

# BULETIN EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. XVII.

1946

Nr. 7-12

## C O N T Î N U T

	Pag.
STOICHITIA, I.: Cursuri pentru pregătirea și perfecționarea medicilor sanitari . . . . .	133
NISTOR, P.: Note asupra problemei așezării medicilor la sate . . . . .	140
LUPU, O.: Servicii de igienă și ocrotiri sociale în mediul industrial . . . . .	154
COSMA, I.: Instituțiile spitalicești de stat . . . . .	166
ARDELEANU, I.: Probleme de geniu sanitar în lumina epidemiilor de febră tifoidă . . . . .	174
DEȘLIU, GH. D.: Cum ar trebui construite dispensarele rurale . . . . .	188
CRONICĂ . . . . .	194



---

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

# Cursuri pentru pregătirea și perfecționarea medicilor sanitari

de  
Prof. Dr. I. STOICHIȚIA

Unitatea de bază a serviciului nostru sanitar exterior este circumscripția sanitară rurală. Aici trebuie să se întreprindă principalele acțiuni sanitare atât în domeniul curativ, cât mai ales în domeniul preventiv și aici trebuie să se rezolve majoritatea problemelor sanitare și de ocrotire locale. Celelalte organizațiuni sanitare, care constituie suprastructura organizației noastre sanitare, au doar menirea de a întregi și ajuta activitatea de pe teren care se desfășoară în circumscripție și mai ales au menirea de a îndruma și a controla această activitate.

Circumscripția sanitară rurală, cu rosturi atât de însemnate, este condusă de un medic sanitar de circumscripție, care este șeful ierarhic al întregului personal sanitar și de ocrotire din cuprinsul circumscripției sale. Lui îi revine îndatorirea, conform legii, de a organiza *„de a iniția și executa toate măsurile necesare în legătură cu igiena și medicina preventivă, cu ocrotirea mamei și copilului, cu poliția sanitară și asistența medicală a populației, în raza circumscripției sale“*. În înțelesul acestor îndatoriri legale, atribuțiile medicului sanitar de circumscripție sunt cât se poate de multiple, foarte variate și complexe și adeseori foarte greu de îndeplinit.

O primă și foarte importantă îndatorire a medicului de circumscripție sanitară rurală este asigurarea unei *asistențe medicale elementare* a populației din circumscripție pentru orice caz de boală. Medicul își îndeplinește această obligație adeseori în cele mai grele condițiuni, prin consultațiile gratuite zilnice dela dispensar, prin vizitele medicale dela Primăriile comunale și din școli și prin vizitele pe care le face la domiciliul bol-

navilor, de multe ori la distanțe apreciabile de reședința sa. Această activitate curativă constituie, pentru cei mai mulți medici sanitari de circumscripție, principala lor preocupare care le ocupă aproape tot timpul disponibil.

O altă îndatorire importantă a medicului de circumscripție este luarea primelor măsuri de *profilaxie și combatere a bolilor infecțioase*. El este obligat să depisteze direct, sau prin organele sale, orice caz de boală infecțioasă; să stabilească diagnosticul clinic și după posibilitate și pe cel etiologic; să introducă ancheta epidemiologică necesară, stabilind sursa de infecție, filiațiunea cazurilor și căile de propagare ale infecțiunii. El este obligat apoi să declare fiecare caz de boală infecțioasă autorităților sale superioare, să ia măsurile necesare de izolare, desinfecție sau deparazitare și să execute vaccinările preventive.

O îndatorire tot așa de importantă a medicului de circumscripție este acțiunea de *prevenire și combatere a bolilor sociale*. În acest scop medicul de circumscripție va căuta să depisteze și să înregistreze fiecare caz de boală socială și să întreprindă orice acțiune de profilaxie sau tratament pe care o găsește necesară. Activitatea din acest domeniu se desfășoară în parte la dispensar, iar în parte în școli și alte colectivități, sau în sânul familiei, la domiciliu.

*Combaterea mortalității infantile* este de asemenea una din atribuțiile importante ale medicului de circumscripție sanitară rurală, care trebuie să cunoască cât mai bine această problemă, având de a organiza și conduce consultațiile săptămânale de puericultură, maternități rurale, leagăne și cămine de zi, colonii de vară, etc., cu concursul surorilor de ocrotire și al diverselor societăți publice și particulare de ocrotire și asistență.

*Igiena școlară* constituie un alt câmp important de activitate pentru medicul de circumscripție, care trebuie să îndeplinească pentru toate școlile din raza circumscripției sale, atribuțiile unui medic școlar.

Un alt domeniu de activitate este acela al ridicării *igienei și salubrității publice*, prin inițierea de cât mai numeroase lucrări de sanitație și prin acțiunea de poliție sanitară pe care trebuie să o exercite asupra tuturor întreprinderilor industriale și comerciale supuse controlului sanitar.

O atribuție foarte importantă de ordin preventiv este ac-

țiunea de *propagandă sanitară* și de *educație spre igienă și sănătate* a populațiunii, prin conferințe publice, broșuri, articole de ziare, școli superioare țărănești, cursuri sistematice de igienă și gospodărie.

Toate aceste atribuții și îndatoriri de ordin preventiv, medicul sanitar de circumscripție le îndeplinește ajutat și îndrumat de medicul igienist de plasă, sau în lipsa lui, de medicul șef de județ. Totuși, medicul de circumscripție este obligat a lua singur inițiativa acțiunilor necesare și în domeniul preventiv, după cum este obligat să îndeplinească și o serie întreagă de îndatoriri și atribuții de ordin *administrativ*.

De sigur că aceste atribuții, atât de multiple și de variate, fac ca funcția medicului de circumscripție rurală să fie una dintre cele mai grele, mai complexe și mai pline de răspunderi, dintre toate funcțiile medicale din cadrul serviciului nostru sanitar. Pentru a putea face față atâtor îndatoriri de ordin preventiv și curativ și pentru a-și putea îndeplini în mod corespunzător și numeroasele atribuții administrative pe care le are, medicul de circumscripție sanitară rurală trebuie să dispună, pe de o parte, de cunoștințe profesionale multilaterale și cât se poate de temeinice, iar pe de altă parte, el trebuie să aibă un fizic robust și o putere de muncă deosebită, întărite cu un moral excelent și un devotament deplin pentru interesele colectivității pe care o îngrijește din punct de vedere sanitar. Mai este necesar ca circumscripția sanitară rurală, ca unitatea cea mai îndepărtată de marile centre medicale și deci avizată aproape exclusiv la puterile și posibilitățile sale proprii, să dispună de un *inventar tehnic* cât mai bogat și să fie *încadrată* și cu personal de ocrotire și personal sanitar auxiliar destoinic, devotat serviciului și în număr suficient. Cu alte cuvinte *se impune ca o necesitate imperioasă ca medicii de circumscripție să fie selecționați dintre cei mai capabili, mai destoinici și mai devotați medici universali și ca circumscripția sanitară să dispună de dotarea tehnică necesară și de personalul tehnic și administrativ în număr suficient.*

Față de aceste cerințe elementare, dar indispensabile pentru asigurarea unui serviciu sanitar rural capabil să facă față necesităților, trebuie să constatăm cu multă durere, că majoritatea covârșitoare a circumscripțiilor noastre sanitare rurale

nu indeplinesc încă aceste condițiuni. Din aproximativ 1400 circumscripții sanitare rurale, numai un număr de 590 dispun de localuri proprii pentru dispensare și din acestea, o proporție foarte mică sunt bine înzestrate cu utilajul tehnic necesar și sunt încadrate și cu personal de ocrotire și sanitar auxiliar în număr suficient. Restul circumscripțiilor sanitare rurale, fiecare având în grija sa sănătatea unei populații de circa 8.000—9.000 de locuitori, nu dispun de localuri corespunzătoare pentru dispensar; sunt insuficient dotate sub raport material și foarte slab încadrate cu personal auxiliar, iar 30% din ele se găsesc aproape permanent vacante, fiind lipsite de titulari. La aceste triste dar reale constatări mai trebuie să adăugăm și faptul, care nu se poate pune la îndoială, că o bună parte din medicii de circumscripție sunt *insuficient pregătiți* sub raport moral și profesional pentru greaua lor misiune și din aceste cauze, serviciul sanitar rural nu este capabil să facă față nici celor mai elementare cerințe și ca o consecință sănătatea publică românească își continuă mersul ei fatal, punând în primejdie însuși viitorul Neamului și al Țării.

Intr'adevăr trebuie să constatăm mereu, cu aceeași durere, că *unitatea sanitară cea mai importantă din punct de vedere al sănătății publice, este în același timp și cea mai neglijată și mai puțin înzestrată dintre toate instituțiile și serviciile noastre sanitare, iar medicul de circumscripție, factorul principal de acțiune și de luptă împotriva boalelor, este poate cel mai puțin pregătit și cel mai slab înarmat luptător de pe frontul sanitar.*

Pentru cele mai neînsemnate instituții cu rosturi curative din mediul urban, se aduc adeseori sacrificii importante de fonduri și de material, până când majoritatea circumscripțiilor sanitare rurale nu dispun nici baremi de un mic dispensar înzestrat cu strictul necesar pentru a putea face față nevoilor locale. În același timp, se cer stagii și studii îndelungate și uneori destul de pretențioase pentru pregătirea și specializarea medicilor în anumite ramuri minore ale medicinei, în schimb pentru mediul rural se admit și se primesc toți solicitanții care neavând posibilități materiale de a urma studii de specializare, îndată după absolvirea facultății se grăbesc să ocupe un post remuneratoriu, cel puțin pe o durată limitată de timp, în vreo

circumscripție sanitară. Asemenea posturi se obțin cu ușurință, fiindcă se găsesc în permanență vacante și pentru ocuparea lor nu se cere nicio pregătire specială și nici stagii practice efective de clinică sau de laborator, iar ca utilaj tehnic, de multe ori medicul se prezintă doar cu un stetoscop și cu o siringă.

*In asemenea împrejurări, de sigur că randamentul muncii sanitare depuse în cadrul circumscripției sanitare rurale, dacă nu este iluzoriu, este în orice caz foarte redus, iar evoluția sănătății publice va avea mereu de suferit consecințe dintre cele mai grave.*

Pentru a remedia această situație gravă care nu mai poate continua fără periclitarea celor mai vitale interese sanitare ale țării, este necesar să se realizeze cât mai neîntârziat o *reformă fundamentală a serviciului nostru sanitar public și în deosebi a serviciului sanitar rural*, care trebuie întărit și transformat într'un organism activ și capabil să rezolve în bune condițiuni multiplele și variatele probleme sanitare și de ocrotire ale mediului rural.

*Înainte de toate însă este necesar ca să asigurăm pe seama viitorilor noștri medici de circumscripție sanitară rurală o pregătire profesională mai temeinică și mai vastă, iar celor mai vechi care se găsesc în funcțiune, să le dăm posibilitatea de a-și întregi cunoștințele cu cele mai însemnate achiziții ale științei medicale moderne atât în domeniul curativ cât și în cel preventiv.*

Această pregătire și perfecționare s'ar putea face prin *organizarea unor cursuri sistematice și obligatorii* pentru toți actualii și viitorii noștri medici sanitari de circumscripție, programul cursurilor cuprinzând disciplinele cele mai însemnate care interesează viața sanitară rurală.

