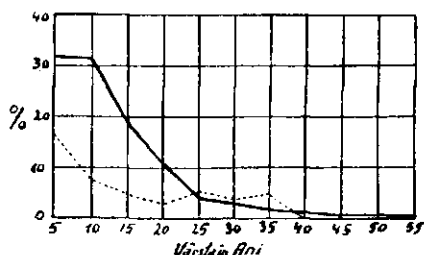
în ce privește fatalitatea boalei, observăm că a fost minimă în Iulie—August și maximă în Aprilie și Septembrie.

În ce privește repartizarea cazurilor pe vârstă, se vede din grafica următoare, că cea mai frecvent atinsă este vârsta cea dela 0—5 ani, urmată aproape fără diferență de cea dela 6—10 ani. Dela această vârstă coboară repede până la 25 ani, apoi se menține la un nivel coborât și dispare la 55 ani. În comparație cu distribuția deceselor pe vârstă constatăm, că acestea au o proporție mai ridicată până la 5 ani, coboară apoi și se mențin cu oscilații la același nivel până la 35 ani, după care vârstă, dispar.

Scarlatina în spitalul Turda.

<i>Etate :</i>	<i>Cazuri :</i>	<i>Decese :</i>
0—5	400	65
6—10	399	28
11—15	235	10
16—20	130	3
21—25	50	2
26—30	28	1
31—35	21	—
36—40	12	—
41—45	6	—
46—50	2	—
Total :	1283	110

Distribuția cazurilor și deceselor de scarlatină pe vârstă la 100 total. Cazuri: ___; Decese:



Sexele în cazurile noastre sunt atinse aproape egal.

Din 1283 cazuri, am avut grave 395, toxice și septice, deci 30.8 % din numărul total al celor internate din 1920—1935. Media fatalității acestora este 27.8%. Din acesta avem 139 tratate fără ser

dinainte de 1927, cu fatalitatea de 33.8% și 256 tratate cu ser, cu fatalitatea de 24.6%. Din cei 256 bolnavi numai 40.2% au venit la spital în primele patru zile și fatalitatea lor este 20.4%, ceilalți 59.8% au venit mai târziu, unii în agonie și dau o fatalitate de 32%.

Tratamentul în majoritatea cazurilor s'a făcut cu ser antifscarlatinos Cantacuzino, metale coloidale și pe o scară întinsă hidroterapie, mai ales din anul 1934. Tot de atunci la cazurile vaccinate preventiv contra scarlatinei n'am mai administrat ser, ele au fost numai supuse la regim lactat-hidric și după necesitate la împachetări reci. Rezultatul acestor proceduri nu e nevoe să-l susțin, pentru că se vede din datele expuse.

Personal am observat în ultimii ani peste 300 cazuri și este curioasă periodicitatea celor mortale cât și a celor grave. După cum am arătat, proveniența cazurilor este din 59 comune și am avut perioade de acalmie când bolnavii internați făceau scarlatine ușoare fără nicio complicație, decât rareori reacție serică. Aceste perioade coincideau cu taptul, că bolnavii proveneau numai din 2—3 centre scarlatinoase. Când venea un caz septic ori toxic, apăreau și în spital la bolnavii mai vechi ascensiuni febrile și complicații. Deasemeni decesele apăreau în serie după sucombarea vreunui caz fatal adus în extremis și începeau la 3—7 zile după moartea primului.

Expun perioada de timp dela 1 Octombrie până la 31 Dec. 1934.

Efectivul zilnic al bolnavilor varia de 10—15. Pavilionul de izolare poate adăposti în condiții igienice 16 persoane, însă camerele sunt astfel așezate încât bolnavii vechi trebuie să treacă prin cele ocupate de nou veniți pentru a ajunge la baie și astfel este imposibilă ținerea acestora în carantină.

Luna Octombrie trece fără cazuri mortale, bolnavii fiind internați din Turda, Câmpia-Turzii și Cheia, iar numărul lor nu trece peste limită. În Noembrie efectivul crește și pavilionul este în permanență plin. Sunt internați mai mulți copii din Buru de 9—14 ani cu forme ușoare și în 3 XII un caz septic din Câmpia-Turzii. Acesta sucombă în 7 XI și bolnavii din același salon prezintă puseuri febrile, adenite și nefrite, iar cei nou veniți nu devin afebrili decât după 6—7 zile.

