

BULETIN

EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. VIII.

Nr. 8-9.

AUGUST-SEPTEMBRIE

1937



206

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

BULETIN

EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. VIII.

Nr. 8-9.

AUGUST-SEPTEMBRIE

1937

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

Principii de organizare sanitară rurală.

de
Agregat Dr. M. ZOLOG

Mișcarea populației României este caracterizată, pe de o parte, prin scăderea natalității, pe de altă parte prin o mortalitate, care cu toată scăderea natalității, continuă să rămână la același nivel ca și când natalitatea a fost mai urcată, sau să scadă în proporție cu mult mai mică decât natalitatea.

Până când în 1921 am avut o natalitate de 39.5⁰/₀₀ loc. în mediul rural-urban întrunit, și de 44.2⁰/₀₀ loc. în mediul rural, în 1936 această natalitate a scăzut la 31.5⁰/₀₀ în mediul rural-urban întrunit și la 33.8⁰/₀₀ loc. în mediul rural.

Dacă cercetăm evoluția mortalității generale pe același interval, constatăm că ea a scăzut foarte puțin, de la 23.7⁰/₀₀ loc., în 1921, la 19.8⁰/₀₀ loc., în 1936, în mediul rural-urban întrunit. Mortalitatea în mediul rural a scăzut de la 25.7⁰/₀₀ din 1921 până la 19.9⁰/₀₀ în 1936. Nu suntem siguri dacă chiar și această mică scădere este reală sau numai aparentă și se datorește modificării în distribuția populației pe vârstă.

Oricare ar fi explicația, un fapt e sigur, că excedentul natural scade din an în an și dacă nu se vor depune toate eforturile pentru combaterea mortalității, fenomen demografic mai ușor influențabil decât al natalității, suntem în mod serios amenințați, ca, în viitorul nu prea îndepărtat, balanța noastră demografică să arate un deficit, așa cum ne-o arată deja câteva județe de la granița de vest.

În fața acestui pericol amenințător trebuie să punem o organizare sanitară serioasă, căreia trebuie să-i asigurăm *continuitatea și fondurile necesare.*

Accentuez *continuitatea*, cel puțin în principiile de bază ale organizării, considerând actualul sistem, după care principiile fundamentale ale organizării se schimbă deodată cu schimbarea conducătorilor Ministerului sănătății, drept catastrofal. Aceste schimbări se fac uneori la intervale foarte scurte, din care motiv e imposibilă realizarea unui program de muncă pe durată mai lungă.

Accentuez în al doilea rând *fondurile*, fiindcă e o iluzie a crede că fără fonduri corespunzătoare se poate realiza ceva în domeniul sănătății publice.

Principiile fundamentale, consfințite printr'o îndelungată experiență și acceptate aproape integral de toate țările civilizate, majoritatea lor fixate în legea sanitară și de ocrotire din 1930, altele rezultate din discuțiunile medicilor grupați în „secția eugenică și biopolitică” a Astrei, conform cărora trebuie să se facă organizarea sanitară, sunt următoarele :

1. Sănătatea publică este o problemă de interes general, în ansamblul ei o unitate pentru toată țara, conducerea și răspunderea tehnică, ca și fixarea normelor pentru evoluția ei, revenind unei singure autorități centrale, Ministerului sănătății publice.

2. Organizațiunea sanitară și de ocrotire trebuie să fie cuprinzătoare, respectând toate cerințele privind sănătatea publică, adică integritatea și prosperarea biologică (fizică și psihică), calitativă și cantitativă a generațiilor actuale și a celor viitoare ale populațiunii.

3. Serviciul sanitar, în toate compartimentele lui, trebuie să fie tehnic și nu birocratic.

4. Organizațiunea sanitară și de ocrotire trebuie să fie în primul rând preventivă și nu atât individul bolnav, ci populațiunea sănătoasă din întreaga rază de acțiune a serviciului, păstrarea sănătății prezente și viitoare a acestei populații, în ansamblul ei, trebuie să fie principala preocupare a serviciului.

5. Organizațiunea sanitară și de ocrotire trebuie să se bazeze pe cunoșterea permanentă a realității, pe urmărirea și înregistrarea necontenită a stării și mișcării populației și a tuturor fenomenelor și factorilor, capabili să influențeze în bine sau în rău sănătatea.

6. Activitatea serviciului sanitar trebuie să fie programatică, sistematică și acomodată împrejurărilor. Știința și experiența ne indică atât pentru problemele parțiale (tuberculoză, venerii, boli infecțioase, mortalitate infantilă, etc.), cât și pentru problema sănătății publice în ansamblul ei, soluțiuni programatice care fixează atât ținta de urmărit cât și felul și mersul realizării necesare. A nu respecta acest postulat înseamnă riscul unei zădărnice cheltuieli sau risipiri de energii și material.

7. Serviciul sanitar și de ocrotire trebuie să fie descentralizat, ceea ce înseamnă că descentralizarea trebuie să fie în cadre limitate de interesul general, resurse financiare, gospodărie, autonomie, inițiativă, colaborare, competență și răspundere. Descentralizare înseamnă orânduirea în așa fel a serviciului ca fiecare necesitate de ordin sanitar și de ocrotire să-și poată afla o soluțiune la timp, acomodată posibilităților, până în circumscripția rurală sau chiar până în comuna rurală.

8. Serviciul sănătății publice nu este un atribut exclusiv al medicilor și al organizațiunii pendent de Ministerul sănătății publice. Toate Ministerele, toate autoritățile și chiar toți cetățenii trebuie să participe activ în permanentă cointeresare la bunul mers al sănătății publice.

9. Variatele interese și contribuții, cari trebuie să concure la progresul sănătății publice, cer în mod firesc o prudentă coordonare a eforturilor, pentru a evita coliziuni și suprapuneri, pentru a fixa fiecărui locul cuvenit și felul contribuției în marele mecanism, care deservește sănătatea publică, pentru a asigura integrarea optimă a acelor eforturi, fie ele de ordin material sau tehnic, spre atingerea scopului suprem urmărit, și pentru a se putea realiza cu mijloace comune instituției, cari servesc un scop comun.

10. Sarcinile materiale, necesare pentru repararea defectelor de ordin sanitar sau pentru asigurarea păstrării și prosperării sănătății, se vor repartiza între individ, colectivitate, societate și stat, după cum dictează răspunderea pentru ivirea defectului și în raport cu interesul sau beneficiul fiecărei categorii în rezolvirea variatelor probleme de ordin sanitar și de ocrotire.

11. Pentru salarizarea personalului trebuie să fie hotărâtoare: calitatea pregătirii legale, importanța funcțiunii, vechimea în serviciu și faptul dacă își devotează tot timpul serviciului sau are libertatea unei activități profesionale colaterale, aducătoare de venituri (d. e. clientela particulară), sau înfățișat dacă pe lângă aceasta chiar și funcțiunea oficială asigură în mod normal un spor de venituri profesionale.

* * *

Pe baza acestor principii fundamentale, în cele ce urmează, voi schița organizarea sanitară rurală, pe care o cred potrivită pentru țara noastră.

I. *Unitatea sanitară rurală cea mai mică este circumscripția sanitară*, condusă de medicul de circumscripție, ajutat de sora de ocrotire.

1. Delimitarea circumscripțiilor sanitare să nu se facă exclusiv după numărul populației, ci și după posibilitățile de comunicație, distanțe între comune, dispersiunea comunelor și gravitatea problemelor sanitare. Pot fi deci circumscripții cu max. 8—10.000 loc. pe lângă care trebuie să fie un număr de circumscripții cu 4—5000 loc. sau poate și mai puțin. Reorganizarea pe această bază a circumscripțiilor

dacă nu se poate face pe toată țara deodată, să înceapă cu județele cari sunt în mai mare suferință din acest punct de vedere.

Chiar și salariile medicilor ar putea varia după felul circumscripției.

2. Sediul unei astfel de circumscripții să fie comuna cea mai ușor accesibilă de populația celorlalte comune. La sediu să i se asigure medicului o locuință corespunzătoare.

3. În interiorul circumscripției, după posibilitate, se vor forma grupuri de 2—3 comune, cari vor servi ca subcentre de acțiune, (Casă de ocrotire-filială), pentru activitățile și consultațiunile cari nu permit o mai mare descentralizare, ceea ce nu înseamnă că în alte ramuri de activitate descentralizarea să nu meargă până la comună și chiar până la familie.

4. Personalul circumscripției este: medicul de circumscripție, una sau după necesitate și posibilitate mai multe surori de ocrotire, dintre cari una are totdeauna reședința la sediul circumscripției, iar celelalte, dacă sunt, la subcentrele descrise la p. 3.

Mutarea și transferarea medicilor de circumscripție și a surorilor de ocrotire să se permită numai la anumite intervale, 2—5 ani, altcum schimbările prea frecvente desorganizează serviciul.

Reorganizarea circumscripțiilor pe baza celor precizate mai sus va absorbi încă mult timp medicii pregătiți de facultăți, precum și pe cei cari vor putea fi dislocați din orașe. Va fi absorbit un mare număr de medici și de alte cerințe ale serviciului sanitar.

După această perioadă evoluția firească a lucrurilor va duce la stabilirea medicilor particulari la sate, când vor găsi și condițiuni potrivite pentru existență. La acest moment va trebui revizuită organizarea sanitară rurală.

Până la înlocuirea agenților sanitari, cei în funcțiune vor continua să lucreze, dar numai în domeniul sanitației. Noi numiri să nu se mai facă.

Trebuie pentru fiecare comună o moașă bine pregătită și salarizată în mod corespunzător. Comunele mai apropiate pot fi deservite și de o singură moașă, în care caz reședința lor va fi la subcentrele prevăzute la p. 3.

Cred că pregătirea actuală de 2 ani a moașelor este prea lungă și prea costisitoare și ridică, peste posibilitățile bugetare, pretențiile lor la salariu. Cred că o pregătire destul de temeinică li se poate da și în 6, maximum 12 luni.

Ridicarea nivelului instrucției lor prealabile la 4 clase secundare, precum și însărcinarea lor cu o parte a atribuțiilor surorilor de ocrotire, cred că este de asemenea greșit. Mai bine să înmulțim numărul surorilor de ocrotire.

Cred că ar fi bine ca să se introducă sistemul vechiu, practicat în Ardeal, după care pregătirea moașelor se făcea în contul comunelor cari le trimiteau la școală și de unde erau obligate să se reîntoarcă și să servească pe baza unui salariu stabilit.

Atribuțiile personalului sunt cele prevăzute în legea din 1930. Medicul de circumscripție are atribuții mixte, cu predominanță însă curative.

5. Instituțiile sanitare necesare circumscripției:

La sediul circumscripției, o casă de ocrotire, care este centrul întregii activități sanitare, de ocrotire și educație a populației. Casa de ocrotire să fie compusă din cel puțin o cameră de așteptare și o cameră de consultații, cari la nevoie se pot transforma în sală de conferințe, un birou al serviciului și o cameră pentru sora de ocrotire. Complectarea ei se poate face în ordinea următoarea: o baie duș, salon pentru copii bolnavi, bucătărie de demonstrație, sală de intervenție și nașteri, cămin de zi, etc.

La subcentrele prevăzute la p. 3. să existe o cameră de așteptare și consultație, iar unde este soră de ocrotire, o cameră pentru ea.

Pentru caz de epidemii să se prevadă infirmerii provizorii, pe comune sau grupuri de comune.

6. La casele de ocrotire se vor face consultații gratuite pentru următoarele categorii: gravide, sugaci, preșcolari, școlari tbc. și venerii, sau alte probleme unde există: ca pelagră, malarie, etc. și pentru săracii circumscripției. Consultațiile se vor ținea la zile și ore fixate în programul de muncă. Consultațiile cu plată se vor ținea la cabinetul medicului, din care motiv e bine ca el să fie separat de casa de ocrotire.

7. Medicul de circumscripție, de acord cu medicul igienist de plasă, va stabili programul de muncă și realizării a circumscripției, în conformitate cu problemele cari se pun, cointeresând și asigurând colaborarea autorităților comunale.

II. A doua unitate sanitară rurală este plasa sanitară condusă de medicul igienist.

Această unitate, împreună cu medicul igienist, trebuie intercalată între circumscripție, cu atribuții mai mult curative și județ, cu atribuții

mai mult administrative, ca o unitate cu atribuții preventive și tehnice.

1. Delimitarea plaselor sanitare se va face după aceleași principii ca și a circumscripțiilor, fără ca o plasă să poată trece pe teritoriul unui alt județ. Nu numărul populației să fie deci exclusiv hotărâtor, ci și posibilitățile de comunicație și distanțele. Numărul circumscripțiilor pe plasă va fi deci variabil, în termen mediu 4—6, sau chiar mai multe, iar numărul populației, va varia în jurul cifrei de 50,000 loc., iar în condițiuni excepțional de bune până la 100,000 loc.

2. Personalul plasei este: un medic igienist de plasă, specializat în igienă și sănătate publică, full-time, fără alte ocupații și fără clientelă, salarizat în mod corespunzător și cu drept de locuință în natură.

Mai trebuie o soră de ocrotire conducătoare, un oficiant sanitar (conducător tehnic sanitar), pentru problemele de sanitație și un funcționar de birou și personal de serviciu.

Afară de acest personal permanent plasa trebuie să mai dispună în mod limitat, pe anumite zile și ore la săptămână: de un medic puericultor, un medic specializat în tbc. un oto-rino-laringolog și un dentist. Acest personal fie că este angajat direct de plasă, ca part-time, fie că aparține județului, va lucra conform unui program stabilit, la casa de ocrotire dela sediul plasei, precum și la casele de ocrotire dela circumscripție și la subcentrele (filiale de case de ocrotire) prevăzute la cap. I, și la caz de nevoie chiar în comune, pentru a descentraliza cât mai mult activitatea și a lăsa să beneficieze un număr cât mai mare a populației.

Atribuțiile detaliate ale personalului sunt cele prevăzute în legea din 1930, adică de natură preventivă.

3. Plasa va dispune de mijloace de locomoțiune, mașină sau trăsură, după condițiunile locale.

4. Instituțiile de cari dispune plasa sunt următoarele:

a) Casa de ocrotire centrală care va avea aceleași secții ca și cele dela circumscripție (așteptare, consultații, cameră pentru soră, salon pentru copii, bucătărie, baie, cămin de zi, salon pentru cazuri urgente, nașteri, etc.) și va fi complectată cu un mic laborator de diagnostic pentru tbc., difterie, urină, etc. și un aparat Röntgen.

b) Acolo unde se simte necesitatea, în centre mai mari, va avea un spital cu 2 secții și cel puțin 60 paturi.

c) Un pavilion pentru boli infecțioase.

5. Programul de muncă al plasei, precum și bugetul se vor stabili de comun acord cu medicul primar de județ și medicul igienist al plasei, în conformitate cu problemele cari se pun, cointeresând și autoritățile locale.

III. *A treia unitate sanitară este județul, condus de medicul primar de județ. El trebuie să fie igienist calificat, având o experiență de o anumită durată la plasă sau alte instituții sanitare, de ex. : Institute de igienă și sănătate publică, laboratoare de igienă. Să fie full-time, fără altă ocupație, fiind salarizat în mod satisfăcător, cu drept la locuință și transport.*

Serviciul sanitar județean trebuie să fie un serviciu de administrație și tehnică sanitară, și nu de birocrație. Medicul primar de județ conduce, îndrumază și controlează întreg serviciul sanitar din cuprinsul județului, fiind șeful ierarhic al întregului personal medical și sanitar auxiliar. Medicul primar județean, pentru a putea asigura colaborarea autorităților administrative și pentru a putea susține interesele sanitare, va trebui să facă parte de drept din delegația cons. jud. sau comisia interimară județeană.