*Cursurile de pregătire și perfecționare pentru medicii sanitari* ar urma să fie organizate și conduse de Institutetele de igienă și sănătate publică din centrele universitare, în strânsă colaborare cu Facultățile de medicină și cu Inspectoratele generale sanitare regionale respective. Organizarea și conducerea tehnică și științifică a cursurilor aparține Institutelor de igienă și sănătate publică, iar partea administrativă (concedii, salarii, întreținere, etc.), Inspectoratelor generale sanitare regionale.

Cursurile se vor organiza după următorul *plan*:

1. *Numărul participanților* pentru fiecare centru va fi de maximum 30, dintre care 15 medici de circumscripție în funcțiune și 15 absolvenți ai Facultăților de medicină care solicită posturi la circumscripțiile sanitare rurale.

2. *Inceperea cursurilor:* la 1 Octomvrie și la 1 Martie a fiecărui an, în cele 4 centre universitare ale țării: București, Iași, Cluj și Timișoara.

3. *Frecvența* celor înscriși la cursuri este obligatorie; la terminarea cursurilor se va da un examen oral și scris. Participanții care se găsesc în funcțiune la Stat, primesc din oficiu concedii cu salariul întreg, pe durata cursurilor.

4. *Durata cursurilor:* cel puțin trei luni, după următorul program:

a) *Cursuri teoretice*, în fiecare zi de lucru după masă dela orele 15—18 din următoarele materii:

1. — Organizare sanitară . . . . .	10 ore
2. — Administrație și legislație sanitară . . . . .	20 „
3. — Epidemiologie . . . . .	30 „
4. — Salubritate publică . . . . .	30 „
5. — Boli sociale . . . . .	15 „
6. — Demografie și statistică vitală . . . . .	15 „
7. — Eugenie și biopolitică . . . . .	15 „
8. — Puericultură . . . . .	10 „
9. — Igiena alimentației . . . . .	10 „
10. — Igiena industrială . . . . .	10 „
11. — Desinfecții și deparazitări . . . . .	10 „
12. — Igiena preșcolară și școlară . . . . .	10 „
13. — Stomatologie . . . . .	5 „
14. — Oto-rino-laringologie . . . . .	5 „
15. — Medicină legală . . . . .	5 „
16. — Cancelaria medicului de circumscripție . . . . .	10 „

---

Total 210 ore

Cursurile teoretice se vor face de către personalul științific al Institutelor de igienă și sănătate publică, personalul didactic al Facultăților de medicină, Inspectorii generali sanitari regionali, medicii șefi de județe și medicii șefi de municipii din centrele universitare.

b) *Stagii practice* in fiecare zi liberă dimineața dela orele 8—12, după următorul *program*:

1. — Clinica bolilor infecțioase . . . . .	10 zile
2. — Clinica de Pediatrie și Puericultură . . . . .	10 „
3. — Clinica Obstetricală . . . . .	8 „
4. — Clinica Dermato-venerică . . . . .	6 „
5. — Clinica Ftiziologică . . . . .	6 „
6. — Clinica Stomatologică . . . . .	5 „
7. — Clinica Oto-rino-laringologică . . . . .	5 „
8. — Medicină legală — Autopsii . . . . .	4 „
9. — Plasa sanitară . . . . .	10 „
10. — Serviciul sanitar județean și municipal . . . . .	2 „
11. — Vizite în industrii . . . . .	2 „
12. — Vizite la instalații de salubritate publică . . . . .	2 „
13. — Alte vizite . . . . .	8 „
<hr/>	
Total	78 zile

După terminarea cursului, absolvenții vor da un *examen scris și oral*, Institutele de igienă eliberând câte o *dovadă de absolvire* a cursului cu rezultatul obținut la examen. Rezultatul examenului se va înscrie în cazierul personal al medicului și va conta la examenele de clasificare și la concursurile ulterioare, precum și la orice mișcare a personalului în funcțiile pe care le ocupă ulterior.

\*

Socotim că, în seria de măsuri care trebuie luate pentru întărirea serviciului nostru sanitar rural și pentru ridicarea lui la nivelul corespunzător cerințelor, pe lângă înființarea și punerea în funcție a unui număr cât mai mare de plăși sanitare ca unități de medicină preventivă, cea dintâi trebuie să fie asigurarea unei cât mai bune și cât mai complete pregătiri a medicilor sanitari din punct de vedere tehnic-profesional pentru multiplele îndatoriri pe care le au în domeniul sănătății publice. *Organizarea și sistematizarea unor cursuri de pregătire și perfecționare în acest scop, este o necesitate care nu mai poate rămâne nesatisfăcută fără periclitatea intereselor vitale de ordin sanitar ale populației noastre rurale și fără consecințe grave pentru sănătatea publică.*



## Note asupra problemei așezării medicilor la sate

de  
Dr. POMPIIU NISTOR

A ajuns o constatare banală că morbiditatea, dar mai ales mortalitatea generală și cea infantilă din țară nu voiesc să scadă; iar tuberculoza, sifilisul, malaria etc. sunt în continuă creștere. S'a dat alarma repetat, de Ministerul Sănătății, prin graiul mai mult sau mai puțin autorizat al conducătorilor și organelor lui; de Guvernele care s'au perindat în ultimii 30 de ani, care toate și-au impus la instalarea lor, ca una din cele mai importante probleme de guvernământ, să amelioreze sau chiar să refacă fundamental sănătatea publică; de medicii înșiși, prin congrese, conferințe, societăți medicale, prin presa de specialitate și zilnică; precum și de ziariști, de cele mai multe ori exagerând sau deformând chestia, după lozinca zilei sau preocupările momentane ale politicei, sau ale intereselor proprii.

Nu se poate spune că nu s'au făcut eforturi, că nu s'a ameliorat starea de organizare sanitară. S'au creat instituții noi, s'a mărit numărul circumscripțiilor sanitare, s'au creat școli de personal sanitar auxiliar și administrativ, trimițând pe teren un mare număr de surori de ocrotire, moașe, infirmiere etc. S'au creat fonduri locale, prin Efortiile sanitare județene, și prin autonomia bugetară a spitalelor, ceea ce a avut ca urmare o incontestabilă și evidentă înflorire în toate privințele a acestora. S'au creat prime de reședință pentru medicii din mediul rural și prime de activitate pentru cei care activează în mediul economic scăzut, în cea mai mare parte tot din mediul rural, în sume care la început erau de oarecare valoare și își îndeplineau scopul, dar care în anii din urmă au rămas fără importanță pentru bugetul aceluși personal, în urma disproporției lor față de scumpetea traiului.

S'a reglementat și s'a început efectiv unificarea și coordonarea acțiunilor sanitare în mâinile M. S. O. S., ca exponent competent pentru tot ce privește sănătatea publică în stat, prin crearea de condiții unitare de pregătire, recrutare, salarizare, supraveghere, de îndrumare a personalului sanitar, precum și

de control și îndrumare a tuturor instituțiilor sanitare și de ocrotire.

Toate aceste realizări s'au făcut în cadrele legilor sanitare din anul 1930 și 1943.

Constatăm că actuala conducere a Ministerului Sănătății înțelege să urmeze pe aceste căi și că pune deosebită greutate pe unificarea și coordonarea instituțiilor și serviciilor sanitare; totodată însă constatăm că veleitățile de independență sanitară ale diferitelor autorități deasemenea s'au mărit, iar conducerea acțiunii sanitare s'a fragmentat din nou.

În special s'a discutat și s'a căutat a se sana lipsa de medici la sate și condițiile materiale precare, în care aceștia trebuie să activeze. S'a prevăzut obligativitatea ca tinerii medici, ca și surorile de ocrotire și moașele, să facă un stagiu de cel puțin doi ani în mediul rural, după absolvire, obligativitate pe care a nesocotit-o însuși Ministerul Sănătății și celelalte autorități cu personal sanitar (Consiliul de Patronaj, C. A. S. C. F. R., etc.).

S'au trimis studenți în medicină în ultimii ani de studiu să ocupe posturile vacante sau să dubleze pe medicii de circumscripție. Iar în timpul din urmă s'au ivit noi organizații care au luat asupra lor să creeze organe și instituții adhoc și care cred că aceste paleative vor avea rezultate mai efective în combaterea boalelor contagioase și a mortalității, decât serviciile și instituțiile permanente.

Și totuși situația nu se îmbunătățește. Mortalitatea, care ne dă criteriul cel mai sigur, dacă nu singurul, al eficienței unei organizări sanitare, nu vrea să scadă decât foarte puțin; iar numeroasele spitale, policlinici, dispensare, ca și cabinetele medicale particulare, sunt tot mai pline. Ba în anii din urmă, datorită războiului, mortalitatea generală, cea infantilă și boalele contagioase și sociale, au luat un caracter alarmant. E fatal ca în vremuri de războiu și crize economice să scadă standardul de sănătate, dar o bună organizare sanitară trebuie să-și arate eficiența, mai ales în astfel de timpuri.

S'a pus vina pe Ministerul Sănătății, pe organele conducătoare ale acestuia. Se persiflează așa de ușor incompetența — numai rareori adevărată — a miniștrilor, direcțiilor, inspectorilor și medicilor până la cele mai de jos trepte. S'a vorbit și s'a

făcut literatură de efect din incapacitatea și corupțiunea conducătorilor de instituții și servicii sanitare, exagerându-se scăderi fatale omenești. Nu au fost uitați nici medicii dela sate, care rând pe rând au fost declarați „apostoli”, care își jertfesc viața și irosec energiile fără folos sau progres evident, uitați sau persecutați de șefii lor; tot ei au fost făcuți ignoranți, hrăpăreți, fără dragoste de popor.

S'au invinuit apoi conducătorii firești ai satelor, preoții, învățătorii, comercianții etc. dela sate, că sunt conduși de interese materiale, nu luminează mintea poporului și nu combat superstițiile și obiceiurile băbești.

Iar țăranii au fost stigmatizați de troglodiți, ignoranți, nedoritori de progres, fără încredere în știința medicală și mai ales sgârșiți, nevoind să aducă nicio jertfă materială pentru păstrarea sănătății lor.

Adeseori s'au indignat presa și organele de stat că tinerii medici nu voiesc să se așeze la sate, nici ca medici de circumscriptie, cu atât mai puțin ca medici practicieni particulari.

Este adevărat că astăzi partea cea mai mare a medicilor se află la orașe, dar trebuie să menționăm că o mare vină pentru aceasta o au însăși autoritățile care înmulțesc încontinuu posturile, reale ori de sinecură, de medici la orașe. Și că, cu toată pletora de medici în instituțiile sanitare dela orașe, situația sanitară la orașe nu e totdeauna mai bună ca la sate, ba uneori e chiar mai rea, ceea ce denotă în plus, că nu numai numărul medicilor și instituțiilor sanitare în raport cu populația, poate influența mersul sănătății publice.

Dar totuși la sate situația este mai nefavorabilă; cu atât mai mult că satele sunt rezervoarele de innoire a forțelor naumului și de păstrare a patrimoniului biologic etnic românesc. Deci satelor trebuie dată cea mai mare atențiune.

În cele ce urmează voim să arătăm care sunt adevăratele cauze care împiedecă eficiența serviciilor sanitare rurale și așezarea medicilor la sate.

