

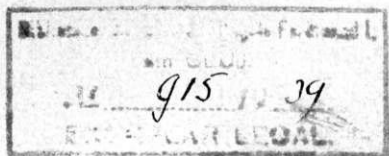
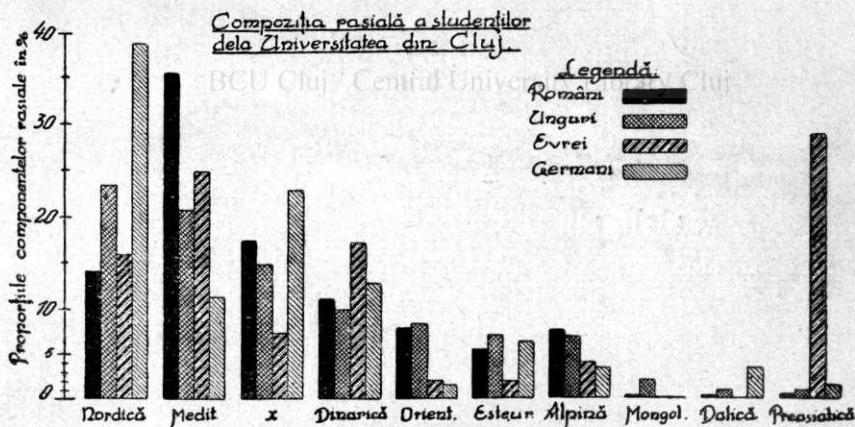
BULETIN EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. IX.

Nr. 1-2

IANUARIE-FEBRUARIE

1938



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

BULETIN EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. IX.

Nr. 1-2

IANUARIE-FEBRUARIE

1938

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

Destinul în perspectiva istoriei și a biologiei

de
Dr. OVIDIU COMȘIA

În încercarea noastră anterioară am schițat, teoretic, câmpul biologic în care se desfășoară destinul unui neam. În concluzii am lăsat să se întrevadă că ceea ce înțelegem noi prin destin, nu se poate supra-pune deloc cu ceea ce neamurile, în succesiunea timpului, au înregistrat pe portativul istoriei. Privind problema pe dublul plan: metafizic și istoric, destinul împrumută un sens bivalent. Un destin cu rădăcini în transcendent, înfiripat dintr'o rațiune suprapământescă, și, altul ancorat în ordinea vizibilă a evenimentelor. Cel dintâiu e permanent ca și rațiunea din care s'a desprins; al doilea poartă reflexul transitor al ordinii sociale. Unul stăruie atemporal în adâncul ființei neamului vizând eternitatea, altul aparține etapelor istorice, și, se istoricește în actualitatea vieții de stat.

Noi, când vorbim de destin, înțelegem întotdeauna numai forma din'tâiu.

Forma a doua, oscilația și epuizarea istorică, nu este un destin propriu zis; sau cel puțin aceasta e concluzia la care se forțează studiul obiectiv al evoluției colectivităților trecute. Istoria ne apare mai mult ca o înlănțuire de fapte și atitudini în contradicție cu linia destinului. Privită în perspectiva evurilor, ea împrumută, prea adeseori, aspectul unui codicil de greșeli și păcate, care, în ochii posterității, justifică prăbușirile de neam. Încheierea unui ciclu istoric nu se supra-pune cu împlinirea unui destin.

Reluăm sumar câteva fragmente din istoria celor vechi pentru a exemplifica afirmațiile noastre.

Istoria de mare amplitudine a vechilor Eleni începe abea în jurul anului 600 a. Chr. Până la această dată, fapte și evenimente de circulație internă rezumau întreaga lor istorie. Un neam de țărani liberi și de nobili au luat în stăpânire peninsula. Alături de ei trăiau băștinașii, nedefiniți ca rasă și neam. Stilul lor de viață și forța lor se desprindea din rodul gliei și chemarea mitului. Ateniența etnică, de spiță și de familie, apoi cultul strămoșilor, ne dovedește solidaritatea omului cu purtătorii vieții neamului de totdeauna. Eroii au fost

ridicați în înălțimi de apoteoză; Hercul era prototipul spre care tindeau bărbații, spre un eroism ca al lui, comandat de voință și îndeplinit prin forță și inteligență. Dar rațiunea care stă la temelia faptei eroice nu e personală ci mai presus de om, căci adevăratul erou e mandatarul unei justiții eterne. Prin fapta lui, eroul nu aspiră la un beneficiu personal; dacă există un beneficiu, acesta trebuie să fie al tuturor. Deaceea și Prometeu își merită apoteoza, cu toate că el a încălcat voința divină aducând focul oprit pe pământ. Serviciul pe care l'a făcut prin aceasta umanității e mai presus de păcatul la adresa zeilor. Cu toată pedeapsa primită de zei, omul îi preamărește fapta.

Cât despre poziția femeii, ea era la început pe un plan de egalitate cu bărbatul. Mai târziu, influențele străbătute din cultura miceniană și asiatică au îndepărtat-o pentru totdeauna dela aspirațiile la egalitate. Ea a trebuit să se mulțumească cu datoria procreațiunii, fără dreptul la vre-o recompensă socială sau morală. Cultul dionisiac își face intrarea oficială în Delphi și, odată cu aceasta, femeea devine un simplu obiect al libidoului. Familia rămâne ce e drept o instituție legală, însă semnificația ei morală dispăruse. Soția era atât de neglijată, încât Solon a trebuit să fixeze prin lege datoria soțului de a respecta patul conjugal cel puțin de trei ori pe lună. Pentru rest, el era liber să-și împartă preferințele între concubină și heteră.

Ecourile culturale streine de sufletul etnic, au adus cea dinfăi notă de hibridizare psihologică, în timp ce promiscuitatea vieții fundamentează hibridizarea biologică. Un amestec eterogen se substituie etniei pure; formele tradiționale se schimbă; neamul se desprinde de trecut, de miș, de credința străbună. Sentimentul continuității în veac prin sânge și credință slăbește, risipind în acelaș timp seninătatea în fața vieții și împăcarea cu transcendentul. Străbunii nu mai sunt alături de om, trecutul și viitorul nu mai preocupă pe nimeni. Echilibrul interior, înfiripat din sentimentul continuității, s'a convertit în neliniște, în teamă de viață și de moarte, într'o lipsă de încadrare în ordinea socială și cosmică.

Zei care ajută pe cei credincioși și drepti, pe cei ce acționează în virtutea ordinii suverane prescrisă de ei, își pierd semnificația adâncită în sufletele masei. Se preferă misterul eleusin, care absolvă pe om de înălțarea prin fapte și credință. Gloria în viață și repausul în transcendent se rescumpără prin ritual formal al unei jertfe, fără efortul înălțării morale și frumuseța faptei.

Pe ruinele neamului ecumenic tronează acuma individul.

Acesta e semnul sub care poporul elen întră în istoria majoră. Însă istoria pe care urmează să o facă e alături de linia destinului.

Elitele etnice au scăzut numeric și s'au încrucișat cu elitele economice, pe care contactele sociale și comerțul le-a ridicat din păturile de jos, sau le-au atras depe meleaguri streine. Pe de altă parte, dezvoltarea vertiginoasă a orașelor, atrage neconținut populațiunea rurală; metropole strălucitoare se ridicau în contrast flangrant cu mulțimea satelor depopulate. Istoria majoră a început. Alături de ea o cultură de mare rezonanță îngemănată cu preludiul risipirei etnice.

Poporul elen nu mai trăia decât la orașe; câte orașe atâtea state. Între ele Atena își consolidase egemonia, cu toate că tulburările interne se succedau fără încetare. Luptele între nobili și clasele de jos, între bogați și săraci se urmau cu un succes alternant; tirania și democrația au devenit formele de guvernământ. Secătuit și depreciat sub raport biologic, acest oraș-stat atinge totuși apogeul. În drumul lui spre culmi el nu se mai sprijină decât pe înalța lui valoare economică și culturală. Că nu e zdrobit de armatele persane se datorește desigur imenselor resurse financiare. În fața atacului persan, orașele de pe peninsulă cad rând pe rând, numai Eritreea mai rezistă. Armatele unite ale orașelor elene înving totuși cu greu la Maraton (490) o mică unitate persană care se retrage și se imbarcă în ordine. În anul următor însă războiul reîncepe. Armata lui Xerxes zdrobește la Termopile eroismul spartanilor lui Leonida. Grecia ar fi fost iremediabil pierdută dacă flota ateniană nu ar fi reușit o răsunătoare biruință pe mare (Salamis). Garnizoana de ocupație rămasă în Grecia e bătută de spartanul Pausanias iar flota persană învinsă din nou la Mikale.

Prin imensele ei resurse materiale Atena și-a construit o flotă bine organizată. Păstrarea libertății ei și a celorlalte state elene se datorește flotei și nu forțelor terestre. Deaceia, în deceniile următoare nu vedem deloc o repriză a evoluției normale, cum e firesc în epocile de eroism. Astfel libertatea cucerită nu ni se înfățișează ca o recompensă istorică pentru neamul eroic. Ea a fost cucerită prin bani și rutină, dar nu și prin vigoare etnică.

Haosul de sânge creștea nestăvilit perpetuând un haos social și politic. S'au reluat cu înverșunare luptele interne.

Demagogii preiau destinul Atenei; trădarea și ostracismul sunt la ordinea zilei. Campaniile nenorocite din Sicilia și Egipt distrug ultimele resurse militare ale Atenei. Vechea tensiune dintre ea și Sparta se termină dezastuos. Lysander distruge ultima flotă ateniană, ocupă orașul și îl dărâmă. Atena repășește din istorie.

Sub raport demografic ea era de mult în declin. Un recensământ făcut imediat după războiul din Peloponez, ne arată că Atena mai dispunea de 30.000 de cetățeni cu drept de vot. Numai că în această cifră s'a înglobat și un număr însemnat de meteci, în a căror vine nu mai curgea sângele vechilor elite ale neamului. Recensământul din 322 a Chr., nu mai găsește decât 71.000 de cetățeni; notează însă 10.000 de meteci, care nu au obținut încă cetățenia, precum și 400.000 de sclavi de neam strein. Cu un astfel de potențial biologic, Atena nu mai putea aspira la o dăinuire istorică, oricare ar fi fost măsurile de redresare etnică.

Nici Sparta nu a rămas mult în urmă, cu toată eugenia severă, aproape neumană pe care a practicat-o. Urmașii viguroși erau singura dorință a spartanului, creșterea și oțelirea lor singurul efort al cetății. Bărbatul își schimba soția infecundă fără nici o formalitate. Când însă vina infecundității cădea asupra lui, tot el consimțea să fie supliniț printr'un altul, pentru care procrearea nu era o problemă. Serbări nocturne sau ținute în obscurități de catacombe, permiteau fetelor viguroare, pe care selecțiunea sexuală le-a eliminat din motive estetice, să-și îndeplinească datoria maternității în intimitatea unei cete de fineri. Tot ei asigurau natalitatea în cetate pe durata absenței bărbaților plecați în războaie. Și totuși, declinul demografic nu a putut fi evitat. Prin cauzele sale însă acest declin se situaază pe un plan diferit de cel atenian.

Motivele psihologice, individualismul, apoi hibridizarea biologică, nu par a fi intervenit decât târziu. Declinul spartan se datorește mai mult numărului restrâns de populație, secătuită prin ne'ncetate războaie. Și, dacă pe timpul războaielor persane ea mai putea mobiliza 8000 de soldați de elită, în anul 371 ea nu mai dispunea decât de 1500 cetățeni de sânge. În războiul cu Theba spartanul nu mai era soldat ci ofițer, armata se compunea din indivizi luați din mulțimea nedefinită a celor fără de neam. Theba preia fără dificultate supremația în peninsula. Printr'o singură biruință Sparta e eliminată din istorie

Decrepitudinea neamului elen nu cruță nici pe thebani. Filip de Macedonia pășește viguros în istorie, și, la Chaeronea (338) se prăbușește ultimul efort elen, ultimul pretendent la o îndoelnică supremație pe ruinele unui neam eșit de mult din matca destinului.

Când pe vremea lui Alexandru Macedon, vechile republici elene schițează o slabă încercare de redresare, Sparta nu mai poate oferi decât 1000 de soldați.

Neamul Dorienilor spartani s'a stins în factura lui apriorică; el

nu s'a amestecat. Poate de aceea, crepusculul spartan e lipsit de orice decor de civilizație inerent prăbușirilor de neam.

Din mijlocul haosului în care puterea materială se îngemăna cu decreștitudinea biologică, din plină dificultate socială, din toiul luptelor de clasă, din minciuni și demagogie, din mocirla imoralității colective, fășnește spre culmi cultura cu răsunet în veac. O lume de artiști, de filosofi, de poeți modelează materia și gândul în nepieritoare forme.

Phidias decorează partenonul și înalță o minunată statuie lui Zeus în Olimpia. Psihologic acest artist adera de mitul trecutului; el credea în zeii străbunilor săi, în puterea și bunătatea lor, pe care vrăjita lui daltă le-a imprimat-o în ținută și expresie.

În același climat de adâncă evlavie pentru trecut își făurea Aeschil creația lui poetică. Cânta puterea și bunătatea zeilor, înlănțuit de mit ca și Phidias; dar în același timp și răzbunarea lor când nu sunt ascultați (Prometeu).

Sophokle se situaiază pe puntea de trecere între două generații; între generația care adera de mit și generația următoare care s'a rupt psihologic de trecut. Pe el îl preocupa tragismul existenței, și, plasează izvorul acestui tragism în transcendent. Forțele nevăzute făuresc soarta omului; suferința sau bucuria sunt prescripții apriorice a voinței zeilor. Nimeni nu poate lupta împotriva soartei. Oedip care încearcă o împotrivire e învins. Nori grei de îndoială întunecă sufletele: pentru ce să mai lupți când lupta e inutilă? Pentru ce atâta sbatere pe un parcurs trasat implacabil de o voință streină de tine? Însă legendarul Oedip devenise și el cetățean atenian din zilele lui Sophokle; el e numai pretextul sub care se înfățișează atmosfera morală a timpului plină de îndoeli, de oboseală și resemnare. Hibridi evadați din echilibru genuin al atenienței și continuității etnice.

În generația epigonilor, care urmează, nu mai aflăm nimic din priza cu trecutul. Gândul care stă la baza creațiunii a pierdut sensul continuității în trecut și viitor; el se istovește în contingențele cotidiene. Zeitățile au devenit subiecte pentru cele mai fantastice reprezentări. În ținuta și expresia lor nu mai recunoaștem nici puterea nici bunătatea cu care le-a investit credința de altă dată. Ei nu au mai fost creați pentru a strecura lumini de evlavie în sufletul spectatorului; din operă trebuia să se desprindă doar admirația pentru ingeniositatea interpretării.

Euripide se situaiază și el în acest peisaj de desrădăcinați. În operele lui se concentrează toată frământarea sufletului omenesc evadat din mit. Transcendentul nu-l mai preocupă; tragismul existenței s'a

desprins din lumea forțelor nevăzute, mutându-se în actualitatea socială. Personagiile lui Euripide sunt numai după nume figuri din heraldica străbună; ei nu mai acționează însă pe planul faptelor cu ecou milenar, ci sunt simpli cetățeni pățimași într'o lume agitată de probleme, oameni care se sbat după succese fără semnificație sau se prăbușesc fără răsunet, metropolitani fără origină, fără credință și disciplină, preocupați de exploatarea clipei.

Climatul filozofic s'a schimbat și el, coborând din seninătatea teologală în care s'a menținut în timpurile eroice, pentru a ancora în actualitatea vieții de stat. Filozofia senină a împăcării cu realitatea terestră prin sentimentul continuității în eternitate, nu și mai țese normele pe planul infinitului. Ea e suplinită prin ieftine jocuri de idei menite să definească o aparență. Filozoful a devenit sofist.

Neamul ecumenic s'a atomizat în indivizi. Restricțiunile coman- date de o ordine supra-individuală cu tencuieli de mit, au slăbit de mult. În haosul de sânge al timpului nu și mai cunoaște nimeni stră- bunii, eroii și zcii. Individul avea tot dreptul să și-i renege. Eliberat de mit, el nu mai putea consimți nici la vreo restricție socială și politică. Individul voia libertatea integrală, căci el e „măsura tuturor lucrurilor“. Zeii, mitul și tradiția sunt pure invenții menite să per- petueze tirania de castă. Astfel, mai presus de neam, de religie, de stat, de spijă de familie, se situează triumfător, individul.

Rousseau, doctrinarul individualismului modern, nu e decât un duplicat a lui Protagoras, reactualizat în alt peisaj evolutiv. Desigur că rousseauismul nu poate fi interpretat ca simpla exhumare a unei spiritualități din liniștea bimilenară care o troienise, pentru a fi grefată, pasiv, în ogrorul unei noi culturi. Ea s'a reactualizat în virtutea unei făsniri spontane din esența omului căruia sensul evoluției i-a impri- mat structura biologică a atenianului din secolul exuberanței crepus- culare. Același om născut din amalgam etero-etnic, aceeași hibridă turnură biologică. Oameni pentru care numai ateniența legitimă era cea elenă sau franceză, însă a căror ateniență reală, genetică, era undeva pe o indeterminabilă zonă de confluențe eterogene.

În larga matcă a variabilității în care se amestecă toate formele și nuanțele, alături de factura scăzută a sofisticii, întâlnim și o filozofie autentică. Socrate, Platon, Aristotel, sunt trei piscuri ce domină un întreg deșert de gândire. Însă ei nu mai aparțineau neamului elen, care nu mai exista, ci societății timpului. Unei societăți care și-a pier- dut de mult coeziunea interioară întemeiată pe sângele, 'glia și mitul

neamului. Pentru această societate ei voiau remediul unei coeziuni exterioare, pornită din imperiul rațiunii.

Marii filozofi nu mai puteau clădi sisteme pe unitatea ontogenetică a vechiului neam, căci nici cetățenii nici filozofii nu mai aparțineau lui. Ei nu mai credeau în specificul de altădată al comunității elene, în ecumenica înlanțuire de generații menite să desăvârșească un destin, și, nu mai credeau nici în transcendent. Spre deosebire însă de eleniștii de mai târziu, care nu mai cred în nimic, acești filozofi credeau totuși în ceva. Socrate credea în virtute, Platon în puterea minții, în frumusețe și bunătate, iar Aristotel în forme.

În timp ce sofismul de largă circulație făcuse din om măsura tuturor lucrurilor, Socrate vine cu un corectiv, spunând că numai omul virtuos poate aspira la aceasta. El voia să învețe pe tineri ce e virtutea, căci drepturile fiecăruia emană din virtute. Pe vechile generații elene nu ar fi trebuit să le învețe nimeni ce e virtutea, căci ea era un atribut instinctiv al omului înlanțuit într-o ordine mai presus de el, infiripată din lumea divinității. Și, sofistii i-au găsit repede o vină. A predica virtutea însemna a predica necredința în orânduirea divină; un păcat care trebuia ispășit cu moartea.

Sistemul de gândire a lui Platon, e și el un protest la adresa vieții promiscue a timpului său. În locul tuturor licențelor el voia o disciplină; în locul materialismului el voia un ideal. Scăpătării instinctelor el substituia sublimarea erotică, iar haosului, ordinea. Statul lui Platon e un echivalent, în transfigurare filozofică, al stilului geometric din străvechea ornamentală elenă. Totul apare ordonat în forme, toate au o regulă; o ierarhie severă grupa valorilor umane, iar atribuțiile odată fixate, eforturile tuturor urmau să se canalizeze în direcția prepășirii întregului. Fundamentul acestui stat se sprijine pe lumea ideilor, norma de conduită o dictează sublimarea pan-erotică, iar finalitatea spre care se tinde e desăvârșirea umană, aspirația la frumuseță și bunătate.

Vechiul stil geometric izvora însă din geometria inferioară a ființei umane diferențiate cu trup și suflet; geometrică și ordinară era conduita omului și a colectivității; firească iubirea reciprocă a celor absorbiți în mitul atenienței, iar frumuseța și bunătatea, un derivat normal al evoluției. În vremea lui Platon dispăruseră toate acestea, căci oamenii care se agitau pe acel sfârșit de etapă nu mai aveau nimic din sângele și esențele spirituale a celor ce a fost. Ei trebuiau încadrați rațional, coercitiv, în echilibrul vechilor forme. S'ar fi reușit, poate, dacă alături de anarhia biologică a metropolelor ar mai fi

existat și unele zăcăminte nealterate din vechea etnie; urmași diferențiați ai celor ce au fost, care printr'o adecuată protecție, ar fi putut regenera în viitor neamul aprioric. Numai astfel s'ar mai fi putut reintegra în matca destinului.