1. Personalul serviciului sanitar județean :

Medicul primar județean va avea la dispoziția lui personalul de birou și de serviciu corespunzător.

Afară de acesta va mai avea unul sau mai mulți medici puericultori, fiziologi, oto-rino-laringologi și dentiști în raport cu numărul populației și după faptul dacă plasele au acești specialiști sau nu. Ei vor lucra în mod alternativ la casele de ocrotire ale plasei sau circumscripției, la filiale sau chiar în comune, după un program stabilit, vor avea la dispoziție un camion cu *Röntgen portabil*.

Ca personal mai e necesară o soră de ocrotire șefă, referentă în problemele de ocrotire. Un inginer sanitar, eventual servind în același timp și orașul sau municipiul de reședință, ar fi foarte util pentru dezvoltarea problemelor de sanitație.

În județe mici, cu comunicație bună, unde nu se simte nevoia de a împărți județul în plase, medicul primar de județ va avea un medic igienist central la dispoziție.

Pentru a descentraliza nu numai medicina preventivă ci și cea curativă, ar fi bine ca specialiștii spitalului central județean, la anumite intervale, 1 zi la săptămână de ex., s'ar deplasa la casele de ocrotire ale plasei sau circumscripției, ar examina și ar trata bolnavii prezenți. Ar putea face acest serviciu în special chirurgii și oto-rino-laringo-

logii, făcând mici operații, cari se pot face la casele de ocrotire și unde tratamentul post-operator nu cere o competență deosebită.

2. Instituțiile sanitare ale județului sunt următoarele :

a) Spitalul central județean, cu serviciul de specialitate, bine utilat, și bine aprovizionat.

b) Laborator de igienă (bacteriologie și chimie).

c) Sanator sau secție de sanator la Spitalul central.

d) Spital de boli infecțioase, sau secție la spitalul central.

e) Preventoriu.

f) Dispensar central policlinic.

g) Oficiu de ocrotire central.

Aceste instituții sunt comune, servesc atât orașul de reședință, cât și județul.

* * *

Din expunerea mea am omis intenționat o serie întreagă de probleme, cari deși fac parte din organizarea sanitară rurală, trebuie discutate a parte: de ex. recrutarea și salarizarea personalului, sursa și repartizarea cheltuelilor, după cum și o serie de detalii, cari se pot discuta numai după ce s'a căzut de acord asupra principiilor fundamentale.

Summary.

The most suited rural health organisation for our country is the following:

1. *The sanitary circumscription, having a circumscriptional physician and a nurse. The circumscription will have dispensaries possibly in each village.*
2. *Several circumscriptions will form a health district, conducted by a fulltime hygienist.*
3. *The third unit is the department (judetz) conducted by a full-time hygienist. The department will have other specialists: in tuberculosis, a pediatrician, an otholaringologist and a dentist. There will have also a portable x-ray unit, though every district should have its own stable x-ray unit.*

Compoziția rasială în populația din Borloveni și Pataș (Caraș).

de

I. FĂCĂOARU.

Cercetările noastre* datează din vara anului 1936 și au fost inițiate în cadrul monografiei celor două sate, Borlovenii-Vechi și Pataș din județul Caraș de către președintele secției județene a „Astrei”, profesorul Ilie Rusmir.

Deși cele două sate sunt două comune deosebite, populația lor poate fi considerată la un loc, deoarece satele fiind alăturate alcătuiesc o singură unitate socială cu o populație omogenă.

Satele sunt despărțite de râșorul Nera și se află la o altitudine de 306 m. pentru Borlovenii-Vechi și 290 m. pentru Pataș.** Populația lor: în Borlovenii-Vechi 916 locuitori, iar în Pataș 1103 locuitori.

Cifra populației adulte examinate este:

	I. Elemente uni-rasiale		II. Elemente bi-rasiale		Total
	n	‰	n	‰	n
Bărbați . .	33	40. ²	49	59. ⁸	82
Femei . . .	18	28. ¹	46	71. ⁹	64
B. + F. . .	51	34. ⁰	95	65. ¹	146

Materialul este sub proporția minimă de 200 de persoane de cari am fi avut nevoie, spre a privi rezultatul ca expresia reală a compoziției rasiale din cele două sate. Conducerea monografiei n'a recurs la concursul autorităților, iar populația se prezintă ca de obicei anevoe în timpul muncilor agricole (în Iunie). La asta s'a adăugat condițiile noastre eliminatorii în proporții mari. N'am examinat decât persoanele adulte între 20—50 de ani băștinașe în sat de trei generații.

Cu tot materialul restrâns rămânem la metoda analizei lui amănunțite. Pentru simplificare folosim numai inițiala termenului rasial:

* Cu colaborarea Dnei Tilly Făcăoaru.

** Altitudinile tuturor localităților ne-au fost comunicate de către Dr. Tiberiu Morariu, dela Institutul Geografic din Cluj. Pentru localitățile din articolul precedent avem altitudinile: Săliște 542 m., Galeș 772 m., Tilișca 587 m., Aciliu 446 m., Sibiel 549 m., Poiana 853 m., Orlat 486 m., Rășinari 573 m.

A = Alpină, D = Dinarică, E = Esteuropidă, M = Mediterană, N = Nordică, O = Orientală, X = tipul dalic brun sau atlanto-mediteran, ned. = nedeterminată. Ordinea raselor e determinată de proporția lor numerică descrescândă :

I. Elemente uni-rasiale.

BĂRBAȚI			FEMEI			B. + F.		
Rasa	n	%	Rasa	n	%	Rasa	n	%
M	15	45. ⁴	A	10	55. ⁶	M	21	41. ³
D	6	18. ²	M	6	33. ⁶	A	14	27. ⁵
A	4	12. ¹	D	1	5. ⁰	D	7	13. ⁷
E	2	6. ¹	O	1	5. ⁵	O	3	5. ⁹
N	2	6. ¹	Total	18	100. ⁰	E	2	3. ⁹
O	2	6. ¹				N	2	3. ⁹
X	2	6. ⁰				X	2	3. ⁹
Total	33	100. ⁰				Total	51	100. ⁰

II. Elemente bi-rasiale.

BĂRBAȚI			FEMEI			B. + F.		
Rasa	n	%	Rasa	n	%	Rasa	n	%
M	14	28. ⁶	M	18	39. ¹	M	32	33. ⁷
N	10	20. ⁴	A	10	21. ⁷	A	18	18. ⁹
X	9	18. ⁴	N	6	13. ¹	N	16	16. ⁸
A	8	16. ³	E	4	8. ⁷	X	13	13. ⁷
D	6	12. ²	X	4	8. ⁷	D	7	7. ⁴
E	1	2. ¹	O	3	6. ⁵	E	5	5. ²
ned.	1	2. ⁰	D	1	2. ²	O	3	3. ³
Total	49	100. ⁰	Total	95	100. ⁰	ned.	1	1. ¹
						Total	95	100. ⁰

I + II. Elemente uni- și bi-rasiale la un loc.

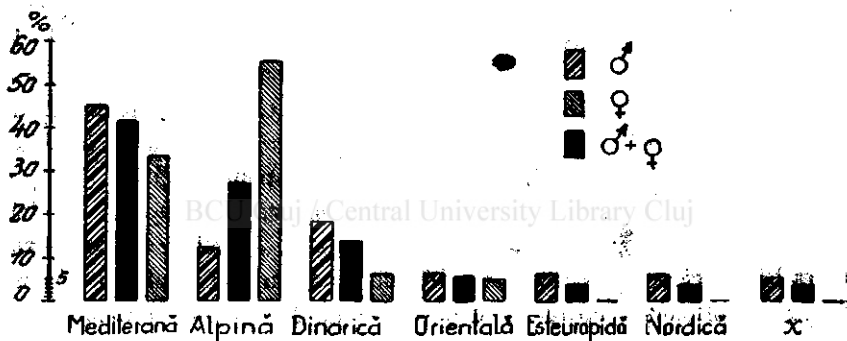
BĂRBAȚI			FEMEI			B. + F.		
Rasa	n	%	Rasa	n	%	Rasa	n	%
M	29	35. ⁴	M	24	37. ⁵	M	53	36. ³
A	12	14. ⁶	A	20	31. ³	A	32	21. ⁹
D	12	14. ⁶	N	6	9. ⁴	N	18	12. ³
N	12	14. ⁶	E	4	6. ³	X	15	10. ³
X	11	13. ⁴	O	4	6. ²	D	14	9. ⁶
E	3	3. ⁷	X	4	6. ²	E	7	4. ⁸
O	2	2. ⁵	D	2	3. ¹	O	6	4. ¹
ned.	1	1. ²	Total	64	100. ⁰	ned.	1	0. ⁷
Total	82	100. ⁰				Total	146	100. ⁰

Colectivul I indică preponderența tipului alpin la femei, ca peste tot în materialul publicat până acum. Cele trei tipuri rasiale din colectivul I în proporții mai mari sunt M₄₁, A₂₇ și D₁₄ considerând ambele sexe la un loc.

În colectivul II, revine tipului M proporția cea mai mare în ambele sexe, iar tipul N ia locul tipului D.*

Considerând ambele sexe la un loc, găsim în colectivul II cele mai mari proporții pentru tipurile M₃₄, A₁₉ și N₁₇.

Considerând la un loc ambele colective dar cu proporțiile separate pe sexe și cu sexele la un loc, avem formula compoziției rasiale: M₃₆, A₂₂, N₁₂, D₁₀, X₁₀, E₅, O₄, ned.¹. Graficul 1. reprezintă intuitiv proporțiile componentelor rasiale:



Graficul 1. — Distribuția frecvenței rasiale cu ambele colective reunite.

Compoziția rasială după sex.

Stabileam în articolele anterioare, că anumite tipuri rasiale preponderază cu regularitate într'un sex, pe când altele sunt mai frecvente la celălalt sex. Cum era de așteptat, am obținut un rezultat analoag și pe materialul de față. Un procedeu simplu este să raportăm valoarea procentuală a unei rase din seria masculină la valoarea procentuală a aceleiași rase din seria feminină. Și asta în însușirea categoriei de colective. Pentru exemplificare avem pentru rasa mediterană:

$$I. \frac{B.}{F.} = \frac{45.4}{33.6} = 1.4; \quad II. \frac{28.0}{39.1} = 0.7; \quad III. \frac{35.4}{37.3} = 0.9.$$

* Amintim procedeuul nostru în privința colectivului bi-rasial: pentru simplificare menționăm numai rasa preponderentă M, spre exemplu. În realitate am însumat sub M toate combinațiile rasiale posibile ale acestui tip: M—N, M—A, M—D etc.

Ierarhizăm rasele în ordinea descrescândă a raportului dintre proporțiile celor două serii. Avem atunci în colectivul elementelor uni-rasiale:

$$I. E_{0.1} : 1 \quad N_{0.1} : 0 \quad X_{0.0} : 0 \quad D_{0.9} \quad M_{1.4} \quad O_{1.1} \quad A_{0.2}$$

Neglijăm primele trei tipuri rasiale din cauza numărului mic din colectivul I. În colectivul II avem:

$$II. D_{6.5} \quad X_{2.1} \quad N_{1.0} \quad A_{0.75} \quad M_{0.78} \quad E_{0.9} \quad O_{0.6.5}$$

Considerând ambele colective la un loc avem:

$$I + II. D_{4.7} \quad N_{1.0} \quad X_{1.8} \quad M_{0.94} \quad E_{0.6} \quad A_{0.5} \quad O_{0.4}$$

Rasa mediterană are un raport foarte apropiat de 1 și ia o poziție intermediară între cele două grupe de rase: prima, cu tipurile D, N și X preponderente în seria masculină, iar a doua cu tipurile E, A și O preponderente în seria feminină. Cu excepția variantei O din materialul analizat aici, am găsit aceeași ierarhizare rasială din acest punct de vedere în toate localitățile cercetate până acum.

Că fenomenul are o anumită semnificație, nu încapе îndoială. Când am găsit pentru prima dată această deosebire în compoziția rasială a celor două sexe, am bănuț că avem aici unul din simptomele morfologice aparente, care ne va înlesni explicația naturii unor diferențe psihice intime între cele două sexe mai greu de precizat direct. Constanța acestor apariții în toate colectivele ne-a întărit și mai mult în concepția noastră.

Și pentru ca discriminarea noastră să nu aibă aparența unei simple construcții ipotetice, vom face o analiză amănunțită cu alt prilej a tuturor colectivelor de cari dispunem, întemeiați și pe alte date somatometrice și descriptive.

Proporția raselor brune în comparație cu rasele blonde.

Rasele brune: A, D, M, O și X sunt față de rasele blonde: E și N ca 4.8 : 1. Considerând cele trei categorii de colective în parte avem:

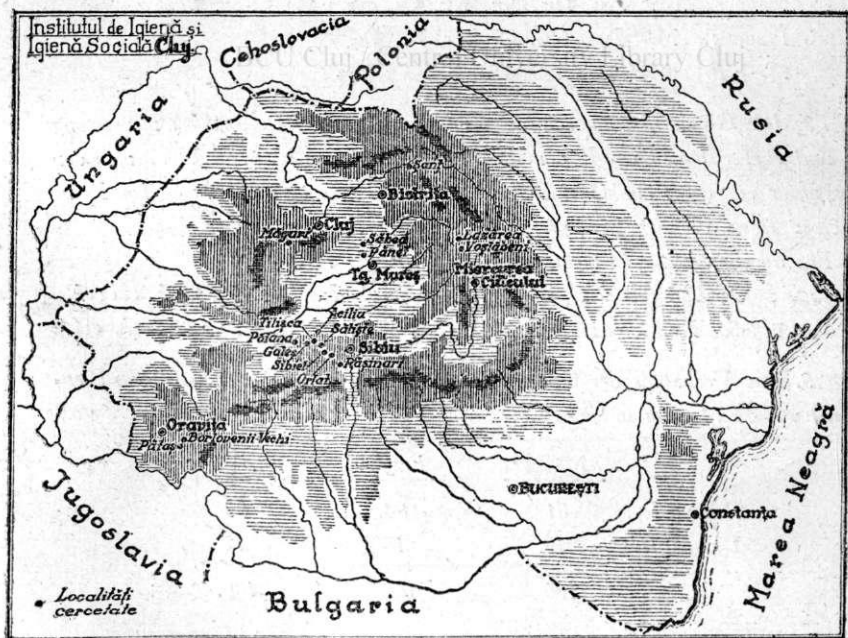
	Brune		Blonde		Total
	n	%	n	%	n
Bărbați . . .	29	87. ⁸	4	12	33
Femei . . .	18	100. ⁰	0	0	18
B. + F. . .	47	92. ⁸	4	7. ⁸	51.

		Brune		Blonde		Total
		n	0/0	n	0/0	n
II.	Bărbați . . .	37	77. ¹	11	22. ⁰	48
	Femei . . .	36	78. ³	10	21. ⁷	46
	B. + F. . .	73	77. ⁷	21	22. ³	94.

		Brune		Blonde		Total
		n	0/0	n	0/0	n
I + II.	Bărbați . . .	66	81. ⁵	15	18. ⁵	81
	Femei . . .	54	84. ⁴	10	15. ⁰	64
	B. + F. . .	120	82. ⁹	25	17. ⁹	145.

Ca totdeauna, găsim rasele blonde foarte intens amestecate, iar femeile indică o tendință mai accentuată ca bărbații pentru pigmenția bogată.