Opinia publică crede, de oele mai multe ori, că este suficient să se trimită cât mai mulți medici la țară, pentru ca situațiunea sanitară a satelor să se amelioreze automat. Ceea ce nu este decât în parte adevărat. Căci sănătatea publică nu depinde numai de numărul și activitatea medicilor, am putea spu-

ne că numai în raport de 25—30%; ci ea este rezultanta unei mulțimi de factori, din care unii sesizabili și alții imponderabili, ca: starea economică și socială, cultura și civilizația, mentalitatea și moralitatea populației, precum și ocupația populației și realizările edilitare, care pot fi mai eficiente decât propriu zis măsurile sanitare. Ca atare sănătatea publică este o chestiune totalitară (dacă se mai poate rosti acest cuvânt) în sensul că interesează toate compartimentele puterii de stat; este o problemă de guvernământ complex, de concepție de stat, în care să fie pus omul, în cadrele familiei și neamului, în centrul tuturor preocupărilor de stat.

Este evident deci că medicii nu vor face totul în această privință; dar totuși ei sunt coloana principală, în jurul căreia trebuie să se grupeze întreaga construcție sanitară în scopul ei final.

Cum se prezintă deci medicul la această datorie, fie în cadrul unei acțiuni complete de stat, fie în cadrul rolului lui în actuala ambianță? Care sunt greșelile ce se fac în trimiterea medicilor la sate și în aprecierea activității lor? Care sunt greșelile ce le fac înșiși medicii și care sunt mijloacele de a atrage și fixa pe medici la sate?

### *Pregătirea medicilor*

Se crede că la sate este suficient să se trimită medici tineri, absolvenți, ori chiar studenți în medicină în ultimii ani, fie obligator, fie benevol, pe timp determinat ori nedeterminat. Nimic mai greșit! O fi ea populația satelor, țăranii propriu ziși, ca și celelalte păтури rurale, incuți, nedisciplinați, inapoiți, plini de erezii și superstiții, aplicați spre leacuri băbești, după cum îi descriu adeseori orășenii. Dar ei au un echilibru mintal și moral admirabil, un bun simț și un flăir extraordinar în cântărirea oamenilor și a conducătorilor ce li se trimit, ne mai vorbind de umorul lor și sarcasmul feroce față de orice e falș.

Increderea țăranilor, ca și a întregii populații, în medici se câștigă cu greu și cântărindu-li-se activitatea la fiecare pas. Ce încredere poate avea populația satelor față de un medic, pe care-l știe venit la sat numai pentru scurt timp, de multe ori numai silit, fără alt bagaj decât câteva efecte personale; pe

care-l găsește desorientat și bătăind la facera unui diagnostic, ori în prescrierea sau executarea unui tratament. Ea așteaptă să vadă rezultatul la câteva cazuri mai grele și numai după aceea se va apropia de medic cu încredere. Dar când și-a câștigat un medic încrederea lor, poate fi sigur că va fi căutat, nu numai în cazuri de boale, ci și în alte dureri și ne cazuri ale poporului, ca un adevărat duhovnic.

Trebue deci perseverență și răbdare; trebue ca într'un centru rural să existe în continuitate medic și acelaș medic să rămână acolo ani cât mai îndelungați; bine înțeles de bună voie, cu plăcere și asigurat în existența lui și a familiei lui.

Să nu uităm că superstițiile și leacurile băbești sunt vechi de mii de ani, că nu sunt numai apanajul oamenilor simpli, ci se mențin și în straturile cele mai culte dela orașe. Se combat deci numai prin răbdare și activitate perseverentă. Dovadă sunt atâtea circumscripții sanitare din unele județe, în care medicii stau viața întreagă, care nu pot pridi cu pacienții și unde într'adevăr mortalitatea este cea mai mică din țară (ca de exemplu în jud. Brașov, Făgăraș, Sibiu etc.).

Și să nu se uite că bolile țăranilor sunt aceleași ca la orașeni și că deci pentru a face un diagnostic al unei boli a țăranilor, trebuesc aceleași bune cunoștințe, aceeași practică și aceleași mijloace tehnice corespunzătoare, ca și la orașe. Medicul rural nu poate apela la specialiști decât arareori și deci trebue să ia răspunderea și să hotărască pe loc în cazurile ce-i survin. Va trebui deci să știe și medicină internă, dar și obstetrică, ginecologie, otorinolaringologie, oftalmologie, medicină legală, ne mai vorbind de igienă, puericultură, pe care trebue să le aplice și să le impună.

Medicul dela sate va trebui deci să aibă o serioasă pregătire teoretică și practică, multilaterală, atât în cursul, dar mai ales după absolvirea facultății; din care nu poate lipsi nici igiena edilitară și industrială, nici legislația și administrația sanitară. Aceasta se referă nu numai la medicul de circumscripție, care va trebui să fie încă mult timp aproape singurul medic curativ la sate, ci și la medicul igienist, a cărui situație este și mai grea și care își va putea câștiga prestigiul și mai greu decât medicul curativ.

Iată de ce a fi medic la sate trebuie să ajungă să fie o onoare, o distincție, cu toate beneficiile ce pot urma din aceasta.

### *Greșelile medicilor*

Cu drept cuvânt s'a spus de medicul de țară că este sau trebuie să fie un „apostol”, neobosit, altruist, plin de dragoste și înțelegător al durerii poporului. Și foarte mulți sunt chiar, jertfindu-și timpul, sănătatea și chiar viața în îndeplinirea datoriei. Durere însă, că la acest apostolat aparține adeseori, și mizeria, sărăcia și desconsiderarea.

Dar nu toți medicii sunt astfel de apostoli. Sunt încă mulți care cred, că odată decretați apostoli, nu mai trebuie să se obosească, să lupte și să sufere. Și se mulțumesc a-și îndeplini o datorie strict formală, căutând câștiguri materiale, chiar din cele nepermise, devin foarte comozi, nu se obolesc nici la consultații, nu-și fac decât neregulat și superficial inspecțiile și lasă toată treaba în seama agenților sanitari și chiar a moașelor.

Astfel în unele părți ale țării trece ca un lucru absolut normal, ca vaccinările antivariolice să le facă agenții sanitari și anormal să fie făcute de medici; în schimb în alte părți (de exemplu în Ardeal) populația ar fi revoltată dacă aceste vaccinări nu ar fi făcute personal de medici. Am putut constata, în serviciile pe care le-am avut, că în multe locuri și vaccinările cu anatoxină difterică, scarlatinoasă, sau antitifice etc. sunt făcute tot de agenți sanitari, sau chiar de moașe, al căror zel era așa de mare, încât arătau, pe hârtie se înțelege, absolută totalitate a vaccinărilor, la toate dozele; pe când nouă în județul Brașov de exemplu, nu ne-a reușit niciodată să trecem peste 80—85% de vaccinați, deși au fost făcute vaccinările personal de medici, cu întreg concursul personalului propriu și administrativ din comune și cu toate că vaccinările au devenit deja o tradiție.

Este apoi un lucru îndeobște cunoscut și iarăși considerat ca normal, fără sfială de a se introduce ca atare și în registrele de consultații, că în multe județe, cu mulți agenți sanitari, consultațiile să fie făcute de aceștia și nu numai în comunele nereședință ale medicilor de circumscripție. Agenții sanitari pun diagnosticul, prescriu medicamente, fac injecții de orice natură, constată boalele contagioase și internează sau nu inter-

nează în spital, după anumite interese, controlează școalele, industriile și mai ales prăvăliile. Ba am aflat cazuri — chiar în Ardeal — unde oameni de serviciu au fost delegați de medici să combată epidemiile și să controleze școalele. De asemenea e lucru cunoscut că agenții sanitari întocmesc cele mai multe rapoarte ale medicilor, după capul și fantezia lor.

De aci provine, că populația vede în agenții sanitari pe adevărații „doctori”, pe care îi caută și-i consultă sau de care au teamă; iar pe adevăratul medic, pe care-l văd mai rar ori nici nu-l cunosc, îl consideră ca pe un intrus, cu neîncredere, mai ales când îl văd în împrejurări neplăcute pentru ei, ca spitalizări forțate, vaccinări, contravenții etc. Bine înțeles acestea se referă numai la medicii, durere nu prea rari, dar totuși în minoritate față de medicii buni, pe care i-am descris mai sus.

Este deci de mirare că populația este neîncrezătoare față de astfel de medici și că unui medic nou, cinstit, îi trebuie mult timp până ce risipește atmosfera creată de un predecesor mai puțin demn?

De aceea medicul, nu numai la țară, dar și la oraș, va trebui să fie permanent la datorie; va face personal consultațiile, vaccinările, iar inspecțiile vor trebui făcute în zile și la ore dinainte fixate, cu caracter permanent și riguros respectate. Și chiar dacă împrejurări locale, în circumscripțiile prea mari ori prea răspândite, nu i-ar permite să le execute pe toate personal, trebuie să știe a-și controla personalul subaltern, pe teren, nu numai în scripte ticluite.

O altă cauză a neîncrederii față de medici este deasa lor schimbare, uneori de câteva ori pe an. Ce să mai spunem de jocul schimbării dese a sediului circumscripției din unele județe, chiar de câteva ori pe an.

De asemenea amestecul medicului în mizeriile vieții sociale locale este încă o cauză de neîncredere și de pierdere a prestigiului. Medicul trebuie să fie un model de viață familială și socială și să se integreze în viața culturală și socială a satelor respective.

### *Competența medicilor*

Dacă le cerem medicilor, de circumscripție sau igienisți, atâtea cunoștințe și atâtea activitate, va trebui mărită și compe-

tența lor și sfera lor de activitate în gospodărirea comunelor ce le aparțin. În afară de drepturile și obligațiile înscrise în legi și regulamente, ei vor mai trebui să fie membri, cu vot deliberativ, ai consiliilor comunale; vor trebui să facă parte din administrația comunală, pentru tot ce privește salubritatea și edilitatea, ca: aprovizionarea cu apă, canalizări, construcții de case pentru locuit și pentru întreprinderi industriale sau comerciale, curățenia străzilor, electrificări, planuri de sistematizare, controluri sanitare etc.

Ei vor trebui să aibă cuvânt hotărîtor în pregătirea și în executarea bugetelor comunale. Vor trebui să fie membri de drept în comitetele școlare, cu drepturi egale ca și ceilalți membri.

Vor trebui să poată lua direct unele măsuri sanitare, chiar să dea amenzi pe loc, pentru transgresiuni evidente și constatate, fie de ei înșiși, fie în legătură cu organele comunale.

### *Condițiile materiale ale stabilității*

1. *Casele de sănătate.* Nu este necesar să insistăm asupra necesității existenței caselor de sănătate, bine înzestrate, în toate comunele, ca o condiție a unei bune activități.

Iniințarea și buna întreținere a lor este cea mai grea problemă pentru că oer jertfe materiale continue. Toate guvernele au promis înmulțirea lor, dar relativ puține s'au construit și mai puține sunt ținute cum trebuie. Aceasta, din lipsa de bani, dar și din cauza formalităților birocratice de aprobări și autorizări. Totuși prin mijloacele fondurilor sanitare județene, devenite autonome și mai bine dotate, s'au făcut în anii din urmă frumoase realizări.