Însă această posibilitate nu a mai existat. Atena s'a prăbușit cu toată bogăția ei, cu toată arta, cu tot excesul ei de spirit. Și, dușmanul care i-a pecetluit soartea, nu avea nimic din toate acestea; avea însă ceva mai mult. Avea o vigoare biologică și o coeziune încadrată în aureole de mit.

Prin lupta dela Chaeronea, neamul elen sucombă biologic pe marginea destinului său.

Formula lui spirituală a supraviețuit și supraviețuește încă. În transfigurarea ei orientală ea e cunoscută sub denumirea de elenism.

Cuceritorii republicilor elene au fost cei dintâi care au acceptat atmosfera culturală a învingșilor. Un pregnant exemplu de hibridizare psihologică, preludiu al amalgamizării de sânge care va urma. Poate sub impulsul acestei culturi, a ordonat Alexandru Macedon ofițerilor săi să se căsătorească cu fete din elita orientală. În acest amestec de sânge, el vedea unica posibilitate de a clădi un imperiu pentru veac. Dar ceeace se conturase în concepția marelui împărat ca o poartă de intrare în eternitate, nu a fost decât poarta pe care a pășit într'un minunat castel de himere. Ce ar fi fost dacă și-ar fi cimentat imperiul cu vigoarea biologică a falangei lui de țărani și cu sufletele lor aspre înrădăcinate în tradiția străbună?

Haosul de sânge al Asiei Mici nu a început, desigur, în timpul cuceririi macedoniene. El era de o dată mult mai veche. Orientul apropiat se afla el însuși la un sfârșit de evoluție. Spiritualitatea reflectată asupra lui din lumea elenă, nu s'a limitat la impresiuni epidermice ci a ancorat în străfunduri biologice, căci amestecul de sânge a venit să situeze pe omul asiatic într'o fază biologică foarte asemănătoare cu noul om al ținuturilor elene. Astfel, spiritualitatea elenă s'a încadrat în noua lume ca și când ar fi fost o creație a ei.

Acest fenomen se va petrece mai târziu în Roma cezarilor, după ce omul etniei diferențiate va suferi transformarea hibridă în amalgamul indeterminabil compus din cele mai variate rase și tipuri.

Elenismul e o continuare pe plan evolutiv a culturii elene din patrie. Și dacă cultura elenă, de pe meleagurile genezei ei, nu a ajuns la o completă spulberare a legăturilor cu trecutul, elenismul s'a înstrăinat de orice concept de neam, de țară, de tradiție. Deși nici

personalitățile elene nu mai credeau în omul și rânduiala de altădată, ele păstrau în subconștient duhul tradiții; chemări din adâncuri le răsună încă în simțuri. Individualismul elen mai păstra încă unele reflexe difuze din lumina neamului mitic.

Aceste chemări din străfunduri nu le mai puteau simți eleniștii care își făureau sistemele pe un pământ strein de tradițiile și mormintele străbune. Stoicismul, epicurianismul și cinismul, deși nu sunt identice în ceea ce privește cadrul ontologic, se acordă totuși prin nota lor profund individualistă. În sistemele acestea, individul și-a primit libertatea deplină. De aici încolo el se putea considera independent de lumea vizibilă și de transcendență. Aveau, poate, dreptate, căci în lumea de atunci individul nu mai avea strămoși definiți nici patrie.

A te detașa de lumea exterioară care nu-ți aparține și a sorbi adevărul de realitatea ta interioară; e cheia înțelepciunii stoice. Pentru a ajunge la această înțelepciune trebuie să-ți impermeabilizezi simțurile, deopotrivă, în fața bucurii și a durerii.

Cinicul Diogene, a accentuat până la cruzime, această detașare de ambianță.

La Epicur, individualismul părăsește formula sobrietății și a cruzimei. Omul trebuie să se bucure de toate îmbierile vieții. Atitudinea lui în fața ambianței nu mai e pasivă. Ambianța și-o creiază oamenii pentru ca prin ea, să se facă părtași la cât mai multe avantagii și bucurii. Aceste bucurii ale vieții nu vor fi gustate însă, într-o contemplativă izolare, de sine, ci în zgomotoase asociații de indivizi de aceeași factură. Cu toate acestea, nu libidoul cimentă prietenia epicuriană, ci erosul; ca și prietenia socratică de odinioară. În primul caz, dragostea prietenească tindea spre un final de plăceri estetice, după cum prietenia socratică viza plăcerea intelectuală în ambianța luminoasă stăpânită de superioritatea maestrului.

Între timp în patria elenă avântul de mare creație a încetat de mult. Elita a dispărut. Foștii meteci și sclavi deveniți cetățeni erau și ei într'un simțitor declin numeric. Sparta a devenit un sat risipit într'un deșert de ruine, alături de vreo alte 30 sate, fără nici o însemnătate, care mai vegetau în înfloritoarea Lakonie de odinioară. Sat a devenit și Theba. Holde creșteau în Gymnasion-ul din Atena, printre dărâmături de ziduri și mutilate statui de zei. Din metropolă, Atena a devenit un minuscul oraș, singurul de altcum în întreaga peninsulă. Tipuri indeterminabile de oameni formau o populație fără neam, fără credință, fără conștiință, care parasita pe faima trecutului, pe fundațiile streinilor și banii turiștilor Romani. Se vorbea grecește,

dar neamul de odinioară dispăruse, prăbușit pe marginea unui destin fără repriză de pe un munte de istorie și de cultură.

Fenomene de această natură s'au repetat de atâtea ori în trecut și se repetă și astăzi sub ochii noștri. Cauze extrem de complexe se întâlnesc la temelia lor. În mica noastră încercare, noi le-am conturat mai mult decât sumar, păstrăm însă intenția de a mai reveni.

Résumé. — Comșia O.: Le destin dans la perspective de l'histoire et de la biologie.

L'auteur essaye de faire une distinction entre le destin d'un peuple et son évolution historique. Si l'on regarde le problème au point de vue métaphysique et historique le destin affecterait un sens bivalent. Il existerait un destin qui émane du transcendant et un autre qui se développe dans l'ordre visible de événements sociaux. Le premier est permanent comme la ration même d'ont il prend sa naissance; le second emprunte le reflex transitit de l'ordre sociale. L'un persiste atemporairement, dans la profondeur de l'être ethnique et vise l'éternité, l'autre appartient aux étapes historiques et s'épuise dans les contingences sociales.

Un peuple garde son éternité terrestre par son attachement mythique a toutes les générations passées; l'attachement est le guide qui lui montre la ligne du destin. La perte de cet attachement par une grande hybridations psychologique et culturale ou par une forte hybridation biologique, entraîne la sortie de la ligne du destin.

L'auteur apporte a l'appui de sa thèse quelques exemples de l'histoire grecque.

Bibliografie.

- Moldovan I.: Igiena națiunii (Cluj 1924).
 Geyer F.: Rasse Volk und Staat im Altertum (Teubner — Leipzig u. Berlin 1936).
 Erbft W.: Weltgeschichte auf rassischer Grundlage (Armanen — Leipzig 1936).
 Korherr v. R.: Geburtenrückgang (München 1935).
 Wille O.: Die Frau die Hüterin der Zukunft (Kabisch — Leipzig 1933).
 Boehm M. II.: Volkstheorie u. Volkstumspolitik der Gegenwart (Junker u. Dünnhapt — Berlin 1935).
 Boehm M. II.: Das eigenständige Volk. (Vanderhoeck u. Ruprecht — Göttingen 1932).
 Le Bon G.: Lois psychologiques de l'évolution des peuples (Alcan — Paris 1919).
 Langelard D.: L'intersexualité dans l'art. Montpellier 1936).
-

Maternităţi mici rurale sau secţii obstetricale pe lângă spitalele judeţene.

de

Dr. PETRU RĂMNEANȚU

Ocupându-ne recent de mortalitatea prin boale puerperale, care se menşine în România mereu urcată, am promis că vom reveni asupra organizării luptei, care neapărat trebuie începută, cât mai repede contra ei.¹ Ne gândiam la schiţarea unui program după care să atacăm problema, mai ales în mediul rural, sub toate unghiurile. Intre timp însă a survenit câteva momente noi în această materie: a apărut lucrarea Dlui M. Georgescu,² hotărîrea Ministerului Sănătăţii de a înfiinţa maternităţi rurale pe lângă dispensarele actuale şi un articol al Dlui I. Stoichiţa.³ Sesizaţi mai ales de hotărîrea ministerului, care va fi urmată de investiţii nu chiar modeste şi de întreruperea muncii abia începută în dispensare, prin construirea pe lângă ele a uneia sau două camere pentru maternitate, din ansamblul descrierii concepute, asupra căreia totuşi ne rezervăm dreptul să revenim mai târziu, acum spicuim numai, câteva principii şi date relativ la factorii cari influenţează mortalitatea maternă şi la locul cel mai potrivit pentru naşteri. Problema se pune: cari sunt factorii ce pot contribui la reducerea mortalităţii materne şi unde se poate asigura gravidei maximum de siguranţă ca să treacă peste pericolul boalelor puerperale, în spital, maternitate rurală sau acasă?

Răspunsul e greu de dat, fiindcă mortalitatea maternă nu a fost cu succes combătută nici în statele cari au reuşit să-şi comprime simţitor mortalitatea generală, cum sunt Statele-Unite, Anglia şi Galia şi chiar Zealanda-Nouă. Prin urmare o experienţă care să ne impună o cale sigură de urmat nu avem. Dacă privim însă proporţiile din tabela următoare, observăm că dela o ţară la alta există diferenţe.

¹ P. Rămneanţu: Mortalitatea maternă în România. Buletinul Eugenic şi Biopolitic. Anul 1937, pp. 267—274.

² M. Georgescu: Protecţia medico-socială a maternităţii. Bucureşti, 1937.

³ I. Stoichiţa: Maternităţi rurale. Sibiul medical. Anul 1937, pp. 363—365.

Mortalitatea maternă în câteva țări.

(Proporții la 1000 născuți-vii)

Tabela Nr. 1.

Ț A R A	Anul	Proporția
Statele Unite		6,5
Scoția		6,4
Australia		5,9
Canada		5,6
Jugoslavia	1935	5,0
Germania	1935	4,8
Cehoslovacia	1935	4,6
România	1936	4,5
Ungaria	1936	4,3
Bulgaria	1936	4,2
Anglia și Galia		4,1
Danemarca		4,0
Italia	1935	3,0
Olanda	1936	3,0

Această variație, cu certitudine, nu se poate datorii unei stări ereditare, deosebită dela un neam la altul, ci e produsul condițiilor de terminate de ambianță și de obiceiurile prin cari trec femeile la naștere. Ea ne arată, că posibilități de prevenire a mortalității materne există. Concluzia aceasta e confirmată de altfel și de cel mai serios studiu care s'a întocmit vreodată în această materie, de ancheta din metropola New-York, condusă de un Subcomitet delegat din sânul Academiei de Medicină a statului respectiv.¹ Rezultatele publicate, bazate pe anchetarea minuțioasă a tuturor deceselor de boale puerperale, cari au avut loc dela 1930—1932, în New-York-City, ne evidențiază, că din 2041 de decese, numai 698 au fost fatale dela început și nu s'ar fi putut preveni cu mijloacele de care dispune obstetrica și medicina preventivă astăzi, iar restul de 1343 s'ar fi putut preveni. Redăm următoarea tabelă în această chestiune.

Prin urmare e clar, munca și cheltuielile cari se depun în combaterea mortalității materne nu sunt de prisos. Lupta însă trebuie să fie bine chibzuită și canalizată în direcția care ne asigură maximum de randament.

În alegerea ei, cunoașterea factorilor cari nu intervin sau cei cari procedează greșit în cazurile când se consideră, că decesul s'ar putea preveni și determinarea locului unde nașterea statistic e dovedit, că dă o fatalitate urcată, ne sunt de cel mai mare folos.

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

Clasificarea deceselor după posibilitatea de prevenire¹

Tabela 2.

CAUZA DE DECES	TOTAL		Nu s'ar fi putut preveni		S'ar fi putut preveni	
	Cifre	Procente	Cifre	Procente	Cifre	Procente
Toate decesele	2041	100	698	34.2	1343	65.8
Avort	310	100	71	22.9	239	77.1
Avort terapeutic	47	100	15	31.9	32	68.1
Gestație ectopică	120	100	31	25.8	89	74.2
Hemoragie	197	100	47	23.9	150	76.1
Septicemie puerperală	510	100	127	24.9	383	75.1
Albuminurie și eclampsie	231	100	63	27.3	168	72.7
Vome pernicioase	14	100	6	42.9	8	57.1
Flegmatie și embolie	89	100	81	91.0	8	9.0
Accidente de travaliu	171	100	22	12.9	149	87.1
Accidente puerperale	8	100	8	100.0	—	—
Cauze extrapuerperale	344	100	227	66.0	117	34.0

¹ R. S. Hooker : Loc. cit. Central University Library Cluj

Să analizăm pe rând, responsabilitatea: din partea personalului, pacientei și din cauza locului unde se produce nașterea.

1. *Moașa*. Într'un studiu executat în statul New-York, pe o perioadă de 12 luni, dela 1 VII. 1922—1 VI. 1923, s'a arătat că din 485 de decese numai 4 s'ar fi datorit intervenției moașei. De aici s'a tras concluzia că: „moașa e un factor aproape neglijabil în producerea mortalității puerperale“. Această concluzie se desprinde și din datele tabeli precedente dacă le dichotomizăm mai departe. Din cele 1343 de decese cari s'ar fi putut preveni, numai 30 se datoresc erorii de judecată și tehnică comisă de moașă, după cum citim din următoarea tabelă.

2. *Medicul*. Responsabilitatea medicului în cazul deceselor cari s'ar putea preveni, e foarte frecventă. Într'un studiu făcut în Philadelphia, 56.5% din decesele posibile de prevenire au fost atribuite lipsei unei îngrijiri rașionale și unei aplicări a cunoștințelor de specialitate. În tabela precedentă această răspundere e de 61.1%. Eroarea în judecată și eroarea în tehnica aplicată sunt acuzate în procente egale. Nerecunoașterea sarcinilor anormale în cari dacă s'ar fi inter-

Clasificarea deceselor cari s'ar fi putut preveni după responsabilitate.¹

Tabela 3.

CAUZE DE DECES	TOTAL		Datorită medicului		Datorită pacientei		Datorită moașei	
	Cifre	Procente	Cifre	Procente	Cifre	Procente	Cifre	Procente
Toate decesele	1343	100	820	61.1	493	36.7	30	2.2
Avort	239	100	41	17.1	197	82.4	1	0.4
Avort terapeutic	32	100	28	87.5	4	12.5	—	—
Gestație ectopică	89	100	73	82.0	16	18.0	—	—
Hemoragie	150	100	115	76.7	27	18.0	8	5.3
Septicemie puerperală	383	100	313	81.7	56	14.6	14	3.7
Albuminurie și eclampsie	168	100	49	29.2	116	69.0	3	1.8
Vome pernicioase	8	100	2	25.0	6	75.0	—	—
Flegmație și embolie	8	100	5	62.5	3	37.5	—	—
Accidente de travaliu	149	100	134	89.9	11	7.4	4	2.7
Accidente puerperale	—	100	—	—	—	—	—	—
Cauze extrapuerperale	117	100	60	51.2	57	48.7	—	—

¹ R. S. Hooker: Loc. cit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

venit la timp s'ar fi putut evita decesul, e destul de frecventă. Neaplicarea sau întârzierea cu transfuzia sangvină în cazurile de hemoragii încă urcă foarte mult responsabilitatea medicului. Cifra cea mai mare a deceselor care s'ar fi putut însă preveni e dată de septicemia puerperală, instalată în urma tehnicei greșit aplicată de medic.

Proveniența acestor greșeli e ușoară de a fi înțeleasă. Intervenții obstetricale face orice medic nespecialist. Se execută după propria inițiativă sau la dorința pacientei și a familiei ei. Astfel examinările interne înainte de rupțura membranelor nu sunt chiar rare, deși e bine cunoscut că prin aceasta crește șansa invaziei uterului cu organisme piogene, chiar dacă tehnica a fost dintre cele mai aseptice. Din această cauză Comitetul Asociației medicale engleze a recomandat minimum de intervenții obstetricale. De altă parte pacientele, mai ales cele cu o cultură mai deosebită, considerând că „sub condiții moderne travaliul nu este o funcțiune normală“ pretind intervenții, iar medicii se supun deși maxima „paciența e cel mai bun obstetrician în majoritatea cazurilor decât dexteritatea“ nu e lipsită de valoare.

3. *Pacienta.* Răspunderea ei depinde de cultura generală pe care o posedă și de cunoștințele pe care le-a primit în perioada prenatală în această materie. Cu cât surorile de ocrotire descoperă mai

multe gravide și le dă instrucții cuvenite, cu atât responsabilitatea femeilor față de mortalitatea maternă scade. În studiul din New-York, 36,7% din decese evitabile s'au datorit neglijenței pacientelor. La urcarea proporției, afară de avorturi, au contribuit în special cazurile de albuminurie și eclampsie. Dintre acestea din urmă (116) 69,8% (adică 81) își datoresc moartea neglijenței de a cerceta un medic, deși au avut simptome patologice evidente.

4. *Locul nașterii.* Acesta e discutat între spital și casa pacientei. Până de prezent însă nu avem o concluzie bazată pe date statistice, dacă nașterile în spital dau o mortalitate maternă mai redusă decât acasă. Chiar din contră observăm, că în spital înfrând cazurile grave, relativ la cari moașa și chiar medicul, nu și-au mai luat acasă răspunderea, mortalitatea e mai urcată. Astfel mortalitatea maternă în ancheta din New-York la femeile asistate acasă a fost de 1,9% iar la cele asistate în spital de 4,5%. Un raport asemănător, ne oferă și alte date statistice pe cari le posedăm. (Eforia spitalelor civile din București, Ungaria, Franța, Olanda).

Pe lângă toate aceste date, ținând seamă de intervenția mai multor factori cari justifică mortalitatea maternă mai urcată din spitale, totuși între alte păreri, avem și categorica pronunțare a Societății de obstetrică din New-York, care în rezumat e următoarea: „nașterea într'un spital bine organizat și bine echipat e mai garantată decât acasă”. Societatea a lăsat însă să se înțeleagă și contrariul, anume că „spitalul neorganizat și prost înzestrat constituie un pericol pentru pacientă”. Ca o consecință a acestei concluzii s'a emis anumite condițiuni standard pe cari trebuie să le îndeplinească maternitățile. Cele mai importante din acestea sunt următoarele:

1. Separarea strictă a cazurilor obstetricale, de restul pacientelor unei instituții spitalicești.

2. Posibilități speciale pentru segregarea și izolarea imediată a cazurilor infectate, cu temperatură sau cu alte stări, prin cari s'ar putea expune siguranța și ocrotirea pacientelor dintr'un departament.

3. Personal cu practică corespunzătoare, căruia să-i fie interzis orice serviciu, în afară de cel din instituția de obstetrică.

Rezumând aceste considerațiuni reiese, că numai maternitățile bine organizate și înzestrate și cari dispun de personal specializat și cu practică, acordă garanții suficiente, că femeia gravidă nu va avea soarta celor din grupa decedate în care moartea ar fi fost evitabilă.

Problema înființării micilor maternități rurale.

Din frecvența responsabilității moașei, medicului și gravidei față de decesele cari s'ar putea preveni, apoi din recunoașterea inferiorității garanției pe care o oferă în timpul nașterii casele gravidelor în raport cu maternitățile, dar numai condiționat dacă acestea înfrunesc un anumit standard de organizare și înzestrare, pentru noi, cari căutăm sincer cea mai bună cale de urmat în această problemă, nu poate fi alta decât a maternităților mari și a formării unui personal specializat și suficient ca număr.

Adăpostul în maternitate în timpul nașterii conform celor relevate, indiferent dacă nașterea va decurge normal sau patologic, e o problemă în sine. Prin el orice femeie e supusă unui risc nou pe care nu-l are atât de accentuat acasă. Maternitățile mari depun eforturi considerabile ca să-l evite. Dar cele mici proiectate de Ministerul Sănătății al nostru, cari nu vor avea decât 1—2 camere, vor reuși să procedeze la fel? E clar, că nu. Să ne închipuim o maternitate rurală cu 5—6 paturi și cu același personal medical și de serviciu, unde s'a adăpostit sau se găsește acum, chiar numai pe un timp scurt, un caz de infecție puerperală. Să ne îmbrăcăm apoi în haina de răspundere a acestei instituții, înaintea căreia stă să intre o femeie care prezintă semnele unei nașteri normale. Acum să ne amintim, că streptococul hemolitic se găsește în atmosfera bolnavilor într'o proporție de 100%, în partea superioară a aparatului respirator a personalului de asistență la naștere în 59,1%, în fecalele normale în 29%, în nasofaringele persoanelor în general, în 20%, iar streptococul anaerob se află în vaginul femeilor gravide într'o proporție de 50%.¹ În față cu acestea, care va fi conștiința noastră? Ea ne va da de gândit și ne va pune alternativa sau să refuzăm cazul normal și înfreaiga instituție să o destinăm numai celor patologice, cum se va face la sediul Plăzii Sanitare Gilău sau să fim precauți și să primim în mica maternitate numai femeile cu sarcini normale. Alternativa din urmă însă cade, fiindcă nimeni nu-și poate lua răspunderea că, în cursul facerii și după aceea, sarcina normală nu se va complica și nu va produce o infecție.