Pentru caracteristica rasială sunt valabile observațiile din articolele anterioare.



Graficul 2. — Cele 16 sate din Ardeal și Banat cercetate de noi din punct de vedere antropologic. Din acestea, 12 au fost cercetate din inițiativa și cu cheltuiala Institutului de Igienă Socială din Cluj, iar 4 se datoresc altor Instituții. Cercetările au fost organizate: în Măguri de către „Astra”, secția Cluj, în Borloveni și Pataș de „Astra”, secția Caraș, iar în Șanț de către Seminarul de Sociologie din București.



In rezumat:

1. Formula compoziției rasiale a populației de ambe sexe din cele două sate bănățene este: M_{36} , A_{32} , N_{13} , D_{10} , X_{10} , E_5 , O_4 .

2. Deosebirea sexuală din punct de vedere al compoziției rasiale sunt tot așa de accentuate ca în materialul publicat anterior. Raportând pentru fiecare rasă proporția ei din seria masculină la proporția ei din seria feminină avem formula: $D_{4.7}$, $N_{1.6}$, $X_{1.3}$, $M_{0.94}$, $E_{0.6}$, $A_{0.5}$, $O_{0.4}$.

3. Proporția raselor brune față de proporția raselor blonde este ca 4.8 : 1, cu o ușoară preponderență a elementului brun la femei.

ZUSAMMENFASSUNG. — Dr. I. Făcșoaru: Rassenzusammensetzung der rumänischen Bevölkerung zweier Banater Dörfer.

1. Der Verfasser stellt die Rassendiagnose der ländlichen Bevölkerung beiderlei Geschlechter von zwei Dörfern aus dem Kreis Caraș. Die Formeln lauten: *

Männer: M_{36} , A_{15} , D_{15} , N_{15} , X_{15} , O_4 , or_8 .

Frauen: M_{38} , A_{31} , N_{10} , O_6 , or_6 , X_6 , D_3 .

M. + Fr.: M_{36} , A_{32} , N_{13} , D_{10} , X_{10} , O_5 , or_4 .

2. Die Geschlechtsunterschiede vom Standpunkt der Rassenzusammensetzung aus sind ebenso betont wie in dem bisher veröffentlichten Material. Wenn man den Prozentsatz aus der männlichen Reihe durch den Prozentsatz der weiblichen Reihe derselben Rasse dividiert, so ergibt sich die Formel:

I. Für die einrassigen Elemente: $D_{6.5}$, $M_{1.4}$, $O_{0.1}$, $A_{0.3}$.

II. „ „ zweirassigen „ : $D_{5.5}$, $X_{3.1}$, $N_{1.6}$, $A_{0.75}$, $M_{0.73}$, $O_{0.3}$, $or_{0.6.5}$.

I + II. Für beide Kollektive zusammen: $D_{4.7}$, $N_{1.6}$, $X_{1.3}$, $M_{0.94}$, $O_{0.6}$, $A_{0.5}$, $or_{0.4}$.

3. Das Verhältnis der braunen Rassen zusammengestellt gegenüber der Blondes ist wie 4.8 : 1 oder in %:

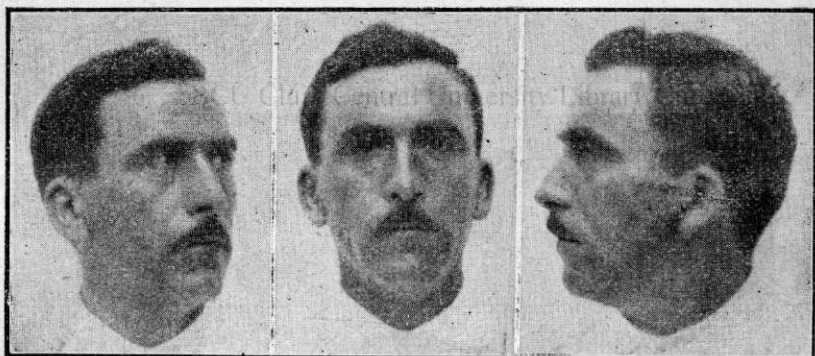
	<u>Männer</u>	<u>Frauen</u>	<u>M. + Fr.</u>
Braune R.:	81	84	83
Blonde R.:	19	16	17
	100	100	100.

* O = Osteuropide; or = orientaleide. Mit X bezeichnen wir den braunen alischen oder den atlantico-mediterranen Typus.

I. Făcăoaru: *Tipuri rasiale din cele două sate bănăţene. (Types raciaux de paysans de deux villages roumains du Banat).*
(Fotografiile sunt luate de autor).



Rasă dinarică.



Rasă mediterană.



Rasă mediterană.



Rasă nordică.



Rasă mediterană-alpină.



Rasă orientală.



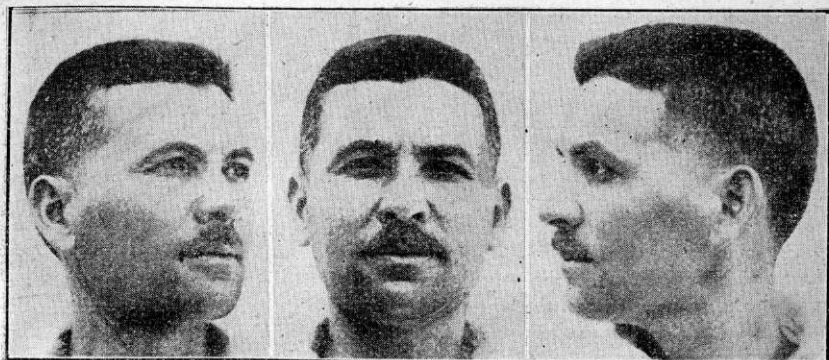
Rasă nordică-dinarică.



Rasă nordică-mediterană.



Rasă nordică-esteuropidă.



Rasă mediterană-alpină.



Rasă alpină.



Rasă orientală.



Rasă esteuroidă.

Din metodologia biotipologiei.

de
Dr. PETRU RĂMNEANȚU

Pe orizontul științelor moderne, în ultimii ani a apărut o știință nouă: biotipologia. După statutele societății de biotipologie din Paris (Art. 1), scopul acestei științe e „studiul științific al tipurilor umane prin cercetarea corelațiilor dintre caracterele morfologice, psihologice, fiziologice, patologice și psihiatrice și aplicarea acestor date în diverse ramuri de activitate umană: eugenic, patologie, psihiatrie, pedagogie, orientare și selecție profesională, organizare rațională a muncii umane, profilaxie criminală”. Prin urmare, biotipologia e o știință de sinteză și coordonare, care urmărește un scop eminentemente practic. Ea sistematizează caracterele indivizilor și prin metode statistice stabilește dacă unele din ele se suprapun, formând astfel anumite tipuri mai mult sau mai puțin definite. Ca aplicare practică noua știință nu se oprește la o îndrumare a individului, ci năzuiește să fie izvorul cel mai autoritar pentru întreaga organizare rațională a societății, fie că aceasta privește numai prezentul sau și viitorul său biologic.

Concepția biotipologiei. N. Pende a numit noua disciplină în acest fel, nu pentru a o deosebi de celelalte existente, ci cu convingerea, că numirea concretizează o concepție și o activitate nouă.

Câteva digresii în domeniul cercetărilor întreprinse, cu scopul de a evidenția tipuri de indivizi, vor lămurii și mai bine această afirmație. Să urmărim după locul unde au avut loc cercetările. În Franța Bouchard (1900), Sigaud (1894) și elevul său Leon Mc Auliffe (1912), făcând cercetări asupra morfologiei umane, au remarcat existența de corelațiuni între organe și funcțiuni. Acestea le-a și determinat, pe ultimul să atribuie celor patru tipuri umane descrise de el, cerebral, respirator, digestiv și muscular, tendințe fiziopatologice specifice. În Germania, Beneke (1878—1881), Murtius (1900) Stiller, (1911) și mulți alții, au stabilit raporturi între constituția fizică și predispoziția pentru anumite boli interne. Cercetările lui Kretschmer, deși au fost puțin cu un caracter special, totuși au produs chiar senzație. Autorul pe baza cercetărilor constituționale a reușit să evidențieze anumite tipuri caractereologice. Italienii s’au îndepărtat mai mult de la generalizări speculative și au căutat să obțină concluzii susceptibile de aplicare practică mai largă. A. De Giovanni, a formulat următoarele

trei principii: morfologia constituie fundamentul morbidității specifice a organismului; diferențele morfologice explică, de ce o entitate nosologică, poate prezenta varietăți numeroase; și că atropometria poate evidenția anumite caractere morfologice fundamentale care conduc morbiditatea individuală. G. Viola pe baza principiilor și metodelor antropometrice, năzuindu-se să reabiliteze noțiunea omului mediu, emisă de Quetelet, pe lângă tipul normal sau normotipul, care e foarte rar, descrie pe baza caracterelor diferențiale două „ecotipuri”, tipul macrosplanchnic, care are raportul cantitativ dintre trunchi și membre în favoarea primului segment și tipul microsplanchnic, care are membrele în preponderență față de trunchi. Tipul macrosplanchnic se prezintă cu o preponderență a sistemului vegetativ și a masei corporale, asupra sistemului vieții animale și asupra diferențierii morfologice, iar tipul microsplanchnic e caracterizat prin preponderența sistemului vieții de relațiune și a diferențierii formelor, asupra sistemului vegetativ și masei corporale. Pe baza acestui diagnostic constituțional, Viola a reușit să tragă o serie de concluzii medicale și de natură biologică.

În câmp și cu scop și mai particular, antropologii încă s'au forțat să definească tipurile umane, în vederea unei clasificări etnografice, psihotehnicienii au determinat aptitudinile pentru a oferi indivizilor examinați o orientare în diferitele ramuri de profesii, medicii de sport au făcut examinări pentru a caracteriza tipurile sportive, criminologii au fixat însușirile biologice diferențiale ale diverselor tipuri de criminali, etc. Sintezele care se execută pe baza materialului adunat de cele trei Institute pentru prelungirea vieții din Statele Unite pentru a le servi în stabilirea de prognosticuri, încă tind să caracterizeze tipuri de indivizi.

Privind amănunțit aceste concepții de diferențiere a indivizilor, constatăm, că toate s'au bazat în mare parte numai pe caractere morfologice. Au fost deci unilaterale și au vizat numai soluțiuni parțiale. Cercetătorii au lucrat independent și aproape nici unul nu a făcut vreun efort de înlănțuire a rezultatelor proprii, cu ale altuia, din alt câmp de activitate. Astfel se înțelege, că individul nefiind privit în totalitatea lui, tipurile create nici odată nu au fost complet diferențiate și real caracterizate.

Deosebirea acestora față de doctrina biotipologiei e enormă, fiindcă tendința acesteia e să ne orienteze asupra unui individ sau grupe de indivizi numai după o sinteză, care a ținut seamă de toate sursele biometriei diferențiale și de toate clasificările bazate pe cifre,

indici și coeficienți de corelație. Pentru a prezenta noua concepție mai clar, trebuie să adăugăm, că sub noțiunea de biotip nu se înțelege sumarea tuturor caracterelor și funcțiilor examinate ci „un tot” deosebit de părțile lui, „unitar și corelaționist”.

Creatorul concepției biotipologice, N. Pende, reprezintă rezultatele globale, funcționale, prin vârful unei piramide patrulaterale, care e construită în felul următor: baza din patrimoniul ereditar al individului, iar cele patru fețe, din aspectul morfologic, caracterele neuroclinice, însușirile afective fundamentale, și însușirile inteligenței.

Văzută acum biotipologia, prin prisma disciplinelor amintite și prin doctrina școlii italiene e natural să o considerăm ca o știință cu totul nouă.

Metodele biotipologiei. Determinarea biotipului începe cu 1. *studiul constituțional și fiziologic cât se poate de complet al familiei subiectului.* Aceasta cu scopul de a cunoaște dominanța morfologică constituțională ereditară și pe cea neuro-psihică. Continuă apoi cu 2. *studiul morfologiei individului,* luând în considerare mai ales următoarele caractere: a) dezvoltarea globală a masei corporale; b) dezvoltarea relativă a volumului trunchiului și a membrilor; c) dezvoltarea relativă a corpului în sens vertical și în lărgime; d) dezvoltarea relativă a sistemului cardio-vascular; e) dezvoltarea relativă a musculaturii; f) dezvoltarea relativă a sistemului hemo-limfopoetic și g) dezvoltarea relativă a sistemului sexual; 3. *Tonusul neuro-chimic* se face prin: a) orientarea metabolismului bazal; b) orientarea neuro-vegetativă; e) orientarea endocrină; d) determinarea energiei și vitezei reacțiilor funcționale. Pentru a evidenția 4. *însușirile afective fundamentale* se va studia: a) instinctele fundamentale (nutriția, reproducerea, sistemul de atac și apărare); b) dezvoltarea afectivă și morală; c) dezvoltarea senzorială; d) atenția; e) funcțiunile perceptive; f) memoria. În fine 5. *însușirile inteligenței,* se vor aprecia prin: a) inteligența generală; b) imaginație; c) gândirea realistă și concretă; d) gândirea abstractă și logică; f) determinarea dispoziției de euforie și depresiune; g) măsurarea psihoestezei și h) aprecierea voinței.

După ce avem toate aceste examinări, obținute pe subiecți omogeni ca sex, vârstă, origină etnică, etc. urmează despoierea datelor numerice crude și aplicarea metodelor statistice. Din punct de vedere statistic, fiind vorba de un număr mare de caractere morfologice, fiziologice, psihologice, etc., se pune problema de o corelație

multiplă cu n dimensiuni, adică de ceace numim corelație multidimensională. Aceasta se execută succesiv după ce probabil spiritul biologic a format grupe și subgrupe logice. Operațiunea statistică are de scop: 1. să confirme sau să infirme existența unei legături; 2. să măsoare gradul corelației (corelație totală, parțială, etc.); 3. să evidențieze forma corelației (ecuațiile și curbele de regresione); să determine variabilitatea legăturii și câmpul său (corelație legată); 5. să elimine influențele parazite (corelațiuni parțiale, străine) și 6. să trieze tipurile amestecate (disecarea corelațiilor) etc. Amintim, că niciuna din științele biologice cunoscute până astăzi, nu necesită mai multe și variate metode statistice, ca biotipologia. Ele nu pot fi aplicate în mod automat, ci trebuiesc să fie bine selecționate. Afirmăm cu toată convingerea, că statistica e instrumentul cel mai necesar în biotipologie, fără de care nu putem pleca la lucru.

Executarea operațiilor pentru a obține profiluri biotipologice, dela antecedente și până la analiza statistică, necesită deci specialiști încercați. Aceasta ne arată, că munca în biotipologie e numai colectivă.

Echipa biotipologică trebuie să cuprindă atâția tehnicieni de câți se simte nevoia, pentru a executa toate metodele expuse. Tehnicienii vor fi dintre aceia cari au și experiență pe teren: știu să ia contact cu populația, au tact suficient să o determine ca să dea răspunsuri sincere și să o convingă să se lasă examinată, atât de minușios și timp atât de îndelungat.

Executarea profilurilor biotipologice la noi, până la realizarea academiei sau facultății de etnologie și biopolitică, concepută de Dl. Prof. Iuliu Moldovan, se va putea desfășura numai prin colaborarea mai multor institute, centrul fiind Institutele de igienă și sănătate publică, cari dispun relativ de mai mulți tehnicieni, cari la rândul lor au și experiență pe teren.