La acest caz fatal se adaugă în ziua de 13 XI altul, tot din Câmpia-Turzii care sucombă în 15 XI. Influența acestuia asupra bolnavilor este și mai manifestă, aproape fiecare face reacție serică, iar uni ascensiuni febrile și manifestațiuni articulare asemănătoare reacției serice, deși serul a fost administrat cu 3—4 săptămâi înainte.

Doi bolnavi, după dispariția exantemului seric și a durerilor articulare fac pneumonie dublă și nefrită, dar se vindecă, altul face adenită cervicală supurată, vindecată deasemeni cu tratament chirurgical.

Cel mai caracteristic este însă cazul K. R. de 3 ani, intrat în serviciu în 21 X. A fost văzut la domiciliu de 2 medici și internat cu diagnostic de scarlatină.

Boala datează de o zi și a debutat cu cortegiul simptomatic clasic.

Obiectiv: temperatura 38° C, pulsul frecvent. Exantem tipic generalizat. Masca scarlatinoasă a lui Filatow pronunțată. Enantem și limbă caracteristică.

Se administrează 40 cc ser antiscarlatinos intrafesier. Se aplică desinfecție naso-faringiană cu protargol și gargară cu apă oxigenată. Este ținut la regim lactat-hidric.

A 2-a zi este afebril și boala decurge fără complicații. După 3 săptămâni se trece la regim declorurat și facobăi de curățenie. Descuamația pronunțată.

În ziua de 16. XI. dimineața prezintă cefalee, vărsături și temp. 38° C. Exantem toracic cu tendință de generalizare. Se presupune o reacție serică tardivă ca și la celelalte cazuri. După masă exantem tipic generalizat, febră 39° C. puls filiform, extremități cianotice reci, starea generală foarte gravă. Se face reacția de stingere Schultz—Charlton, care după 12 ore este pozitivă și se fixează diagnosticul de recidivă septică. Este adus în consult un medic din oraș și constată scarlatină. Se administrează de comun acord după desenzibilizare 40 cc ser antiscarlatinos intrafesier, calcimusc, oleu camphorat și china-ether, iar per os cardio-tonice în infuzie. Impachetări reci tot la 15—30 minute, însă febra se menține tot la 39° C. și starea generală se agravează. Se repetă a 2-a zi 60 cc ser și electargol, însă nu se observă nicio ameliorare și bolnavul sucombă în 19. XI.

Urmează o perioadă calmă până în 4. XII. când intră în spital un caz septic din Turda care sucombă în 6. XII. Aceleași fenomene ca la ceilalți bolnavi. O fetiță de 10 ani venită tardiv cu otită purulentă bilaterală, după 7 zile sucombă în meningită, pecând ceilalți bolnavi după o perioadă mai lungă de oscilații febrile și complicații se vindecă cu tratament adecvat.

În 1935 dela 1 Iulie, fiindcă numărul bolnavilor a trecut peste limita de capacitate a pavilionului, am izolat bolnavii într'o aripă a spitalului, unde am putut ține în carantină pe fiecare nou venit. Până la dispariția febrei n'am mai observat asemenea cazuri.

Am avut o singură fetiță M. V., de 12 ani, care în săptămâna

6-a se împunge la mâna dreaptă cu un ac și face flegmon palmar care se vindecă cu tratament chirurgical.

În acest an, dintre cei 35 bolnavi izolați în pavilion, la 60% a evoluat boala grav, deși nu toți aceștia au intrat cu fenomene toxice ori septică, cu fatalitate de 11.4%, pecând ceilalți 84, izolați în clădirea spitalului dau o fatalitate de 1.2% și evoluție gravă n'au prezentat decât 11.9% din ei.

În ce privește explicarea celorlalte fenomene observate, înclin spre explicația dată de Gordon, mai ales în privința etiologiei. El susține că virusul scarlatinos este de diferite tipuri și în afară de terenul variabil pe care se dezvoltă, gravitatea boalei este dată și de natura virusului. A ajuns la această convingere în urma observațiilor făcute în spitalul din Detroit, unde veneau cazuri din centre cu scarlatină benignă și ajungeau în spital în contact cu bolnavi veniți din centre maligne. În spital prezentau aproape toți, fără deosebire de centrul de origine o evoluție gravă, având fatalitate dublă față de cea din mediul extern. Ca explicație a dat suprapunerea virusurilor de diferite tipuri pe terenurile în general receptive, producând agravări cari fără această suprainfecție nu ar fi avut loc.