Acest fir de rațiune, impune să ne permitem a atrage atenția celor în drept, de a studia și reflecta din nou asupra utilității maternităților rurale pe cari suntem în pragul înființării.

¹ R. Hare: Puerperal sepsis and its prevention. Canadian Public Health Journal. Anul 1937, pp. 554—563, 595—603

Mai de parte, în rezolvarea problemei mortalității materne, credem că va fi de mai mare folos pentru pătrura noastră țărănească, dacă sumele destinate micilor maternități rurale le-am investi în crearea de noi maternități pe lângă spitalele județene și în lărgirea actualelor instituite pentru surorile de ocrotire sau chiar în construirea alora noi.

a) măbind numărul maternităților mari și înmulțind cifra lor de paturi, pe lângă faptul, că se vor oferi posibilități de asistență mai multor gravide decât celor de astăzi, se va crea:

1. Teren mai vast pentru formarea de specialiști obstetricieni.
2. Locuri pentru reîmprospătarea cunoștințelor de obstetrică medicilor sanitari și particulari cari practică medicina generală și
3. Câmp pentru mai multe școli de moașe.

Pentru urcarea numărului actual de moașe și pentru interzicerea categorică a moșitului persoanelor necalificate nu mai e necesar să pledeze nimeni. Toată lumea pe această chestiune e de acord. Chiar locuitorii din mediul rural sunt dispuși să recurgă în cursul gravidității mai repede la moașe, decât la sora de ocrotire, deși ceea ce putea îndrepta sora de ocrotire în perioada pre-natală, de multe ori devine fatal pentru gravidă în perioada intra-natală. Eliminarea moașelor necalificate trebuiește grăbită, nu atât din cauza inutilității, ci mai ales din cauza pericolului pe care îl prezintă. Am văzut în prima parte, că moașele chiar când sunt pregătite și atunci pot prejudicia viața pacientelor.

Medicii sanitari și cei cari practică în toate domeniile medicinei trebuie chemați la cursuri serioase de reîmprospătare, bine înțelese într'un cadru și de alte preocupări din domeniul sănătății publice, cu scopul de a asigura în urma consultațiilor gravidelor un diagnostic precis. Numai așa își pot însuși un standard minimal de cunoștințe, în conducerea unei nașteri normale și mai ales în rezervele pe cari trebuie să le respecte înaintea unei nașteri patologice. E timpul să fie convingși, că tot ceea ce survine anormal într'o naștere aparține specialității și maternității bine organizate.

b) Urcarea numărului surorilor de ocrotire pentru maximum una la 3000 de locuitori e o necesitate cerută nu numai de a asigura asistență pre-natală, dacă e posibil tuturor gravidelor, dar e imperios reclamată și de combaterea mortalității infantile și generale. Această mărire a numărului surorilor e impusă de realitatea evidentă, că combaterea mortalității materne e o chestiune mai mult de prevenire a boalelor puerperale, decât de tratarea lor. Ori, noi credem că numai surorile de ocrotire sunt agenții cari pot pătrunde intim în sânul fa-

miliei țărănești și au capacitatea de a descoperi gravidele la timp și de a le determina să se prezinte la dispensarul cel mai apropiat pentru consultațiuni. Apoi ținând seamă, că niciodată nu vom ajunge la acel ideal ca toate femeile să nască în maternități, surorile prin abilitatea lor ne mai dau și garanția că vor determina în timpul gravidității văruirea și curățirea casei și pregătirea unui pat curat pentru evenimentul așteptat.

Concluzii

1. Mortalitatea maternă, deși până de prezent în nicio țară nu a fost redusă decât foarte puțin, totuși diferența între proporțiile ei dela o țară la alta și rezultatele anchetelor științifice, ne dovedesc că e susceptibilă de a fi comprimată.

2. Combaterea mortalității materne e mai mult o chestiune de prevenire a boalelor puerperale, decât de tratamentul acestora. Rolul principal în această prevenire îl joacă sora de ocrotire prin depistarea gravidelor și îndrumarea lor la consultațiuni.

3. Moașa și medicul nespécializat nu pot face față decât cerințelor reclamate de o naștere normală. Față de nașterea patologică nu mai obstetricianul își poate asuma răspunderea.

4. Cel mai potrivit loc de unde se poate oferi gravidelor o asistență, corespunzătoare achizițiilor asepsiei, îl constituie maternitatea bine organizată și înzestrată sau casa gravidei pregătită prealabil pentru acest scop de către sora de ocrotire.

5. Maternitățile mici rurale nu vor putea corespunde standardului cerut de obstetricieni. Ele vor fi de real folos numai pentru nașterile patologice, în centrele de plăși, unde sunt sau se pot deplasa obstetricieni.

6. În loc de mici maternități rurale, propunem Ministerului nostru să construiască secții mari de maternități bine organizate, pe lângă toate spitalele județene și institute noi pentru surorile de ocrotire.

7. Să se interzică fără rezerve moșitul din partea persoanelor necalificate și să se delimiteze precis activitatea medicilor nespécialiști în materia asistenței gravidelor.

Summary.

In this paper is discussed the problem of maternal mortality based on statistics. It is pointed out, that the reduction of this mortality is wholly dependent upon the technical knowledge of the assistant of delivery. Based upon this consideration there is a pregnant necessity for all institutions assisting delivery to have a standardised organisation and equipment, as it was proposed by all committees surveying this problem. There is recommended to have rather smaller number of well equipped central institutions, than small, numerous and incompletely equipped maternities, which will serve in meantime as educational centres for physicians and midwives. On the other hand there is a necessity to limit the intervencen of non spcialised physicians in the pathological deliveries.

Contribuție la studiul compoziției rasiale a studenților minoritari din România.

de
I. FĂCĂOARU

Intr-o comunicare prezentată la Societatea Română de Antropologie anul trecut ne-am ocupat de compoziția rasială a 487 de studenți români, dela Universitatea din Cluj. * In comunicarea de față dăm rezultatul cercetărilor făcute tot în anul 1934, extinse asupra unui nr. de 460 de studenți minoritari și anume:

Tabela 1:

	<u>n</u>	<u>%</u>
Unguri . . .	295	64.¹
Germani . . .	63	13.⁷
Evrei . . .	102	22.²
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 460	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 100.⁰

Limitele așa de strânse ale materialului nostru nu îngăduie nici o generalizare. Vom avea încă nevoie de multe cercetări, până să conchidem la compoziția rasială a studențimei celor trei neamuri. Ne mulțumim deocamdată cu aceste simple indicii.

Proporția elementelor unirasiale în ordine descrescândă, față de elementele birasiale este următoarea:

Tabela 2:

Evrei	{	I	48	47.¹	{	I	83	28.⁴
		II	54	52.⁹		II	212	71.⁹
		I + II	102	100.⁰		I + II	295	100.⁰
Germani	{	I		14	22.²	{		
		II		49	77.⁸			
		I + II		63	100.⁰			

Ierarhizarea celor trei neamuri din acest punct de vedere nu este întâmplătoare. Proporția elementelor unirasiale constituie, credem, un indiciu pentru omogenitatea rasială. Din acest punct de vedere, evreii ocupă primul loc, ungurii sunt cu mult mai eterogeni ca evreii ** și cei mai eterogeni sunt germanii. Comparând cele trei neamuri două

* Fiindcă absența fotografiilor rasiale ar putea prilejui nedumeriri, lămurim, că insuficiența mijloacelor noastre, nu ne-au îngăduit procurarea materialului necesar. Am făcut cercetările cu prilejul măsurătorilor studenților premilitari în 1934-35.

** Nu-i fără interes să adaug, că proporția elementelor unirasiale stabilită anul trecut la studenții români este cu 28%, egală cu proporția din colectivul studenților maghiari.

câte două, prin raportarea proporțiilor elementelor unirasiale avem :
evrei : germani 2.¹; evrei : unguri 1.⁷; unguri : germani 1.³;

Aceste cifre obținute pe baza structurii somatice au fost confirmate ulterior de către Dr. Râmneanu, cel puțin în privința evreilor. Comparând frecvența căsătoriilor mixte pentru diferitele neamuri din Transilvania * Dasa a stabilit că în adevăr, evreii și evreicele »se căsătoresc aproape numai între ei«, spre deosebire de celelalte neamuri, în cari amestecul e mult mai activ.

Studenții maghiari.

Din totalul de 295 sunt numai 39 născuți în altă parte decât în Transilvania și Banat. Îi considerăm deci la un loc, numărul celor născuți în străinătate fiind neglijabil.

Redăm proporțiile rasiale separând cele două colective și la un loc.

Tabela 3. — I. Elementele unirasiale :

<i>Rasa</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Mediterani	28	33. ⁸
Nordici	26	31. ³
Dinarici	9	10. ⁹
Orientali	7	8. ⁴
X **	6	7. ²
Alpini	3	3. ⁶
Preasiatici	2	2. ⁴
Dalici	1	1. ²
Esteuropizi	1	1. ²
Total	83	100.⁰

Tabela 4. — II. Elementele birasiale : ***

<i>Rasa</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nordici	42	19. ⁸
X	36	17. ⁰
Mediterani	32	15. ¹
Dinarici	20	9. ⁴
Esteuropizi	19	9. ⁰
Orientali	17	8. ⁰
Alpini	16	7. ⁵
Mongolizi	5	2. ⁴
Dalici	1	0. ⁵
Nedeterminați	24	11. ³
Total	212	100.⁰

* Dr. Petru Râmneanu: Problema căsătoriilor mixte în orașele din Transilvania în perioada dela 1920—1937. B. E. și B., 1937, p. 317—338.

** Rasa X este rasa atlantică (B. Škerlj) sau atlanto-mediterană din occident.

*** La elementele birasiale am însumat sub rasa preponderentă toate combinațiile posibile ale acesteia. De ex. persoanele M—A, M—N, M—D, etc. au fost însumate sub M. În sensul antropologilor Eickstedt și Fischer, elementele birasiale din exemplul nostru sunt mediteranoide, pe când elementele unirasiale sunt mediteranide.

Tabela 5. — I + II la un loc:

<i>Rasa</i>	<i>n</i>	<i>o/o</i>
Nordici	68	23. ¹
Mediterani	60	20. ³
X	42	14. ²
Dinarici	29	9. ⁸
Orientali	24	8. ¹
Esteuropizi	20	6. ⁸
Alpini	19	6. ⁵
Mongolizi	5	1. ⁷
Dalici	2	0. ⁷
Preasiatici	2	0. ⁷
Nedeterminați	24	8. ¹
Total	295	100.⁰

Pentru evrei și germani dăm proporțiile rasiale considerând la un loc elementele uni- și birasiale.

Tabela 6. — Evrei: ●

<i>Rasa</i>	<i>n</i>	<i>o/o</i>
Preasiatici	29	28. ⁵
Mediterani	25	24. ⁵
Dinarici	17	16. ⁷
Nordici	16	15. ⁷
X	7	6. ⁹
Alpini	4	3. ⁹
Esteuropizi	2	1. ⁹
Orientali	2	1. ⁹
Total	102	100.⁰

Tabela 7. — Germani:

<i>Rasa</i>	<i>n</i>	<i>o/o</i>
Nordici	24	38. ¹
X	14	22. ²
Dinarici	8	12. ⁷
Mediterani	7	11. ¹
Esteuropizi	4	6. ³
Alpini	2	3. ²
Dalici	2	3. ²
Orientali	1	1. ⁶
Preasiatici	1	1. ⁶
Total	63	100.⁰

Cu tot numărul mic, redăm distribuția frecvenței rasiale pentru evrei și germani, chiar dacă valoarea comparației între cele două colective uni- și birasiale rămâne relativă. (În nomenclatură vom folosi des de aici înainte inițialele termenilor rasiali. E mai comod și mai economic).

Evrei	{	I.	P _{47.9}	M _{31.3}	N _{8.3}	D _{0.3}	O _{4.3}	A _{2.1}
		II.	D _{25.6}	N _{22.2}	M _{18.5}	X _{13.0}	P _{11.1}	A _{5.6}
Germani	{	I.	N _{57.2}	X _{28.6}	E _{7.1}	D _{7.1}		
		II.	N _{32.7}	X _{20.4}	D _{16.3}	M _{14.3}	E _{6.1}	A _{4.1}

Să comparăm tabelele 5, 6 și 7. La tustrele neamurile găsim aproape toate rasele. Aprioric e de așteptat să găsim în fiecare din cele trei colective, rasele obișnuite în Europa, bineînțeles în proporții care variază dela un grup etnic la altul. Prezintă interes și asemănările și deosebirile determinate la cele trei neamuri de către variația proporțiilor componentelor rasiale. Peste tot, proporția primelor două rase însumează rotund $\frac{1}{2}$ din totalitatea indivizilor. La unguri, $N + M = 43.4\%$. La evrei, $P + M = 53.0\%$. La germani, $N + X = 60.3\%$. Era de așteptat din cauza amestecului rasial de secole ca ungurii să se apropie de germani prin componența nordică. Aceasta ocupă locul întâi la ambele neamuri, dar pe când la germani ea reprezintă 38.1% din totalul indivizilor, la unguri proporția ei este de numai 20.3%. Evreii se distanțează de ambele neamuri, ei având numai 15.7% nordici. Deosebirea rasială hotărâtoare între evrei și cele două neamuri creștine este marcată prin corpul masiv cu 28.5% de preasiatici la evrei. La celelalte două neamuri componenta preasiatică e disparentă cu 1.6% pentru germani și cu 0.7% pentru unguri. Componenta mediterană vine în al doilea rând la unguri și evrei cu 20.3% și 24.5%, dar abia în al patrulea loc la germani numai cu 11.1%. În sfârșit, găsim componenta esteuropidă ca și altădată* în aceeași proporție la unguri și germani, pe când componența mongolidă e în proporție de 1.7% la unguri, dar e cu totul absentă la germani.

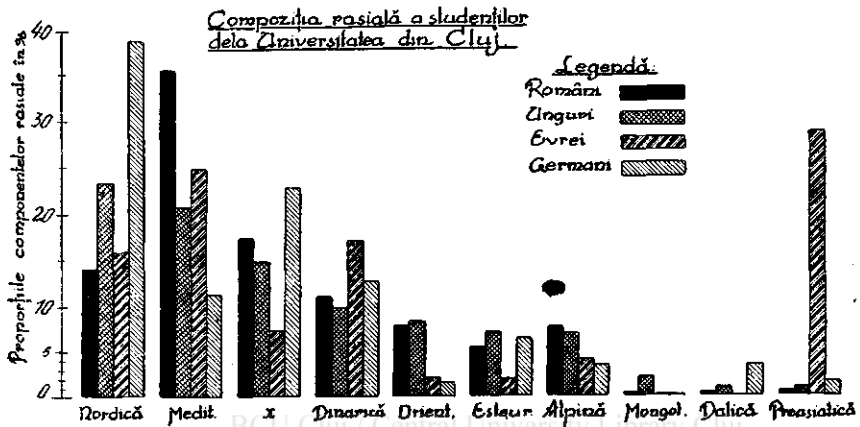
Componenta orientală e într-o proporție de 4 ori mai mare la unguri ca la evrei. Faptul nu trebuie să surprindă, fiind vorba de o variantă a rasei mediterane.

Comparația cu studenții români, n'ar fi poate lipsită de interes, dar uu putem reveni asupra comunicărei făcute anterior. Cum însă anumite condiții de publicare nu permit membrilor Societății Române de Antropologie ilustrarea textului în »Darea de seamă« ca grafice, să ne fie îngăduit a intercala studenții români în graficele de față. Proporțiile numerice ale componentelor rasiale sunt pentru studenții români:

* Proporțiile echivalente ale componentei esteuropide la unguri și germani constituie o confirmare în plus a ipotezei noastre formulate în altă parte (*B. E. și Biop.* 1937, 4-5, p. 130).

- I. $M_{48.2}$ $D_{18.9}$ $X_{18.2}$ $N_{11.7}$ $O_{9.4}$ $A_{3.2}$ $E_{1.4}$
 II. $M_{32.1}$ $X_{18.1}$ $N_{15.7}$ $A_{9.5}$ $D_{9.2}$ $O_{7.7}$ $E_{6.2}$ $da_{0.6}$ $P_{0.6}$ $mo_{0.8}$
 I + II. $M_{36.7}$ $X_{10.7}$ $N_{14.5}$ $D_{10.6}$ $O_{9.2}$ $A_{7.4}$ $E_{4.9}$ $da_{0.4}$ $P_{0.4}$ $mo_{0.2}$

Graficul 1. prezintă intuitiv proporțiile componentelor rasiale din colectivele studenților aparținând celor 4 neamuri :



Graficul 1.

Rase brune și rase blonde.

Proporția raselor brune: $M + X + D + O + A + mo + P$
 față de proporția raselor blonde: $N + E + da$ este pentru fiecare din cele trei neamuri :

		n	%			n	%		
{	Unguri	R. brune . .	181	66. ⁸	{	R. brune . .	84	82. ⁴	
		R. blonde . .	90	33. ³			R. blonde . .	18	17. ⁶
		Total . .	271	100. ⁰			Total . .	102	100. ⁰
		n	%			n	%		
{	Germani	R. Brune . .	33	52. ⁴					
		R. blonde . .	30	47. ⁰					
		Total . .	63	100. ⁰					

Evreii au proporția cea mai mare de componente rasiale brune. Ungurii iau o poziție intermediară, iar germanii au cea mai mică proporție de componente rasiale brune. Pentru germani, proporția celor

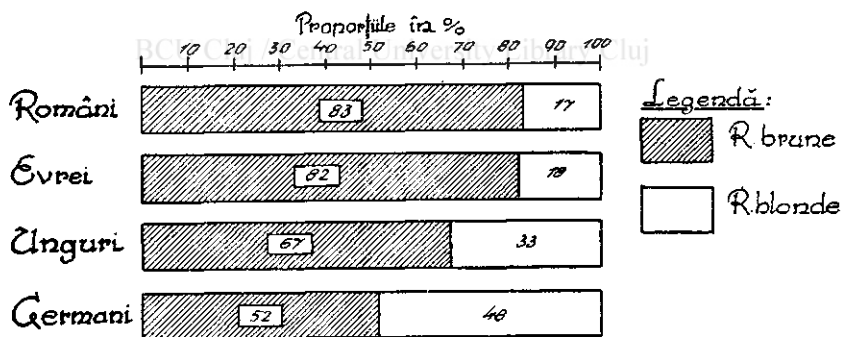
două categorii de elemente brune și blonde diferă cu puțin spre a intra fiecare în părți egale.

Cu tot amestecul rasial continuu, germanii au încă cea mai mare proporție de elemente rasiale blonde. Impuținarea acestora se va accentua lent dela o generație la alta, din cauza recesivității complexului pigmentar deschis, față de complexul pigmentar închis dominant.

Pentru studenții români proporția raselor brune față de rasele blonde este:

	R. brune		R. blonde	
	n	%	n	%
I.	119	86. ²	18	13. ²
II.	261	77. ⁴	76	22. ⁶
I + II.	380	82. ⁵	93	17. ⁵

Graficul 2 exprimă raportul numeric între rasele brune și rasele blonde pentru studenții celor patru neamuri :



Rasele brune în comparație cu rasele blonde
la studenții minoritari

Graficul 2.

Comparația între compoziția rasială a studenților și a populației rurale la români și unguri.

E de așteptat ca procesul de selecțiune socială să determine o structură rasială deosebită în diferitele straturi sociale. Să vedem în ce măsură cifrele materialului nostru confirmă ipoteza.