Și ar fi fost și mai mari, dacă s'ar fi păstrat și adâncit principiul înscris în legea sanitară din anul 1930, că iniințarea și întreținerea instituțiilor sanitare este un interes local și ca atare acestea cad în sarcina administrațiilor locale, adică a comunelor și județelor. Însă prin legea din M. Of. Nr. 263 din 1934 și apoi prin legea de compromis din 1 Aprilie 1935, acestea au fost scutite de orice sarcină de interes sanitar, în schimbul unei cote adiționale sanitare de 2% asupra impozitelor, pe care urma să o încaseze M. S.; care în schimb lua asupra



lui întreaga întreținere a tuturor instituțiilor și serviciilor sanitare și asupra căruia urma să treacă și proprietatea imobilelor cu caracter sanitar dela județe și comune. De menționat că prin aceste legi bugetele județelor și comunelor erau liberate de orice sarcini sanitare, iar impozitul îl plătesc numai contribuabilii.

Prin aceste legi e adevărat că s'au creat resurse materiale pentru Minister, dar sarcinile ce și le-a luat în schimb le întreceau pe acestea. S'a rupt însă continuitatea cointeresării reale în multe părți ale țării (Ardeal, Bucovina și chiar în Vechiul Regat), pentru sănătatea publică a comunelor și județelor, care dase deja rezultate frumoase. Comunele și județele au fost silite prin lege să se desintereseze de sănătatea publică, ca și când aceasta nu ar fi atins însăși populația lor. S'a creat chiar o stare de ostilitate între acestea și Ministerul de Interne și între Ministerul Sănătății, care s'a și oglindit în legile financiare și legile administrative (legea finanțelor locale 1934, legea administrativă 1938 etc.), prin care se interzicea chiar, ca comunele și județele să înscrie în bugetele lor sume pentru cheltuielile sanitare locale. Noroc, că mintea sănătoasă a multor primari și prefecți le interzicea să se desintereseze de acele chestiuni și au continuat să se ocupe de ele și să le dea ajutor material.

Va fi necondiționat necesar să se prevadă principiul de mai sus, atât în noile legi sanitare, cât și în legile financiare și administrative. Va trebui o coordonare a acestor legi și mai ales a activității ministerelor, care nu e permis să se contracareze din motive de prestigiu sau de rău înțelesă sferă de acțiune independentă. Ceea ce se va întâmpla numai când sănătatea publică va fi realmente decretată ca problemă totalitară de guvernământ.

2. *Locuințele de medici.* A asigura în prealabil locuințe bune și permanente pentru medici, — ca și pentru surorile de ocrotire și celălalt personal sanitar — este chiar mai important, în ce-i privește pe aceștia, decât însăși existența caselor de sănătate. Vor trebui să dispară expedientele unor camere primitive sau insalubre, închiriate ori donate, dacă voim ca medicii să vină la sate și mai ales să rămână acolo. Niciun medic tânăr, dar mai ales cei cu familie, nu se vor simți le-

gați de circumscripțiile respective, chiar dacă ar avea venite materiale, dacă nu le va fi asigurată o locuință corespunzătoare necesităților și confortului cuvenit unui intelectual. Astfel de locuințe trebuiesc construite atât de Stat, cât și de județe și comune, împreună sau separat de casele de sănătate; dar pot fi ajutați și medicii să și le construiască înșiși în deplină proprietate.

Conform legii sanitare din 1910, medicii aveau drept la locuință, luminat și încălzit în natură, în instituțiile M. S., deci numai Statul avea astfel de obligații. În Ardeal și Bucovina legile sanitare ungare și austriace impuneau comunelor să construiască locuințe pentru medicii comunali sau de circumscripție, care există și până astăzi în multe județe și în care medicul nu numai locuia gratuit, dar își avea și serviciul, în camere speciale și unde — ca o obligație în schimb — da și consultații, în cabinetul propriu, cu instrumentarul propriu, contra onorarii și gratuite pentru săraci. (Astfel în județul Brașov în 1921, 8 medici aveau locuință comunală din 13).

Această obligație a comunelor a preluat-o și legea Nr. 21 a Consiliului Dirigent din Ardeal și a fost înscrisă și în legea sanitară din 1930, deci generalizată pe țara întreagă. Legile amintite din 1934 și 1935 au împiedecat însă realizările mai mari din partea comunelor și județelor, dar au pus în primejdie și locuințele deja existente, care au fost trecute de drept, dacă nu de fapt, în proprietatea Statului și apoi lăsate în părăsire atât de Stat cât și de comune. Desacordul creat între Stat și comune a fost apoi mărit și prin legile financiare și administrative ulterioare, după cum am arătat mai sus.

Legea de organizare sanitară din 1939 reintroduce obligația ca medicilor comunali și de circumscripție — precum și pentru alți medici și personal sanitar auxiliar — să li se dea locuință în natură, încălzit și luminat în natură sau contravaloarea în bani, fie de Stat, fie de județe și comune; dar redactarea este atât de confuză și imprecisă, încât n'a avut niciun efect. A mai intervenit și legea statutului funcționarilor publici din 1940 și legile pentru măsuri financiare excepționale, care au mărit confuzia și n'au rezolvit nimic pentru medici.

Legea de organizare sanitară a Statului din 1943 spune numai că administrațiile comunale sunt obligate să asigure lo-

cuință, luminat și încălzit în natură, medicilor de circumscripție și surorilor de ocrotire din mediul rural, în limitele posibilităților bugetare. (Art. 103). Dar nu s'a insistat pentru anularea dispozițiilor legilor anterioare și pentru ajungerea la un acord cu Ministerul de Interne.

Urmarea a fost că nu s'au construit decât puține locuințe din partea comunelor și județelor.

Ba mai mult, au fost multe încercări să se dea afară medicii din locuințele create mai înainte de comune, în unele județe cu prefecți prea zeloși, sau de primari, notari și alți interesați, care voiau să pună ei mâna pe aceste locuințe. Au fost procese înaintea curților administrative și judecătoreștilor, care aproape totdeauna au dat câștig de cauză medicilor atacați, dovedindu-se că acele locuințe aveau destinația sanitară și erau înscrise ca atare și în cărțile funduare. De remarcat că în aceste procese nu M. S. a fost cel ce s'a sesizat și care să fi luat în mână rezolvirea lor, ca o problemă de Stat, ci fiecare medic atins a trebuit să-și poarte singur procesul.

A trebuit însă să se sesizeze și Consiliul de Miniștri, care în 1942 a decretat că trebuie să se construiască locuințe medicilor rurali prin grija prefecturilor, căror medici trebuie să li se asigure un tratament mai bun.

Iar în Buletinul Ministerului de Interne Nr. 2 din 1942, în urma unei campanii sistematice pornite de unii prefecți de a priva pe medici de locuințele comunale, după ce se susține, că deși medicii din punct de vedere al legii în vigoare (administrative se înțelege), nu mai au drept la locuințe în natură, se constată că „chestiunea nu trebuie privită numai din punctul de vedere al controverselor juridice, ci și din al preocupărilor clipei de față și al problemei dificultăților ce are Statul de a stabili pe intelectuali în comunele rurale”. Și se continuă: „apare nepotrivit sistemul de a micșora avantajile dobândite de medici, suprimând dreptul la locuință, atunci când pe de altă parte se tinde a li se acorda mijloace perfecționate de deplasare, etc., pentru a fi atrași în comunele rurale, în scopul ridicării stării sanitare”. Revista cere apoi ca un decret-lege și un acord între Ministerul de Interne și M. S. să tranșeze controversa între diferitele texte de lege în sensul acordării de locuințe și

alte avantajii medicilor rurali. (Adnotația revistei la articolul „Comunele și drepturile medicilor față de ele”).

Cu toată înțelegerea arătată de Ministerul de Interne, o astfel de lege și un astfel de acord nu s'au mai realizat. A apărut doar articolul citat în legea pentru organizarea sanitară a Statului, care nu a adus însă nicio ameliorare reală. Este adevărat însă că și evenimentele războiului și de după războiu au împiedecat nouile realizări.

Chestiunea este și astăzi tot așa de acută și de gravă, în cât trebuie pusă la punct, în sensul unei grabnice soluții, o legislație fără echivoc, obligatoare atât pentru Stat (M. S., M. Int. și celalte Ministerne cu caracter economic), cât și pentru comune și județe, împreună cu prevederile bugetare efective.

Se va prevedea deci că medicii din mediul rural (medicii comunali și de circumscripție, medicii igienisti de plasă) și personalul sanitar auxiliar, au drept la locuință în natură, iar până la construirea acestora la contravaloarea chiriei în bani, atât în instituțiile proprii ale Ministerului Sănătății, cât și în casele proprietatea județelor și comunelor sau ale altor autorități de stat. Comunele și județele vor fi obligate să construiască astfel de locuințe, repartizând sarcinile pe toate comunele aparținătoare serviciului respectiv, fie singure, fie în colaborare cu M. S., alte Ministerne și fondurile sanitare județene. Uzul în Ardeal era, ca comunele de reședință să contribuie cu jumătate din sarcini, iar celelalte cu cealaltă jumătate.

Tot acestora le revine și întreținerea acestor locuințe, precum și încălzitul și luminatul lor.

3. *Transportul medicilor.* Fără o deplasare promptă și sigură un medic de circumscripție sau un medic igienist de plasă nu-și poate îndeplini serviciul în bune condiții. Condițiile de deplasare însă nu sunt uniforme în întreaga țară, ci depind de configurația geografică, de numărul comunelor serviciului respectiv, de depărtarea între ele și reședință, de starea drumurilor etc. Va trebui deci ca medicul să se deplaseze cu automobilul, sau cu căruța, ori cu bicicleta, călare sau pe jos. Va trebui deci acordat fiecăruia ce se potrivește regiunii respective.

Bine înțeles că în prima linie Statul este obligat să asigure aceste mijloace, în natură sau în bani. Dar orice proprietate



a Statului este mai greu și mai costisitor de întreținut din cauza formelor greoaie. Deci e mai bine ca Statul să dea mijloacele financiare, în raport cu costul efectiv al deplasărilor, socotite însă caz de caz, după împrejurările locale și în raport cu numărul deplasărilor obligatorii, conform unui itinerar fix și permanent. Deci nu diurne fixe uniforme pe țară, ci individualizate. Statul de asemenea poate asigura împrumuturi medicilor pentru ca să-și cumpere mijloacele adecvate de deplasare și să le ușureze situația prin primele de reședință, primele de activitate, introduse deja, care urmează însă să fie permanente și asigurate pentru aceeași localitate sau pentru același medic pe întreg timpul de funcționare și nu să se schimbe sau să varieze din an în an; vor face deci parte integrantă din salarizare.

Dar Statul nu poate face totul. Trebuie să contribuie și comunele și județele, ca și la casele de sănătate și la locuințe. Mai ales când comunele vor cere medicilor să le facă servicii peste cele obligatorii, ca de exemplu vizitarea lor de mai multe ori pe săptămână, verificări de carne, de morți, controlul construcțiilor etc.