În baza acestei concepții sprijinite de observațiunile făcute cât și de rezultatele terapeutice obținute se poate explica și nereușita tratamentului în cazuri septică și hipertoxice, unde deși serul este administrat la timp nu are efect pentru că nu conține anticorpii virusului cauzator de boală.

Respectând în prepararea serului antiscarlatinos aceste principii și folosindu-se până la precizarea etiologiei streptococi hemolitici din mai multe regiuni, dacă e posibil izolându-se chiar din epidemiile în cari să se și administreze serul astfel preparat, rezultatele nu pot fi decât mai bune ca în prezent, după cum arată rezultatele terapeutice. Până atunci însă, pe baza celor expuse se poate afirma că în spitale, dacă se aplică regulile severe de izolare și terapie, fatalitatea poate fi redusă la mai puțin decât în mediul extern.

Resumé. L'Auteur envisage les cas de scarlatine dans l'hôpital de Turda pendant les années de 1920—1935. Il conclut que l'aggravation de cette maladie dans l'hôpital est causée par des virus surposés. Il préconise la préparation du serum antiscarlatineux en utilisant des streptococcs hémolitiques provenant des différentes sources épidémiques.

Actualități sanitare

de

I. MOLDOVAN.

1. La congresul Asociației generale a medicilor, ținut în zilele de 28. și 29. Noembrie la București, Dl Inspector General sanitar Dr. Stoichiță a prezentat un documentat raport asupra organizării sanitare rurale, insistând între altele — cum era și firesc — asupra importanței serviciului surorilor de ocrotire și îndeosebi asupra necesității de a avea medici igienisti ca conducători competenți ai serviciului preventiv, și plăși sanitare ca unități cu scop predominant preventiv. Aceste cerințe au fost respectate în legea din 1930, nu ca o inovație născocită de un creier străin de realitățile sanitare, ci ca un imperativ al experienței și științei, realizat mai mult sau mai puțin în toate țările Europei, ca și în Statele Unite. Chiar și Franța, atât de conservatoare față de curentul preventiv al organizării sanitare, dispune azi de instituția medicilor igienisti și este pe calea, de a crea și unitățile necesare desfășurării acțiunii preventive. Nu este deci vorba de deosebiri de vederi între „școala din Cluj” și „școala din București”, ci de încăpăținată opunerea a unor colegi față de principii de organizare sanitară, acceptate de toată lumea civilizată, definitiv consacrate în importanța lor hotăritoare pentru evoluția progresivă a sănătății publice și singur ele dovedite capabile de a asigura reducerea progresivă a mortalității.

La ședința congresului a participat la început și Dl Ministru al Sănătății. Fiind însă obligat să plece înainte de ce colegul Dr. Stoichiță a putut să-și desvolte raportul, Dl Ministru, care luase înainte cunoștință de concluziile raportului, a ținut să declare între altele, că este hotărât contra medicului igienist și contra plășii sanitare, fiindcă nu s'a putut convinge personal de necesitatea lor. Sunt aproape sigur, că ascultarea expunerii Dlui Dr. Stoichiță ar fi avut darul să dea de gândit Dlui Ministru, să-l determine a lua în cea mai serioasă considerare problemele puse și de a încerca soluționarea lor în sensul raportului, așa cum întregul congres a sfârșit prin unanima acceptare a concluziilor prezentate de raportor.

Este adevărat ca Dl Ministru Dr. Costinescu, care combătuse înainte instituția surorilor de ocrotire, i-a acordat toată înțelegerea și tot sprijinul, după ce s'a convins personal de felul și rodul muncii unor surori în serviciu. Și este tot așa de adevărat, că inspecția pe

care Dl Ministru a făcut-o în anul 1934 plășii Gilău nu a avut darul, să-l convingă de necesitatea acesteia. Nu fiindcă rezultatele obținute nu ar fi fost concludente, ci probabil din motivul, că prea era înrădăcinată concepția tradițională a organizării sanitare rurale, pentru a putea fi răsturnată prin rezultatul unei scurte inspecții, în decursul căreia Dl Ministru s'a lăsat mai mult impresionat prin defectele organizației încă începătoare, decât prin realizările și rezultatele obținute. Și defecte erau atunci și sunt și azi încă destule în funcționarea plășii sanitare Gilău.