Pentru ambele neamuri folosim materialul publicat până acum: comparăm cei 487 studenți români cu 1074 săteni români din satele ardeleni, iar pe cei 295 studenți maghiari îi comparăm cu cei 266

săteni maghiari din jud. Mureș. Facem comparația raportând proporția procentuală a unei rase din colectivul studenților la proporția procentuală a aceleași rase din colectivul sătenilor. Câtul va fi mai mare, egal sau mai mic ca 1, după cum proporția rasei considerate va fi mai mare, egală sau mai mică în colectivul studenților ca în colectivul sătenilor. În ordinea descrescândă a câtului — pe care îl alăturăm la piciorul rasei — avem următoarea situație:

R O M Â N I :

I. X₅.⁵ D₁.⁴ M₁.⁴ N₁.³ O₀.³ E₀.² A₀.⁰⁹II. N₃.¹ X₁.⁷ M₁.³ O₁.⁰ D₀.⁹ E₀.⁹ A₀.⁷ P₀.⁶ da₀.⁸ mo₀.²I + II. X₂.⁹ M₁.² N₁.² D₁.⁰ O₀.⁸ E₀.⁷ A₀.⁴ da₀.³ mo₀.²

U N G U R I :

I. X₇.³:₀ M₆.³ O₃.¹ P₂.⁴:₀ N₁.⁶ da₂.²:₀ A₀.⁴ D₀.³ E₀.²II. X₁₇.⁰:₀ O₂.⁴ E₂.⁰ M₁.⁷ mo₁.⁵ N₁.² A₁.⁰ da₁.⁰ D₀.³I + II. X₁₄.² O₃.⁹ M₁.⁷ N₁.⁶ E₁.⁴ da₀.⁷:₀ mo₀.⁷ P₀.⁷:₀ A₀.⁴ D₀.²

Sunt două categorii distincte de rase: unele preponderează printre studenți, iar altele intră într-o proporție mai mare în populația rurală. În prima categorie sunt rasele: X M N și D la români. X O M N și E la unguri. În a doua categorie sunt: O E A da și mo la români și da mo P A și D la unguri. Colectivul românilor este semnificativ: pe lângă nr. mare în sine, avem un număr de studenți români aproape de două ori mai numeros ca studenții maghiari și un număr de săteni români de 4 ori mai numeros ca sătenii maghiari. Colectivul maghiar constituie doar un indiciu. Nu-i totuși fără interes faptul, că găsim concordanța câtorva rase în ambele colective pentru ambele categorii de rase. Printre studenții ambelor neamuri preponderează rasele X M și N iar în populația rurală preponderează A și da pentru ambele neamuri.

Faptul e susceptibil de cel puțin două interpretări: 1. ori anumite tipuri rasiale au o forță de ascensiune socială superioară altor elemente rasiale; 2. ori anumite trăsături rasiale ar fi de origine fenotipică și s'ar datora felului de viață, alimentației sau altor factori din ambianță. Dacă pentru unele caractere cum ar fi statura o asemenea ipoteză ar putea să apară plauzibilă, în schimb pentru altele, cum este complexul pigmentar explicația nu mai poate fi valabilă. Soluțione va fi dată numai de o analiză amănunțită a caracterelor rasiale. Deoarece ultima ipoteză apare ca foarte puțin probabilă, după tot ce-

se știe cu privire la caracterele somatice, iar simpla întâmplare e cu totul exclusă, nu rămâne decât prima explicație ca cea mai plauzibilă. Dealtfel antropologia claselor sociale (în care socotim și antropologia criminalilor) e o metodă prețioasă și ne va fi de mare utilitate în soluționarea problemei ierarhiei sau echivalenței rasiale.

In rezumat :

Pe baza unor cercetări antropologice făcute în 1934, extinse asupra unui număr de 400 de studenți unguri, germani și evrei dela Universitatea din Cluj, conchidem următoarele:

1. Concentrarea unui mare număr de persoane în grupa elementelor unirasiale indică omogenitatea rasială a neamului considerat și invers, proporția mare de elemente bi- sau plurirasiale indică eterogenitatea rasială. Din acest punct de vedere evreii sunt cei mai omogeni, urmează mult distanțați românii și ungurii și foarte apropiați de aceștia germanii.

2. Cele trei componente rasiale mai masive dau următoarele proporții în sens descrescând. Germanii: $N_{88} + X_{22} + D_{13} = 73\%$. Evrei: $P_{25} + M_{24} + D_{17} = 69\%$. Români: $M_{37} + X_{17} + N_{14} = 68\%$. Unguri: $N_{23} + M_{20} + X_{14} = 57\%$.

3. Proporția componentelor rasiale brune însumate la un loc față de componentele rasiale blonde este în %: Români 83-17; Evrei 81-18; Unguri 67-33; Germani 52-48.

4. Comparând compoziția rasială a studenților cu populația rurală în colectivul românilor — singurul semnificativ — reiese, că componentele rasiale X, mediteraneană, nordică și dinarică sunt în proporții superioare pentru studenți, pe când componentele orientală, esteuropidă, alpină, dalică și mongolidă preponderază în populația rurală.

Zusammenfassung. — Dr. I. Făcăoaru: Beitrag zum Studium der Rassenzusammensetzung der Minderheitsstudenten in Rumänien.

Auf Grund der in 1934 durchgeführten anthropologischen Messungen von 947 Studenten, darunter 487 rumänische, 295 ungarische, 63 deutsche und 102 jüdische Studenten von der Clujer Universität, stellen wir folgendes fest, hinsichtlich der rassischen Zusammensetzung:

1. Die Konzentrierung einer grossen Zahl von Personen in dem einrassigen Kollektiv weist u. M. n. auf die rassische Homogenität hin. Der umgekehrte Fall, die Verteilung in dem Kollektiv der zwei oder mehrrassigen Elemente zeigt die rassische Heterogenität. Den einheitlichsten Volkskörper zeigen die Juden. Weit von ihnen entfernt folgen die Rumänen und die Ungarn mit genau demselben Verhältnis und am meisten gemischt erscheinen die Deutschen.

Die Zahlenmässigen Verhältnisse der rassischen Komponenten bei den Studenten der vier Nationalitäten sind:

Rumänen: $M_{37} X_{17} N_{14} D_{11} O_8 A_7 E_5 da_0.4 Po.4 mo.2$

Ungarn: $N_{23} M_{20} X_{14} D_{10} O_8 E_7 A_6 mo_2 da_1 P_1 ned.7$

Deutsche: N₃₈ X₃₂ D₁₈ M₁₁ E₆ A₃ da₃ O₂ P₂

Juden: P₂₈ M₂₄ D₁₇ N₁₆ X₇ A₄ E₂ O₂

3. Das Verhältniss zwischen allen dunklen Rassen den blonden gegenüber ist in Hundertsätzen wie folgt:

bei den Rumänen 83—17, Juden 82—18, Ungarn 67—33, Deutschen 52—48.

4. Wenn man die rassische Zusammensetzung der Studenten mit der männlichen Landbevölkerung aus dem Kollektiv der Rumänen — der einzig significative — vergleicht, so ergibt sich, dass die X, Mediteranen, Nordischen und Dinarischen, unter den Studenten vorherrschen, während die Orientalen, Osteuropiden, Alpenen und Dalischen Komponenten sich dagegen in höheren Hundertsätzen unter der ändlichen Bevölkerung befinden.

Ordonanța profesională a medicilor germani.

de

Dr. LEON PRODAN

În anul 1935 a apărut noua lege germană¹ cu privire la reglementarea și organizarea corpului medical german în spiritul național socialist. În baza art. 14 din această lege Camera Medicală a Reichului a emis la 5 Noembrie 1937 o ordonanță² cu privire la îndatoririle profesionale ale medicilor. Această ordonanță reglementează conduita etică și profesională atât a medicilor cu practică generală, cât și a medicilor specialiști. Prin ea problema controlului specializării în diferitele ramuri ale medicinei trece în mod definitiv în sarcina Camerei Medicale germane înlocuind dispozițiunile provizorii din 1935 (Standes und Fachartzordnung) date din partea Asociației Medicilor germani din Asigurările Sociale.³

Datorită faptului că e vorba de o reglementare definitivă, care apare după aplicarea, timp de doi ani a celei anterioare, credem utilă comentarea ei.

În rezumat ordonanța conține următoarele:

„Medicul are chemarea de a sta în serviciul sănătății persoanelor singuratice și a întregii populații și prin el întreg corpul me-

¹ Vezi Buletinul Eugenic și Biopolitic vol. VIII. Nr. 1—3 1937. „Reglementarea profesiei medicale din Germania, Danemarca și Ungaria“.

² „Berufsordnung für die Deutsche Ärzte“. Deutsche Ärzteblatt Nr. 46. Jahrgang 67, din 13 Noembrie 1937.

³ Vezi Buletinul Eugenic și Biopolitic vol. VIII. Nr. 6—7. 1937. „Reglementarea specializării în diferitele ramuri ale medicinei“.

dical german e chemat a servi pentru binele poporului și a Reichului, pentru menținerea și ridicarea stării sanitare, a bunurilor moștenite și pentru promovarea rasei germane. Medicul îndeplinește o însărcinare publică, reglementată prin ordonanța medicală a Reichului. Cariera medicală nu este o meserie.

Medicul este obligat să cunoască prescripțiunile legale de ordin sanitar și să-și îndeplinească îndatoririle sanitare în spiritul și prin prisma național socialistă.

Medicul își va îndeplini numai atunci datoria către neamul său și față de corpul profesional din care face parte, dacă se va simți servitorul poporului său“.

A) Prescripțiuni generale.

În acest capitol sunt prevăzute normele generale de conduită și etică profesională. Obligațiuni pentru medic de a avea o conduită ireproșabilă, care să-l facă stimat, respectat și demn de încrederea publicului. Se impune medicului datoria de a se cultiva în profesiunea lui și este obligat să urmeze calea cea mai scurtă și să aplice metodele cele mai simple pentru însănătoșirea bolnavului.

„Medicul trebuie să se opună tuturor factorilor care ar primejdi și ar reduce puterea și numărul populației.

El are să întărească voința pentru a avea copii și în funcția sa medicală să nu ia dispoziții fără motive bine determinate pentru oprirea concepției.

Medicul poate intrerupe sarcina, însă numai în cadrele prevăzute de lege“.

El trebuie să păstreze secretul profesional chiar și față de familia lui și trebuie să vegheze ca acest secret să fie păstrat și din partea personalului ajutător. Fiecare medic va avea un singur local de consultații, deasemenea în aceeași casă nu se admite decât un singur medic cu aceeași specialitate, sau specialitate înrudită. Excepții se pot face cu aprobarea asociației medicale din circumscripția respectivă.

Dacă un medic pleacă dintr-o locuință, timp de un jumătate an nu se poate stabili în aceeași casă un alt medic de aceeași specialitate, decât cu învoirea medicului plecat, sau cu aprobarea asociației medicale. În cazurile unde interesele generale ale populației reclamă o îngrijire medicală specială, asociația medicilor poate obliga pe practicienii universali, pe obstetricieni și chirurși, să aibă sala de consultațiuni în aceeași clădire cu locuința. Schimbarea sezonală a locului de practică medicală se admite cu aprobarea camerei medicale a Reichului. Consultațiunile în afara reședinței medicului se admit numai atunci, dacă în acea localitate nu este medic stabil, iar în cazul unui consult în altă localitate, unde există medic, medicul consultant va trebui să se înțeleagă cu medicul respectiv.

Nu se admit consultații medicale la distanță prin telefon, sau prin scris deasemenea este interzisă practica medicală în mod ambulant. Călătoriile regulate pentru vizite medicale și ajutor medical sunt admise numai în cazuri speciale cu aprobarea asociației medicale de circumscripție.

În toate cazurile de boli grave și în special în cazuri de accidente, operații, sau tratament cu raze atât medicii oficiali, cât și cei privați vor face note exacte

despre starea bolnavului și tratamentul aplicat. Aceste note, radiografiile și buletinele de analiză vor fi păstrate cel puțin 5 ani după terminarea tratamentului. Ele pot fi eliberate din partea medicului numai ca parte integrantă a unei expertize medicale ordonate. La întocmirea diferitelor expertize și certificate, medicul trebuie să procedeze cu cea mai mare conștiințiozitate. Certificatele de complezență sunt interzise. Expertizile în materie de onorar, în fața instanțelor judecătorești se pot da numai cu aprobarea camerei medicale a Reichului. Orice activitate de publicistică, în afară de revistele științifice, nu este admisă decât cu aprobarea Camerei medicale a Reichului. Nici un medic, indiferent dacă ocupă o funcțiune oficială, sau privată, nu poate instrui și examina în vederea unei specializării în sănătatea publică nici o persoană, fără aprobarea camerei medicale a Reichului.

Onorariile medicale trebuie stabilite conform ordonanței camerei medicale. Maximul de onorar nu poate fi depășit, nici în cazul unei înțelegeri prealabile în scris, decât cu aprobarea camerei medicale. Medicul are libertatea de a nu încasa nimic, sau numai o parte din onorar, dela săraci, prieteni, rude, colegi și familiile lor, însă în toate celelalte cazuri va respecta ordonanța referitoare la onorarii.

Medicii sunt datori a avea o purtare demnă unul față de altul, orice observații dejositoare asupra felului de tratament și a cunoștințelor unui coleg sunt sub demnitate. În ce privește clientela, medicii sunt datori a se servi reciproc, nu se admite refuzarea de a merge în consult la chemarea unui confrate, dar nici medicul nu poate refuza chemarea unui alt medic în consult, dacă clientul sau aparținătorii lui doresc asta. În toate cazurile când e vorba de schimbarea medicului din partea pacientului, medicul nou venit trebuie să înduplece pacientul ca să recheme medicul anterior, însă în orice caz trebuie în mod precis să se convingă că medicul anterior a fost satisfăcut pentru serviciile aduse bolnavului, sau să se înțeleagă chiar el cu vechiul medic în acest sens. Pacienții, primiți spre tratament din partea unui alt medic trebuie predați colegilor care i-a tratat anterior. Medicii specialiști deasemenea vor trata bolnavii cât ține afecțiunea din specialitatea lor urmând a-i preda medicului curant propriu. *Medicii din domeniul sănătății publice n'au voie să facă practică*, însă și ei sunt obligați a da primul ajutor în cazuri urgente.

Practica unui medic decedat poate fi continuată timp de un sfert de an de un alt medic, în folosul familiei, cu aprobarea asoc. med. de circ., acest termen mai poate fi prelungit în mod excepțional cu încă un sfert de an. Medicul în timpul concediului de recreație nu e voie să facă practică. Înființarea unei practici medicale comune nu e admisă, iar una existentă nu poate fi continuată fără aprobarea camerei medicale.

Orice reclamă prin convorbiri, ziare sau orice publicații în afară de reviste științifice, prin consultații gratuite, publicarea scrisorilor de mulțumită sau prin orice alte metode care au de scop atragerea clientelei sunt interzise. Deasemenea nu e admisă îndreptarea pacienților spre un alt medic contra bani sau orice alt beneficiu. Este inadmisibil ca medicii să colaboreze la tratarea bolnavilor cu nemedici. Ei sunt obligați a descoperi și denunța șarlatanii și practica medicală clandestină. Medicii pot ocupa funcțiuni onorifice laice care au de scop promovarea sănătății, numai cu aprobarea camerei medicale. Contractele și orice înțelegeri prin care un medic se obligă la prestarea unei munci medicale, sau la valorificarea invențiilor medicale sunt admise cu aprobarea camerei medicale. Medicului îi este interzis ca numele lui să fie pus în legătură cu diferite scopuri industriale și comerciale cum ar fi pentru fiulul unei firme, sau pentru denumirea unui mijloc de însănătoșare, nici chiar sub forma „după prescripțiunea profesorului X. Y.” Camera medicală poate face excepții în

cazuri speciale. În toate cazurile de îndoială, sau alte dificultăți izvorite din legăturile medicilor cu firmele industriale, ei se vor adresa camerei medicale pentru a afla soluțiunea cea mai potrivită. Este interzis ca medicul să aibă vreun profit sub orice formă în urma prescrierii diferitelor medicamente. Mostrele medicale vor fi utilizate numai pentru experimentare fiind interzisă valorificarea lor. Este interzis ca medicul să îndrepte pacienții spre o anumită farmacie, sau să prescrie medicamente cu semne cunoscute numai de o anumită farmacie.

Stabilirea valorii terapeutice a diferitelor mijloace de însănătoșire se face de către medici însărcinați în mod oficial cu această lucrare din partea camerei medicale a Reichului. Orice alte expertize, chiar fără plată sunt interzese. Pentru aricoarele sau rapoartele în cari se recomandă un mijloc de însănătoșire, medicul nu poate pretinde nici o remunerație, afară de onorarul de autor, însă medicul e obligat a păstra caracterul pur științific.

B) Prescripțiuni cu privire la specializare.

Specialitățile recunoscute au rămas aceleași stabilite în 1935 (1. medicină internă; 2. boli de stomac, intestine și ale metabolismului bazal; 3. bolile de plămâni; 4. pediatrie; 5. chirurgie; 6. obstetrică și ginecologie; 7. urologie; 8. neurologie și psihiatrie; 9. ortopedie; 10. oftalmologie; 11. oto-rino-laringologie; 12. dermatovenerii; 13. stomatologie; 14. Röntgen și actinoterapie). Este interzis a practica mai multe specialități simultan, sau una din ele asociată cu medicina universală.

În ce privește durata specializării nu este nici o schimbare, cerându-se 4 ani pentru medicină internă, bolile stomacului, intestinelor și ale metabolismului bazal, tuberculoză, pediatrie, chirurgie, obstetrică cu ginecologie și urologie, iar pentru celelalte specialități se cer numai 3 ani.

Față de prescripțiunile din 1935 au survenit anumite modificări. Dispozițiunile din 1935 prevedeau ca practica medicală în medicina universală, sau într'o ramură înrudită să fie socotită în timpul specializării. De astădată timpul de specializare rămâne în întregime pentru specialitatea respectivă, medicii fiind obligați a activa în plus încă un an în domeniul medicinei universale, sau a medicinei interne. Specialiștii în medicina internă vor depune această activitate de un an în domeniul medicinei universale, chirurgie sau ginecologie. Pentru a fi specialist în stomatologie e nevoie de examen special de medic dentist. Specialiștii în bolile de stomac, intestine și ale metabolismului bazal, în bolile de plămâni și pediatrie vor activa în timpul specializării un an în domeniul medicinei universale sau medicina internă. Cei care se specializează în obstetrică și ginecologie vor face în mod obligatoriu 2 ani practică obstetricală. Deasemenea la specializare în neurologie și psihiatrie se cere o activitate de cel puțin un an în ramura secundară pentru a putea fi recunoscut, de specialist. Medicilor, cari în timpul specializării au suplinit un medic din aceeași specialitate li se recunoaște acest timp cel mult un sfert de an. Specializarea în domenii înrudite se poate recunoaște maximum un an. Specializarea se va face în clinicile universitare, sau în spitale conduse de specialiști care au bolnavi suficienți și toate instalațiunile moderne.

Recunoașterea de medic specialist se face din partea unei comisii convocate de către camera medicală districtuală căreia îi aparține medicul și e valabilă pentru întreg Reichul. Apăsuri contra deciziunilor camerelor medicale districtuale se pot face la camera medicală a Reichului ca ultima instanță. Recunoașterea ca medic specialist poate fi retrasă dacă medicul se dedește înapoi pentru practicarea acelei specialități.

Medicii specialiști se vor restrânge mai mult la o practică de consultații, în domeniul specialității lor, și la nici un caz nu vor instrăina familiile de medicul lor de casă.

C) Prescripțiunile cu privire la exercitarea profesiei medicale în libera practică.

Deschiderea unui cabinet medical, sau reluarea activității medicale poate fi adus la cunoștință prin ziare, însă cel mult de 3 ori în același ziar. Anunțurile pentru reluarea activității medicale sunt admise, în același ziar o singură dată, după o absență de mai mult de 2 săptămâni sau după o boală mai îndelungată. Aceste anunțuri vor cuprinde numele, specialitatea, adresa și orele de consultații. Forma și mărimea anunțului vor fi în conformitate cu obiceiurile locale. Firma medicului va cuprinde numele medicului, titlul „Doctor în medicină”, „Consilier sanitar”, „Consilier sanitar secret”, specialitatea, orele de consultații și numărul de telefon. În general, medicii se vor obține dela folosirea titlurilor oficiale. Excepții pot fi admise de către camera medicală respectivă. Mărimea firmelor să nu depășească 35 x 50 cm. și să nu fie puse în mod prea bătător la ochi. La casele de colț sau casele mai ascunse în mod excepțional se admit două firme cu aprobarea asociației medicale de circumscripție. Firmele dela locuințele particulare ale medicilor în cari nu se țin consultații, vor avea mărimea firmelor dela locuințele private. În caz de mutarea cabinetului medical, se poate lăsa o firmă cu indicarea adresei noui timp de un jumătate an. Recetele, stampilele și orice inscripții ale medicilor vor conține aceleași date ca firmele. Medicii de spitale pot avea indicată pe recetele private, funcțiunea ce o ocupă la spital.

D) Predarea și preluarea practicii medicale.

Contractele referitoare la încetarea, sau preluarea unei practici medicale trebuie să fie aprobate din partea asociației medicale de circumscripție. În aceste cazuri despăgubirile se dau, de obicei pentru obiectele preluate, sau pentru casa, sau locuința respectivă. În cazuri excepționale când e vorba de urmași lipsiți de mijloace materiale se poate face plata unei despăgubiri, în contul preluării clientelei.