Scopurile biotipologiei. Acestea principial au fost relevate de definiția reprodusă la început. Aici vom reveni numai asupra câtorva care par că, la noi în general sau în special în unele provincii, sunt specifice și vor avea în prezent sau în viitor o aplicare mai deosebită. Ne gândim la cele mai importante. La diferențierea etnică cu scopul de a deschide, în îndrumarea școlară, religioasă și politică a populației orizonturi noi și specifice. La reacțiunea grupelor de indivizi, față de realitatea mediului extern dela noi, cu scopul de a prevedea mijloacele de existență în viitor și a decide în politica de urbanizare și de colonizări interne. La comportarea socială și pro-

fesională a populației, pentru a lua la timp în aceste domenii măsuri de profilaxie. La însușirile ereditare și funcționale de procreare, pentru a contribui ca populația mediocră și înzestrată din anumite regiuni să-și mențină fertilitatea. La controlul desvoltării, creșterii și mai ales al stării de nutriție a copiilor, cu scop astăzi destul de bine cunoscut. La organizarea rațională a sportului. La organizarea timpului de recreație pentru toate clasele sociale, etc.

Cu asfel de scopuri, biotipologia, găsind la noi teren de activitate în cele mai variate domenii, credem că prin rezultatele de sinteză pe care ni-le va da cercetările, care se vor executa prin metodele ei atât de științifice, vor constitui linii de o reală îndrumare a vieții noastre de mâine. Mai ales va fi și la noi baza medicinei preventive, prin depistarea cât mai precis posibil a tuturor indivizilor cu tulburări fizice și mintale, cu perversiuni și cu reacțiuni antisociale sau criminale.

Bibliografie.

1. A. Chaillou și L. Mac Auliffe : Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, etc. Paris, Doin, 1912.
2. A. R. Hussou : Quelques remarques sur l'application des méthodes statistiques en biotypologie. Biotypologie, Paris, 1932. T. I., No. 1.
3. K. Kretschmer : Körperbau und Character. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin, Springer, ed. 1932.
4. E. Schreider : L'école biotypologique italienne. Biotypologie, Paris, 1933. T. I., No. 2.
5. Statuts de la Société de biotypologie. Biotypologie, Paris, 1932. T. I., No. 1, pag. 40.
6. Ed. Toulouse : L'objet de la biotypologie, Biotypologie, Paris, 1933. T. I., No. 2.
7. G. Viola : La costituzione individuale. Dottrina, Metodo, Tipi morfologici. Bologna, 1933, Vol. I—II. Ed. Licio Cappelli.

Resumé.

L'auteur regard la biotypologie, afin de la conception qu'elle a crée et par le but pratique qu'elle suit, comme étant une science nouvelle. Elle est une science de synthèse et de coordination et par consequence le fondament le plus autorisé sur le quel ont peut bâtir la plus rationnelle organisation de la société. L'A. propose que, qu'a l'absence de l'Académie ou de la Faculté d'éthnologie et de biopolitique, les recherches de cette nature se facent dans les Institutes d'hygiène et de santé hublicque, à raison des techniciens qu'il possèdent, techniciens qui connaissent les réalités du pays.

Circonferința orizontală cefalică în raport cu gradul în armată.

de

I. FĂCĂOARU.

Problema de față și întregul capitol privind diferențierile somatice ale claselor și grupelor sociale aparține socio-antropologiei. Interesul nostru pentru acest domeniu este îndrituit de contribuția pe care cercetările de acest fel o pot aduce în precizarea unor metode experimentale, proprii selecțiunii sociale.

Scopul ce ne propunem este de a vedea, dacă structura somatică variază sau nu după grupele sociale ierarhizate în raport cu înzestrarea lor naturală. Și în cazul afirmativ, de ce natură sunt aceste variații somatice și în ce limită se mențin ele pentru fiecare grupă.

Drept criteriu al înzestrării mintale luăm pe rând validitatea subiecțiilor în viața culturală, socială, economică, etc., care ne garantează maximum de obiectivitate. Vom confrunta pe urmă concluziile noastre mijlocite în acest chip cu rezultatele obținute pe baza testelor mintale. E drept că metoda directă a testelor ne-ar fi crușat ocolul nostru migălos. Dar dacă nu ne mulțumim numai cu această metodă, este pentru simplul motiv, că valabilitatea ei este cu sau fără drept încă pusă la îndoială, iar o altă metodă mai sigură nu avem. Afară de asta, convergența concluziilor va constitui tocmai o probă în plus pentru valabilitatea testelor sau invers, în cazul divergenței.

Logica bunului simț spune oricui cunoaște viața militară, că un grup de caporali e la un nivel de înzestrare medie superioară unui grup de soldați neselecționați. Cu ascensiunea gradului ierarhic crește media înzestrării intelectuale, așa încât, corpul sergenților este superior celor două corpuri menționate, iar corpul plutonierilor e superior tuturor celorlalte grade inferioare, în condiții normale. Această situație nu implică nici o analogie cu gradele ofițerești, unde avem probabil o altă situație. Acest fapt ne-a fost dealtfel confirmat și de experiență cu ajutorul testelor mintale. Nu putem însă anticipa mai pe larg nici

asupra acestei verificări și nici asupra corelației pozitive găsite între inteligență și circonferința orizontală cefalică pe grupuri sociale.*

Precizăm, că gradul este obținut de cea mai mare parte a oamenilor — toți români — în timpul serviciului militar, iar în cazul celor mai bătrâni, în timpul războiului. Parametrii statistici sunt calculați pe grupe și pe întregul material. Oamenii dispensați sau reformați au fost excluși din material. Etatea subiecților e între 20 și 50 de ani. Numărul gradajilor este prin firea lucrurilor restrâns; cu ascensiunea treptei ierarhice scade și numărul persoanelor din grupa respectivă.

Concluziile noastre sunt categorice, noi le privim totuși ca pe niște simple indicații preliminare. Limitele materialului nostru ne îngăduie să credem cu foarte multă probabilitate, că cercetările noastre viitoare nu vor infirma concluziile de față. Ele ne vor înlesni dimpotrivă să asigurăm statistic deosebirea dela un grup la alt grup, lucru la care trebuie să renunțăm acum.

Datele de față sunt o parte din materialul nostru antropologic, din ultimii 3—4 ani și provine din satele: Săliște, Galeș, Tilișca, Poiana, Sibiel, Aciliu, Orlat și Rășinari (Sibiu); Borlovenii Vechi, Pataș (Caraș) și Șanț (Năsăud).**

Infățișăm toate categoriile lăsând deoparte trei ofițeri activi cu media circonferinței orizontale cefalice de 56.5 cm.

LIMITELE MATERIALULUI:

	<i>n</i>	‰
Ofițeri	3	0.7
Plutonieri	7	1.6
Sergenți	51	11.7
Caporali	63	14.4
Soldați și frunțași }	283	64.8
Dispensați	30	6.8
Total	437	100.0

* Coeficientul de corelație între inteligență și circonferința orizontală cefalică, stabilit pe materialul nostru este $r = 0,51 \pm 0,032$ în colectivul bărbaților ($n = 524$). În colectivul femeilor $r = 0,40 \pm 0,049$ ($n = 288$). Valorile lui r indică o substanțială sau o marcată corelație pozitivă. Am determinat inteligența cu ajutorul testelor mintale.

** Cercetarea celor două sate bănățene a fost organizată de secția „Aștri” din Caraș, iar cea din Șanț de către Seminarul de Sociologie din București.

PLUTONIERI:

<u>Clasa</u>	<u>p.</u>	<u>s.</u>	<u>s. în %</u>	<u>p. în %</u>	
54.0-54.9	1	1	14. ⁸	14. ⁸	$M = 56.9 \pm 0.566$ $\sigma = 1.498$ $V = 2.63.$
55.0-55.9	1	2	28. ⁵	14. ⁸	
56.0-56.9	2	4	57. ²	28. ⁵	
57.0-57.9	1	5	71. ⁴	14. ⁸	
58.0-58.9	1	6	85. ⁷	14. ⁸	
59.0-59.9	1	7	100. ⁰	14. ⁸	
	7			100. ⁰	

SERGENȚI:

<u>Clasa</u>	<u>p.</u>	<u>s.</u>	<u>s. în %</u>	<u>p. în %</u>	
53.0-53.9	5	5	9. ⁸	9. ⁸	$M = 56.0 \pm 0.199$ $\sigma = 1.419$ $V = 2.53.$
54.0-54.9	8	13	25. ⁵	15. ⁷	
55.0-55.9	12	25	49. ⁰	23. ⁵	
56.0-56.9	12	37	76. ⁵	23. ⁵	
57.0-57.9	10	47	92. ²	19. ⁷	
58.0-58.9	4	51	100. ⁰	7. ⁸	
	51				

CAPORALI:

<u>Clasa</u>	<u>p.</u>	<u>s.</u>	<u>s. în %</u>	<u>p. în %</u>	
52.0-52.9	2	2	3. ²	3. ²	$M = 55.8 \pm 0.183$ $\sigma = 1.452$ $V = 2.60.$
53.0-53.9	4	6	9. ²	6. ⁸	
54.0-54.9	10	16	25. ⁴	15. ⁹	
55.0-55.9	20	36	57. ²	31. ⁷	
56.0-56.9	15	51	81. ⁰	23. ⁸	
57.0-57.9	9	60	95. ²	14. ⁸	
58.0-58.9	3	63	100. ⁰	4. ⁸	
	63			100. ⁰	

FRUNȚAȘI $n = 26$ LA UN LOC CU SOLDAȚI $n = 257$.

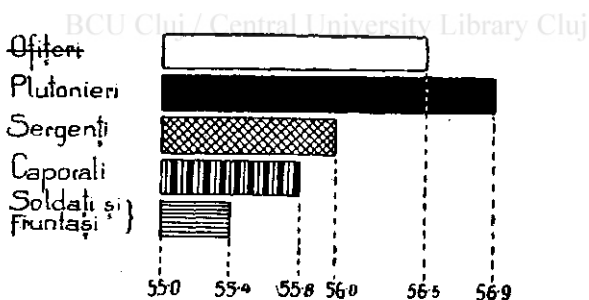
<u>Clasa</u>	<u>p.</u>	<u>s.</u>	<u>s. în %</u>	<u>p. în %</u>	
50.0-50.9	1	1	0. ⁴	0. ⁵	$M = 55.4 \pm 0.088$ $\sigma = 1.485$ $V = 2.68.$
51.0-51.9	—	1	0. ⁴	—	
52.0-52.9	18	19	6. ⁷	6. ⁴	
53.0-53.9	29	48	17. ⁰	12. ⁰	
54.0-54.9	57	105	37. ¹	19. ¹	
55.0-55.9	80	185	65. ⁴	27. ⁸	
56.0-56.9	59	244	86. ²	20. ⁰	
57.0-57.9	28	272	96. ¹	9. ⁸	
58.0-58.9	7	279	98. ⁶	2. ⁵	
59.0-59.9	4	283	100. ⁰	1. ⁴	
	283			100. ⁰	

ÎNTREGUL MATERIAL. *

Clasa	p.	s.	s. în ‰	p. în ‰	
50.0—50.9	1	1	0. ⁸	0. ²	
51.0—51.9	—	1	0. ³	—	
52.0—52.9	20	21	5. ²	4. ⁹	
53.0—53.9	38	59	14. ⁵	9. ³	
54.0—54.9	76	135	33. ²	19. ⁷	M = 55.6 ± 0.08
55.0—55.9	114	249	61. ²	28. ⁰	σ = 1.511
56.0—56.9	89	338	83. ¹	21. ⁹	V = 2.72.
57.0—57.9	49	387	95. ¹	12. ⁰	
58.0—58.9	15	402	98. ⁸	2. ⁸	
59.0—59.9	5	407	100. ⁰	1. ²	
	407			100. ⁰	

Media circumferinței orizontale cefalice pe întregul material este de 55.6 cm. Valoarea cea mai mică o au soldații la un loc cu frun-
tași cu 55.4 cm. Valoarea crește apoi în rapoartă cu gradul: caporalii—
55.8 cm., sergenții—56.0 cm. și plutonierii—56.9 cm.

Avem prezentarea intuitivă a situației în Graficul 1.:



Graficul 1. — Circumferința orizontală medie după gradul în armată.

Ofițerii nu sunt considerați din cauza nr-lui mic.

Din cauza nr-lui mic de gradați deosebirile dela o grupă la alta nu sunt asigurate din punct de vedere statistic. Eroarea diferenței am stabilit-o cu ajutorul formulei:

$$\frac{D}{m_D}; D = M_1 - M_2; m_D = \sqrt{m_1^2 + m_2^2}$$

Raportul între diferitele grupe este:

Plutonieri—Sergenți:	. . . . .	1.50
„ —Caporali:	. . . . .	1.85
„ —Soldați + Fr.:	. . . . .	2.62

* Cu adăugirea celor 3 ofițeri.

Sergenți — Caporali :	. . . . .	0.74
„ — Soldați + Fr. :	. . . . .	2.77
Caporali — „ :	. . . . .	1.97.

Semnificativă este diferența numai între grupa gradelor inferioare de o parte și grupa soldaților cu frunțașii la un loc, de altă parte

$$\text{cu } \frac{D}{m_D} = 6.74.$$

In rezumat :

Pe baza unui material de 437 săteni grupați după gradul avut în armată reiese cu privire la circumferința orizontală cefalică medie pe grupe că :

1. Plutonierii au cea mai mare medie a circumferinței orizontale cefalice cu 56.6 cm. Urmează sergenții cu 56.5 cm., apoi caporalii cu 55.8 cm. și soldații într-un loc cu frunțașii, cu media cea mai mică de 55.4 cm.

2. Din cauza numărului mic diferențele nu sunt semnificative între diferitele grupe de grade. Dimpotrivă, diferența este statistic asigurată între colectivul gradelor inferioare de o parte și acel al soldaților împreună cu frunțașii de altă parte.

3. Ținând seamă că unei circumferințe orizontale cefalice superioare îi corespunde în medie un volum cefalic superior și că ascensiunea gradului inferior în armată implică progresia înzestrării mintale medii, rezultă că grupul cu o înzestrare mintală superioară are în medie un volum cefalic superior altor grupe subordonate.

ZUSAMMENFASSUNG. — Dr. I. Făcăoaru: Kopfumfang im Verhältnis mit dem Grad in der Armee.

Auf Grund eines Materials von 437 rumänischen Bauern aus siebenbürgischen Dörfern, konnte der Verfasser einen Zusammenhang feststellen zwischen dem horizontalen Kopfumfang und der Begabung, so fern diese ihren Ausdruck in dem Grad findet, den der betreffende Bauer sich während seines Militärdienstes oder — wenn älter — in dem Krieg erworben hatte.

1. Die Feldwebel haben den grössten Durchschnittswert des Kopfumfanges mit 56.9 cm. \pm 0.566. Es folgen die Zugführer (Sergeants) mit 56.0 cm. \pm 0.199, dann die Korporale mit 55.8 cm. \pm 0.183 und die Soldaten mit 55.6 cm. \pm 0.088.

2. Wegen der kleinen Zahl, erscheinen die Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen der Unteroffiziere unsicher. Dagegen, ist der Unterschied zwischen der Unteroffiziersgruppe und der Soldatengruppe statistisch gesichert.

3. Wenn man die Tatsachen berücksichtigt, dass einem grösseren Kopfumfang ein höherer Wert des Gehirnvolumens entspricht und dass das Vorrücken in eine höhere Rangstufe der Armee eine durchschnittlich höhere Begabung voraussetzt, ergibt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen höherer Begabung und grösserem Gehirnraum.

Mortalitatea maternă în România.

de

Dr. PETRU RĂMNEANȚU.