Să așteptăm până hazardul va oferi Dlui Ministru prilejul de a se convinge personal de rostul medicului igienist și al plășii sanitare? Nu cred că ar fi bine. Pe de altă parte nime nu poate obliga conducerea noastră sanitară de a generaliza instituția plășii sanitare contra convingerei proprii. Dar dacă Dl Ministru ar rezerva o parte numai din energia și hotărîrea puse azi în serviciul înzestrării organizației sanitare cu medici de circumscripție, dispensarii, sanatorii și îndeosebi cu resurse materiale, pentru a încerca în mod obiectiv, sincer și nepreocupat și la noi rostul unei organizațiuni dovedită bună în toată lumea civilizată, și-ar câștiga — după modesta mea părere — un titlu de merit poate și mai mare, decât acela al consolidării instituției surorilor de ocrotire și al asigurării materiale a organizației noastre sanitare. De altfel surorile de ocrotire, lucrând izolat, nefiind încadrate în sistemul de muncă caracteristic plășii sanitare, condusă competent de medicul igienist, nu pot să-și îndeplinească rostul.

Este deci urgent să se repună în lege instituția medicului igienist și să se asigure prin proximalul buget creiarea deocamdată a atâtor plăși sanitare, ușor controlabile, de câți medici igienişti destoinici vom putea dispune după o severă selecțiune. De capacitatea lor va depinde totul.

Eu cred că starea în care se află sănătatea noastră publică și perspectiva unei îndreptări, merită atâta jertfă atât a orgoliului propriu cât și din punct de vedere bugetar. Și atunci colegii cari au luptat la Congresul din București pentru înfăptuirea serviciului preventiv, vor avea satisfacția, de a fi pus cu o zi mai de vreme în mai intensă mișcare o organizațiune salvatoare de vieți românești, cari ne vor fi tot mai scumpe, cu cât mai mult va trece vremea.

Reviste în schimb cu Buletinul.¹

1. Revista **Fundațiilor Regale**. Nrile 3—12, 1936. In nr. pe Aprilie. Dr. I. Nemoianu: *Aspecte din depopularea Banatului*. — In nr. pe August: Al. Mironescu: *Fundamentul chimic al eredității*. Autorul schițează succint bazele fizice ale fenomenului ereditar.

2. **Sociologie Românească**. Nrile 1—11, 1936. In noua periodică a Sociologului D. Gusti vedem o nouă forță pe alt front de luptă, dar cu același țel urmărit de noi înșine: cunoașterea integrală a corpului nostru etnic, pentru ca la lumina acestei cunoașteri să se aplice norme adecvate de politică socială și de biopolitică. — In nr. 1: D. C. Georgescu definește scopul secției de Demografie, Antropologie și Eugenie înființată în cadrul Institutului Social Român și pusă sub conducerea Drului S. Manuilă. — In nr. 3. Traian Herseni: *Consecințe pedagogice ale sociologiei copilului*, propune investigația vieții sociale a copiilor de școală, ca o ramură specială a sociologiei sau — cum o numește autorul cu un termen propriu — ca *sociotehnică școlară*. — D. C. Georgescu dă „*Schița antropologică a satului Runcu-Gorj*”. — S. Manuilă se ocupă cu obiectivele „*Societății regale române de eugenie și studiiu eredității*”. — In nr. 6: Roman Cressin: *Mișcarea populației din com. Șanț*. — In nr. 7—9: D. Gusti precizează „*Temeiurile teoretice ale cercetărilor monografice*, definind rostul fiecărui cadru în complexul monografiei. Cadrul biologic însumează: mișcarea demografică, compoziția rasială, igiena, patologia colectivă, etc. — I. Făcăoaru: *Antroposociologia*. — R. Cressin: *Familia*. — Traian Herseni: *Metabolismul social*. Se discută interesanta problemă a biologiei claselor sociale, a elitelor și a circulației elementelor de elită. — In nr. 10: I. Făcăoaru: *Compoziția rasială a populației din Șanț*. — Traian Herseni: *Metabolismul social* — de un mare interes este partea discuției privitoare la lămurirea metab. s. pe temeuri biologice.

5. Revista **Institutului Social Banat-Crișana**. Director: Dr. Cornel Groșoreanu. Nr. 15, 1936. — Prof. C. Stoicănescu: *Un aspect al vieții naționale și economice la frontiera de Vest*.