E) Prescripțiuni finale.

Camera medicală a Reichului poate emite prescripțiuni mai amănunțite pentru traducerea în fapt a ordonanței profesionale. Prescripțiunile date în această privință, din partea asociației medicilor din asigurările sociale germane rămân neschimbate.

* * *

Din cele de mai sus conchidem, că legislația germană din ultimii ani a încadrat corpul medical în spiritul și concepția de stat național socialist. În speță individul — în cazul de față medicul — este obligat ca în toată activitatea lui particulară, sau publică să țină cont de interesele colectivității.

Medicul este obligat a veghea nu numai la păstrarea sănătății individuale și colective, ci trebuie să fie un element dinamic în acțiunea de promovare numerică a poporului german.

La rândul său medicul este apărat de concurența neloială, prin norme în ce privește comportarea medicilor față de clienți și față de colegii lor. Deasemenea se apără și rămâne și pe mai departe consacrată instituția atât de bună a „medicului de casă”.

Summary.

A comment of the new german medical ordinance from 1937 is made, pointing out its most important features.

Situația scarlatinei în urma vaccinațiilor făcute simultan contra scarlatinei și differiei în Timișoara în decursul anilor 1935, 1936 și 1937.

BCU Cluj / Central University Library Cluj de

Dr. LEONTE MUNTEANU
medic-șef
al Municipiului Timișoara.

La ultimul recensământ din 1930 au fost în Timișoara în total 14,909 copii în vârsta dela 2—14 ani inclusiv. Acestea sunt contin-gentele cuprinse în acțiunea noastră de vaccinare.

Vaccinați complet . . .	13,175	} 14,876
Vaccinați incomplet . . .	1,701	
Nevaccinați (până la 14 ani)	1,000 (?)	

Având vaccinați (complect și incomplect) 14,876 copii, putem zice, că numărul copiilor rămași nevaccinați este minimal, în realitate nu poate fi vorba decât de câteva sute de copii.

Comparând media nașterilor în ultimii 11 ani de dinaintea recensământului, adică 1555 născuți anual, cu media nașterilor din anii de după recensământ, adică 1259 născuți, vedem un minus anual de aproape 200 de copii. Adică în total ar trebui să avem cel mult 14,500 de copii. Acest minus a fost compensat prin imigrare, dar aceasta nu a putut să mai producă un plus decât de cel mult câteva sute de copii.

Astfel noi diminuăm numărul vaccinațiilor noastre, dacă prin admiterea cifrei exagerate de 1000 copii nevaccinați, scădem în calcularea finală procentul îmbolnăviților nevaccinați.

Morbiditatea copiilor vaccinați și nevaccinați.

Dintre	13,175 vaccinați complet	s'au îmbolnăvit	255	1.7 %
"	1,701 " incomplet	"	13	0.7 %
" cca	1,000 nevaccinați	"	155	15.5 %

Mortalitatea copiilor vaccinați și nevaccinați.

Dintre	13,175 vaccinați complet	au murit	16	0.121 %
"	1,701 " incomplet	"	1	0.060 %
" cca	1,000 nevaccinați	"	6	0.600 %

Vârsta îmbolnăviților de scarlatină dela 1. VIII. 1935 până la 17. I. 1938.

Vârsta ani	Complet vaccinați				Incomplet vaccinați				Nevaccinați				TOTAL GENERAL							
	1. VIII 1935	31. XII 1936	1. I 1937	17. I 1938	Total	1. VIII 1935	31. XII 1936	1. I 1937	17. I 1938	Total	1. VIII 1935	31. XII 1936	1. I 1937	17. I 1938	Total	1. VIII 1935	31. XII 1936	1. I 1937	17. I 1938	Total
1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	3	5	—	—	3	3	—	—	6
2	3	2	—	—	5	—	—	—	—	—	4	1	5	—	—	7	3	—	—	10
3	8	3	—	—	11	—	—	—	—	—	2	3	5	—	—	10	6	—	—	16
4	17	10	—	—	27	—	—	—	—	—	4	5	9	—	—	21	15	—	—	36
5	19	4	—	—	23	1	1	—	2	4	11	5	16	—	—	31	10	—	—	41
6	19	7	—	—	26	2	1	—	3	6	9	6	15	—	—	30	14	—	—	44
7	24	8	—	—	32	3	—	—	3	6	8	6	14	—	—	35	14	—	—	49
8	21	4	—	—	25	1	—	—	1	2	1	6	7	—	—	23	10	—	—	33
9	21	5	—	—	31	—	1	—	1	2	10	3	13	—	—	36	9	—	—	45
10-14	32	12	—	—	44	3	—	—	3	6	55	9	64	—	—	90	25	—	—	115
15-19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	11	39	—	—	28	11	—	—	38
20 în sus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	68	16	84	—	—	68	16	—	—	84
TOTAL GENER.	170	55	—	—	225	10	3	—	13	16	202	71	273	—	—	382	126	—	—	508

Țin să accentuez că stabilirea adevărului, dacă vreun îmbolnăvit a fost vaccinat complet, incomplet sau de loc, s'a făcut la noi pe baza unui control absolut riguros, în baza cartotecii care cuprinde

fișele tuturor copiilor vaccinați. Astfel că gruparea îmbolnăviților este absolut exactă.

Mai departe este de reținut că tănuirile bolnavilor nu pot fi decât puține la noi. Acestea s'au produs cu preferință la bolnavii vaccinați incomplect și la cei rămași nevaccinați. Anume părinții acestora aveau pe lângă motivele obicinuite și motivul special, că se temeau de eventualele amenzi, fiindcă nu și-au prezentat copiii la vaccinare. În privința aceasta părinții copiilor vaccinați incomplect aveau un motiv dublu de a se teme, fiindcă ei au primit în afară de provocările generale și admonestări speciale imediat ce întârziiau dela doza a doua sau a treia.

Astfel cunoașterea și evidențierea îmbolnăviților tănuiți ar influența numai favorabil teza oportunității vaccinărilor. Comparând morbiditatea celor nevaccinați (15.5%) cu morbiditatea celor vaccinați (1.73), vedem că morbiditatea celor nevaccinați este de nouă ori mai mare. Letalitatea nevaccinaților de 0.6% este de 5 ori mai mare decât letalitatea de 0.12% la vaccinați.

Terenul în Timișoara era foarte propriu unor observațiuni obiective, fiindcă, chiar în anul 1935 când s'a făcut prima vaccinare, a fost scadent și a și început un val puternic de scarlatină.

În rezumat putem afirma pe bază de observațiuni obiective într'un teren prielnic pentru studierea problemei, că vaccinările simultane cu vaccin Ramon și Dick influențează favorabil și mersul endemiei de scarlatină. Se reduce morbiditatea foarte simțitor și într'o măsură ceva mai scăzută se reduce și letalitatea.

În consecință am ajuns la convingerea, că atât timp cât știința nu ne furnizează altă armă și mai eficace, atâta timp trebuiesc făcute în mod obligatoriu și vaccinările antiscarlatinoase cu toxina formulată Dick și aceasta cu preferința în combinația cu vaccinările antidifterice. Nu există nici o contraindicație care ar împiedica aplicarea simultană a celor două vaccinuri, fiindcă vaccinurile combinate nu produc reacții mai grave și nici cheltuielile nu se măresc decât cu prețul însuși al vaccinului Dick.

Résumé.

L'auteur montre sur 14,876 enfants vaccinées contre la scarlatine et sur 1000 non vaccinés, que la morbidité et la mortalité sont bien réduites dans le second groupe. En même temps il fait les vaccinations simultanées, ceci n'étant pas un travail en plus.

Problema fertilității diferențiale.

de

Dr. PETRU RĂMNEANȚU

În ultimele două secole dimensiunea familiei, în Vestul Europei și în America, aproape în corpul tuturor neamurilor a suferit scăderi însemnate. Dela 7—8 copii, astăzi familiile au ajuns să aibe 3—4.

Acest fenomen nu a avut loc numai în această perioadă, în care din cauza producerii lui în mai multe straturi ale populației a putut fi constatat mai ușor, ci s'a instalat, cel puțin după cum reiese din lucrările pe care le avem, încă din secolul al X-lea. Astfel, în raport cu starea socială, H. Pirenne, a arătat că nobilimea de atunci era mai fecundă, decât pătura populației care se ocupa cu agricultura. Tot în raport cu starea socială, Prof. Savorgnan, a obținut pentru numărul copiilor procreați de familiile regale, de prinți și de duci din Germania, Franța și Belgia, Anglia, Scoția și Irlanda, medii mult mai mici, decât pentru cei din populația generală. Numărul acestor familii, fiind însă mic, influența fertilității lor reduse, s'a repercutat aproape insensibil asupra creșterii naturale a populației.

În cele 3—4 decenii din urmă, fertilitatea scăzută, instalându-se însă, într'un număr mare de familii și din straturi foarte variate ale populației, a stârnit multă îngrijorare. Astfel în raport cu ambianța, datorită urbanizării și industrializării, în mediul urban, natalitatea e mult mai scăzută decât în cel rural. La fel dacă ținem seamă de stratificarea economică a populației. C. Gini a demonstrat, că în Franța, Belgia, Italia și Finlanda, persoanele cari mor fără să lase urmași, în medie sunt mult mai înstărite decât cele cari lasă moștenitori. În aceleași studii și în altele făcute, relativ la populația din Danemarca, Norvegia, Rusia, Budapesta, comparând populația cu stări economice deosebite, s'a tras concluzia, că familiile înstărite, dela o epocă la alta își reduc fertilitatea mai accentuat ca cele sărace. O asociație similară se observă și între fertilitate și gradul profesiei. Așa de exemplu, chiar înainte de războiu, 10,000 de ofițeri germani, au avut în medie 3 copii, pe când populația generală a avut mai mulți, chiar de două ori atâția. În Statele-Unite, după recensământul din 1930, minierii, muncitorii agricoli, agricultorii, muncitorii dela construcțiuni, dela căile ferate, din fabrici au avut în medie 4.8 copii.

H. Muckermann, a găsit în Germania, că 3,500 de profesori studiați, au lăsat tot numai atâția urmași. Ținând seamă de profesiunea mamei, scăderea fertilității e și mai pronunțată. Astfel, 2,119 de absolvenți a Colegiului Bryn Maur, au fost mame, numai la 263 de fete. Fertilitatea e afectată foarte mult și de gradul de inteligență al populației. Această asociație a fost studiată recent de R. B. Cattel, prin determinarea coeficientului de inteligență și cifra medie a copiilor la persoane cu ocupații diferite. Redăm din acest studiu important următoarea tabelă :

Inteligența și fertilitatea în toate ocupațiile.

OCUPAȚIA	Coeficientul de inteligență							
	Sub 85		85-99		100-114		Peste 114	
	Nr. pers. studiate	Media copiilor	Nr. pers. studiate	Media copiilor	Nr. pers. studiate	Media copiilor	Nr. pers. studiate	Media copiilor
Neangajat	79	4.78	62	3.82	28	4.00	10	3.55
Muncitor agricol	48	4.33	31	3.71	2	3.50	2	3.00
Muncitor nespecializat	158	4.23	221	3.91	90	3.26	66	3.44
Agricultor	22	4.09	33	4.39	16	3.87	23	2.61
Muncitor specializat	53	4.32	77	3.36	57	3.39	37	2.97
Muncitor în fabrică nespecializat	123	4.08	175	3.43	125	3.18	69	2.77
Transport	50	4.36	83	3.29	47	3.17	42	2.76
Muncitor în fabrică specializat	35	3.54	81	3.58	62	3.05	42	2.59
Marinar	14	2.64	12	2.92	6	4.17	7	3.57
Comerciant, angajat	35	3.54	56	2.93	63	4.36	62	2.53
Comerciant, proprietar	27	3.26	54	3.03	28	2.79	38	2.26
Oameni de afaceri	6	2.50	16	2.62	31	2.35	43	2.72
Funcționari	10	2.70	30	2.70	42	2.26	43	2.33
Profioniști	7	2.57	16	2.13	19	2.16	45	2.35

Din ea citim că, paralel cu creșterea coeficientului de inteligență și cu dezvoltarea profesiunii, scade media copiilor. Astfel persoanele neangajate, cari au coeficientul de inteligență sub 85, au 4.8 copii, iar cele cari au acest coeficient peste 114 au numai 3.6. În contrast cu această ocupație, profesioniștii cu coeficientul de inteligență sub 85 au 2.6 copii, iar cei cari sunt supra-dotăți, au numai 2.4 copii.

Corelația aceasta negativă și destul de strânsă între fertilitatea populației și starea socială, economică, profesională și capacitatea ei intelectuală, a impus concluzia bine cunoscută astăzi, că civilizația europeană e grav amenințată. Această gravitate în parte e cunoscută numai în spațiu, avem date relativ la distribuția populației în raport

cu capacitatea și voința ei de a procreia. Nu dispunem însă, nici de studii, cari ar măsura timpul în care se vor slinge familiile cari pot contribui la progresul general al omenirii, nici de date cari să ne arate momentul când elementele submediocre și minusvalorile vor coplesi pe cele normale și supra-dotate. De sigur, că asemenea calcule vor urma imediat, ce vom cunoaște cât mai aprofundat diferențierea fertilității după stralificarea populației.

Cercetând însă mai profund și amănunțit problema fertilității diferențiale, vedem că are repercusiuni și mai grave. Astfel ne dăm seama într'o anumită măsură și de pașii enormi pe care îi face proporția disgenicilor.

Iată de ce. În sânul populației generale, pe lângă categoria de supra-normali, cari își reduc catastrofal fertilitatea, și cea mijlocie, care și-o reduce mai lent dar încontinuu, există și categoria populației subnormale și cacogenice care își menține fertilitatea la același nivel, după cum observăm din următoarea tabelă, publicată de F. A. Bushee.

Fertilitatea categoriilor patologice.

<i>Categoria</i>	<i>Media dimensiunii familiei</i>
Surdo-muți (Anglia : Schuster)	6.2
Surdo-muți (America : Schuster)	6.1
Tuberculoși (Paerson)	5.7
Albinotici (Paerson)	5.9
Alienați (Heron)	6.0
Degenerați (Edinburg)	6.1
Criminali (Goring)	6.6

Concluzia, că familiile cu debilitate mintală au mai mulți copii, decât cele normale e susținută pe bază de cercetări, de toți autorii, printre care e suficient să amintim numele lui Tredgold, Paerson, Westgaard, Gini, Rice, Methorst, Hansen, Dayton, Green, ca să fim adânc convinși de realitatea problemei. După Rice când ambii părinți au debilitate mintală, fertilitatea lor e și mai urcată.

De altă parte știm, că proporția defectivilor și a disgenicilor în populația generală este mai urcată decât a supra-normalilor.

Această proporție mai ales în mediul rural din jurul orașelor cu mortalitate mică, pe cari trebuie deci să le susțină mereu cu stocuri noi de populație, este cât se poate de urcată. Punând acum în balanță, deoparte populația supra-normală, care lasă un număr infim de

urmași și pe cea normală, care abia se menține la un număr constant și de altă parte trecând grupa sub-medie care își păstrează însă fertilitatea și mai precis o fertilitate chiar superioară, față de a populației generale, pericolul care amenință civilizația în general și care la noi de exemplu împiedică mult instalarea ei e evident pentru ori cine.

Pe lângă corelația între fertilitate și factorii amintiți, în urma cercetărilor mai recente, s'a putut constata, că aceasta e în asociație și cu starea fizică a populației, mai precis cu starea ei constituțională. Astfel Boldrini în Italia și noi pe populația din comunele bănățene, Borlovenii-Vechi și Pătaș (jud. Caraș) am arătat, că tipul alungit al femeilor (longitipul) predispune mai mult pentru sterilitate și fertilitate redusă, decât tipul scund (brachitipul).

Din datele și comparațiile expuse, putem trage concluzia că pentru țările cari încă mai au o proporție mare de populație rurală, cari au deci și o natalitate relativ urcată, susținută într'o măsură destul de însemnată și de grupa defectivilor frecventă în mediul rural, problema fertilității diferențiale prezintă aceeași gravitate și reclamă intervenții egale și energice ca și în țările industrializate.

Dacă studiile asupra fertilității diferențiale au deschis orizonturi atât de sumbre pentru clasele superioare, exceptând cele din Olanda (Stokholm), Japonia și China (unele regiuni din aceste țări), constatăm, că în concurența etnică, de înlindere în suprafață și de a creia maximum în orice domeniu de activitate, nu ne-a adus până de prezent, decât contribuțiuni cu totul neînsemnate. Nu știm, dacă o grupă de populație cu aceeași stare socială, economică, cu aceeași medie a inteligenței și de aceeași profesie, identică adică din toate punctele de vedere, dar compusă din două neamuri are pentru fiecare din acestea două grupe aceeași fertilitate și deci același viitor? Asemenea cercetări vor fi de mare valoare, mai ales în țările unde ciocnirile și emulațiile între neamuri sunt mai acute. Noi deși nu avem o convingere, totuși credem, că nu există asemenea diferență. Această părere, îndrăznim să o afirmăm pe următoarele date, obținute în cercetările făcute în comunele din Banat amintite. (Borlovenii-Vechi și Pătaș).

În această tabelă am distribuit femeile trecute de 44 de ani, după numărul copiilor născuți-vii și morți de mamele lor și după numărul copiilor născuți-vii și morți de ele înșeși. Tabela de corelație întocmită după aceste două atribute, așa cum se prezintă, nu ne dă dreptul să afirmăm existența unei corelații. Coeficientul de corelație, adică r_{12} e foarte mic, abia e îndepărtat dela zero. Acest rezultat

Ereditatea fertilității.

		Nr. copiilor născ. vîi și morți de mamele fem. anch.												TOTAL	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12
Nr. copiilor născ. vîi și morți de femeile anchetate	0		2	6	2		9	3	7	2		1	1		33
	1		2	2	5	2	3	3	3	3	3	1			28
	2		1	2	5	6	7	3	1	3	2	1			32
	3			3	6	5	3	8	3		2			1	31
	4				1	4	6	3	2		2				18
	5				2	1	2	9	3						18
	6		3	4	1	1		2	4		1				15
	7					1			1			1			5
	8				1		1								3
	9										1				0
	10														0
	11														0
	12					1									1
	13						1		1						2
TOTAL		0	8	20	23	22	39	26	20	10	10	4	2	2	186

Coeficientul de corelație = -0.10 .

denotă, că fertilitatea nu pare a fi ereditară sau chiar dacă îi voința femeilor i-se suprapune atât de mult, încât noi nu o mai putem evidenția. În orice caz, reiese că fertilitatea diferențială, de la un neam la altul, nu poate prezenta deosebiri (Rezultatul acesta fiind obținut pe cifre mici, ne impune în această concluzie o rezervă). Concluzia aceasta pare totuși foarte verosimilă, dacă ținem seamă că în alte cercetări pe care le-am executat în Banat, mergând dincolo de asociația dintre fertilitate și stările sociale, economice și culturale, căutând cauzele care au determinat reducerea fertilității anumitor categorii de populații, am ajuns la concluzii asemănătoare. Ne-am putut convinge, că aceste cauze au la bază sau voința hotărîtă ori starea sufletească deosebită a femeilor de a nu avea copii. De multe ori acestea au fost determinate direct de lipsa de credință și de depresii sufletești. În această privință dispunem și de alte date. În Anglia și în Bavaria s'a demonstrat că romano-catolicii au natalitatea mai urcată decât protestanții.

Rezumând aceste câteva considerațiuni, făcute asupra problemei fertilității diferențiale, desprindem câteva constatări de multă actualitate și pentru noi.

a) Cu toate, că avem în mediul rural o natalitate urcată, totuși datorită contribuției la menținerea ei și a elementelor disgenice, apoi faptul, că populația urbana intelectuală se stinge repede în

una sau două generații, cunoașterea problemei fertilității diferențiale se pune cu multă acuitate și la noi. Cu al'e cuvinte, pe lângă interesul și așa destul de minimal, pe care îl purtăm cantității populației, cel puțin să începem a ne interesa și de calitatea ei.

b) Studiilor asupra fertilității diferențiale ar trebui să le dăm o importanță deosebită. Ele fiind de natură practică și vitală pentru neamul nostru, să fie executate pe plan larg și cu precădere față de problemele științifice generale, cari se pot întreprinde și de altfel să și execută și în alte țări cari au bugete mai mari.

c) Măsurile de biopolitică și mai a'les cele de eugenie, cari trebuiesc realizate și la noi cât mai repede, să se facă numai pe baza realității dela noi. Altfel riscăm să croim organizații cari sunt potrivite pentru străinătate, dar la noi nu vor da rezultatele așteptate.

Summary.