Femeile decedate în cursul gravidității și al nașterii nu adaugă la cifra deceselor de toate celelalte cauze unități de valoare demografică egală și nu lasă după moarte locuri goale obișnuite. Odată cu decesul unei femei de boală puerperală se distruge și un potențial valoros de procreare, multe ori de mai mulți copii și se descomplectează a familie lăsând frecvent și copii fără sprijin fizic și educativ. Afirmația aceasta reiese și din distribuția pe vârstă a celor 5275 femei decedate în 1935—1936 de boli puerperale în România.

Decesele de boli puerperale în România pe vârstă în anii 1935—36.

Toate vârstele	GRUPE DE VÂRSTĂ								
	0—9	10—14	15—19	20—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—
5275	—	3	257	1240	2320	1381	69	5	—

Mortalitatea femeilor în plină perioadă de fertilitate are deci și o importantă semnificație socială. Problema e privită în felul acesta nu numai astăzi, dar așa a fost considerată încă din timpurile cele mai îndepărtate nouă. Cu toate acestea, în perioada de după războiu, de reducere însemnată a mortalității de toate cauzele, mortalitatea maternă nu a fost redusă aproape în nici o țară din lume, inclusiv la noi, unde de altfel nici mortalitatea generală nu dă decât puține semne de scădere. Faptul acesta a determinat ca mai multe organizații sanitare să cerceteze amănunțit factorii responsabili de aceste decese. Amintim numai două studii din acest domeniu și poate cele mai complete, pe cel din Statul New York¹ și pe cel din Scoția.²

Noi avem date asupra bolilor puerperale, științific prelucrate, dela începutul reorganizării actualului Institut central de statistică,

¹ R. S. Hooker: Maternal mortality in New York City. New York, 1933. The Commonwealth Fund.

² Ch. Douglas and P. L. Mc Kinlay: Report on maternal morbidity and mortality in Scotland.

adică dela 1932 încoace. În analiza prezentă numai de aceste date ne folosim.

1. *Proporțiile mortalității materne în perioada 1932—36, calculate la 1000 născuți-vii, ne demonstrează, că această problemă și la noi prezintă o importanță destul de însemnată.*

Nivelul mortalității materne prin boli puerperale, din România în anii 1932—36.
(Proporții la 1000 născ. v.ii).

MEDIUL	1932	1933	1934	1935	1936
Rural	3.7	3.2	3.3	3.5	3.7
Urban	8.9	8.7	8.9	9.5	10.0

E foarte urcată mai ales în mediul urban și în general nu are nici o tendință de scădere. Probabil că aceste proporții ar fi și în mediul rural mai urcate, dacă din cauza imprecizunii diagnosticului, multe din decesele de boli puerperale nu ar fi trecute în grupa celor cu cauze nedeterminate și rău specificate. Această presupunere e susținută de disproporția mare dintre mortalitatea maternă rurală și urbană. Pe când în perioada 1932—36, în mediul rural a avut o proporție medie de 3.5, în cel urban a fost mai mult decât încă odată atât, adică 9.2 la 1000 născuți-vii. Avem dovezi, că proporția urcată din mediul urban e o realitate, care nu se datorește decedării unui număr însemnat de femei din mediul rural, venite în extremis ca să nască în spitalele din orașe. În municipiul Cluj, pentru care Dl. Dr. Vlad¹ a calculat numai mortalitatea maternă rezidențială a obținut totuși proporții apropiate de cele din mediul urban în general. Iată aceste proporții: 1933 : 5.3; 1934 : 8.7; 1935 : 3.9; 1936 : 4.4 la 1000 născuți-vii.

2. Din comparația proporției mortalității prin boli puerperale, dela noi cu cele din alte state, pe care o facem în tabela de mai jos, însemnătatea acestei probleme, pentru serviciile noastre sanitare, reiese și mai evident. Proporțiile calculate la 100,000 locuitori, ne fixează în fruntea țărilor pentru care am avut date la dispoziție.

¹ P. Vlad: Raport de activitatea pe anii 1933, 34, 35 și 1936. Cluj. Ed. Serviciul Sanitar al Municipiului.

Mortalitatea maternă în câteva state.

(Proporții la 100,000 loc.)

Ț A R A	Anul	Proporții
România	1936	14.3
Scoția	1935	12.0
Statele Unite	1934	10.2
Cehoslovacia	1936	8.5
Italia	1932	7.1
Ungaria	1933	7.0
Olanda	1934	6.6
Irlanda de Nord	1934	4.3
Norvegia	1933	4.0
Spania	1935	3.5

3. Distribuția deceselor de boli puerperale. După lista internațională detaliată din 1929, grupa deceselor de boli puerperale formată din 11 cauze, dela cauza 140 până la 150, are următoarea distribuție.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

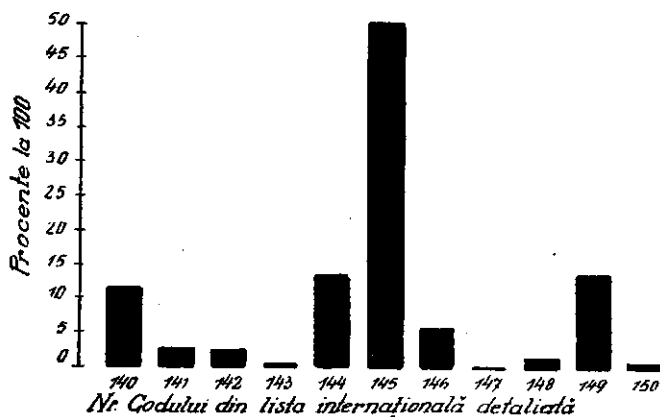
Decesele de boli puerperale din România, în anii 1932—36.

CAUZELE	Nr. cod. internaț. detaliat	Cifre crude	Procente la 100 din total
Avort septic	140	1509	11.7
Avort aseptice și hemorag.	141	351	2.7
Gestație ectopică	142	326	2.5
Alte accidente ale sarcinii (fără hemor.)	143	64	0.5
Hemoragie puerperală	144	1771	13.8
Septicemie și infecții puerperale	145	6436	50.0
Albuminurie și eclampsie	146	738	5.7
Alte forme de toxemie de sarcină	147	31	0.2
Flegmație, embolie și moarte subită puerp.	148	216	1.7
Alte accidente ale facerii	149	1334	10.4
Alte boli ale stării puerperale	150	97	0.8
Toate cauzele	140—50	12,873	100.0

Cele mai frecvente sunt septicemia și infecțiile puerperale, hemoragia puerperală, avortul septic și albuminuria și eclampsia. Această ordine a frecvenței a fost găsită și în studiul din statul New York, în care toate decesele de boli puerperale au fost amănunțit anchetate.

Deosebire între nivelul unor proporții însă există. La noi septicemia și infecțiile puerperale are un nivel mai ridicat, iar gestația ectopică, flegmația și accidentele facerii au frecvență mult mai scăzută.

Decesele de boli puerperale în anii 1932-36
(Procente la 100 din total)



Grafica Nr. 1.

4. Mortalitatea maternă în România și pe provincii istorice în anii 1932-1936. Variația proporțiilor dela o provincie la alta e destul de mare.

Mortalitatea maternă pe provincii istorice.

(Anii 1932-36).

PROVINCII	Cifre crude				Proporții la 1000 născ.-vii			
	Mediul rural		Mediul urban		Mediul rural		Mediul urban	
	Septic.* și inf. puerp.	Alte** boli puerp.	Septic. și inf. puerp.	Alte boli puerp.	Septic. și inf. puerp.	Alte boli puerp.	Septic. și inf. puerp.	Alte boli puerp.
România	5860	3552	2085	1376	2.2	1.3	5.6	3.7
Oltenia	638	324	165	102	2.6	1.3	7.7	4.8
Muntenia	1408	808	633	390	2.3	1.3	5.4	3.3
Dobrogea	306	137	145	74	2.1	1.0	5.3	2.7
Moldova	723	631	322	269	1.7	1.4	4.7	3.9
Basarabia	1224	660	272	132	2.4	1.3	6.7	3.2
Bucovina	218	171	109	68	2.0	1.6	5.8	3.6
Transilvania	700	496	251	217	1.7	1.2	5.4	4.6
Banat	316	125	71	38	4.2	1.6	6.6	3.5
Criș-Maramureș	327	200	109	86	2.0	1.2	4.7	3.7

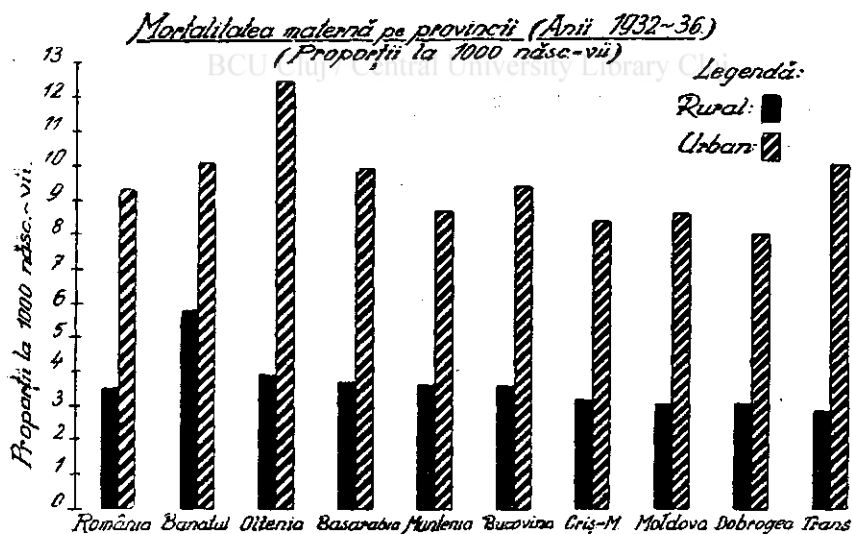
* Cuprinde cauzele 140 și 145.

** Cuprinde cauzele 141-144 și 146-150.

Considerând întâiu numai *mediul rural*, citim din tabela precedentă, că cea mai urcată proporție o are Banatul, după care urmează Oltenia, Muntenia și Bucovina, iar cea mai redusă o au Criș-Maramureș, Moldova și Transilvania. Proporțiile mai urcate din Banat, Oltenia și Muntenia se datoresc mai ales avortului septic (cauza 140, din lista internațională detaliată) și septicemiei și infecțiilor puerperale (cauza 145), fiindcă celelalte cauze 141—144 și 146—150, sunt la același nivel cu cele din restul provinciilor.

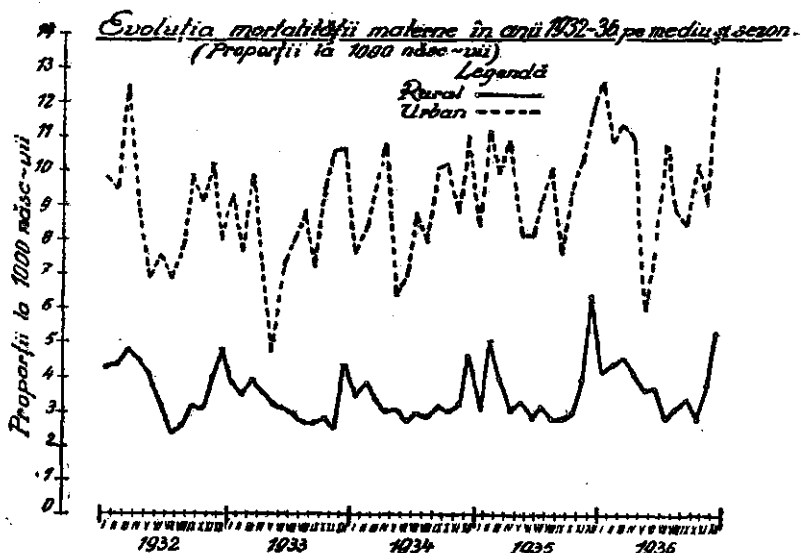
În *mediul urban*, ordinea provinciilor se prezintă puțin diferit. Proporțiile cele mai urcate le au Oltenia, Banatul și Transilvania, iar pe cele mai reduse, Moldova, Criș-Maramureș și Dobrogea.

Frecvența mare a deceselor prin boli puerperale din satele și orașele Banatului, ținând seamă și de rezultatele anchetelor pe care le-am făcut în acea provincie, de sigur se datorește direct sau indirect manoperele de avort și de prevenire sarcinilor.



Grafica Nr. 2.

5. *Mortalitatea maternă pe sezon.* Evoluția sezonieră a acestei mortalități e destul de curioasă. Ne-am fi așteptat ca cel puțin în mediul rural să fie mai urcată în lunile muncii agricole, din vară și început de toamnă. Ori, mersul ei, atât în mediul rural, cât și în cel urban e cu totul altul.



Grafica Nr. 3.

Mortalitatea maternă e cea mai urcată în lunile Decembrie, Ianuarie și Februarie. Ea ne demonstrează, că influența condițiilor igienice asupra bolilor puerperale e mai gravă decât munca excesivă. Într'adevăr în timp de iarnă, femeile la noi nasc într'o cameră, în care pe lângă că mai locuiesc 4—5 persoane, adăpostind de multe ori și animale chiar, e murdară, prost ventilată și insuficient luminată. E natural ca în această ambianță, streptococii să se găsească din abundență.

Trebue să mai adăugăm, că această evoluție sezonieră nu e determinată de asistența medicală, deoarece după cum reiese din următoarele proporții, aceasta nu e mai scăzută în lunile de vară, decât în cele de iarnă.

Proporția femeilor decedate de boli puerperale cari au avut tratament medical.
Mediul rural, 1936.

LUNILE	Ian.	Febr.	Mart.	Apr.	Mai	Iun.	Iulie	Aug.	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.
Proporții la 100	53.5	44.7	52.5	54.9	56.1	57.0	44.9	52.1	47.8	57.6	56.4	56.6

6. Protecția femeii în timpul gestației și al nașterii. Această protecție are loc în timpul gravidității, al nașterii și în pri-

mele săptămâni care urmează după ea. Protecția în general, ori unde, e asigurată prin consultațiuni prenatale, asistență medicală la naștere și consultațiuni postnatale. Fără să trecem în detaliul problemei, vom lămuri unele din neajunsurile observate la noi și câteva modalități realizabile, care credem că ar duce la rezultate mai bune.

a) *Consultațiunile prenatale*, astăzi ca o activitate organizată a serviciilor noastre sanitare, putem afirma mai ales pentru femeile din mediul rural, că sunt inexistente. Gravidele nu primesc nici o îndrumare și nu sunt consultate medical, decât în momentul când au tulburări, iar în multe cazuri nici atunci. Ori o descoperire a gravidelor, urmată de înregistrare, vizite periodice la domiciliu, asociate de sfaturi referitoare la igiena sarcinii, consultațiuni medicale la nevoie și la timp oportun, astăzi sunt fapte realizate în toate statele și chiar la noi, în plășile noastre de demonstrație. Ele ar comprima mortalitatea maternă la nivelul ei din alte părți. Ocrotirea prenatală la noi se poate executa, în mediul urban, în oficiile de ocrotire, iar în cel rural, în casele de ocrotire. Asistența medicală, în orașe se va face în dispensarele policlinice și în maternități, iar în sate, în dispensarul caselor de ocrotire. Importanța mare pe care ar trebui să o dăm înregistrării gravidelor și vizitei lor periodice reiese din următorul fapt. Multe state măsoară activitatea sanitară, prin proporția gravidelor înregistrate din totalul celor care nasc. De sigur, că dacă am aplica acest standard și la noi, concluzia care se impune ar fi, că serviciile noastre sanitare în acest domeniu nu au nici o activitate. Ocrotirea și consultațiunile prenatale cad în sarcina surorilor de ocrotire a medicilor igienişti și a unui personal medical specializat.

b) *Asistența la naștere*, în urma nedepistării gravidelor, la noi chiar dacă are loc, se face prea târziu. Am văzut din tabela de mai sus, că înseși femeile decedate pe boli puerperale, nu s'au bucurat de tratament medical decât într'o proporție care, nu trece decât puțin de 50%. Se înțelege că asistența parturientelor în condițiuni optime se poate face numai în maternități și în spitale cu secții asemănătoare. În anumite împrejurări se face și la domiciliu, în general aici are însă foarte multe dezavantaje. În felul acesta, în orașe asistența se poate asigura până la o limită oarecare. În mediul rural problema prezintă însă dificultăți, din cauza distanțelor mari și a mijloacelor de transport până la spital. De aceea preconizarea unui salon special pentru nașteri, pe lângă casa de ocrotire, dela centrul plășii sanitare, a fost acceptată de toată lumea medicală și de sigur va deveni în curând o realitate. La domiciliu, efectul asistenței va depinde în mare parte, atât la orașe

cât și la sate, de felul cum surorile de ocrotire reușesc, în perioada gravidității, să pregătească terenul. Personalul propriu zis necesar în această parte a asistenței îl constituie: moașele și medicii specialiști.

c) *Asistența în primele săptămâni după naștere*, la noi e tot atât de lipsită de organizare ca și în perioada prenatală și de naștere. Instituțiile necesare acestei perioade sunt identice cu cele din timpul nașterii. Doar acum personalului amintit mai trebuie să i se alăture și sora de ocrotire, cu scopul de a servi mamei și a ocroti pe noul-născut.