În județul Brașov am asigurat nu numai contribuția lunară a comunelor pentru transportul medicilor de circumscripție, ci și a județului; precum și remunerații pentru vaccinările cu anatoxină difterică-scarlatinoasă, pentru vaccinările B. C. G., dela comună, județ și fondul sanitar județean. Dar nici nu au existat locuri vacante care să nu fi fost cerute de foarte mulți concurenți, iar medicii au rămas în comunele lor o viață întreagă. În 1941 din 16 medici aveau locuință în natură dela stat 4, dela comune 8 și chirie dela alte comune 4, toți având și ajutoare de transport dela comune. Iar 9 medici aveau automobile proprii. Nu este deci de mirare că în județul Brașov era cea mai mică mortalitate pe țară; bine înțeles că la aceasta contribuie și alți factori decât medicii înșiși, care totuși au și ei meritul lor.

Trebuie deci ajuns la un acord între stat și comune ca împreună să asigure și transportul medicilor în condiții optime, individualizate și nu șablonate pe țară, fiind preferabil ca medicii să-și poată obține automobile sau cai și căruțe proprii.

4. *Salarizarea.* Că salariile actuale, chiar după noul Statut al Funcționarilor Publici 1946, sunt insuficiente pentru a atrage pe medici la sate, este de nediscutat. Va trebui să se asigure un

salar efectiv atât de mare, încât să contrabalanseze tentațiunile confortului și traiului mai ușor dela orașe și care să recompenseze condițiile mai grele, materiale, morale și intelectuale, dela sate.

Este adevărat că, din punct de vedere al solidarității sociale și al egalității în stat, acesta nu poate da un salariu diferit de al altor funcționari, ca de exemplu învățători, magistrați, etc. Dar există posibilitatea unor indemnizații de specialitate, indemnizații tehnice, de muncă suplimentară, premii, etc., care se pot da corpului medical rural și în genere personalului sanitar rural, pe care aceștia le merită din cauza serviciului lor greu, oboseitor, continuu și în mediu de contagiune.

Se cere însă ca acestea, pentru a avea efecte, să fie de asemenea permanente, definitive, legate de aceeași persoană până ocupă locul respectiv sau de aceeași reședință; și să fie destul de mari ca să atragă, iar cvantumul lor în bani să fie în raport cu valoarea banului în fiecare moment.

Toate acestea, împreună cu locuința, cheltuieli de transport, desigur vor avea atracția necesară pentru ca cât mai mulți medici să părăsească orașul și să se așeze la sate.

5. *Venite profesionale.* Este o mare întrebare de principiu, dacă medicii oficiali în general și cei rurali în special, urmează să îndeplinească toate serviciile în mod gratuit sau unele, în speță consultațiile la cei cu stare, certificatele și alte acte particulare, să fie plătite. Gratuitatea completă este teoretic preferabilă, mai ales dacă se stabilește pe lângă „dreptul de sănătate” (benevol deci) al cetățenilor, și „datoria la sănătate” (obligatorie deci) a acestora. Dar cere ca condiție prealabilă și esențială, ca întreg statul să fie construit pe acest sistem socialist. Nu se poate concepe ca numai medicii să lucreze gratuit, iar la celelalte profesii să se mențină câștigul profesional, chiar dacă s’ar găsi corectivul desinteresării fatale și paraliziei interesului personal (științific și material), legate de acest principiu.

Gratuitatea completă ar mai cere însă astfel de jertfe materiale, ca să acopere lipsa venitelor profesionale, încât acestea nu pot fi suportate de autoritate, cel puțin pentru un timp nedeterminat.

Va trebui deci să se mențină dreptul la clientela particu-

lară dela cei cu stare bună și pentru servicii aduse în afară de orele și de locul destinat consultațiilor obligatorii, sau de interes strict particular. Dealtfel acestea sunt deja reglementate prin mai multe decizii ale M. S. și trebuiesc numai bine precizate și riguros respectate.

6. *Avansări.* Avansările pe loc și posibilitatea de a fi mutați la orașe, pentru creșterea copiilor la școli, de asemenea poate fi un stimulent bun pentru scopul propus.

Iar pentru a atrage studenții în medicină ca să se dedice statului și satului, se pot înființa burse, analoage cu ale medicilor militari, în schimbul cărora bursierii să fie obligați a servi statul în mediul rural, un anumit număr de ani.

Iată deci câte condiții și ce jertfe materiale se cer pentru a ne ajunge scopul de a atrage pe medici la sate și a-i menține acolo. Dar importanța cauzei pentru binele poporului merită să se facă aceste jertfe.

---

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## Servicii de igienă și ocrotiri sociale în mediul industrial

de  
Dr. OCTAVIAN LUPU

Pe lângă agricultura care formează ocupația principală a poporului nostru, e remarcabilă în ultimele decenii și tendința de industrializare așezată pe primul plan al vieții economice.

Rezultă de aci unele probleme care interesează și sănătatea publică, în acel cadru în care intră marea colectivitate a muncitorilor din industrie, cărora igiena le-a dedicat un capitol aparte. Igiena industrială cuprinde toate elementele menite a conserva sănătatea muncitorilor și a-i păzi de îmbolnăviri rezultate pe urma muncii ce îndeplinesc. Igiena industrială are legături înainte de toate cu medicina preventivă, servind acele categorii sociale în strânsă coeziune și cu celelalte domenii ale sănătății publice. Ea ne conduce în plinul vieții muncitorești, în ateliere și laboratoare, având a rezolvi probleme atât de multiple și variate după cum e și viața muncitorească. Intră aci

și problema bolilor profesionale, care nu sunt identice, în cea mai mare parte, cu bolile comune ale oamenilor. Munca e elementul principal care trebuie să motiveze geneza acestor boli pentru a putea fi calificate ca atari. Apoi bolile profesionale sunt caracterizate prin insidiozitatea lor ca urmare a cumulului de acțiuni nocive, iar în primele momente de obicei nu prezintă leziuni clar vizibile.

Deoarece însă marile plăgi sociale găsesc adesea un teren bun de evoluare și în mediul muncitoresc, sunt date în acest complex de idei și filiațiuni înspre igiena socială cu preocupările ei ce se adresează masselor în diferitele lor forme de înfățișare.

Primează între marile preocupări ale igienei sociale în acest domeniu aceea a tuberculozei și a sifilisului. Amintim aici doar un fapt: condiții de muncă nefavorabile fac ca în unele industrii (a sticlei, fierului) morbiditatea prin tuberculoză să fie de 8—10 ori mai sporită ca în industrii mai salubre. Aceeași acțiune o exercită și unele pneumoconioze.

Unica avere a muncitorului e de obicei puterea lui de muncă, care depinde de buna stare a sănătății sale trupesti și sufletești. Incapacitatea de muncă din motiv de boală e tragică pentru muncitor, pentru familia sa și neconvenabilă pentru economia statului.

Boala rămâne deci primejdia cea mai mare pentru muncitorul avizat la puterea brațelor sale și poate să fie urmată de o adâncă decadentă omenească în ordine materială și sufletească.

Mila a fost primul impuls care a indicat pe vremuri oarecare căi de îndreptare, care au pornit uneori poate din inițiativa industriașilor pentru a-și păstra efectivul de muncă intact.

S'a ajuns însă în cursul timpului la convingerea clară că sănătatea muncitorului importă nu numai sub aspectul umanității, ci și al oportunității și al dreptății, considerând că fiecare element de muncă păstrat sănătos și capabil să lucreze e un câștig pentru societate.

A urmat apoi intervenția statului și a întregii lumi organizate, prin legiuiri și prin convenții internaționale.

Studiul patologiei și igienei muncii se găsește la noi într'o fază începătoare, de altfel ca toată viața industrială. Țări



ca cele americane, cu luxul lor de mijloace materiale, timp și șanse, s'au preocupat mai mult de aceste probleme.

La noi s'au înregistrat și în trecut oarecare preocupări în această direcție; le vedem în lucrările D-rului Felix etc., cât și ilustrând anumite legiuiri ale acelor vremuri. Menționăm aci că regulamentul industriilor insalubre în prima sa infățișare datează din 1875. Totuși până la 1910 nu s'a putut înregistra un progres remarcabil din cauza situației inferioare create organelor de specialitate — deci medicilor — în raport cu alte organe ale statului. În acel an — prin legea Cantacuzino — li se acorda medicilor pe lângă unele obligații în plus și prestața necesară acțiunii lor științifice pe teren. Primele principii de igienă industrială consfințite în texte precise le aduce legea sanitară și de ocrotire din 1930.

Între timp țara noastră a înțeles să-și dea adeviziunea de colaborare cu biroul internațional al muncii, între altele pentru preîntâmpinarea intoxicațiilor și altor afecțiuni legate de exercițiul unor anumite profesii, iar diferitele legi și regulamente create atât în domeniul sănătății publice cât și al asigurărilor sociale se ocupă de eliminarea primejdiilor care îi rămân rezervate muncitorului.

Toate aceste preocupări, menite în cele din urmă a îndepărta pericolul bolilor de cei ce muncesc, cer un studiu minuțios al raporturilor între om și condițiunile de muncă și vieață ce o duce în general. Muncitorul necesită un permanent control al sănătății; primejdiile ce-l amenință sunt multe — situație ce se accentuează atunci când e cauzată de munca în sine, care-i poate rostul esențial al vieții. Munca pentru a fi o binefacere cere ca primă condiție promovarea și păstrarea sănătății muncitorului.

Igiena industrială — în forma ei clasică — nu mai poate satisface singură toate exigențele rezultate din obligația de a întări sănătatea și vigoarea muncitorului și a familiei sale, care formează o unitate văzuți prin prisma concepțiilor noastre.

Afirmam de curând într'o lucrare că ideile medicinei preventive nu pot găsi un auxiliar mai bun și chiar o posibilitate de înfăptuire mai bună decât aceea pe care o oferă ocrotirile sociale în concepția lor mai largă și aceasta deoarece ocrotirile sociale oferă metode de lucru mai apropiate de psihologia mase-

lor. Am crede că și în acest domeniu al vieții muncitorești, punctul de gravitate ar trebui să cadă în partea ocrotirilor sociale.

În afară de măsurile de igienă, a căror îndeplinire revine patronului după indicațiile serviciului medical — și accentuăm aci în special că precizarea bolilor profesionale se poate îndeplini astăzi în cele mai multe cazuri în condiții perfecte atât clinicește cât și mai ales cu ajutorul laboratorului pe care nu-l vedem îndeajuns utilizat în acest domeniu — deci în afară de aceste momente mai interesează factorul educativ. Nu poate să-i scape nimănui importanța care-i revine laturii educative pentru o viață mai sănătoasă, cât și ocrotirii grupurilor mai periclitare: copiii, tineret, femei — în special în timpul gravității etc. Intră în aceste considerațiuni întreaga familie a muncitorului. Din această concepție a rezultat obligația pentru patron de a crea locuințe pentru muncitori, terenuri sportive și bazine de înot pentru tineret, grădinițe, creșe, cămine de zi pentru copiii, eventual colonii de vacanță, cât și o bună grijă pentru alimentare.

Aci începe sfera de acțiune a ocrotirilor sociale în lumea muncitorească.

Implinirea acestor idei ar reveni serviciului de igienă și ocrotiri sociale din industrie. Supravegherea lor și inițiativa punerii în funcțiune ar aparține Ministerului Sănătății și Asiguraților Sociale.

Din puțina literatură străină care ne-a stat la dispoziție în ultimul timp, aflăm despre înființarea recentă a unui institut de cercetări și de studii de medicină industrială la Moravska Ostrava în Cehoslovacia<sup>1)</sup>.