There is given the variation of fertility in relation with the social and economical state, the occupation and intelligence of the population. Based upon these differences we draw the conclusion that there is a evident damage for the quality of the future population, even in the nations with high natality, on account of the high fertility among the under normal population and the continuous reduction of fertility among the normals and highly qualified. Further it is evidenced, that fertility is not a hereditary quality, it depends chiefly on the will and psychological state of the women. We propose to give priority to the future biopolitical and eugenic action from Roumania.

Bibliografie.

1. F. A. Bushee: Principles of. sociology, 1923. pp. 232.
2. R. B. Cattell: Intelligence, fertility and socio-economic factors. The Eugenics Review, 1937. pp. 171—180.
3. C. Gini: Some italian enquiries into differential reproductivity. The World population conference, 1927, pp. 157—169.
4. S. Hansen: Differential fertility in Copenhagen. Population, 1936, pp. 3—5.
5. I. Moldovan: Igiena Națiunii. Cluj, 1925.
6. A. W. Methorst: Differential fertility in The Netherlands. Population, 1935, pp. 3—70.
7. P. Râmneanțu: Biotype and fertility of women form the province of Banat-Rumania. The international congress for the scientific investigations of pop. problemes. Paris, 1937.
8. J. Rumney: The problem of differential fertility. Population, 1935, pp. 3—23.

Reumatismul ca problemă socială.

de

D. EUGEN MORARIU

Problema reumatismului, deși nu constituie ceva nou, a început să preocupe în primul loc pe conducătorii asigurărilor sociale și pe economiști abia în anii grei de refacere care au urmat după războiul mondial, când toate forțele capabile au fost mobilizate pentru a conlucra la atenuarea răului rămas după război. Abia atunci s'a văzut frecvența incapacității de muncă ce poate să cauzeze această îmbolnăvire, care în manifestațiunile sale cronice era tratată, înainte, în mod neglijent, prin mijloace termo-terapeutice casnice. Prin studii statistice sistematice s'a văzut, că o mare parte dintre cei suferind de reumatisme cronice pot, printr'un tratament instituit la timp, să fie ameliorați și făcuți capabili de muncă, iar la un mare procent se poate preveni invaliditatea și pensionarea timpurie. Singurul tratament eficace, în manifestațiunile cronice, este balneoterapia și fizioterapia, după cum reiese din studiile autorilor suedezi, care au obținut, prin balneoterapie, ameliorări în 57%, iar „Istituto nazionale fascista della Previdenza sociale“ din Roma dă un procent de 87% ameliorați dintre reumaticii cronici tratați cu fizioterapie în acest institut. Aceleași rezultate bune în 46—52% le obțin, prin balneoterapie, și autorii ruși, din statisticile cărora reiese, că U. R. S. S. trimite anual câteva zeci de mii de muncitori reumatici cronici, pentru tratament, în stațiunile balneare.

Nu știm nici astăzi, cu siguranță, care este etiologia reumatismului. Există o sumedenie de ipoteze, care se ocupă de această chestiune, dar până acum nici una n'a putut să reziste tuturor criticilor. Pe lângă componenta infecțioasă, atât de mult discutată încă, un rol foarte important se pare a reveni factorului constituțional și factorului climatic. Este o evidentă legătură între factorii climatici și răspândirea reumatismului și aceasta este tot mai mult scoasă în evidență în ultimul timp. Climatului și condițiunilor meteorologice li s'a atribuit rol determinant în îmbolnăvirile reumatismale încă de pe timpul Greciei antice, când sub numele de reumatisme erau descrise afecțiuni febrile interesând în special articulațiile și mușchii, având un caracter migrant și stând în legătură cu răceala și factorii climatici. Pe lângă componenta constituțională, care determină evoluția și forma

clinică a îmbolnăvirii, rolul cel mai important în morbiditate, după *Danichewsky*, ar reveni nu numai climatului ci condițiunilor generale externe între care condițiunile de muncă, referințele de locuință, de îmbrăcăminte, de nutriție, care toate trebuiesc luate în considerare mai ales, că repartizat pe diferite anotimpuri, frecvența cea mai mare a îmbolnăvirilor se întâlnește în lunile de iarnă și primăvară, iar cel mai mic în lunile fârșii de vară, două perioade ale anului în care condițiunile externe, dar mai ales condițiunile de alimentație, prezintă în tot complexul lor cel mai mare contrast.

În Europa, frecvența cea mai mare a reumatismelor o întâlnim în părțile nord-vestice ale continentului, în special în *Anglia*, partea de nord a *Franței*, *Germania*, *Belgia*, *Olanda*, *Danemarca*, *Suedia* și *Norvegia*. Ce importanță mare a avut și are pentru aceste țări întreaga problemă a reumatismului putem s'o deducem din înființarea în 1928 a „Ligii internaționale contra reumatismului” cu sediul în Amsterdam, cu comitete naționale în toate țările amintite și care astăzi cuprinde, ca membre, aproape toate țările Europei. Numărul cel mai mare de îmbolnăviri îl întâlnim în regiunile cu ploi multe și cu climatul umed și frecvența scade în regiunile de șes și coline cu climatul mai uscat. În *Rusia*, frecvența cea mai mare este în jurul Mării Caspice, pe cursul inferior a Volgei și în jurul *Leninogradului*, unde climatul este mai umed decât în restul țării. Spre sud, în jurul Mediteranei, reumatismul scade ca frecvență, iar la tropice, după autorii englezi, ar constitui o raritate. După *Coburn*, în *Statele Unite* numărul cel mai mare de îmbolnăviri se găsește între 40—50° latitudine nordică, fiind însă și aici frecvența sa legată de referințele climatice locale. Din statisticele prezentate de *Statele Unite* reiese foarte clar dependența îmbolnăvirii de climat, întrucât frecvența reumatismului crește progresiv și evident dela sud spre nord.

Pentru a scoate în evidență importanța socială și economică legată de îmbolnăvirile reumatismale, îmi iau voie să prezint câteva date asupra frecvenței sale în unele țări, precum și pierderile, socotite în bani, rezultate de pe urma îmbolnăvirii sau de pe urma consecințelor sale, pentru a arăta, la sfârșit, ce s'a făcut la noi în acest sens, până acum.

Reumatismul nu figurează decât la foarte puține țări între maldăile obligate a fi declarate, ceea ce aduce cu sine ca datele cele mai exacte asupra frecvenței sale să le avem dela asigurările sociale unde îmbolnăvirile sunt socotite mai mult după cheltuiala de boală sau după frecvența invalidității ce pot să cauzeze decât după latura

manifestațiunilor clinice. În *Statele Unite* numărul reumatismelor acute variază după regiuni. Așa, *Houston* găsește un număr de 0.07% reumatisme acute și choree între toți bolnavii ospitalizați în spitalele din *New-Orleans*. În *Virginia* găesc *Hart*, *Wood* și *Daughton* 1% îmbolnăviri reumatismale acute, predominând mai mult dealungul coastelor decât spre interior. Pentru anul 1916 găsește *Swift*, în *Statele Unite* un număr de 167.000 reumatisme poliarticulare acute, iar *Atwater* găsește pentru anul 1923 un număr de 157.000 cazuri. Aici sunt socotite, spre deosebire de statisticile europene, numai cazurile acute fără să intre în considerare formele cronice sau cazurile de invaliditate completă cauzate de reumatism. După *J. Wackmann*, în *Statele Unite*, 16‰ dintre toți asigurații contra bolilor suferă de reumatism. În *Anglia* îmbolnăvirile reumatismale sunt foarte frecvente datorită, poate în mare parte, condițiunilor climatice de pe această insulă. După aprecierile lui *Mathieu-Pierre Weil*, în spitalele din *Londra*, din totalitatea celor internați, 6% sunt primiți din cauza de afecțiuni reumatismale. După comunicatul Ministerului Sănătății al *Angliei* cu Nr. 23 din 1924 „*The indice of rheumatic disease*”, în care se găesc publicate cercetările instituite în 1922 asupra unui număr de 90.891 asigurați pentru boală, provenind din 49 districte, rezultă 2510 reumatisme, ceea ce revine, după socotelile Ministerului, la 372.000 reumatisme asupra tuturor asiguraților pentru boală pe 1922 în întreaga *Anglie* (fără *Irlanda*). În *Suedia*, după cercetările lui *Edström*, rezultă pentru perioada 1930—1934 un număr de 2709 reumatisme acute sau 4.³⁸ cazuri pe an și la zece mii locuitori. Aceste date fiind însă adunate numai din spitale nu sunt complete, cuprinzând doar cazurile internate. După aprecierile acestui autor, între 1901—1934 au fost internate în toate spitalele din *Suedia* un număr de 64.914 cazuri cu diagnosticul de reumatism acut, ceea ce revine la 1909 cazuri pe an și corespunzând la 3.³⁹ cazuri pe an și la zece mii locuitori. În *Olanda*, ca și în cea mai mare parte din țările *Europenei*, declararea reumatismului nefiind obligatorie, nu se găesc date exacte decât cele provenind dela asigurările sociale. După *J. van Breemen*, ar fi puține țări care să aibă un număr așa mare de îmbolnăviri reumatismale cum se găesc în *Olanda*. După statisticile întocmite de *Muntendam* asupra raportului dintre îmbolnăvirile reumatismale și alte îmbolnăviri tratate de „*Centraal Beheer*” din *Groningen* pe perioada dela 1932—1934 rezultă, că la această instituție au fost înregistrate în acest timp un total de 19.625 cazuri de boală dintre care 2.738 au fost etichetate de reumatisme, formând deci o

procentualitate de 14% din toate îmbolnăvirile. În *Norvegia* declararea reumatismului acut este obligatorie și în intervalul dela 1911—1930 au fost declarate 70.939 cazuri de reumatisme acute, ceea ce revine la 3.547 cazuri de această îmbolnăvire pe an. În sine poate cifra nu apare mare, dar trebuie să avem în vedere, că ea cuprinde numai cazurile acute și nu se extinde asupra îmbolnăvirilor cronice, care au o frecvență cu mult mai mare. În *Danemarca* declararea reumatismului acut deasemeni este obligatorie. În această țară 12% dintre toate îmbolnăvirile la bărbați sunt pe bază reumatismală. Nu posedăm date exacte asupra numărului reumaticilor din *Germania*, doar la „*Allgemeine Ortskrankenkasse*” din *Berlin*, care cuprinde 67% dintre toți asigurații aceluia oraș se semnalează pentru anul 1925 un număr de 25.000 cazuri de reumatisme cu o pierdere de 100 mii săptămâni de lucru.

Datele de sus ar apare, poate, de puțină importanță pentru sănătatea publică a țărilor respective, însă tot aicea trebuiesc socotite și cazurile de îmbolnăviri cronice reumatismale și mai ales complicațiunile cardiace fie valvulare în legătură cu reumatismul acut sau miocardice mai ales în dependență de reumatismele focaltoxice. Dacă formele cronice ale reumatismului au mai mult tendința de a cauza invalidități prin alterațiuni ale aparatului locomotor, reumatismul acut are tendința de a interesa valvulele cordului. Se cunoaște afinitatea mare ce o are reumatismul acut față de cord, în special față de endocard, pe care îl lezează, lăsând defecte valvulare. După studiile autorilor englezi și americani în 40% dintre afecțiunile cardiace avem să contăm cu o etiologie reumatismală. *Viko*, care s'a ocupat de etiologia bolilor cardiace într'o regiune ploioasă a Munților Stâncoși din *America de Nord*, găsește în antecedente la 44% dintre cardiopafi sigură o afecțiune reumatismală, iar la un mare procent de afecțiuni cardiace cu etiologie neclară, leziunea poate să fie considerată pe bază reumatismală. În etiologia tuturor cardiacilor internați sau înregistrați la toate spitalele din *Boston* găsește *Hamilton* și *Hallisey* reumatismul în 58%, iar ceva mai târziu găsește *Cabot*, la bolnavii cardiaci din aceleași spitale, reumatismul în cauză în 46%. Este natural, că frecvența îmbolnăvirilor cardiace cu etiologie reumatismală merge paralel cu numărul general al îmbolnăvirilor reumatismale. Așa, *Wood*, *Jones* și *Kimbrough* găsesc la 40% dintre cardiacii spitalelor din *Massachusetts* în antecedente reumatismul, până când, pe material analog, reumatismul figurează ca etiologie a bolilor cardiace în *Virginia* numai în 22%. După o statistică a lui *Jirka* 3.2% dintre

toți copiii de școală din Illinois sufer de afecțiuni cardiace organice cu etiologie reumatismală. Autorii americani evaluează, pentru Statele Unite, numărul adolescenților cardiopați la 200 mii, iar dintre aceștia 90% au primit afecțiunea lor cardiacă în urma reumatismului. În Anglia, frecvența îmbolnăvirilor cardiace pe bază reumatismală, începând cu epoca copilăriei, este foarte mare. Importanța problemei afecțiunilor cardiace pe bază reumatismală în epoca copilăriei, pentru această țară, ne-o arată Comunicatul Ministerului Sănătății al Angliei Nr. 44 din 1927 „*Acute rheumatism in children in its relation to heart disease*”. După acest raport, dintre 598.397 copii de școală examinați, un număr de 4282, deci 0,7%, au prezentat o afecțiune cardiacă organică, iar dintre acești cardiaci 1154 prezentau o afecțiune cardiacă care necesita tratament medical. Mai mult de jumătate dintre aceste cardiopatii erau pe bază reumatismală. Din examinările foarte amănunțite ce s’au făcut cu ocazia anchetei asupra acelui mare număr de copii de școală, s’a ajuns la concluzia, că tot al 50-lea copil din toate școlile Angliei necesită tratament pentru afecțiuni reumatismale. Dacă cifra acestor cardiaci n’ar apare impresionant de mare, trebuie să avem în vedere, că la primirea în școală sunt examinați, din punct de vedere medical, toți copiii, iar cei bolnavi sunt respinși, așa încât cifrele se referă la copiii care frecventau școala, fiind găsiți suficient de sănătoși la primire. Autorii acestor cercetări mai ajung la concluzia, că din totalitatea mortalității pe baza de afecțiuni cardiace, 40% au drept cauză reumatismul și că în Anglia (fără Irlanda) mor anual 20—25 mii persoane din cauza cardiopatiilor, care în $\frac{2}{3}$ din cazuri au fost câștigate în copilărie între 5—15 ani. Perry care s’a ocupat de etiologia bolilor cardiace într’un mare număr de spitale mari din Anglia, găsește reumatismul în cauză la 38,4% din cazuri.

În linii generale astfel se prezintă partea clinică a îmbolnăvirilor reumatismale și a afecțiunilor cardiace, care constituie complicațiunea cea mai frecventă în legătură cu reumatismul acut. Reumatismul acut este o îmbolnăvire a etății tinere, cuprinzând până la etatea de 30 ani 75% din cazuri, iar complicațiunile ce lasă la cord se instalează la o etate de desvoltare și cauzează diminuarea capacității de muncă pentru tot restul vieții pacientului, care cade astfel în grija completă sau parțială a societății. Și aici vine în considerare partea a doua a problemei reumatismului, cea economică-financiară, care deasemeni este foarte importantă. În Anglia s’au plătit ca ajutor de boală și tratament pentru îmbolnăvirile reumatismale în 1922 sumele

de 1,800.000 Lire sterline, iar munca pierdută din cauza reumatismilor, în acest timp, a fost evaluată la 3,141.000 Lire sterline. Pentru anul 1927 găsește *Connan* o pierdere, socotită în bani, din cauza îmbolnăvirilor reumatismale, evaluată la 17 milioane Lire sterline, din care 5 milioane distribuiri ca ajutor de boală și tratament, iar 12 milioane reprezentând munca pierdută pe durata bolii. Trebuie însă să avem în vedere, că ajutoarele bănești nu se limitează numai la tratamentul cazurilor de reumatisme acute sau ale puseurilor acute ale îmbolnăvirilor cronice, ci intervine invaliditatea pe bază reumatismală și rentele de invaliditate care trebuiesc plătite anual și pe o durată relativ destul de lungă. În comparație cu tuberculoza, în multe țări procentul invalizilor din cauza tuberculozei pare a fi mai mare decât invaliditatea cauzată de reumatisme. Este însă numai o aparență, pentru că longevitatea invalizilor din cauza reumatismului este cel puțin de 6 ori mai mare decât cea a tuberculoșilor invalizi. În *Olanda* au fost tratate în 1933 în contul Asigurărilor de Stat un număr de 2095 cazuri de tuberculoză și numai 47 cazuri de reumatisme cronice, dar în același an au fost pensionate ca invalide din cauza tuberculozei 1158 persoane, iar din cauza reumatismelor cronice 223 cazuri. De aici rezultă, că nici în *Olanda*, unde reumatismul este foarte frecvent, reumatismului cronic nu i s-a dat suficientă atențiune, dacă anual trebuie să fie pensionate atâtea persoane ca invalide pe lângă numărul mic al celor cari fac tratament pentru îmbolnăvirea cronică. În intervalul dela 1923—26 s'au plătit în *Olanda*, ca rente de invaliditate din cauza reumatismului suma de 1.342.000 florini, o sumă foarte mare, care a grevat sarcinile societății și ale Statului. În *Suedia*, reumatismul cronic cauzează pentru anul 1918 o invaliditate, după *Kahlfelder*, în 9,1% dintre toate îmbolnăvirile, până când tuberculoza intervine cu 5,8% a tuturor invalidităților. Pentru 1928, deci zece ani mai târziu, incapacitatea permanentă de muncă din cauza reumatismului crește la 12,4%, pe când tuberculoza se minșine la 5,4%. În această țară sunt pensionate în fiecare an, ca invalide și incapabile de muncă din cauza reumatismului, un număr de 4000 persoane, iar totalul celor cari primeau o pensie din cauză de invaliditate pe bază reumatismală era în 1928 de 35.000 persoane, sau aproximativ 6% din întreaga populație. Sumele ce se distribuie anual acestor invalizi se ridică la 6 milioane coroane suedeze. În *Elveția* semnaleză căile ferate pe intervalul 1925—27 un număr de 191.122 zile de lucru pierdute din cauză de boală. Din acest total, reumatismul intervine cu

o pierdere de 11,73%, iar tuberculoza abia cu 4,4%. In Danemarca 80% din întreagă populația este asigurată contra boalelor. Numărul celor pensionați pentru invaliditate permanentă era în 1923 de 7297, dintre care 1700 din cauza reumatismului cronic, iar din cauza tuberculozei 985 persoane. In Norvegia, după datele lui Rummelhof, ar fi 8991 invalizi din cauza reumatismului. Ajutoarele și rentele primite anual de acești invalizi se cifrează la 2¹/₂ milioane florini. Totalitatea ajutoarelor de boală plătite de U. R. S. S. pentru îmbolnăvirile și invaliditățile din cauza reumatismului au fost în 1925 de 5¹/₂ milioane ruble, dintre care 46% au fost plătite ca rente de invaliditate reumaticilor cronici, 34% ca ajutor de boală și tratament reumaticilor acute articulare, iar 20% altor îmbolnăviri reumatismale extraarticulare, iar tratamentul balnear pentru reumaticii cronici trimiși în stațiuni balneare în 1925 a costat în total suma de 6 milioane ruble. Statele Unite au cheltuit pentru tratamentul reumatismelor în 1922 suma de 200 milioane dolari, iar după Rosefeld, statisticianul Ministerului Sănătății austrie, Austria a plătit în 1925 suma de 2 milioane Shilingi invalizilor pensionați din cauza reumatismului.

În acest fel s'a prezentat înainte cu câțiva ani problema reumatismului în țările pe care le-am amintit. Prin înființarea în 1928 a „Ligii internaționale contra reumatismului“, cu comitete naționale aproape în toate țările Europei, s'a început atât studiul dar mai ales combaterea îmbolnăvirilor reumatismale pe o bază mai largă, angajând atât autoritățile sanitare cât și factorii de conducere economico-socială. Cu toată munca depusă și cu tot progresul ce se schițează, problema reumatismului este abia la începutul studierii sale. Este foarte greu de a combate o maladie socială atunci când etiologia sa nu e cunoscută și când explicarea acestei etiologii este încă motiv de discuții și ipoteze. Complexul mare de factori care intervin în determinarea apariției bolii trebuie avuți în vedere și o cât de puțină schimbare în stadiul de lățire a îmbolnăvirii trebuie să încurajeze pe cei angajați în combaterea acestei îmbolnăviri.

Asupra situației dela noi din Țară nu suntem în măsură să dăm nici măcar date aproximative. Reumatismul nu figurează la noi între bolile obligate a fi declarate, ceea ce face să nu putem aprecia numărul celor care fac reumatismul acut în fiecare an. România, ca și celelalte țări ale Europei, a aderat la Liga internațională contra reumatismului și în 1931 se constituie primul comitet român pentru combaterea reumatismului, având ca președinte pe prof. G. Marinescu.