Concluzii.

Mortalitatea maternă în România, în perioada 1932—36, a avut proporții mai urcate, decât în multe alte state. E mult mai urcată în mediul urban, față de cel rural.

Dintre bolile puerperale, septicemia și infecțiile puerperale, hemoragia puerperală, avortul septic și alte accidente ale facerii produc cele mai multe decese.

Provinciile, Banatul și Oltenia prezintă cea mai urcată mortalitate maternă, iar Moldova, Criș-Maramureș și Dobrogea pe cea mai coborită.

În lunile de iarnă, Decembrie, Ianuarie și Februarie, mortalitatea maternă e mult mai urcată, față de restul anului și mai ales față de lunile de vară, când e cea mai coborită.

În România, de acord cu realitatea socială și cea geografică, protecția femeii în timpul gestației și al nașterii, se poate face cu randament, la orașe în oficiile de ocrotire și maternități, iar la sate în casele de ocrotire și dispensarele lor. Personalul necesar acestei activități îl constituie sora de ocrotire, medicul igienist, obstetricianul și moașa.

Resumé.

La mortalité maternelle en Roumanie, dans la période de 1932—36, a eut des proportions plus élevées que celles des autres pays. Elle est encore plus élevée dans les cités que dans les villages.

Parmis les maladies puerpérales, ces sont les septicémies, les infections puerpérales, les hémorragies, l'avortement septique et les autres accidents de l'accouchement qui causent les plus nombreuses décès.

Les provinces du Banat et de l'Olténie présentent la plus haute mortalité maternelle, tandis que la Moldavie, la Criș-Maramureș et la Dobroudja la plus baissée.

Dans les mois de l'hiver la mortalité maternelle est beaucoup plus élevée, que dans les autres mois de l'année, pour atteindre les chiffres les plus basses dans les mois de l'été.

Cauzele de moarte în România

de

Dr. PETRU RÂMNEANȚU

O orientare reală și tehnică a serviciului sanitar în oricare țară organizată, nu poate avea loc, atât timp, cât nu se cunosc precis bolile și frecvența cu care ele atacă populația. Inregistrarea tuturilor îmbolnăvirilor, fiind însă extrem de dificilă, de multe ori aproape imposibilă, s'a luat ca bază de organizare a serviciilor sanitare cauzele de deces. S'a recurs la acestea și din motivul că organismul îmbolnăvit nu reacționează în totdeauna egal la aceeași entitate morbidă. Astfel fatalitatea unei aceleși boli, variază, în raport cu sexul, etatea, am-bianța, posibilitățile de tratament și alte însușiri ale indivizilor. Așa de ex., febra tifoidă, tusea convulsivă sunt mai frecvent fatale printre fe-me, decât printre bărbați. Sau în raport cu vârsta, pneumonia la adulți e mai puțin fatală, decât la copii și bătrâni. Aceeași reacție are loc și față de posibilitățile de tratament: copiii unui sat din munți atinși de difterie au o fatalitate mai urcată, decât cei din mediul ur-ban, unde sunt medici și există ser la orice moment.

Stabilirea cauzelor de deces apare astfel, pentru serviciile sani-tare, care vor să fie prezente pe teren cu un aparat sanitar corespun-zător, ca o obligație de primul ordin. Obținerea unui randament în combaterea morbidității și în reducerea mortalității altfel nici nu putem concepe.

Durere la noi, pe lângă tot efortul depus de Institutul central de statistică și de cele de Igienă și sănătate publică, problema sta-bilirii cauzelor de deces încă nu e rezolvată. De o parte fiindcă și astăzi 57—62 % din decese, înainte de moarte nu au fost văzute de medic, iar de altă parte, fiindcă în stabilirea cauzei de deces medicii sanitari nu depun efortul cuvenit.

Cu toate acestea cauzele de deces se prelucrează și se publică lunar, iar înfățișarea lor, așa cum e, trebuie să constituie un indiciu de prim ordin în orice pas de activitate sau reformă sanitară.

Din tabela următoare, întocmită pe anii 1931—36, (cifrele sunt din Buletinul demografic al României), în care am aranjat cauzele de deces în ordine descrescândă, reiese, că la noi cea mai frecventă cauză de deces o constituie debilitatea congenitală și bolile primei co-pilării, după care urmează senilitatea, pneumoniile, diareea și enterita, tuberculoza, bolile inimii, nefritele, cancerul și altele.

Cele mai importante cauze de deces în România, în anii 1931—1936

(Proporții la 100,000 loc.)

Nr. crt.	DENUMIREA BOALEI	Nr. din lista internaj. detal.	1931	1932	1933	1934	1935	1936
1	Bolile primei copilării și debilitate congenitală . . .	157—161	389,8	419,3	361,4	365,6	366,6	346,1
2	Senilitate	162	345,8	326,1	322,5	296,3	323,5	294,6
3	Pneumonie	107—109	285,2	305,7	286,1	291,0	338,5	279,2
4	Diaree și enterită sub 2 ani . . .	119	110,5	199,4	90,8	206,3	144,3	162,8
5	Tuberculoză (toate form.) . . .	23—32	201,0	182,3	165,7	169,6	178,8	176,2
6	Bolile cordului	90—95	73,2	95,8	94,5	98,4	112,8	117,7
7	Nefrite (toate form.)	130—132	38,3	49,0	47,5	46,0	52,7	55,3
8	Cancer	45—53	36,9	40,8	39,8	41,7	42,9	43,7
9	Hemoragie cerebrală, apopl. . . .	82	36,1	36,5	34,4	33,5	35,1	35,5
10	Bronșite, etc.	106	20,8	27,0	27,7	26,2	31,9	23,0
11	Scarlatină	8	34,1	21,9	10,2	11,2	22,8	24,8
12	Tusă convulsivă	9	11,9	14,6	16,1	11,7	8,9	8,7
13	Gripă	11	22,6	14,1	12,4	7,5	39,6	8,9
14	Pelagră	62	11,4	10,7	15,0	11,8	13,4	16,6
15	Febre tifoide	1—2	7,0	10,5	4,8	10,0	7,5	6,8
16	Septicemie și infecții puerp. . .	140—145	6,9	9,5	7,3	7,5	8,4	9,4
17	Difterie	10	9,8	8,6	6,5	9,3	6,8	5,5
18	Rugeolă	7	9,6	6,0	7,9	48,4	25,0	9,7
19	Paludism	38	1,9	3,0	3,6	4,4	3,4	3,4
20	Diabet	59	2,2	2,6	2,7	2,6	2,6	3,0

Această ordine a cauzelor de deces, în comparație cu cele din alte țări, ne relevă o seamă de sugestii pentru organizarea noastră sanitară. Menționăm pe cea mai importantă. Principalele cauze de deces dela noi, sunt constituite tocmai de bolile care se pot preveni. Debilitatea congenitală și bolile primei copilării, pneumoniile, diareea și enterita și tuberculoza, prin aplicarea principiilor de sănătate publică, pe care evoluția științei ni le pune astăzi la îndemână, le-am putea reduce la jumătate.

Printr'o organizare a medicinei preventive, similară cu una din țările ale căror cauze de deces le-am luat mai jos ca exemple, am ajunge chiar la o mortalitate generală mai redusă decât a lor, deoarece populația noastră având o compoziție pe vârstă, care demonstrează că e relativ încă tânără, proporția deceselor prin boli de inimă, cancer și boli generale, ar rămâne încă timp îndelungat la un nivel mai scăzut.

Cele mai importante cauze de deces în câteva state

(Proporții la 100.000 loc.)

Nr. crt.	DENUMIREA BOALEI	Nr. din lista internat. detal.	Ungaria	Olanda	Spania	Italia	Ceho-slovacia	Statele Unite
			1933	1935	1935	1932	1932	1934
1	Bolile primei copilării și debilitate congenitală . . .	157—161	121.0	46.4	64.3	77.8	103.0	53.0
2	Senilitate	162	221.0	63.0	54.9	96.1	163.2	8.7
3	Pneumonie	107—109	157.0	66.5	158.4	285.0	139.2	79.6
4	Diaree și enterită	119—120	71.0	7.9	188.5	150.4	81.7	18.1
5	Tuberculoză (toate form.) . .	23—32	170.0	52.4	111.5	103.8	149.6	56.6
6	Bolile cordului	90—95	199.0*	133.1	200.9	193.5*	162.2	240.2
7	Nefrite (toate form.)	130—132	31.0**	29.2	54.5	51.3**	26.1	84.3
8	Cancer	45—53	103.0	126.5	69.2	72.5	119.2	106.3
9	Hemoragie cerebrală, apopl. .	82	79.0	7.4	127.5	137.2	67.3	85.5
10	Bronșite, etc.	106	11.0	13.0	70.5	45.0	22.1	3.3
11	Scarlatină	8	2.0	0.7	2.5	3.9	3.2	2.0
12	Tusă convulsivă	9	4.0	3.8	4.2	7.1	7.3	5.9
13	Gripă	11	9.0	18.9	22.8	32.1	8.2	17.3
14	Pelagră	62	—	—	—	—	—	2.8
15	Febre tifoide	1—2	10.0	1.0	11.3	15.1	7.1	3.4
16	Septicemie și infecții puerp. .	140—145	7.0***	1.9	2.0	7.1***	5.3	—
17	Difterie	10	13.0	1.3	5.2	7.4	17.1	—
18	Rugeolă	7	3.0	2.3	13.7	7.3	4.7	5.5
19	Paludism	38	0	0.1	1.2	7.6	0.1	3.6
20	Diabet	59	5.0	17.3	9.2	8.8	9.3	22.1

* Cuprinde și cauzele de deces 96—103.

** " " " " " " 133—139.

*** " " " " " " 142—144, 146—150.

— Datele nu sunt specificate.

Cauzele de deces mai înainte amintite, (boli de inimă, cancer, boli generale) la noi nu ar avea proporții apropiate față de cele din țările din tabela de mai sus, nici în cazul când printr-o ameliorare a stabilirii cauzelor de deces, senilitatea și-ar reduce proporția la valoarea ei reală și consecutiv celelalte cauze, cum sunt decesele de boli de inimă, cancer, ar crește cu ceva datorită acestei ameliorări statistice.

Ca încheiere mai trebuie să amintim un fapt, asupra căruia, pare că însuși corpul nostru medical nu este bine edificat. Încă, nu suntem convinși că sănătatea publică în general e mai mult o problemă de medicină preventivă, decât de una curativă. Fiind așa, serviciile sanitare în faza lor actuală de muncă și organizare ar trebui să cointereneze în această problemă și publicul. În țările unde morta-

litatea generală a fost redusă prin combaterea bolilor care se pot preveni, inițiativei dată de stat, publicul s'a asociat, pregătind teren favorabil și acordând bugetul necesar. Aceasta ne determină să dăm talebele de comparație cum am procedat în cazul de față, pentru ca să ne frământăm asupra lor și să cerem realizarea medicinei preventive cât mai repede posibil și la noi.

Summary.

The most important causes of death in Roumania between 1931-36, were the followings: diseases of early infancy, congenital debility, senility, pneumonia, diarrhea and enteritis under 2 years of age, tuberculosis, diseases of the heart, affections of the kydneys, cancer and others. Most of these causes of death are preventable, therefore they indicate the strong necessity of a wide public health action.

Dări de Seamă.

II. Congresul Internațional de Igienă Mintală

ținut la Paris între 19-23 Iulie 1937 sub președinția Drului Toulouse.

Profesor E. Mira (Barcelona): Rolul condițiilor sociale în geneza tulburărilor mintale.

Autorul se arată sceptic față de statistici atunci când ele sunt aplicate la probleme complexe așa precum este cea a tulburărilor mintale. El evidențiază că felul cum subiectul consideră condițiile sale sociale, are multă importanță. După ce analizează influențele câtorva din aceste condițiuni (șomajul, revoluții etc.) în producția tulburărilor mintale, scoate mai multe concluzii. Toate concură însă, în a demonstra importanța factorilor subiectivi.

Autorul neagă existența unei funcțiuni speciale de adaptare mintală, a cărei absență ar explica tulburările deslănțuite prin schimbarea condițiilor sociale. Preferă să se întrebuințeze o terminologie mai precisă și semnalează diferitele chipuri prin care se obține adaptarea mintală (de exemplu: ipocrizie, supunere, înțelegere, compensare, izolare, rezistență etc.).

Profesor G. Bonvicini (Tulln Austria): Pofa de toxice și lupta contra toxicomaniilor.

Acest raport conține opiniunile psihologice a celor mai competenți autori asupra mecanismului, originii și terapiei în formele cele mai frecvente și mai variate de toxicomanii din Europa, ținând compt în special de morfinaomanie.

Opiniile sunt date după publicațiile din cei din urmă 10 ani.

Profesor Walter R. Miles (New-Haven Connecticut): Profilaxia alcoolismului.

Ignoranța și pseudoștiința au complicat problema întrebuirii și abuzului băuturilor alcoolice. Studiile recente au reușit însă să pună de acord multe vederi contradictorii. Efectele chimice ale alcoolului sunt acum bine cunoscute. Se poate ca alcoolismul să aibă oarecare stări patologice concomitente, dar el constituie un fenomen funcțional psihologic.

Marea importanță pentru igienisti o indică numărul de bolnavi din spitalele de alienați, număr care în Statele-Unite atinge cifra de 10%. Experiența prohibiției din Statele-Unite demonstrează că atunci când alcoolul nu era accesibil tuturor, patologile stărilor analoge erau mai puțin frecvente.

Cunoștințele asupra alcoolismului și acele ale altor condițiuni fizice culeseră din mai multe izvoare sunt de acord a recunoaște că în Statele Unite opinia publică variază cu privire la întrebuirii alcoolului. S'a readmis băuturile alcoolice fără însă a se reveni la excesele din trecut. Studiul științific a clarificat diagnosticul și tratamentul. Studiul personalității constituie prima etapă. Metode terapeutice se ivesc. Mijloacele aduse prin cercetări și diseminarea faptelor stabilite, sunt puncte esențiale ale progresului social.