În Iulie 1942 Elveția a creat în cadrul oficiului federal al industriei, artelor și meseriilor — un serviciu medical care se ocupă de următoarele probleme: „Fiziologia și psihologia muncii, profilaxia pierderilor cunoscute, instituțiunile menite a salvagarda sănătatea personalului în exploatare, probleme de igienă socială“.

Funcționarea serviciilor de igienă și ocrotiri sociale sub

<sup>1)</sup> *La profession médicale en Tchécoslovaquie*, Médecine et hygiène. Genève, 15 mars 1946. — Revue internationale de la Croix-Rouge, No. 326, 1946.

raport financiar ar aparține, acolo unde e vorba de industrii mari cu personal mai numeros, industriei respective. Pentru industriile mici am opinia pentru Asigurările Sociale și anume organizate pe sectoare. Actualmente funcționează servicii de igienă industrială într'o formă rudimentară conform prevederilor legii sanitare din 1930, reprezentate prin medici industriali, care în cea mai mare parte se ocupă cu completarea fișelor, cu examinări periodice și acordarea de consultații. Aceste servicii rudimentare ar trebui transformate în reale servicii de igienă și ocrotire socială.

Vom căuta să schițăm aci modul de organizare și programul de lucru al acestor servicii. Conducerea lor ar reveni medicilor care au o pregătire în materie de igienă industrială și ocrotiri sociale, de preferință să fie medici igienişti, și trebuie amintit aci că numai o pregătire serioasă poate să fie urmată de un randament corespunzător de realizări. Când va fi dată această pregătire, vor dispărea și formele stereotipe, cu constatări generale de igienă, cuprinzând noțiuni care între timp au ajuns să fie oarecum banalizate, trebuind a fi reduse la proporțiile cuvenite ca importanță și înlocuite printr'un sistem de lucru mai rațional și mai științific.

Medicul serviciului va executa și conduce întreaga acțiune a acelei instituții, colaborând în permanență cu sora de ocrotire care-i elementul de legătură între medic și muncitor. Această ultimă noțiune cuprinde atât familia cât și mediul de trai al muncitorului, căci pentru executarea tuturor măsurilor din domeniul medicinei preventive menite de a asigura o bună stare a sănătății muncitorului, va trebui considerată nu numai persoana muncitorului în timpul lucrului, ci și condițiile de trai acasă la el, care pot influența starea sănătății, acordându-se toată importanța și factorilor disgenici ca alcoolism etc.

Ce privește activitatea medicilor, ne gândim că ar trebui să se concentreze în jurul următoarelor chestiuni:

1. Examenul periodic al tuturor muncitorilor, care ar trebui executat odată în două luni, iar al femeilor odată în patru luni. Examenul periodic al tabloului sanguin, în special în fabricile de acumuloare. Cel puțin odată pe an se vor face examinări pulmonare microradiografice la toți aceștia pentru depistarea tuberculozei, organizându-se un dispensar central, cu

instalație de microradiografie, eventual unul mobil, care să deservască acest scop. La fel se vor face la toate aceste grupuri cel puțin odată pe an reacția Chediak<sup>2)</sup> pentru depistarea sifilisului, verificându-se cazurile suspecte prin seroreacțiile de floclare și prin serodg. B. Wassermann. Medicul industrial va executa întocmirea acestor cadastre radiologice și serologice și va supraveghea urmarea tratamentelor indicate la cei bolnavi, acordând cu ajutorul soarei de ocrotire o deosebită atenție factorului preventiv, spre exemplu evitarea de noi îmbolnăviri în familia unui muncitor atins de tuberculoză sau sifilis etc.

2. Profilaxia în general și combaterea bolilor contagioase la muncitori și familiile lor.

3. Supravegherea sănătății și a condițiilor în care lucrează și trăesc ucenicii, cât și a școlior de ucenici; contribuție la orientarea profesională.

4. Organizarea serviciului, echipelor și aparaturii de prim ajutor, cât și măsurile de prevenire a accidentelor.

5. Supravegherea aducerii la îndeplinire a prescripțiilor legale în domeniul igienei industriale și anume: va trebui să execute dispozițiunile regulamentului industriilor insalubre cu toate modificările lui ulterioare (apărut prima dată în Monitorul Oficial Nr. 156 din 1875), apoi ale regulamentului sanitar al întreprinderilor ce întrebunțează plumb și compușii lui (Mon. Oficial Nr. 36 din 13.II.1933), apoi ale regulamentului pentru funcționarea fabricelor de acumulatori (Mon. Oficial Nr. 139 din 16.VI.1932) și ale completărilor ce au urmat între timp și vor mai trebui să vină, care toate accentuează pericolele ce amenință viața muncitorului și mijloacele de prevenire pentru ca munca să nu-i devină fatală.

Mai amintim obligațiile rezultate din dispozițiile legii sanitare din 1930:

Conform Art. 340, de a completa fișa de sănătate a muncitorilor și funcționarilor, — și aci nu putem deajuns acentua că fișa nu poate servi ca scop în sine pe calea birocratizării unei importante funcții medicale, servind mai mult ca fasadă.

Apoi Art. 341 fixează declarația obligatorie a muncitorilor

<sup>2)</sup> Lupu, Teliman și Zăinescu, *Reacția Chediak, o metodă rapidă pentru depistarea sifilisului în masse*. R. M. No. 15—16, 1942.

care prezintă simptome de intoxicații de plumb, fosfor, mercur, arsenic sau orice alte intoxicații sau maladii profesionale.

Patronul e obligat a lua măsuri în consecință.

În industriile în care intoxicațiile sunt aproape inevitabile, lucrătorii vor lucra prin rotație și timp cât mai scurt.

Reprimirea la lucru a unui muncitor atins de o maladie contagioasă sau profesională se face numai în baza unui certificat medical eliberat de medicul întreprinderii, al Ministerului Sănătății sau Asigurărilor Sociale, prin care se constată că e vindecat și apt de a-și relua lucrul în industria respectivă.

Se fixează sancțiuni pentru patronii și medicii întreprinderilor la caz de contravenție.

Art. 342 precizează modul de anchetare în caz de accidente de muncă pentru specificarea circumstanțelor și responsabilității.

Art. 343 precizează condițiile și organele de inspecție în materie de igienă industrială.

În seria legislației noastre din acest domeniu mai cităm diferitele legi prin care s'au adoptat convențiile internaționale, ca aceea relativ la interzicerea utilizării cerusei în pictură (1925), folosirea fosforului alb în industria chibritelor (1921) și altele.

Apoi legea relativ la măsurile de siguranță pentru cazane, mașini, instalațiuni mecanice și electrice, precum și măsurile igienice (Monitorul Oficial Nr. 253 din 12.II.1910) și completarea ei din 25.IV.1928, cât și regulamentul pentru funcționarea fabricelor și atelierelor de călătorie și a curățitorilor chimice și boiangeriilor din cuprinsul Municipiului București (Monitorul Oficial Nr. 281 din 8 August 1933).

N'am enumerat aci decât acele legi și regulamente de igienă industrială care mi s'au părut mai importante.

6. Supravegherea condițiilor de muncă ale femeilor și minorilor, cu deosebită atenție pentru industriile insalubre și periculoase, considerându-se existența unei reacții specifice pe sexe a anumitor substanțe chimice. S'a constatat — caz pe care-l prezentăm ca exemplu — o deosebită vulnerabilitate a femeilor în anumite ramuri industriale ca acelea în care se utilizează Benzolul (industria cauciucului etc.), apoi în industria electri-

că<sup>3)</sup>). Se impune din acest motiv îndepărtarea femeilor din acele industrii respective din anumite manopere (măsura cea din urmă o găsim preferabilă).

Regulamentele sanitare străine țin cont și de aceste fapte și ce e mai important: le-am văzut și aplicate.

În această ordine de idei ne amintim de anumite prevederi prin care medicii sunt sfătuiți de a elimina dela lucru elementele debile. Nu sunt însă de acord cu aplicarea rigidă a unor concepții după care cei mai debili ca constituție urmează a fi eliminați dela lucru, grefându-se prin aceasta o nouă condamnare pe ființa acelor care n'au avut parte de o soartă mai prielnică în ce privește dezvoltarea corpului lor. Credem că se poate găsi lucru, să fie numai potrivit, pentru oricine, deci omul potrivit, plasat la loc potrivit. Așezăm aci și problema readaptării la muncă a tuberculoșilor convalesenți sau cu leziuni cronice stabilizate.

De aceea medicul va trebui să cunoască bine organizarea și modul de funcționare a industriei.

Medicul va trebui să contribuie la ameliorarea condițiilor de lucru cu toată autoritatea lui — pe care trebuie să fie zelos a o păstra prin atitudinea de superioritate etică — izvorind din eternele idealuri ale medicinei, care pot fi atât de ușor degradate.

7. Va da atenția cuvenită îmbrăcămintei de lucru în special a vopsitorilor, mătarilor etc., cât și în general problemei hainelor potrivite pentru lucru, cât și a măsurilor de protecție a aparatului respirator prin măști, etc.

8. Va studia factorii de muncă de natură a produce la anumite grupuri profesionale o influență nefavorabilă asupra stării sănătății.

Se vor constata cauzele bolilor profesionale și se vor face propuneri de îndreptare, urmărind totodată aducerea la îndeplinire a recomandățiilor făcute. Cazurile de boli profesionale (pneumonioze, unele forme de cancer, boli alergice etc.) vor trebui depistate în faza lor inițială, prevenindu-se totodată noi îmbolnăviri. Se vor folosi toate mijloacele tehnice moderne de

<sup>3)</sup> Reicher F., *Über die Häufigkeit von Krankheiten*. Leipzig, Thieme, 1940. — Behonnek, Praga, *Ioachimstaler Bergkrankheit*; Strahlenth, 70—487, 1941.

diagnostic pe care le oferă radiologia și laboratorul. Prin această metodă de lucru vor fi evitate cazurile grele de boli și intoxicații profesionale cu leziuni adesea ireparabile. Constatarea acestor cazuri grele nu mai constituie un merit pentru corpul medical.

Va urmări profilaxia intoxicațiilor și bolilor profesionale prin considerarea regulamentelor de igienă industrială, prin măsuri, control medical cât mai frecvent și o bună informare a corpului tehnic de conducere al industriei cât și al muncitorilor, insistând între altele și pentru înlocuirea substanțelor toxice prin substanțe netoxice.

Va urmări sporirea protecției contra prafului și gazelor prin ventilație și aparate de absorbție, prin utilizarea aparaturii închise pentru manoperele bogate în praf.

E natural că mai intră în cadrul de activitate a medicului industrial anumite elemente care fac parte din igiena generală, ca inspectarea localurilor și atelierelor cu privire la funcționarea aerisirii și absorbirii prafului (Exhaustoare), a încălzirii, a garderobelor, băilor, spălătoarelor, a luminozității atelierelor, curățeniei, combaterii zgomotului etc.