6. **Gând Românesc**. Redactor: Ion Chinez. Nrile 1—12, 1936. In nr. 8—9. Ion Breazu: *Realizări și perspective noi ale „Astrei”, Șoimii Carpaților*. Autorul analizează rostul organizației „Șoimilor” — unul din punctele programului biopolitic al actualului președinte al „Astrei”. Ion Chinez: *Astra jubilară*. Autorul expune activitatea Astrei și se ocupă în special cu programul biopolitic conceput de Prof. Iuliu Moldovan. — Ovidiu Coșșia: *Biopolitica*. Autorul schițează succint și judicios condițiile sociale și bioetnice al poporului român, cari l-au îndemnat pe „părintele biopoliticei” — Prof. I. Moldovan — să pună asemenea realizări pe primul plan al activității „Astrei”. — N. Săulescu: *Școala jărănească*. — Ilariu Dobridor: *Intellectualitatea și pseudomorfozele culturii*.

¹ Menționăm numai revistele cari conțin articole din domeniul eugeniei și al biopoliticei sau cari ating probleme din domeniile învecinate.

7. *Revista Generală a Invățământului*. Nrile 1—10, 1936. In nr. 3—4. C. Kirițescu: *Congestionarea universităților: o primejdie socială* — un articol bine venit, în care se preconizează descongestionarea universităților și contingentarea nrului studenților. — Iosif I. Gabrea: *Semnificația studiului individualității pentru școala românească*. Autorul preconizează școala selectivă și studiul individualității pe baza informațiilor genealogice (privind ereditatea copilului). — In nr. 5—6. Victoria Petrescu—Heroiu: *Eugenia copiilor români*. Aut. cere introducerea măsurilor eugenice la noi. — In nr. 7—8. D. Ionescu, *Selecția în școala secundară*. — In nr. 9—10. M. Mihăileanu: *Licee cu nesdruncinabilă reputație?* Aut. crede, că straturile sociale sunt egal înzestrate: concepție arbitrară și nebiologică.

8. *Revista de Pedagogie*. Director: C. Narly. Anul VI, 1936. In caetul II. Tr. Brăileanu: *Rolul social al învățătorilor definit prin „teoria elitelor”*. Aut. justifică în mod judicios aplicarea principiului selectiv, spre a da rolul cuvenit elitelor morale.

9. *Clujul Medical*. Nrile 1—11, 1936. In C. M. apar dările de seamă ale ședințelor „Societății Române de Antropologie”. — In nr. 6. Dr. P. Râmneanțu: *Mecanismul reducerii natalității în Banat*. — Dr. Gr. Benetato: *Ancheta asupra alimentației țaranului din Munții Apuseni*. Studiu în cadrul monografiei sociologice dela Măguri a „Aștrei” și care constituie un model pentru cercetările monografice de asemenea natură.

10. *Mișcarea Medicală Română*. Director: Doc. Dr. M. Cănciulescu. Nrile 1—10, 1936. In nr. 3—4. Prof. Dr. M. Kernbach: *Responsabilitatea penală și tendințele medico-legale actuale*. Un f. interesant și judicios articol despre criminologie, continuat în nrile consecutive până la nr. 7—8.

11. *Revista de Medicină Legală*. 1936. In nr. 1. Prof. Dr. N. Minovici și Dr. I. Stănescu: *Hereditatea în criminologie*. — I. Vasilescu—Bucium: *Criminologia și eugenia*. In nr. 2. Dr. Enăchescu S. D., *Sterilizarea eugenică*.

12. *România Medicală*. Director: Prof. Dr. P. Tomescu. Nrile 1—24, 1936. In nr. 22. Dr. Gr. I. Odobescu, *Politica eugenică*. Autorul discută modalitățile unei reforme eugenice.

13. *Revista de Igienă Socială*. Director: Dr. G. Banu. In nr. 2. G. Banu: *Protecțiunea materno-infantilă, în general și la noi*. In nr. 4. G. Banu: *Principii generale de organizare a protecției copiilor și adolescenților*. In nr. 5. G. Banu: *Certificatul medical prenupțial*. In acest articol f. interesant, autorul pune necesitatea legiferării la noi a certificatului medical prenupțial. — Dom. Stanca: *Sterilizarea prostituției*. — In nrile 6—8. G. Banu: *Condițiile de viață ale colectivităților și bolile sociale*. — In nr. 10. G. Banu: *Principes d'un programme d'hygiène de la race*. Autorul schițează programul unei reforme eugenice la noi și justifică necesitatea imperioasă a unei legiferări în domeniul igienei rasiale.