Profesor I. K. Henderson (Edinburgh): Profilaxia individuală și socială a sinuciderei.

Un program profilactic constructiv este astăzi tardiv, pentru că sinuciderea nu este numai o problemă socială gravă, dar ea merge crescând. Trebuie să se facă un apel la toate organizațiunile sociale care se interesează de ameliorarea rasei și individului, pentru a se lucra mai intensiv ca oricând la atingerea scopului.

Diversitatea factorilor etiologici face dificilă o profilaxie a rasei și individului.

Profilaxia socială trebuie să aibe strânse legături cu dezvoltarea unui spirit de corp (unui spirit comun), al cărui scop ar fi de a proteja și îngriji de fiecare membru al comunității. Scopul trebuie să fie formarea unei organizațiuni sociale cu un mecanism și un personal convenabil.

Profilaxia individuală lovește cel dintâi ochii, căci ea este aceea ce descopere boala mintală. În adevăr de cele mai multe ori sinuciderea este prima indicație a deranjării psihice și trebuie deci la orice tentativă de sinucidere, să se ceară fără întârziere avizul specialistului.

Se menționează de autor mijloacele întrebuirii de sinucigași și acele de protecțiune.

Ședințele din 22 Iulie 1937.

Dr. Marcel Alexander (Bruxel): Organizația unui centru de profilaxie mintală.

În organizarea unui centru de profilaxie mintală, trebuie să fimem compt de mediul unde el va acționa.

Această operă trebuie să se adapteze mediului. Nu se poate da unei astfel de instituțiuni un plan rigid și aplicabil pretutindeni. Activitatea generală a acestui centru trebuie să fie în primul loc educativă. Rolul său va fi de: informație, asistență, tratament și cercetări științifice. Se pot prevedea diferite secțiuni de: prevenire

prin consultări prenuptiale, igienă mintală, infanțilă, tutelă a nevropașilor ușor atinși, a bolnavilor vechi internați, a vechilor delincvenți, vagabonzi, toxicomani. Pe lângă medicii specialiști vor funcționa infirmiere vizitatoare, auxiliare, sociale, secretar, asistente psihologice, sociologice și ergologice competente în orientări profesionale.

Localul va permite și consultări din alte specialități medicale. Opera va aduce serviciu prin relațiunile cu: medicii practicieni și operile medicale, operile sociale, instituții de binefaceri, autorități judiciare, societățile de abstenență etc. Medicii centrului profilactic vor trebui deseori să fie ei înșiși agenți de legătură dintre centru și organismele cu care colaborează.

Profesor Sobral Cid (Lisabona): Formarea personalului auxiliar din organizațiunile de Igienă mintală.

Autorul aruncă o privire asupra aplicațiunilor Igienii mintale în domeniul problemelor de purtare la copil, adolescent și adult. Câteva considerațiuni finale sunt rezervate raporturilor ce le are Igiena mintală cu asistența neuro-psihiatrică.

După ce evidențiază diferitele categorii de asistență sau asistențe sociale pentru Igiena mintală, autorul se ocupă de formarea lor profesională, privind succisiv condițiile (sex, vârstă, temperament, caracter, sănătate fizică, clasă socială etc.), care le-ar permite să devină buni sau bune asistente sociale. Expune apoi programul cursului și metodele de învățământ.

Cursul îl divide în 2 părți. Primul ciclu de învățământ informativ (prepararea de bază) cuprinde următoarele discipline: Istoria igienei mintale; Organizarea și legislația; Igiena și economia domestică; Psihologia copilăriei, adolescenței și adultului; Psihopatologia.

Al II-lea ciclu formativ este destinat uceniciei profesionale. Technica anchetelor, conversațiilor și micilor ședințe de clinică medico-pedagogică și medico-socială.

Dr.ii A. Courtois (de Chezal -- Benoît, Franța) și Roger Anglade (Paris): Legislația comparată a asistenței psihiatrice.

Autorii fac un expozeu al diverselor forme de asistență a alienașilor. Ei scot în evidență sistemele de admitere și de eșire în diferitele stabilimente supuse legislațiunilor, forme care caută aproape pretutindeni să restrângă libertatea individuală a bolnavilor, transformând azilele în spitale închise sub controlul riguros al autorității publice. Se degajă însă o tendință spre spitalizare liberă. Astăzi să nu se mai aștepte timpul ca boala să devină incurabilă, iar bolnavii cu reacțiuni periculoase, ci se caută să se prevină totul prin examene și îngrijiri precoce. Arată ca model spitalul Henri Roussel creat de Consiliul general al Senei, la inițiativa Dr.ului Toulouse.

Se speră că această instituție franceză (o formă concretă de mișcare filantropică a Igienii mintale) va inspira creierea de formațiuni analoge.

Rezultatele obținute în acest spital constituie cel mai puternic argument în favoarea noului mod de asistență, care transformă azilul de alienași în un spital psihiatric liber ca și spitalele de medicină generală.

Profesor Olof Kinberg (Saltzjöbaden Suedia): Profilaxia delictelor și crimelor.

Profilaxia criminală presupune cunoștința aprofundată a cauzelor crimei. Crima fiind considerată ca rezultat al unei dezvoltări psihologice trebuie să cercetăm stările psihologice din care naște crima. Aceste stări precursorice le constituie diferitele

forme de rea adapțiune (fizică, psihologică, psihopatologică, socială). Fiindcă crima este în principiu rezultatul unui șoc între un factor individual și altul mesologic, trebuie să distingem între cele 2 grupe de fapte: indivizii amenințați de o dezvoltare criminală și situațiile mesologice periculoase. Cele dintâi se găsesc printre bolnavii mintali, oligofrenici, constituționali inferiori, nevrozași etc. Cele de al II-a sunt caracterizate prin o reunire de factori dinamici ai crimei. Mobilitatea crescândă a populației mărește numărul indivizilor psihologicește anonimi în societate. Din cauza anumitor trăsături ale societății moderne, acești anonimi constituie un pericol serios pentru societate. Pentru a reduce numărul lor trebuie să se creeze o clasare psihologică care să înceapă din școală. Trebuie apoi să se răspândească cunoștințele atât asupra factorilor individuali ai crimei cât și asupra situațiilor periculoase și când e vorba de o profilaxie a crimei trebuie să se creeze la cetățeni sentimentul solidarității și responsabilității sociale.

Profesor Dr. Van der Hoeven (Utrecht): Anormalii înaintea justiției.

Un sistem particular care să privească tratamentul psihopatului delincvent nu există decât prin defectele și ineficacitatea sistemului penitenciar, care cuprinde criminalul așa zis normal.

Cauza acestei ineficiențe constă în aceea că dogma responsabilității penale stă la baza sistemelor noastre penitenciare. Cât timp această dogmă nu va fi părăsită, nu se va realiza un echilibru satisfăcător între rezistența morală a indivizilor și exigențele vieții sociale.

Combaterea crimei aparține domeniului de Igienă mintală socială. Nu există nici o diferență esențială între tratamentul criminalilor normali și cei anormali.

Dr. Louis Vervaeck (Bruxel): Protecția socială și asistența anormalilor delicvenți și criminali.

Autorul a studiat metodele întrebuintate în Belgia și rezultatele obținute la diferitele categorii de delicvenți anormali: 1. condamnați liberați, după ce au stat câțva timp la închisoare, 2. recidiviști internați în virtutea legii belgiene de apărare socială, 3. anormali internați în virtutea acestei legi. Autorul compară măsurile luate pentru ei cu acele luate la liberarea vagabonzilor și bolnavilor mintali (autorizați să părăsească azilul).

Autorul susține că liberarea anormalilor criminali depinde tot atât de condițiile favorabile ale mediului unde ei vor trebui să trăiască, cât și de ameliorarea sau vindecarea țării lor mintale. Trebuie să cunoaștem individualitatea psihică și caracterială. Înainte de a elibera un anormal, trebuie să căutăm ca mediul ce-i va fi simpativ, să întrunească condițiile de existență regulată, liniștită, sobră. Un principiu esențial este că liberarea unui delicvent anormal nu poate fi autorizată decât cu titlu de încercare și în condițiile de existență și supraveghere, sub amenințarea de a fi reînținat. Anormalul va fi supus la un control psihiatric și o tutelă morală. Rapoarte întocmite regulat, vor permite constatarea că această ocrotire este efectiv realizată.

Sedințele din ziua de 23 Iulie 1937.

Dr. H. Persot (Landeron Elveția): Unificarea statisticeii psihiatrice internaționale.

Autorul examinează felul cum s'au dezvoltat statisticele alienațiilor în diversele țări. El arată avantajele unei bune statistici internaționale și trece în revistă condițiile ce le-ar pretinde statisticele naționale bine organizate, publicate anual din toate stabilimentele psihiatrice publice și private ale țării respective. Aceste statistici trebuiesc întocmite după un model uniform și reguli precise. Ele vor da date asupra efectivului de bolnavi, formele boalelor, sex, vârstă, admiteri și eșiri în cursul anului, starea bolnavului la eșire etc. Autorul indică regulile după care aceste statistici naționale pot fi comparate între ele. El dă sugestia ca aceste statistici să fie trimise și colecționate la biroul internațional de igienă și la biblioteca S. D. N. dela Geneva precum și la Institutul internațional de statistică de la Haga. O comisiune de 2 sau 3 psihiatri vor fi însărcinați să publice regulat datele cele mai utile.

Dr. M. Desruelles (Saint Ylle Franța): Unificarea statisticelor generale în stabilimentele de asistență psihiatrică.

Autorul face un scurt istoric a principalelor lucrări în domeniul statisticii alienațiilor precum și a congreselor unde s'a pus la ordinea zilei acest studiu.

Inspirându-se din metodele statistice străine și bazate pe ideile de o uniformitate a documentării, autorul studiază mijloacele care permit întocmirea statisticilor enumerând calitățile indispensabile.

1. Utilizarea unei nomenclaturi impusă forțat; 2. creierea fișelor individuale inspirate după fișele întrebunțate în Italia, Elveția, Norvegia; Unificarea tablourilor statistice din rapoartele medicale.

Raportorul indică în linii mari aceste reforme scoțând în evidență interesul ce-l prezintă. El publică proiectul de fișe individuale franceze întocmit în colaborare cu Dr. T. Simon.

Profesor A. Wimmer (Copenhaga): Un expozeu de cele mai urgente cercetări științifice în vederea profilaxiei tulburărilor mintale.

În vederea profilaxiei mintale, este de cea mai mare importanță cunoașterea aprofundată a cauzelor de anomalie psihică.

Hereditatea bolnavă și factorii exogeni trebuiesc să fie evaluați pentru psihoze diferite.

Evaluarea frecvenței anomaliilor psihice în populația mijlocie este de cel mai mare interes să fie continuată.

Ca și psihopatologia, psihologia normală și nu mai puțin aceia a copilăriei, ocupă actualmente un loc important în dezvoltarea igienei mintale.

Profesor I. P. Porto Carrero (Rio de Janeiro): Un expozeu a mijloacelor ce ar putea fi recomandate pentru propaganda Igienei mintale.

Autorul prezintă o schemă de discuție cu privire la propaganda Igienei și Profilaxiei mintale, susținând că ea trebuie să se exercite:

1. *In un mod special în:*

a) Dispensarele pentru micii psihopați, predispozanți și enturajul lor (ameliorarea bolnavului, prevenirea recidivei, depistajul familiar, organizarea mediului fizic și moral).

b) Colectivitățile restrânse unde s'ar putea face depistaj și educație (școală, armată, atelier, mediul penitenciar).

2. *In un mod mai general prin o acțiune :*

a) *Asupra maselor (cărți, articole în presă, teatru, roman, cinema, afișe, radio-difuziune, conferințe).*

b) *Asupra puterilor publice. Acțiunea ar fi individuală și ar consta în introducerea în consiliile de administrație a ligilor de Igienă mintală, în diferitele comitete și congrese : a parlamentarilor, reprezentanților de autorități, a acelor ce poartă interes cauzei precum și a acelor ce pot aduce mijloace nu numai materiale, dar de realizări practice votând legi, întocmind regulamente, acordând autorizațiuni etc.*

*Dr. G. Preda
Sibiu.*

Cronica.

1. Eugenie.

* **Episcopul de Birmingham**, a cerut guvernului englez legiferarea sterilizării pentru a stăvilii sporul dezechilibrărilor și criminalilor. „Copiii se nasc cu defecte” — spunea episcopul în cuvântarea sa — „care nu pot fi înlăturate și care nu contribuie în nici un caz la propășirea națiunii engleze. De aceea, trebuie să se recurgă la ajutorul științei spre a se corecta greșelile naturii.”

* **Sterilizarea în Islanda.** După 900 de ani Islanda vrea să reintroducă unele legi din străvechea colecție „Graagaasen” adusă pe insulă de către primii imigranți norvegieni și în care se spune : „drept este să se adune toți degenerații și să se castreze și asta nu-i culpabil, chiar dacă ei ar rămâne vătămați pentru totdeauna.”

* **Sterilizarea în Letonia.** Asociația medicilor din Letonia se ocupă de multă vreme cu introducerea sterilizării corective. În cuvântarea de deschidere a congresului medical, președintele republicii s'a rostit *pentru* introducerea sterilizării eugenice.

* **Estonia a legiferat sterilizarea.** Potrivit hotărârei guvernului din 27. XI 1936, legea sterilizării coercitive a intrat în vigoare dela 1. IV. 1937. Operația se aplică alienaților, deficienților mintali, epilepticilor și tuturor purtătorilor de defecte ereditare incurabile.

* **Cehoslovacia vrea să legifereze sterilizarea.** „Societatea cehoslovacă de eugenie” a sesizat guvernul cu chestiunea introducerii sterilizării, după ce în prealabil Societatea făcuse o anchetă printre medici și juriști și aceștia își dăduse părerea absolut favorabilă legiferării.

* **Sterilizarea în Japonia.** Ministerul de Interne a depus o lege în parlament conform căreia se vor steriliza toate persoanele debile mintale. Cercetările au arătat că 70% din indivizii anormali moștenesc deficiența dela părinți. Sterilizarea este obligatorie acolo unde o stabilește medicul.

* **Uruguay întreprinde reforme eugenice.** Se planuește introducerea certificatului matrimonial de sănătate.

* **Un oficiu pentru consultații împotriva sterilității** a fost înființat în orașul Bremen.

* **Sistemul împrumutului matrimonial** a fost imitat și de Suedia. Cu începere dela 1. I. 1938 se va acorda finerelor perechi sănătoase împrumuturi matrimoniale pe termen lung. S'a și destinat un fond de 2.000.000 de coroane. Până

la 1000 de coroane nu-i necesară nici o condiție în vederea gărantării sumei. Suma se poate întrebuința numai în scopul cumpărării mobilierului și a obiectelor de menaj.

* „Tragedia căsătoriilor mixte“ este un subiect actual și pentru Englezi. Lewis Spence se ridică în „Sunday Mail“ contra căsătoriilor Englezilor cu persoane de culoare, pe motivul antagonismului rasial. „Cu cât mai curând va apare legea care să facă imposibile asemenea căsătorii cu atât mai bine.“

* Turcia a interzis căsătoriile mixte între funcționari și streini. O lege în acest sens a fost supusă parlamentului.