9. Ar fi incomplet acest program de lucru dacă ar lipsi din el latura educativă, care va trebui să cuprindă cicluri de conferințe dedicate tehnicienilor și lucrătorilor, aproximativ cu următoarele subiecte ce ne apar mai importante:

a) Cauzele bolilor profesionale și prevenirea lor (subiecte rezervate mai ales acolo unde e dată posibilitatea acelor îmbolnăviri).

b) Elemente generale de igienă.

c) Sfaturi pentru muncitori în toate problemele referitoare la o muncă și o viață sănătoasă, dându-se între altele atenție problemei alimentare, apoi bolilor de nutriție, vitaminelor, etc. (în legătură cu aceste sfaturi și spre completare ar putea lua ființă și bibliotecă pentru muncitori).

Mai găsim foarte oportună contribuția ca muncă și pricepere a medicilor în programul de organizare de cooperative de alimente și cantine.

Va trebui să promoveze orice altă acțiune menită a fortifica sănătatea muncitorilor ca: sporturile, amenajându-se terenuri și localuri corespunzătoare în legătură în special cu ma-

rile industrii. Apoi plantarea de grădini, aranjarea de solarii, de locuri de repaos și terase pentru muncitori în curțile fabricilor etc. Nu se va neglija alături de igienă și estetica atelierelor și curților.

10. Nu va trebui să neglijeze problema locuinței cât și ocrotirea familiilor muncitorilor. Intră aci preocuparea pentru înființarea de creșe, grădinițe pentru copii, cămine de zi și colonii de vacanțe.

11. Cercetări chimice, de laborator, observațiuni clinice și cercetări statistice rezultate dintr'o înregistrare corectă a tuturor datelor furnizate de această activitate din domeniul igienei și ocrotirii muncii, va putea să însemne o consfințire și în ordine științifică.

Sora de ocrotire utilizată în industrii, va trebui să primească o scurtă pregătire specială, în afară de programul obișnuit de studii premergătoare obținerii diplomei și anume cu elemente din domeniul igienei industriale, al accidentelor de muncă, al simptomatologiei intoxicațiilor și bolilor profesionale, insistându-se cât mai mult asupra profilaxiei, apoi al legiuirilor referitoare la protecția muncii minorilor etc. Această pregătire suplimentară s'ar putea realiza prin cursuri în durată de aproximativ 3 luni de zile.

Nu e mult de când surorile de ocrotire au fost numite asistente de ocrotire. Recent vedem că se pune din nou problema schimbării de titulatură menită a satisface probabil mai mult exigențele de estetică a acestor importante elemente de pătrundere a medicinei preventive și ocrotirilor sociale în mulțime.

N'am avea nimic de obiectat împotriva acestor tendințe. Problema în sine care-i cea mai importantă e însă de a avea un corp numeros de surori de ocrotire perfect convinse de marea misiune ce-i revine a o împlini, de o potrivă consolidat economiceste, pentru a putea trece la realizarea ideii pe care o menită să o servească împreună cu elementul medical ce lucrează în acest domeniu. Demnitatea funcțiunii nu va rezulta în acest caz din alte titluri decât acelea pe care le poate conferi ființei omenesti munca și valoarea ce o reprezintă. Iar modul de prezentare a surorii de ocrotire va trebui să fie întotdeauna întovărășit de prietenie și modestie pentru a pătrunde mai ușor în sufletele mulțimei.



Intre obligațiile principale ce-i revin sorei de ocrotire in acest domeniu am putea enumera următoarele:

1. Vizitează familiile muncitorilor, dându-le sfaturi din domeniul igienei și-i dirijează la nevoie, în caz de boală, pentru asistență medicală, la serviciul medical.

2. Contribue la educarea tinerelor lucrătoare prin cursuri, având ca subiect noțiuni de: gospodărie cu aplicațiuni de igienă, puericultură, educație fizică, educație morală etc.

Atrage în aceste întâlniri atenția asupra modului nefast de decădere a sănătății prin alcoolizare în special în lumea muncitorilor, deoarece constituie un element agravant în toate bolile profesionale — servind alcoolul ca solvant pentru multe substanțe toxice utilizate atât în marea industrie cât și în diferite manopere mai izolate.

Contribue la îndrumarea unei vieți igienice și în afară de ateliere prin sfătuirea utilizării binefacerilor naturii, a aerului, a soarelui, apoi a sporturilor.

3. Va dirija lucrătoarele gravide începând cu luna a 4-a către consultațiile prenatale, căroro va trebui să le dea atenția cuvenită atât policlinicile Ministerului Sănătății (incluzând în ele centrele de sănătate ca principii de lucru), cât și cele ale Asigurărilor Sociale. Și aceasta pentru a asigura obiectivul de a avea mame și copii sănătoși și viabili. Va insista asupra examenelor necesare de laborator dând toate sfaturile necesare. În acest cadru se va interesa în mod special de alimentarea gravidelor, dând atenția cuvenită în special și prezenței vitaminelor în alimentare (amintesc ca exemplu aci, după Mason, că lipsa de vitamina A are ca urmare distrugerea Chorionepitelii-ilor). În acest scop va intra în legătură cu cantina acelei instituții pentru rezolvarea laturii alimentare a problemei. În a II-a jumătate a gravidității va urmări distribuirea de preparate de calciu etc. unde e necesară. Medicamentele vor fi eliberate de farmacia instituțiunii sau a Asigurărilor Sociale.

4. Va contribui la îndrumarea organizării bazate pe principii de igienă a locuinței și gospodăriei, la educația și la orice acțiune menită a servi propășirea sănătății copiilor (cămine de zi, grădinițe, preventorii, creșe, consultații de puericultură etc.).

5. Va supraveghea executarea măsurilor recomandate de medic, ținând legătura cu dispensarele policlinice atunci când

se impun tratamente speciale și urmărind ca să nu se producă sustrageri dela aceste tratamente.

6. Atrage atenția medicului asupra observațiilor făcute cu ocazia vizitelor făcute la domiciliu în special asupra factorilor de natură a periclita sănătatea muncitorilor (mykoze ale pielii, insecte, boli contagioase, etc.) sau a membrilor de familie, atunci când bolnavii infecțioși de T. B. C. refuză a executa măsuri menite a evita transmiterea bolii asupra altora.

7. A informa medicul dacă funcționează baia, cantina, în ce stare se află garderoba etc.

8. Redactarea corespondenței în cadrul aceluși serviciu.

9. Va asista pe medic în toată activitatea sa — întrucât se referă la probleme de medicină preventivă și de ocrotire.

Aceste servicii ar trebui să se numească, pentru a reprezenta și intruchipa cea mai mare parte a ideilor pe care ar trebui să le servească, servicii de igienă și ocrotiri sociale în mediul industrial sau servicii de medicină preventivă și ocrotire socială. Nu vedem niciun desavantaj dacă s'ar populariza sub denumirea mai simplă de servicii de ocrotire socială în industrii.

Elementul lor de acțiune ar fi medicul industrial și sora de ocrotire.

Directivele ar trebui să vină din partea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale sau mai ales din partea Asiguraților Sociale, care ar putea și ele să se angajeze pe această cale în direcția medicinei preventive, având la dispoziție toate elementele pe care le poate furniza un organism al medicinei sociale și dispunând de metodele de lucru ale statisticeii, care sunt în măsură să confirme mai bine decât orice altă metodă de lucru — importanța prevenirii bolilor.

Și Ministerul Muncii ar trebui să nu se desintereseze de aceste probleme.

În rezumat se poate afirma că serviciile de igienă și ocrotire socială în industrii au misiunea de a executa toate măsurile aparținând medicinei preventive și ocrotirilor sociale menite a le asigura muncitorilor o bună stare a sănătății. În acest scop trebuiesc avute în vedere atât mediul propriu-zis al muncii cât și condițiile de trai în casa muncitorului.

În afară de condițiile externe care pot influența starea să-

nătății, se va considera și factorul intern, capacitatea interioară de rezistență a individului, deci factorul constituțional<sup>4)</sup> — care explică o mai bună rezistență contra îmbolnăvirilor — și a diferitelor infirmități și chiar a morții. Intră aci pe lângă elementele moștenite și anume calități achiziționate în cursul timpului, a căror cultivare constituie un important punct în acest program de infăptuiri, care se adresează în mare parte elementului sănătos pentru a-i preveni îmbolnăvirile, pentru a-i spori vitalitatea, fără a se neglija, alături de considerațiile medicale, tot ce poate avea în acest domeniu legătură cu socialul.

---

## Instituțiile spitalicești de stat

de

Dr. IOAN COSMA

BCU Cluj / Central University Library Insp. gen. sanitar

Datele care au servit la alcătuirea acestei lucrări sunt luate din Bugetul Ministerului Sănătății pe anul 1945/46. Materialul a fost prelucrat cu toată grija pentru a reprezenta situația strict reală și pentru a permite examinarea ei cât mai fidelă. Totuși lucrarea nu poate fi considerată strict exactă în toate amănunțele, deoarece dela 3 instituții medicale lipsesc datele, iar pe de altă parte în bugetul tipărit al Ministerului s'au strecurat unele greșeli de tipar care nu au putut fi controlate. Aceste împrejurări influențează însă cu totul neînsemnat cifra de procentaj pe baza căreia studiem situația specialităților medicale, încât concluziile ce se trag pot fi considerate cu totul apropiate de situația reală.

Din tabloul alăturat se poate constata că Ministerul Sănătății a dispus la 1 Aprilie 1945 de 31.373 paturi de spitale. Raportând numărul paturilor singuraticelor specialități la totalul paturilor, se constată că în fruntea instituțiilor se află spitalele de bolnavi mintali cu 16,7%. Imediat după spitalele de boli mintale urmează spitalele mixte cu 16,0%. Vin în ordine

<sup>4)</sup> Ascher, *Konstitution u. soziale Hygiene*, Kl. W. 52 (1923).

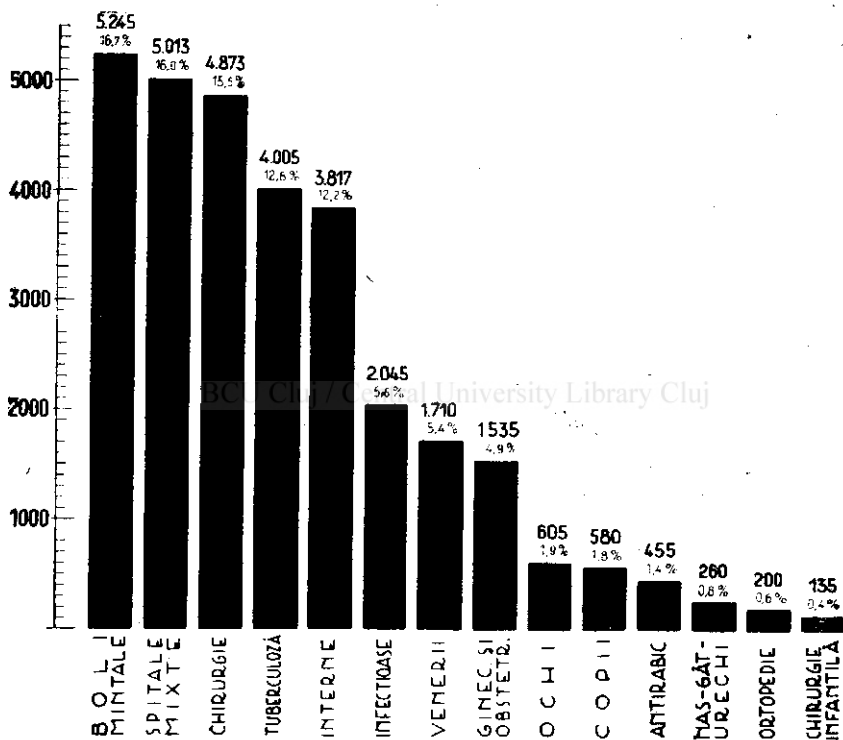
descrescândă chirurgia, tuberculoza, interne, infecțioase, venerii, ginecologie și obstetrică, ochi, copii, antirabic și nas-gât și urechi. Celelalte specialități sunt reprezentate sub 1%.