14. *Ideea Națională*. Director: N. N. Manolescu. Anul III, nrile 4—24. N. N. Manolescu: *Statul cultural al muncii naționale*. In această serie de articole, autorul schițează un program politic, în care preconizează reforme eugenice pentru regenerarea rasei. In nr. 5: I. I. Făcăoaru: *Eugenia în Germania*. In nr. 13: G. I. Făcăoaru: *Reforma agrară în lumina biopolitice și a igienei națiunii*. In nr. 22—23: G. I. Făcăoaru: *Votul universal în lumina biopolitice și a igienei națiunii*. Anul IV. Nrile 1—25: I. I. Făcăoaru: *Rasa și Rasismul, o punere la punct a unei probleme de actualitate*, o serie de articole (nr. 1—9).

I. Făcăoaru.

Conținutul vol. VII. 1936.

	Pag.
Beculescu—Pascu și D. Pascu : O anchetă socială asupra frecvenței tuberculozei în mediul școlar rural din județul Mureș	221
Comșia, O. : Biologia familiei. Din biotipologia femeii	32
„ : Spațiul biologic	321
David, P. și Vlad, P. : Constatări și discuții în jurul vaccinărilor asociate antidifterice și antiscarlatinoase în municipiul Cluj, în anul 1935	202
Făcăoaru, I. : Compoziția rasială în populația din Voșlăbeni, (jud. Ciuc)	38
„ : Legea pentru apărarea sănătății ereditare a poporului german	49
„ : Legiferarea avortului din indicații eugenice în Germania	57
„ : Indicele nasal la români, săcui și ungui	101
„ : Test individual pentru măsurarea inteligenței	140
„ : Familii degenerate și costul lor pentru societate și stat	214
„ : Introducerea eugeniei în învățământul german de toate gradele	270
„ : Realizări eugenice și biopolitice	347
„ : Cronica eugenică 63, 129, 227,	316
„ : Reviste românești în schimb cu „Buletinul“ 130,	381
„ : Reviste streine	132
Federici, N. : Politica demografică în Italia	65
Ghilezan, I. : Scarlatina în spitalul din Turda	373
Moldovan, I. : Casă de ocrotire sau dispensar rural?	3
„ : Actualități	59
„ : Principii de bază ale organizațiunii sanitare	133
„ : Actualități sanitare	379
Munteanu, L. : Considerațiuni asupra vaccinării simultane contra difteriei și scarlatinei în municipiul Timișoara	108
Nistor, P. : Organizarea sanitară rurală	227
„ : Calificarea medicilor sanitari	307
Preda, I. : Considerațiuni asupra unei mai bune organizări psihiatrice	247

Radu, C.	: Principii și metode pentru organizarea și administrarea spitalelor	294
"	: Propuneri pentru intensificarea și îndrumarea activității științifice a spitalelor	359
Râmneanțu, P.	: Studiu asupra depopulării Banatului. Cauzele depopulării. Partea III. Rezultatele anchetei demografice din com. Jablanița, jud. Severin	14
"	: Corelația dintre nupțialitate și natalitate, bazată pe proporțiile acestor fenomene demografice, din comunele rurale din Banat	44
"	: Sub-nutriția la copiii de școală și infecția tuberculoasă	54
"	: Studiu asupra depopulării Banatului, Partea IV. Propuneri, în legătură cu organizarea acțiunii contra depopulării	120
"	: Cauzele mortalității copiilor de 0—14 ani, la diferite vârste, pe sex și mediu	162
"	: Tabele pentru înălțimea, greutatea și determinarea stării de nutriție a copiilor români de 5—15 ani	229
"	: Lungimea medie a vieții în Cluj	333
Râmneanțu, P. și Ardeleanu, I.	: Gripa din iarna anului 1934—35 în România și repercusiunea ei asupra celorlalte cauze de deces. Studiu epidemiologic și statistic	80
Turcu, T., I. Russu și C. Nappendruck	: Combaterea specifică simultană a difteriei și scarlatinei în Turda. Situația după 2 ani și jumătate dela începerea campaniei	179
Vlad, P.	: Plasa, nucleu de organizație sanitară	355
Vlad, P. și David, P.	: Vaccinările antidifterice și antiscarlatinoase în Municipiul Cluj, în anul 1935. Primele constatări	187
"	: Rezultatele vaccinărilor antiscarlatinoase și antidifterice controlate cu probele Schick și Dick	367
Voina, A.	: Oficiul eugenic	255
Zolog, M.	: Calificarea medicilor	7