Activitatea desfășurată a fost însă de prea mic răsunet și prea puțin cunoscută. Ceva mai târziu, din inițiativa prof. M. Sturza, se ține în Noemvrie 1933 un congres la București în cadrul Societății de Hidrologie și climatologie medicale, în care este tratată problema reumatismului din toate punctele de vedere. Cu această ocazie se instituie o comisie, în frunte cu prof. Danielopolu, care să se ocupe la noi în Țară de problema reumatismului în conformitate cu principiile Ligii internaționale contra reumatismului și să organizeze societatea română pentru combaterea reumatismului. Dacă pentru Austria, care pune la dispoziție anual sume mari în scopul combaterii reumatismului și pentru Ungaria, care a înființat o conferință de patologie reumatismală pe lângă Universitatea din Budapesta, reumatismul constituie o problemă socială importantă, suntem dispuși să credem, că și la noi în Țară reumatismul afectează un număr suficient de mare de persoane în fiecare an pentru a putea să între în preocuparea factorilor de răspundere socială. Instituția, care ar trebui să se ocupe în primul loc de această boală, ar trebui să fie Asigurările sociale, această organizație, care cuprinde cea mai mare parte dintre muncitori. Datorită însă felului de organizare și funcționare a acestei instituții, până acum nu s'a făcut aproape nimic din ceea ce trebuia să se dea pentru starea sanitară a muncitorului român. Cu toate legiuirile de imitație și adopțiune pe care le-am importat din alte țări, condițiunile generale de trai și de muncă ale muncitorului nostru sunt incomparabil în urma altor state din vestul continentului. Se impune necesitatea de a ridica la un nivel cunoscut problema reumatismului și la noi în Țară și de a începe o combatere sistematică. Avantajul ce-l are România de a avea o susedenie de ape minerale și nămoluri potrivite pentru tratamentul reumatismelor, ar trebui rațional exploatat și pus în valoare. Revine Comitetului român pentru combaterea reumatismului să fixeze normele după care să fie tratată această problemă, iar în conformitate cu condițiunile climatice ale diferitelor părți din Țară, să facă uz și de factorii climatici pentru ridicarea stării generale sanitare a populației, mai ales a celor care prin condițiunile de muncă sau de locuință sunt mai predispuși de a face reumatismul.

Zusammenfassung. — Der Verfasser beschäftigt sich mit den Umweltbedingungen, die die Verbreitung des Rheumatismus begünstigen. Er weist auf die wirtschaftlichen Folgen dieser Krankheit hin und schlägt das Studium dieser Folgen durch die Krankenkassen vor, sowie eine systematische Bekämpfung der Krankheit.

Literatură.

1. *J. von Breemen*: Über Rheuma, Gicht und Rheumabekämpfung in den Niederlanden. (Gicht, etc, Leipzig 1935).
2. *Cabot*: Facts on the Heart. — Philadelphia 1926.
3. *Coburn*: The factor of infection in the rheumatic state. — London, Bailliere Tindale, 1931.
4. *Connan*: The social burden of the rheumatic disease. — J. Sate Med. Vol. 40. 1932.
5. *Copeman*: The treatement of rheumatisme in general practice. — London. Edward Arnold, Co. 1935.
6. *Danichewsky*: Akuter und chronischer Rheumatismus in der U. S. S. R. Acta Rheumatologica Nr. 5. 1930.
7. *Danichewsky*: Le Rheumatisme et le travaille professionnel. — Moscou 1932.
8. *Edström G.*: Febris Rheumatica. — Lund-Schweden 1935.
9. *Hamilton, Hallisey*: (cit. după Edström).
10. *Hart, Wood, Daughton*: Rheumatic fever in Piedmont, Virginia. — Amer. J. of Med. Sci. Vol. 187. 1934.
11. *Houston*: (cit. Edström).
12. *Jirka*: Heart disease. — Illin. Med. J. Vol. 67. 1935.
13. *Kahlmeter*: Du rôle joué en Suède par le rhumatisme articulaire chronique comme cause d'incapacité permanente de travail dans les divers groupes professionnels. — Acta Rheumatologica Nr. 14. 1932.
14. *Pansini Gir.*: L'importanza delle cure idro-termali nella tutela dei lavoratori. — Difesa sociale Nr. 11. 1936.
15. *Perry*: (cit. Edström).
16. *Swift*: (cit. Edström).
17. *Wackmann*: Recenti studi statistici sull'importanza sociale del reumatismo. — Difesa sociale Nr. 9. 1936.
18. *Mathieu-Pierre Weil*: Discours prononcé à la séance inaugurale du III congres international du rhumatisme (Paris). — Acta Rheumatologica Nr. 16. 1933.
19. *Wood, Jones, Krimbrough*: The etiology of heart disease. — Amer. J. Med. Sci. Vol. 172. 1926.
20. *Zimmer*: Die Behandlung der rheumatischen Krankheiten. — Leipzig 1930.
21. Brambacher internationale ärztliche Fortbildungskurse. — Bd. I. Leipzig 1935.

(Din lucrările Institutului clinic de Balneologie și Fizioterapie, Cluj)

Director: Prof. Dr. M. STURZA)



Legătura dintre embriologie, ereditate și antropologie în cadrul problemei evoluției etnice.

de

Dr. VICTOR PREDĂ

Una din problemele cele mai actuale din biologie, problemă a cărei importanță și actualitate este considerabilă, datorită aplicațiilor ei practice de natură socială, este aceea a evoluției rasiale. Sub acest nume înțelegem un proces evolutiv datorit unei serii de variațiuni, mai mult sau mai puțin accentuate, capabile de a produce transformațiuni de ordin pozitiv sau negativ, a caracterelor rasiale. Aceste variațiuni, ce dau atât unităților individuale ce sunt organismele umane, cât și rasei, individualitatea lor, sunt expresiunea schimbărilor produse în arhitectura complexă a plasmei germinale, fie sub influența factorilor intrinseci, fie sub influența somei; schimbări endogene ce se exprimă în dezvoltare și furnizează materia primă a evoluției rasiale. Pe de altă parte aceste variațiuni cari în mod normal sunt spontane, pot fi provocate și artificial prin diferite mijloace. S'a profitat atunci de mijloacele artificiale pentru a da naștere în cadrul rasei, numai la variațiuni de ordin pozitiv, utile, împiedecând în același timp producerea variațiunilor de ordin negativ, inutile.

Până acum câtăva vreme această „selecțiune rațională“ n'a fost aplicată decât la plante și animalele domestice, dat fiind posibilitatea de a recurge la experimentarea pe om și datorită nesiguranței ce ar fi produs un eventual eșec. În urmă, cadrul cercetărilor lărgindu-se și noi științe aducând contribuția lor la această chestiune, s'a ajuns la studierea evoluției rasiale umane și la aplicațiunea practică a principiilor rezultate din acest studiu: ameliorarea rasei.

Actualmente, științele ce ne indică modul după care se produc aceste variațiuni, cauzele și efectele lor, precum și felul cum se păstrează variațiunile pozitive producătoare de caractere utile și cum se înlătură cele negative producătoare de caractere inutile sunt: eugenia, embriologia, studiul eredității și antropologia. De fapt putem păstra, în studiul nostru, numai ultimele trei, dat fiind că eugenia se studiază igiena concepțiunii, este o metodă sintetică, ce permite aplicarea corectă a principiilor preconizate de celelalte 3 științe.

Din aceste date se poate observa că problema ce ne preocupă este de a găsi legătura ce există între științele de mai sus, ce se ocupă cu dezvoltarea și desfășurarea complectă a organismului uman și care este aportul lor în vederea obținerii unei ameliorări rasiale.

Trebuie notat în primul rând faptul, că fiecare dintre aceste științe, se ocupă cu câte o perioadă din ciclul de dezvoltare a organismului uman. În unitatea de timp ce se scurge între un ou imediat fecundat și oul următor imediat fecundat, găsim trei perioade a căror studiu formează obiectul uneia din științele de mai sus. Prima perioadă aparține embriologiei și constă în dezvoltarea ontogenetică a ființei viețuitoare. În această perioadă, embriologia determină cum și pe ce bază, corpul unui organism adult se edifică ca formă, compoziție și structuri funcționale. A doua perioadă începe odată cu formarea organismului adult. În decursul acestei perioade, antropologia se ocupă cu desfășurarea organismului și cu descrierea caracterelor morfologice și fiziologice. Odată organismul ajuns la maturitate și odată cu formarea nouilor celule sexuale, începe studiul potențialităților trecute din organismul adult în celula sexuală și apoi în oul fecundat. Studiul acestor potențialități ce fac ca oul, pus în condițiuni de mediu favorabile, să producă un organism ce posedă toate caracterele speciei, este studiul eredității. Modul cum potențialitățile părinților sunt distribuite la descendenți prin intermediul genelor precum și felul cum aceste potențialități sunt așezate în gene formează obiectul de studiu al geneticii. Ereditatea ar fi deci relația genetică între generațiuni succesive.

După cum vedem, legătura stabilită între cele 3 științe este datorită continuității substanței vii. Cu alte cuvinte putem spune că relațiunea între ontogeneză și filogeneză trebuie găsită în ereditate. Această continuitate a substanței vii este evidentă dat fiind că nici una din cele trei perioade caracteristice ciclului de dezvoltare a ființei umane nu este strict delimitată. Observăm astfel fenomene, ce luând naștere la sfârșitul unei perioade, își continuă manifestațiile și la începutul celeilalte. În perioada formării gameților (gametogeneză) spre sfârșitul ei găsim fenomene a căror manifestări sînt atât de studiul eredității cât și de cel al embriologiei, făcând astfel o legătură de continuitate între cele două perioade, încălcând domeniul de studiu al ambelor discipline. Tot așa la începutul acestei perioade, studiul proprietăților morfologice și fiziologice ale individului matur, proprietăți transmise mai departe prin intermediul genelor, sînt atât de antropologie cât și de ereditate.

O altă legătură între aceste discipline este produsă de relația dintre proprietățile interne individuale și între factorii externi. Ele servesc la delimitarea proprietăților interne (genotipice) de cele de natură exterioară (fenotipice) proprietăți rezultate din acțiunea particulară a circumstanțelor în cari se găsește individul, proprietăți fără valoare ereditară. Ontogenezele succesive sunt legate între ele prin transmiterea de la ou la ou a factorilor interni. Singurul și cel mai eficace mijloc pentru a ne putea descurca în haosul diversității rasiale umane este de a recunoaște aceste diferențe constituționale de ordin intern, diferențe perfect independente de mediul extern, ca astfel să putem împărți oamenii în familii naturale. Ori aceste diferențe le putem face prin studiul morfologic sau fiziologic, al organelor și funcțiunilor ce servesc drept exprimare proprietăților interne.

În concluzie putem spune că antropologia, studiul eredității și embriologia ne indică proprietățile ciclului ou-ou al substanței vii, precum și felul cum aceste proprietăți sunt transmise din ciclu în ciclu.

Odată stabilită legătură între aceste științe, să vedem care este aportul pe care-l aduce fiecare din ele la studiul evoluției rasiale. În general aceste discipline sunt întrebuintate pentru a ne indica proprietățile utile ale ființei umane și felul cum aceste proprietăți pot fi transmise din generație în generație; precum și felul cum proprietățile dăunătoare pot fi înlăturate, astfel ca evoluția rasei să se facă spre un tip cât mai perfect. Mijlocul prin care combatem deficiența ereditară este eugenia, care însă la rândul ei se servește de datele ce le dau științele amintite mai sus.

Determinarea modului de transmisiune a caracterelor umane se face prin studierea genealogiilor (pedigreuri). La studierea genealogiilor intervin mijloacele antropometrice, aplicabile atât la depistarea caracterelor mendeliene normale cât și a celor anormale. La rândul lor legile genetice și anumite metode matematice permit de a recunoaște modalitatea după care se face transmisiunea unui caracter și legătură dintre acest caracter cu unul sau mai multe caractere diferite. Aceste metode matematice, preconizate de scurt timp încoace, arată felul de transmisiune al unui caracter după frecvența cu care se manifestă într'o populație dată. În fine, embriogeneza ne indică dacă ontogeneza se desfășoară normal, căci fiecare stare fiziologică rezultată din jocul potențialităților interne corespunde unei stări morfologice anumite. Odată însă cu producerea unor noi mutații, datorită hasardului, trebuie să regăsim modalitatea după care legile genetice pot fi aplicate la

aceste noi variațiuni, căutând evidențierea acelor variațiuni, cari, prin utilitatea lor, aduc o contribuție la procesul evolutiv rasial, către un tip cât mai perfect.

Natural că aceste metode nu sunt încă perfecte dat fiind complexitatea fenomenelor ereditare în specia umană, caracterele fiind de gene multiple, fapt ce face ca transmisiunea lor să fie greu de urmărit. Până în prezent s'au putut totuși găsi o serie de date precise în privința caracterelor normale sau anormale. Astfel printre caracterele normale, culoarea ochilor, culoarea și natura părului, capacitățile sensoriale, sexul, talia, inteligența, longevitatea și în fine grupul sanguin; sunt destul de bine studiate în ceea ce privește transmisiunea lor ereditară și caracterul lor strict rasial. Pe de altă parte printre caracterele anormale, patologice, cari au fost studiate, sunt unele ce urmează legile mendeliene: choreea Huntigton, Retinita pigmentară, eredoataxia cerebeloasă Marie, nystagmus familial etc. și altele ce nu urmează aceste legi: myopafii, amiotrofii Charcot-Marie, diostoza cleido-craniană etc. Mai găsim și caractere morbide ce urmează legea legării de cromosomul sexual: daltonism, hemofilie, cecitate nocturnă etc.

Astfel datorită geneticei, embriologiei și antropologiei ajungem la cunoașterea felului și mersului ce-l urmează aceste caractere și putem preconiza o „selecție umană” prin eugenie (ori cari ar fi metodele ei). Cunoașterea proprietăților interne precum și felul transmisiunii lor nu se poate face decât prin studiul complex al dezvoltării, prin intermediul acestor 3 discipline.

Zusammenfassung. — *Der Verfasser hebt die Beziehungen zwischen der Embriologie, Vererbung und Anthropologie hervor und tritt für die Notwendigkeit der Auslese nach den rassenhygienischen Gesichtspunkten ein.*

Cronica eugenică.

* **Comisia de eugenie și ameliorarea rasei**, ce fusese numită de Dr. Gh. Banu, fostul ministru al sănătății și ocrotirilor sociale se compunea din Dnii: Prof. Dr. Gh. Marinescu, Prof. Dr. Iuliu Moldovan, Prof. Dr. Rainer, Docent Dr. Aurel Voina și Dr. I. Făcăoaru. Scopul comisiei era elaborarea unui program de înfăptuire eugenice alcătuit din două părți: una privind măsuri educative și restrictive eugenice, iar alta privind chestiuni cari au nevoie de pregătire, prin studii și anchete prealabile.

* **Cursuri eugenice pentru fete**. Intre Iunie și Decembrie 1937 s'au ținut în Neubabelsberg (Germania) cursuri eugenice și raseologice pentru fetele și femeile din organizațiile NS. Au fost selecționate elementele cari s'au distins în munca de propagandă eugenică.

* **Pregătirea eugenică a mijlocitorilor de căsătorii** a devenit obligatorie în Germania. În trecut persoanele cari activau în asemenea oficii pantru înlesnirea căsătoriilor nu se preocupau de cerințele biopolitice ale statului la încheierea unei căsnicii. Punctele de vedere erau foarte superficiale. Frontul muncii a început inițierea acestor persoane prin prelegeri speciale. Pe viitor mijlocitorii de căsătorii vor prezenta în mod obligator certificatul de capacitate pentru activitatea lor.

* **Acțiunea eredo-sanitară a medicilor militari**. Potrivit unui ordin al ministrului de războiu german, medicii militari sunt obligați a-și extinde activitatea lor dând îndrumări și sfaturi soldaților și familiilor acestora în toate chestiunile de sănătate și de ocrotirea mamei și copilului.

* **Congres pentru sterilizare în Letonia**. În Kovno a avut loc un congres pentru pregătirea legii de sterilizare. După această lege vor trebui sterilizați în viitor alienații și după împrejurări chiar bolnavii sexuali.

* **Apărarea sănătății etnice în Franța**. Imigranții în Franța vor fi sever examinați din punctul de vedere al sănătății și mai ales din acel al bolilor psihice ereditare.

* **Introducerea cărții familiale**. Prin legea germană a stărei civile personale, care intră în vigoare la 1 Iulie 1938, se introduce o foarte importantă inovație: cartea familială. Scopul ei este de a se putea ști raportul de rudenie între aparținătorii familiei. În cartea familială se va nota și originea rasială a soților, pe care oficiul stării civile chiar de pe acum e obligat a o determina, spre a se lămurii eventuale piedici ale căsătoriei.

* **Propaganda eugenică prin film**. Cunoscutul eugenist american Laughlin a obținut filmul german „Eredo-bolnav” în traducere engleză. Filmul a fost rulat în Carnegie Institut din Washington și a produs o puternică impresie. Laughlin intenționează să creeze un film american.

* **Bolile mintale progresează în Franța**. Ministrul sănătății Marc Rucart a comunicat de curând unele date, potrivit cărora proporția bolnavilor mintali

crește din an în an. Pe țara întreagă, numărul acestora crește cu 1500—2000 pe fiecare an. Cheltuielile impuse statului sunt de un miliard de franci pe an și anume: 577.600.000 fr. pentru azilare, 165.000.000 fr. pentru investiții în clădiri noi, 100.000.000 fr. pentru familiile bolnavilor, 10.000.000 fr. diverse.

* **Instruirea profesorilor secundari în politica rasială, știința eredității și biologie** a fost activată în Germania prin cursuri speciale făcute cu doctele și docenții însărcinați cu pregătirea viitorilor profesori în aceste domenii. Această serie de prelegeri a fost organizată de către oficiul de politică rasială în colaborare cu Ministerul Instrucțiunii al Reichului.

* **Sterilizarea în Suedia.** Cifra sterilizărilor în Suedia se ridică după Prof. Dr. Nils von Hofsten (*The Eug. Review*, Jan. 1938) pentru anul 1935 la un total de 287. La o populație de 6.2 milioane cifra este cu totul neglijabilă. Dintre aceștia sunt deficienți mintali și alienați, 136. Sterilizări voluntare, 156.

* **Examinarea medicală prenupțială** este obligatorie în Turcia încă din 1925. Art. 122 din Legea pentru igiena publică sună: „Orice bărbat sau femeie, care vrea să se căsătorească trebuie să se supună unei examinări medicale. Modalitatea și amănuntele examinării sunt fixate de către „Oficiul Sănătății și al Asistenței Sociale. Tratatamentul persoanelor afectate de sifilis, gonoree sau șancăr este gratuit în toate instituțiile publice sanitare. Tuberculoza candidaților implică amânarea căsătoriei pe șase luni. Dacă nu survine vindecarea, medicul e obligat să avertizeze părțile despre desavantajele căsătoriei.

* **Căsătoria timpurie.** Într'un decret al preșidentului superior din Pomerania se cere funcționarilor să se căsătorească până la 25 de ani. Cei necăsătoriți au fost obligați să raporteze până la 1. XI. 1937 asupra motivelor cari i-au împiedecat de a se căsători. Funcționarii necăsătoriți nu vor fi înaintați, iar oamenii de serviciu vor fi schimbați, dacă n'au motive întemeiate.

Din cauza căsătoriei târzii a țăranilor s'a orânduit predarea timpurie a gospodăriei către moștenitor, spre a se înlesni viitorului proprietar situația de a deveni cap de familie.

* **Tatăl copilului trebuie declarat.** Tribunalul din Hanovra a condamnat la 14 zile închisoare pe o persoană celibatară, care a refuzat să declare cine este tatăl copilului ei născut la 2 Sept. 1935. Tribunalul și-a întemeiat sentința pe necesitatea menținerii purității sângelui.

* **Stabilirea paternității.** În Germania tribunalele sunt obligate a epuiza toate izvoarele de investigații științifice posibile, spre a stabili precis paternitatea unui copil.

* **Cercetarea originii.** Autoritățile germane au primit indicații ca să nu însărcineze institutele antropologice cu cercetarea nemijlocită a originii persoanei. Când sunt îndoieli asupra descendenței unei persoane, are a decide oficiul genealogic al Reichului, dacă e necesară o investigație ereditară și rasială pentru lămurirea descendenței.