* Măsuri contra celibatarilor în Grecia. Etatea pentru căsătoria funcționarilor a fost fixată de guvernul grec la 25 de ani. Funcționarii cari au depășit această etate și nu sunt căsătorii trebuie să demisioneze. Celibatarii vor plăti impozite duble față de cei căsătoriți. Jumătate din moștenirea celibatarilor va reveni fiscoi.

* Argentina își apără patrimoniul ereditar. Legea intrată de curând în vigoare obligă pe candidat să prezinte ofițerului de stare civilă un certificat de sănătate. Încheierea căsătoriei depinde de îndeplinirea condițiilor de sănătate, iar certificatul nu poate fi mai vechiu de 7 zile.

* Selecțiunea diplomașilor în Japonia. Superioritatea unui popor se vedește între altele și prin grija excesivă de a-și selecționa elitele. În această privință Japonia ocupă unul din primele locuri. Dr. Isunemasa Niigaki, consilier medical la Ministerul de Externe japonez, a cerut într'un raport, ca să nu fie admiși în diplomație decât cei cu grupa sanghină 0. Numai că nu există încă siguranța dacă oamenii superiori aparțin mai frecvent acestei grupe sanghine.

2. Antropologie.

* Un model de cercetare antropologică este aceea organizată în limite largi de către eminentul Profesor și Director al Institutului de Antropologie dela Breslau, Baronul v. Eickstedt. Cu ajutorul studenților absolvenți ai cursului și lucrărilor practice dela seminarul său, a măsurat numai în v. anului 1936 un număr de 20.000 de persoane din 13 cantoane sileziene. A cercetat până în anul 1937 34 de cantoane cu 60.000 de persoane. Este după știința noastră cea mai vastă cercetare antropologică ce s'a întreprins vreodată, în scopul determinării naturii și a calității materialului uman. La noi oamenii responsabili de dezvoltarea culturii se întreabă încă, ce rost are „antropologia“?

* Antropometria colaborează cu Psihotehnica. La Roma s'a înființat un Oficiu Psihotehnic cu scopul de a întreprinde cercetări tehnice și antropometrice în vederea elaborării unor metode proprii pentru selecțiunea socială, îndrumarea profesională și educația tineretului. Președintele a fost numit Prof. P. Agostino Gemelli rectorul Universității Catolice dela Sacro Cuore.

* Antropologia în Italia. Sub egida Universității din Florența s'a înființat un „Oficiu Central pentru Investigații fizice și sportive asupra Studenților“. Intenția autorităților e ca Institutul să-și extindă câmpul cercetărilor în Italia întreagă.

* Antropologia în Iugoslavia. Comitetul științific al Societății de Științe Naturale din Ljubliana a înființat o secțiune pentru Antropologie, Genealogie și Eugenie sub conducerea Prof. Dr. Hadzič.

* **Societatea Americană pentru Antropologia fizică** și-a constituit în 1935 un comitet cu sarcina elaborării unei standardizări a metodelor antropologice.

Cranii mari. Prof. Dr. A. Hrdlička a descoperit un craniu uman la Aleuși cu o capacitate de 2000,050 cmc. Este al doilea craniu mare existent după acela al lui Turgenyew cu 2000,2 cmc. Urmează craniul lui Webster cu o capacitate de 2000 cmc., Bismarck cu 1950 cmc., Beethoven cu 1750 cmc. și Kant cu 1740 cmc.

* **Societatea germană pentru antropologia fizică** și-a schimbat titulatura cu prilejul celui de al 9-lea congres ținut între 16-19 Septembrie a. c. la Tübingen în „*Societatea germană pentru cercetări rasiale*”.

„*Races et Racisme*” este titlul noii reviste care apare la Paris, în scopul de a informa cercurile științifice despre aplicările politice ale Raseologiei.

* **Antropologia și democrația.** În muzeul antropologic de stat din Moscova s'a organizat o expoziție „*Rase și teorii rasiste*” în scopul de a combate raseologia și rasismul, anatimizate de către comunism.

* **Un glas pentru încrucișări rasiale.** Dr. Martial opiniază (în cartea lu „*La race française*” [?!]) că indicele lui Hirsfeld constituie un criteriu, pe baza căruia se poate regula politica imigrării în Franța. Din faptul că imigranții asimilați au indicele biologic în jurul lui 3, deci identic aproape cu indicele francezilor, conchide că acele grupe etnice caracterizate prin acest indice pot fi acceptate în masa poporului francez, care le va asimila fără dificultate. Între naționalitățile cari pot fi acceptate sunt: Evreii olandezi și germani, cum și berberii, cari „se vor topi foarte repede în populația franceză”. Dacă autorul pare a renunța la negri și mongoli, este numai pentru că aceștia sunt neasimilabili.

3. Demografie.

* **Populația Japoniei crește repede.** În 1936 s'au născut 239 copii pe oră în Japonia. Ținând seamă de mortalitatea generală, rata creșterii populației este de 99 persoane pe oră. Totalul populației din Japonia, Formosa și Coreea este de 98 556 125. Cu toate acestea viteza creșterii populației a depășit punctul culminant. Dela 600 000 de noi născuți anual la începutul secolului, cifra s'a ridicat la 800 000 înainte de războiul mondial și la 1 007 868 în anul 1932. În 1933 și 1934 cifra coboară la 927 209 coresp. la 809 224.

* **Populația Cehoslovaciei crește încet.** În anul 1936 populația a sporit cu 50.000 numai. În Boemia cifra nașterilor era în 1935 de numai 14,2 la 1000 de locuitori. Chiar într-o regiune pur agrară cum este Slovacia, natalitatea a scăzut între 1930-1935 până la cifra de 24,3 la 1000 de locuitori.

* **Regiunea natalității în Italia.** În primele cinci luni ale anului 1937 s'au născut în Italia 31 538 de copii mai puțini ca în același timp din anul precedent.

* **Ufficio Centrale Demografico** este denumirea noului oficiu înființat în cadrele Ministerului de Interne italian cu sarcina de a studia toate problemele în legătură cu *demografia și apărarea rasei*.

* **Tinerețea poporului român.** După datele Institutului Central de Statistică Român comunicate de către Dr. S. M a n u i l ă avem 18 052 896 locuitori. Populația până la 14 ani împliniți se ridică la cifra de 6 267 626 suflete, ceea ce face o proporție de 34,7% din populația generală. În raport cu sexul proporția ținătorilor

până la această vârstă este de 35,6% băieți și de 33,8% fete. Etatea medie a populației și durata medie a vieții pentru țara noastră sunt chestiuni pe care de elaborare.

* **Congresul internațional demografic** ținut la Berlin în 1935 își publică lucrările într'un volum de 972 pagini privind în prima jumătate probleme cantitative de populație, iar în a doua jumătate probleme de antropologie, raseologie reproducere diferențiată, eugenie, ereditate, politică și igienă publică.

4. Congrese.

* Între 26—28 August a. c. s'a ținut la Ljubljana *Congresul pedagogic slav*, la care antropologia a avut un loc însemnat. Dintre referate cităm: Matić D.: Dezvoltarea fizică și mintală a copilului surdo-mut. Škerlj B.: Determinarea pubertății fetelor în biologie și în codul penal. Szwarc J.: Ereditate și Mediu în dezvoltarea inteligenței infantile. Škerlj B.: Copii deficienți mintali din Drava-Banat o problemă eugenică. Mandić F. H.: Forma capului și statura copiilor de școală din Zagreb.

* **Curentul pentru studiul omului progresează în Cehoslovacia.** În Noembrie 1936 a luat ființă Societatea biotipologică cehoslovacă cu sediul la Zlín și Praga ca filială pe lângă *Société de Biotypologie* din Paris. Scopul societății este cercetarea tipurilor umane din diferite puncte de vedere științifice și aplicarea rezultatelor în diferitele domenii ale activității umane.

* **Congresul internațional de antropologie și etnologie** a ținut întrunirea Consiliului permanent la Paris, 8 Mai 1937. S'a verificat și completat lista membrilor în consiliu pe națiuni și fixat data congresului la Copenhaga între 1—6 August 1938 sub prezidenția de onoare a Regelui Danemarcei și al Islandei.

* Între 29 August și 5 Septembrie a. c., s'a ținut o *reuniune internațională medicală* în Salsomaggiore sub prezidenția cunoscutului cercetător în domeniul constituției fizice, Prof. Nicola Pende. S'au citit rapoarte și comunicări interesante despre sterilitatea și biotipologia umană.

* Între 4—8 Octombrie a. c. s'a ținut la Roma un *congres internațional pentru apărarea copilului*. În cele două secțiuni s'a discutat combaterea mortalității infantile și problema copiilor nelegitimi.

* La sfârșitul lunii Martie a. c. s'a ținut la Tokio al 2-lea *congres național de antropologie, etnologie și arheologie* sub prezidenția Prof. Dr. Shirotori. În prima zi s'au comunicat probleme etnologice, în a doua zi antropologia fizică și arheologia și în a treia zi unele chestiuni despre Aino.

5. Chemări, Numiri, Distincțiuni.

* Prof. Dr. Mondandon a fost numit conservatorul Muzeului Broca de către Societatea de Antropologie din Paris.

* Prof. H. V. Vallois a fost numit directorul laboratorului de antropologie la Ecole d'Anthropologie. El își păstrează totuși catedra dela Toulouse.

* Cunoscutul cercetător în noul domeniu „sufletul raselor“ Clauss a fost chemat ca profesor la universitatea din Berlin.

* Guvernul englez recompensează savanți particulari. Pentru serviciile aduse antropologiei și geografiei s'a decernat Drei R. M. Fleming dreptul la pensiuă.

* Mr. A. R. Radcliffe-Brown a fost numit profesor de antropologie socială la Universitatea din Oxford.

* Profesorului H. F. K. Günther i s'a înmănat placheta Rodolf Virchow de către Societatea berlineză de Etnologie, Antropologie și Istoria Antică.

Dr. H. Kranz a fost numit profesor extraordinar la catedra pentru cercetări ereditare și rasiale dela Facultatea de Medicină de pe lângă universitatea din Giessen.

* **Onorarea conducătorilor spirituali în al III-lea Reich.** Cu prilejul împlinirii a 50 de ani, ilustrul eugenist Fritz Lenz a primit felicitările și cuvântul de recunoștință din partea Ministerului de Interne al Reich-ului.

6. Diverse.

* **Medicii de Stat în România și Germania.** Periodica Asociației Medicilor Germani se ocupă de intenția autorităților române de a introduce de fiecare 8000 de loc. un medic de stat, o soră, un funcționar sanitar și o moașă. Măsura ar da roadele așteptate și pentru Germanii din România — îndeamnă revista — dacă s'ar numi în satele germane medici germani.

* **Denumirea de „Doamnă” pentru persoanele feminine nemăritate este permisă în Germania, fără nici o formalitate.**

* **Paragraful arian** a fost introdus de către medicii polonezi. Reglementarea sună: „Membru al Asociației Medicilor Polonezi poate fi numai cetățeanul Polonez, care este creștin prin naștere. Din 11 495 de medici, 4542 sunt evrei sau 40%. In regiunea Lemberg medicii evrei sunt în proporție de 70%.

Madison Grant a decedat la 30 Mai 1937 în etate de 73 de ani. Și-a făcut nume în știința americană, ca eugenist, antropolog, naturalist și explorator.

Prof. Bindo de Vecchi, rectorul universității din Florența și prezidentul Societății Italiene de Antropologie și Etnologie a decedat anul trecut la 28. Dec.

I. Făcăoaru

Reviste streine în schimb cu Buletinul Eugenic și Biopolitic.

1. *American Journal of Physical Anthropology*: The Wistar Institute of Anatomy and Biology. Philadelphia, Pa. Woodland Avenue.
2. *Annals of Eugenics*: The Director of Galton Laboratory, London University, Gower Street, London W. C. 1.
3. *Anthropological Papers*: The Library of The American Museum of Natural History New-York City, 77th, Street and Central Park West (U. S. A.)
4. *Birth Control Revue*: The American Birth Control League Inc. New-York City, Seventh Avenue 370, U. S. A.
5. *Charity Organisation Quaterly*: The Charity Organisation Society, Denison House, London S. W. 1. 296. Wauxhall Bridge Road.
6. *Educational Research Bulletin*: The Ohio State University, Bureau of Educational Research. Columbus. Ohio. U. S. A.
7. *Eugenical News*: Cold Spring Harbor, Long Island. N. Y. U. S. A.
8. *Journal of Juvenile Research*: The California Bureau of Juvenile Research. Claremont, California.

9. *Man* : The Royal anthropological Institute, London W. C. 1. 52, Upper Bedford Place.
10. *Mental Welfare* : London, S. W. 1. 24, Buckingham Palace Road.
11. *Population* : International Population Union London School of Economics. London, W. C. 2. Houghton Street.
12. *The Family* . The Family Welfare Association of America. New-York. N. Y. 130. East 22. D. Street.
13. *The British Journal of Psychology* : The Hon. Librarian, British Psychological Society London, W. C. 1. 55. Russ II Square.
14. *Mental Hygiene* : Mr. H. Edmund Bullis, Executive Officer, The National Committee for Mental Hygiene, 50. West, 50 th, Street New-York City.
15. *The Milbank Memorial Fund. Quaterly* : Milbank Memorial Fund, 44. Wall Street, New-York.
16. *The Post-Graduate Medical Journal* : Post-Graduate Medical Journal, London, W. 1. 1 Wimpole Street.
17. *The Shield* : The Chairman of the Association for Moral and Social Hygiene. 2 & 4 Great Smith Street S. W. 1. London.
18. *Marriage Hygiene* : Kodak House, Hornby Road, Bombay 1. India.
19. *Population Index* : Office of Population Research. Library of Congress, Study 52. Washington D. C.
20. *Revue Anthropologique* : Institut International d'Anthropologie, Paris (VI. e.) 15 Rue de L'Ecole de Medicine.
21. *Archives suisses d'Anthropologie generale* : Genève, 11 rue de l'Hôtel de Ville.
22. *Biotypologie* : M. Laugier, 1. rue Hautefeuille, Paris, 6e.
23. *Deutsches Ärzteblatt* : Schriftleitung des deutschen Ärzteblattes, Berlin, S. W. 19, Lindenstr. 44.
24. *Der Erbarzt* : Berlin S. W. 19, Lindenstr. 44.
25. *Zeitschrift für Rassenphysiologie* : Prof. Dr. O. Reche. Institut für Rassen und Völkerkunde an der Universität Leipzig.
26. *Genus* : Comitato Italiano per lo Studio dei problemi della popolazione „Genus“. Roma, 10 Via delle Terme di Diocleziano.
27. *Rivista di Antropologia* : Istituto di Antropologia, Roma Via del Collegio Romano 26.
28. *S. A. S.* : Bollettino del S. A. S. Bologna, Via Selmi 1.
29. *Difesa Sociale* : Rivista Mensile dell' I. N. F. P. S., Roma Corso Vittorio Emanuele, N. 24.
30. *Arquivos Rio Grandenses de Medicina* : Société de Médecine Porto Alegre. Rua Generale Camara 261, Bresil. Amerique de Sud.
31. *Magyar Statisztikai Szemle* : M. Kir. Központi Statisztikai Hivatal, Könyvtár Osztály, Keleti Károly utc. 5-7. Budapest.
32. *Journal de la Société Hongroise de Statistique* : Magyar Statisztikai Társaság, Budapest, Budai László-utc. 1.
33. *Evgenika* : Priv. Doc. Dr. Božo Škerlj, Drz. šolska poliklinika, Ljubljana Jugoslavia.
34. *Proceedings of the Maxim Gorky Medico-Genetical Institute* : Maxim Gorky Medico-Genetical Research Institute, Moscow, 34, Kropotzinsky per 7.