* **Țiganii în Austria.** Într'un departament au fost numărați 900 de Țigani în 1890. În anul 1933 erau 3500 indivizi răsfirați în 37 comune mici. Pe când în cei 40 de ani populația rurală a crescut cu 20%, numărul Țiganilor s'a împărțit. În unele comune izolate Țiganii s'au înmulțit în proporția de 50—60%. Delincvența este foarte ridicată printre Țigani. Din 7000 de Țigani în întregul Burgenland au

suferit pedepse $\frac{1}{7}$. Numai $\frac{1}{7}$ n'au fost penalizați. Cheltuielile cauzate de instrumentările penale se ridică anual la suma de 11.000 șilingi. Satele au de suferit mari sarcini financiare din cauza Țiganilor. Sunt unele comune cu câteva sute de locuitori cari au trebuit să plătească într'un singur an suma de 10.000 de șilingi — cheltuieli cauzate de nașterile Țigăncilor. Totuși, umanitarismul r'u înțeles n'a luat nici o măsură.

* **Colonizarea Țiganilor.** Presa național-socialistă se ridică împotriva colonizării Țiganilor în Germania. Numeroasele încercări din ultimul timp au dovedit că este imposibil ca Țiganii să devină sedentari. Impulsul nomad învinge regulat. Din Polonia se anunță că se plănuiește colonizarea Țiganilor în Abisinia, după confirmarea voevodului lor. În acest scop s'a prezentat lui Mussolini o delegație a Țiganilor.

* **Ungaria vrea să sterilizeze Țiganii.** Consiliul comunal din orașul Bagwacvodaer, reședință de comitat, a propus sterilizarea Țiganilor localnici.

* **Colonizarea Etiopiei.** Italia a hotărât să colonizeze în trei provincii din Abisinia, familii provenind din trei ținuturi diferite din Metropola. Criteriul pentru alegerea ținuturilor italiene este șomajul — pentru cele din Abisinia, fertilitatea.

* **Legea sterilizării a fost introdusă în Estonia.** În baza noii legiferări intrată în vigoare la 1 Aprilie 1937 vor fi sterilizați toți alienații, deficienții mintali, epilepticii și persoanele arate ereditar. Sarcina va putea fi întreruptă la femeii, dacă pot da naștere unor descendenți ereditar taraji.

* **Criminalitatea Evreilor și Germanilor din România.** După statistica Ministerului de Justiție din România populația germană e în proporție de 4.43% față de populația generală. Proporția delincvenților condamnați e de 0.24%. Evreii sunt în proporție de 5% în populația generală dar rata delincvenților condamnați e de 11.97%. Așadar, proporția Germanilor condamnați e de 1.9 ori mai mică față de proporția lor în populația generală. Asta dacă raportăm cele două neamuri la media populației. Comparând cele două grupe etnice între ele, proporția delincvenților evreii este de 5 ori mai mare față de rata delincvenților germani. Statistica română e confirmată de statisticele germane, cari au stabilit o criminalitate mai mare la Evreii ca la celelalte popoare.

* **Alcoolul este cauza accidentelor în 2535 de cazuri** — după statistica germană. Bilanțul accidentelor între 1. Octombrie 1935 și 30 Septembrie 1936 a fost de : 8500 morți și 171.000 răniți.

* **Consumul alcoolului în Germania dela 1 Aprilie 1935 până la 31 Martie 1936 este de 3.570.870.300 RM și pentru tutun de 2.257.100.000 RM. sau împreună 5.827.970.300 RM.** Deoarece venitul general este de 56 miliarde, poporul german cheltuiește 10% din venit pe alcool și tutun.

* **Recensământul din Germania** pregătit pentru Mai 1938, ia în considerare pentru prima dată neamul ascendenților. Fiecare persoană trebuie să precizeze originea sa rasială până la bunici.

* **„Asociația gemenilor”** din America întemeiată încă din 1931 numără până acum 2800 perechi de gemeni. Cu prilejul congresului din acest an, au participat peste 2500 perechi de gemeni și Asociația tinde să înroleze un cât mai mare număr din totalul de 2.000.000 de gemeni existenți în USA. *J. of. Her.*, 1938, Nr. 3.

* **Studiul Gemenilor.** În *Erbarzt*, v. *Verschner* raportează despre studiul în care se găsește studiul quintupletelor americane Dionne. Un întreg stat major de profesori de la Universitatea din Toronto s'au asociat pentru cercetări asupra lor. Un prim rezultat al cercetărilor a fost publicat în cartea: „*Collected Studies on the Dionne Quintuplets*“. Din cele 45 de nașteri quintuple cunoscute în literatură, surorile Dionne sunt singurele quintuple de acelaș sex rămase toate în viață. Quintupletele sunt identice, au o dezvoltare normală — insuficiența inițială fiind compensată — și vor avea 4 ani în Mai a. c.

* **Eugenia în Țările baltice:** Estonia, Latvia și Lituania dispun de o nouă periodică *Inventure Baltica*, Tartu, Estonia. H. *Madisson* comentează noua lege estoniană pentru sterilizarea defectivilor. Legea a fost sancționată după o luptă persistentă a medicilor estonieni, cari hotărâseră sterilizarea într'un congres medical din 1924. Stăruințele congreselor au rămas timp de 10 ani infructuoase și abia în 1934 s'a dat puțința „*Societății estoniene pentru ereditate și geneologie*“ să supună guvernului proiectul legii de sterilizare. *Madisson* analizează în *Journal of Heredity*, 1938, Nr. 3. gravele defecte ale legii, deși aceasta fiind cea mai recentă s'ar fi putut folosi într'o largă măsură de experiența legii germane. Se prevede sterilizarea deficienților mintali, a alienaților și a persoanelor cu defecte fizice grave. Deși legile anterioare din Scandinavia, Finlanda și Germania prevăd sterilizarea delincvenților și alcoolicii, această prevedere e absentă în legea estoniană. Rudele unui disgenic — direct interesate ca acesta să nu procreieze — n'au dreptul să ceară sterilizarea. Nu se îngăduie întreruperea sarcinei unei femei, de care a abuzat un alienat și nu se asigură competența celor ce au a hotărât operația, cate în schimb — și prevederea e justificată — este obligatorie după deciderea ei.

II. Antropologie.

Prof. Dr. I. *Rainer* a publicat în colaborare cu membrii Institutului de Anatomie și Embriologie din București: „*Enquêtes Anthropologiques dans trois villages roumaines des Carpathes*“, Buc. 1937, 78. pag. și 34 planșe. Lucrarea conține un material foarte interesant și se prezintă în condiții tehnice excelente.

Royal Anthropological Institute a instituit un consiliu permanent pentru „*antropologie aplicată*“ cu scopul de a se aplica cunoștințele antropologice și sociologice în măsurile de luat față de indigeni.

Creșterea progresivă a capului. După o comunicare a Asociației fabricanților de pălării din Londra capetele engleze au crescut în mărime în ultimele decenii. Înainte se cereau pălării începând cu mărimea $6\frac{1}{2}$, pe când în prezent măsura începe dela $6\frac{3}{4}$.

Problema adoptării copiilor albi de către negri a dat naștere unei discuții agitate în parlamentul din *Kapstadt*. Mai mulți deputați au propus o lege pentru interzicerea acestor adopțiuni.

* **Societatea Japoneză de antropologie** — care și-a serbat 60 de ani de existență în 1934 — a fost întemeiată în anul 1884 de trei studenți universitari, a căror etate nu depășea 22 de ani. Unul dintre ei, *S. Tsubai* a fost secretarul societății și mai târziu — în 1896 — a fost ales președintele ei, în calitate de profesor de antropologie la Universitatea din *Tokyo*.

III. Selecțiune.

* **Academie pentru formarea concepției despre lume.** Scopul acestei academii — care se află sub conducerea lui Alfred Rosenberg — este de a înlesni viitorilor educatori din școlile de elită o adecvată și sănătoasă concepție despre lume.

* **Selecțiunea valorilor.** Potrivit unei decizii a ministerului instrucțiunii din Saxonia, s'a hotărât, ca cetățenii deosebit de înzestrați să se poată înscrie la universități și academii fără să aibă bacalaureatul. Aprobarea se va acorda în baza examinării inteligenței candidatului potrivit normelor selective pentru elevii de curs secundar. Găsim inovația deplin justificată și ea va avea urmări salutare. Eficiența activității cuiva e determinată în mod covârșitor de înzestrarea superioară înăscută și cea mai prețioasă bogăție naturală trebuie exploatată rațional. Cu acest prilej menționăm, că acum doi ani semnatarul „Cronicei” propusese în cadrul unor discuții despre Selecțiunea Socială la Societatea de Psihologie din Cluj, adoptarea unei soluții anaploage la noi.

* **Selecțiunea pentru școlile „Adolf Hitler”.** Selecțiunea ereditară, rasială și medicală pentru școlile de elită denumite „Adolf Hitler” a fost lăsată pe seama Oficiilor pentru sănătatea rasică. Cel dintâi lagăr pentru selecționarea educabililor destinați școlilor de elită a fost organizat în școala pentru conducători Reichului de la Potsdam.

* **Selecțiunea socială în Anglia.** Testarea inteligenței a fost declarată obligatorie în Anglia încă din 1919 în vederea distribuirii burselor celor mai înzestrați absolvenți de școală primară, calificați a trece în școala secundară. În 15 ani testele s'au validat într-o măsură neașteptată, încât pe lângă proba de engleză și aritmetică se aplică și teste mintale colective de două feluri: unul de tipul celor americane (Army tests) altul de tipul Northumberland. De la niciun examen de intrare în școala secundară nu lipsește proba testelor mintale.

IV. Numiri.

* **Dr. Gunnar Dahlberg** a fost numit director al Institutului de stat pentru biologia rasci din Uppsala ca urmaș al profesorului H. Lundborg, pensionat în 1934.

V. Congrese.

Primul congres de antropologie și psihologie criminală se va ține la Roma în 1938. Președintele său a propus comitetului un plan pentru înființarea unei *Uniuni internaționale a societăților pentru antropologia, psihologia și biologia criminală.*

Al 7-lea Congres de ereditate, care trebuia să se țină anul trecut la Moscova, dar care s'a contramandat, se va ține dela 23 la 30 August 1939 în Anglia, la Edinburgh. Secretarul general al congresului e F. A. E. Crew, Institute of Animal Genetics, University of Edinburgh, Edinburgh 9.

VI. Decese.

* **Dr. M. v. Lenhossék** cunoscutul profesor de anatomie la universitatea din Budapesta a decedat la 26. I. 1937 în etate de 74 de ani. După moartea lui v. Török, Lenhossék a fost acela care a continuat studiile antropologice în Ungaria.

* **Dr. Leon Mac-Auliffe**, a decedat în plină putere de muncă. El era directorul laboratorului pentru psihologie comparată la școala practică de înalte studii, întemeietorul și secretarul general al Societății pentru studiul formelor umane.

* Biroul de ereditate umană din Londra anunță moartea D-rului Wilhelm Weinberg, un proeminent statistician în domeniul geneticii din Tübingen (Germania).

* **René-Pierre Verneau** a decedat în etate de 86 de ani la 7 Ianuarie 1938. Dela 1909 până la 1928 a fost profesor de antropologie la Muzeul național de istorie naturală și director al muzeului de etnografie dela Trocadero. Este autorul multor lucrări științifice de mare valoare.

I. Făcăoaru.

VII. Cărți noi.

J. C. Pringle: *Social work of the London churches*. (Asistența socială a bisericilor din Londra). Oxford Univ. Press. London: Humphrey Milford. Prețul 5 shillingi.

Autorul acestei cărți se ocupă cu îndatoririle pe care și le-a asumat asistența socială oficială din Anglia prin diferitele legislații cari prevăd fonduri pentru asanarea locuințelor, asistența săracilor, a bolnavilor săraci, a șomerilor și a altor categorii de persoane dependente. După ce autorul arată cum această organizație oficială cu tot efortul admirabil nu poate obține rezultatele dorite, preconizează necesitatea de a se interveni cu ceva în plus pentru un mai mare succes în acest domeniu. Acei ceva în plus a fost găsit în activitatea educativă și de asistență socială a preoștimei. Se redau statutele asociației și felul de activitate în acest domeniu cu rezultatele obținute.

Deoarece autorul se referă la întreaga activitate din domeniul asistenței sociale, cartea poate fi utilă tuturor celor preocupați de asemenea probleme.

* **Revista de Psihologie** este titlul noii periodice din Cluj — editată de Institutul de Psihologie al Universității, de sub direcția Profesorului Ștefănescu-Goangă.

* **Institutul de Psihologie** din Cluj a editat două lucrări de Doc. N. Mărgineanu: *Elemente de Psihometrie și Analiza factorilor psihici*.

Dr. Leon Prodan.

Cronica demografică.

Comitetul pentru investigațiuni asupra populației din Anglia și Coloniile ei. The Eugenics Review, 1938, pp. 239—244. (Primul raport anual pe 1937).

Acest comitet s'a constituit din inițiativa Prof. Carr—Saunders, cu scopul de a studia tendința populației din Anglia și Coloniile aparținătoare ei. Seriozitatea cu care a început să lucreze a atras puțin după înființarea lui, atenția Oficiului General de Inregistrarea Populației și a Ministerului Sănătății. Astfel, când era vorba să se constituie o Comisie Regală pentru studiul acestor probleme, presa opunându-se, Comitetul a rămas unicul organ în această direcție de activitate, primind și un caracter semi-oficial.

Comitetul observând, scăderea atât de pronunțată a natalității care încurând va determina o scădere pronunțată a populației din Anglia și-a inaugurat activitatea prin studiul fertilității.

Problemele de populație din punct de vedere conservativ. The Eugenics Review, 1938 pp. 253—263.

Partidul conservator din Anglia, în conferința din Septembrie 1937, s'a ocupat cu problema scăderii numerice a populației. Având în considerare, că dacă se menține natalitatea și mortalitatea actuală, populația din Anglia dela 41,000,000, cât e acum, în șasezeci de ani se va reduce la 28,000,000, iar dacă natalitatea va continua să scadă, cum e foarte verosimil, atunci în acest interval va ajunge la jumătate, iar în o sută de ani la 4—5,000,000, conferința a decis, că întreg Partidul să fie alături de Ministerul Sănătății în această problemă atât de gravă.

Populația Indiei.

La recensământul care va urma în 1941, India va avea 400 milioane de locuitori. Dela 1931 până la jumătatea anului 1935, populația a crescut cu 15 milioane. Colonelul A. J. H. Russel, care ne dă aceste date scrie, că în nicio perioadă a statisticei vitale indiene, populația nu a avut o creștere naturală atât de urcată.

Sterilitatea Vienei.

În 1935, Viena a avut natalitatea numai de 7 la 1000, iar mortalitatea de două ori atâta. În Noembrie 1937, situația a fost și mai gravă, s'au născut 744 de copii-vii și au fost 2,075 de decese.

Frecvența avorturilor în Anglia.

O statistică recentă, ne dă date relativ la frecvența enormă a avorturilor din Anglia. Conform ei 16—20 % din gravide termină cu avort. Din cauza lipsei de asepție, între 1930—1932 s'au produs 72.5 % de decese dintre gravidele cari au avortat. Majoritatea acestora au decedat în urma avorturilor clandestine.

Nouă ajutoare familiilor numeroase din Germania.

Începând cu 1 Aprilie 1938, în Germania se vor acorda ajutoare și familiilor cari au trei copii și patru (conform legii din 1935, se acorda dela copilul al V-lea). Pentru al III-lea și al IV-lea copil vor primi lunar 10 R.M., iar pentru al V-lea și următorii 20 de R.M. Ajutoarele se vor da până la vârsta de 16 ani a copilului. Astfel o familie cu 5 copii, va primi dela stat lunar 40 R.M., iar una cu 10 copii 140 de R.M. De acest ajutor se bucură toți părinții al căror salariu nu depășește lunar 600 R.M. S'a calculat, că asemenea ajutoare se vor da pentru 2 milioane de copii.

Examenul medical prenupțial în Turcia. Dr. Naci Somersan. The Eugenics Review, 1938, pp. 261—263.

Examenul medical prenupțial acceptat în Turcia în 1925, acum a devenit obligator. El precedează căsătoria și a devenit astăzi deja un examen de rutină. În urma lui se eliberează de către medicii oficiali, dacă persoana examinată e sănătoasă, un certificat oficial, care se atașează la celelalte acte necesare căsătoriei. Dacă persoana examinată nu e sănătoasă certificatul se reține și se eliberează numai după vindecare sau dacă aceasta nu are loc atunci niciodată.

Căsătoria nu e admisă pentru persoanele afectate de sifilis, gonoree, șancru, lepră, boale mintale și e amânată eliberarea cu 6 luni celor cu tuberculoză avansată.

În cazul bolnavilor de tuberculoză, cari nu s'au vindecat după prima amânare, li-se mai acordă una tot de șase luni. Dacă boala continuă și după aceasta, atunci se informează candidații, despre pericolul boalei și desavantajile căsătoriei.

Legea igienei publice și codul penal, pentru infracțiunile la regulile examenului prenupțial și tratamentul boalelor venerice prevede și penalități.

Premiile acordate în Italia, pentru nupțialitate și natalitate, în cursul Noemvrie—Decemvrie 1937. Difesa Sociale, 1937, pp. 85—1186.

În această perioadă s'au acordat 1,453 de premii pentru nupțialitate și 5,363 pentru natalitate, în valoare de 3,551,840 de lire pentru prima și de 6,615,945 pentru a doua. Aceste premii se adaugă la cele date dela 1 Martie 1934 până la 31 Decemvrie 1937, în valoare de 55,960,585 li-e pentru nupțialitate și 127,185,135 pentru natalitate.

Un exemplu de căsătorii numeroase între consanghini, în Japonia, fără consecințe asupra descendenților.

Medicul Takeshi Ikemi, prezintă statistica satului Usuki de pe coasta occidentală a Japoniei, care are circa 200 de locuitori. Populația acestui sat, în urma unei tradiții, în ultimele trei secole s'a căsătorit numai endogomic. Cu toate acestea facultățile mintale ale acestor locuitori, nu diferă cu nimic de ale japonezilor în general. Delicetele în satul Usuki, în ultimii zece ani nu au fost mai frecvente decât aiurea. Nici din punct de vedere fizic nu a constatat mai multe boale ereditare sau deosebite decât în alte regiuni ale Japoniei. Populația cu toate, că se alimentează relativ prost are constituția destul de robustă. Divorțurile sunt puține, iar natalitatea populației e normală.

Raport asupra serviciilor sanitare engleze.

În acest raport care e o anchetă asupra serviciilor sanitare existente în Anglia, se fac și propuneri relativ la dezvoltarea lor viitoare. Desprindem din acesta numai definiția termenului: „servicii de sănătate“. Sub acesta nu se înțelege numai activitatea pentru îngrijirea bolnavilor, ci cuprinde: toate activitățile omenești, cari promovează sau pot fi folosite în promovarea sănătății, cuprinzând de exemplu, ocrotirea muncii, designarea și evaluarea alimentelor și a îmbrăcăminte, problema caselor de locuit în raport cu așezarea lor, cu munca și jocul și metodele de folosire a timpului liber.

Servicii de igienă și asistență în Manciuuria.

În Manciuuria s'a pus la punct un vast proiect de organizare sanitară. Se prevede înființarea de numeroase centre de igienă, construirea de așezăminte pentru bo-

lele infecțioase, creșterea a 27 de dispensarii-ambulatorii și dezvoltarea asistenței medicale. Conform acestui proiect, în curs de 5 ani vor fi vaccinați antivariolic 30 de milioane de locuitori.

Dezvoltarea medicinei preventive în Japonia.

În mediul rural din Japonia au fost create 550 de institute sanitare cu scopul de a constitui tot alătea centre pentru propagarea chestiunilor de igienă și sănătate publică. Fiecare centru cuprinde cel puțin doi medici, o farmacistă și trei surori de ocrotire. Serviciul e complet gratuit.

Mortalitatea prin tuberculoză în câteva țări.

ȚĂRILE	Proporții la 100,000	
	1934	1935
Uniunea St. Afric. de Sud .	39.5	40.4
Zealanda-Nouă	42.0	38.8
Australia	43.5	42.5
Olanda	54.6	52.4
Danemarca	54.8	51.4
Statele Unite ale Americii .	56.6	—
Canada	59.3	60.3
Germania	71.9	72.8
Belgia	73.3	74.8
Scoția	75.0	73.5
Anglia și Galia	76.3	71.8
Italia	92.5	88.8
Elveția	101.0	97.1
Litvania	102.0	101.0
Suedia	102.0	94.2
Spania	111.0	107.0
Austria	111.0	109.0
Irlanda de Nord	112.0	105.0
Norvegia	113.0	—
Irlanda liberă	117.0	124.0
Franța (1933)	131.0	—
Cehoslovacia	138.0	135.0
Grecia	145.0	136.0
Ungaria	158.0	153.0
România	169.6	178.8
Finlanda	201.0	191.0
Japonia	188.0	193.0
Jugoslavia	206.8	222.6

Dr. P. Râmceanju.