Din analiza celor de mai sus se constată că în programul care s'a urmărit până în prezent în construcția de spitale, atenția cea mai mare s'a dat bolnavilor mintali. Fără discuție numărul de 5.245 paturi pentru bolnavi mintali este încă insuficient, dar e izbitoare această preponderanță a problemei bolnavului mintal într'o țară, unde problema bolilor infecțioase, a veneriilor și a mortalității infantile sunt încă probleme complet deschise. Este evident că spitalizarea medie excesiv de lungă a bolnavului mintal permite o rotație înceată a paturilor, dar nici această împrejurare nu justifică dreptul de întâietate al bolnavului mintal față de un tuberculos, veneric sau bolnav infecțios. În medie 60% a bolnavilor mintali spitalizați fac parte din grupul bolnavilor cronici incurabili neprimejdioși și îngrijirea acestor bolnavi nu are caracter spitalicesc ci de azil. Deci spitalele de boli mintale sunt numai în raportul de 40% instituții medicale și 60% din efortul și cheltuelile lor se irosesc în produs secundar fără importanță medicală. O dezvoltare pe o scară mai largă a coloniilor de muncă și a sistemului plasamentului familiar al bolnavului mintal pentru munci agricole ar descongեսtiona în mare măsură aceste spitale și paturile devenite disponibile ar putea face loc altor secții de specialitate.

Urmează în ordinea numerică spitalele mixte cu 5013 paturi. Este greu de definit valoarea medicală a acestor instituții. Un număr mic dintre ele au o activitate excepțional de valoroasă, altele de mai puțină importanță. Este categoria de spitale cu media cea mai ridicată de paturi libere. Aceste spitale fiind conduse în cea mai mare parte de medici de circumscripție cu ocupații multiple în afara spitalului, evident nu pot îndeplini serviciul complet al unui spital și cu atât mai puțin al unor pretenții de specialitate medicală. Aceste spitale nu pot să mai rămână în condițiile în care se află azi, ele vor trebui să fie lărgite și transformate în spitale de, sau cu specialități pentru a-și putea da tot randamentul care azi e redus.

Al treilea loc îl ocupă specialitatea de chirurgie. Este specialitatea cea mai omogen repartizată, ocupându-și locul aproape în toate spitalele cu specialități. Prin faptul că la construirea

fiecărui spital de Stat s'a dat o așa de mare importanță chirurgiei, inițiativa spitalului particular de chirurgie nu s'a putut desvolta și în lipsa acestei inițiative Statul se vede obligat a continua în această direcție. Ori această specialitate de importanță pur curativă consumă o mare parte a bugetului și reduce la posibilități mici crearea acelor specialități care au o impor-



tanță mai mare din punctul de vedere al sănătății publice. Se va vedea mai jos la ce rol de minimă importanță au fost reduce specialitățile de importanță preventivă în urma ipertrofiei excesive a specialităților de pură valoare medicală.

Cele menționate aici se referă exact în aceeași măsură și la bolile interne, care ocupă locul al 5-lea cu un procent de 12,2%. Lipsa spitalelor particulare de această specialitate, care la fel ca și chirurgia au fost în mod omnipotent concurate de instituțiile de Stat, a pus în sarcina Ministerului obligația costisitoare de a face față cu orice cheltuială cerințelor și de câte

ori s'a înființat un spital, secția de boli interne a urmat, în ordinea importanței atribuite, imediat după chirurgie.

Urmează specialitatea tuberculozei. S'a inversat puțin ordinea, trecând discuția boalelor interne, care ocupă în realitate locul după tuberculoză, înaintea acesteia, însă a fost nevoie de această inversare pentru a face distincția între grupul specialităților cu caracter eminentamente curativ — cele de până acum — și grupul acelora de caracter mai complex. Tuberculoza ocupă locul al 4-lea cu 4.005 paturi și un procent de 12,8%. Cifra aceasta, pe lângă numărul aproximativ de 30.000 morți prin tuberculoză anual este extrem de disproporționată. Este adevărat că la acest număr de paturi se mai adaugă un număr de paturi ale Ligei Naționale contra tuberculozei și al Asigurărilor Sociale, care ridică disponibilul în jurul cifrei de 7.000 paturi, însă chiar și această cifră reprezintă abia numai 25% a necesităților. Admițând o medie de trei luni de spitalizare pentru bolnavul de tuberculoză, înseamnă că toate paturile disponibile de tuberculoză nu ajung nici pentru internarea celor în ultima fază a boalei. Și cum o mare parte a paturilor sunt ocupate de această cagorie, înseamnă că activitatea curativă a spitalelor pentru tuberculoză e redusă la un randament inferior, iar cea preventivă cu atât mai mult. În actualele împrejurări cu acest număr redus de paturi, orice efort s'ar face pe terenul combaterii tuberculozei, rezultatul rămâne mult în urma efortului. Dar situația paturilor nu poate fi ameliorată de pe o zi pe alta. Admițând un efort maxim de a eși din acest impas, se va ivi în cale obstacolul lipsei personalului de specialitate. Astfel, acest cerc vicios al lipsei de paturi și personal va pune încă mult timp piedeci serioase în soluționarea acestei probleme.

Boalele infecțioase ocupă locul al 6-lea cu 2.045 paturi și un raport de 6,5%. Sunt secțiile cele mai puțin căutate de bolnavi și din acest motiv nici nu s'a simțit nevoia măririi capacității lor. Însă bolnavii ocolesc aceste servicii nu din cauză că nu le simt nevoia, ci din motivul că aceste servicii se prezintă în condiții ce nu inspiră încredere. Aceste servicii se plasează în mod invariabil în cel mai dosit și mai puțin corespunzător pavilion sau aripă a spitalului cu specialități. Sau când se clădește un nou spital, localul cel vechi, părăsit, fiindcă e prea mic sau insalubru pentru chirurgie, devine încăpător și salu-

bru pentru boli infecțioase. Făcând abstracție de această lipsă de înțelegere a rolului important al spitalizării bolnavului infecțios, este greu de conceput cum se poate organiza combaterea boalelor infecțioase cu mijloace atât de reduse. Este ade-vărat că o mare parte a spitalelor mixte sunt utilizate în caz de epidemii pentru izolarea acestor bolnavi, însă acele spitale mixte nu sunt pretutindeni și tratamentul lor nu e un tratament de specialitate. Un alt mare neajuns al acestor secții este micimea lor. Secția de boli infecțioase cu 20—30 paturi e generală, iar acest inconvenient se simte foarte penibil cu ocazia epidemiilor simultane. În astfel de cazuri spitalul sau refuză cazuri cu indicație serioasă de izolare sau „izolează” în aceeași cameră boli infecțioase diferite. Din punct de vedere tehnic medical secția de boli infecțioase este punctul cel mai slab în organizația spitalelor noastre și e de mirare cum acest lucru continuă să formeze obiectul unui interes atât de redus a celorlora în drept. Un singur bolnav infecțios este o amenințare gravă pentru societate, o lipsă de supraveghere în jurul lui se poate solda cu un șir nou de îmbolnăviri și decese, iar unii dintre ei devin mai curând sau mai târziu bolnavi organici cronici. Un caz de apendicită sau orice altă boală chirurgicală nu prezintă nici una din aceste complicații, însemnătatea lor socială fiind cu totul redusă, cu toate acestea, secția de boli infecțioase și spitalul epidemic sunt tratate cu o condamnabilă desconsiderare a importanței lor sociale.

Este și mai defavorabilă situația specialității bolilor de piele și venerii, care ocupă locul al 7-lea cu 1.710 paturi, adică 5,4%. Admițând o repartizare egală a boalelor de piele și a celor venerice la aceste spitale, rezultă un număr de 855 paturi pentru venerii. Numărul bolnavilor sifilitici pe întreaga țară nu îl cunoaștem exact, dar din datele ce au putut fi examinate ar reeși un număr de peste 500.000. Ceea ce e neliniștitor în această problemă e observația că în ultimii ani formele primare și secundare de îmbolnăvire au o tendință de urcare. Acest fapt indică ivirea de focare noi, adică o urcare a curbei de morbiditate. În fața acestei tendințe serioase de extindere a acestui flagel, posibilitățile de izolare spitalicească rămân cu totul neînsemnate. Această situație extrem de gravă este în mică măsură ameliorată prin activitatea ambulatoriilor anti-

venerice și tratamentul specific la serviciile sanitare rurale și urbane, dar acest tratament ambulator descongesează spitalul în măsură cu totul insuficientă pentru a putea izola toate cazurile indicate. Din nefericire la un număr mare de bolnavi serviciile ambulatorii anti-venerice nu pot asigura tratamentul medical complet din cauza neregularității cu care se urmează tratamentul și deci în actualul stadiu al mentalității pacienților noștri izolarea la spital — cel puțin în stadiul de infecțiozitate și pentru o anumită categorie de bolnavi — este singurul mijloc de a putea opri noi contaminări. Dar în actuala situație nici izolarea obligatorie a cazurilor de pericol acut nu poate fi îndeplinită.

Paturile de spital pentru femei reprezintă numărul de 1535 cu un procent de 4,9%. În aceste spitale se internează atât cazuri de ginecologie cât și obstetrică, revenind deci pentru fiecare secție aproximativ 760 paturi. Insuficiența acestor paturi se accentuează și mai mult prin repartizarea lor neuniformă, unele județe sau chiar regiuni de mai multe județe neavând niciun pat de maternitate. În afară de această repartizare neuniformă intervine și împrejurarea supărătoare că aceste spitale sunt plasate în regiuni relativ mai bine situate, iar regiunile izolate cu nivel de viață scăzută sunt în mare parte lipsite de aceste spitale. Ori maternitatea pe lângă serviciul spitalicesc joacă și un rol însemnat de educație pentru mame și ca atare rolul lor e mai important tocmai acolo unde lipsesc.

Urmează specialitatea de boli de ochi cu 605 paturi, reprezentând 1,9%. Spitalele de ochi se găsesc numai în 13 județe, dintre care 8 în Ardeal și 5 în vechea Țară. Numărul mai mare al acestor spitale în Ardeal se explică prin faptul că spitalele din această provincie fiind relativ mari s'au putut scinda în cursul timpului mici secții de ochi din celelalte secții ale spitalului, fără să fie nevoie de construirea de noi pavilioane. Un număr oarecare a fost moștenit la Unire dela administrația maghiară, care a dat acestei specialități o atenție mai mare. Un fapt care caracterizează în deajuns insuficiența numerică a acestor paturi este împrejurarea că aceste spitale lucrează în permanență cu toate paturile ocupate și de câte ori se ivesc împrejurări care reclamă internări mai masive — de exemplu de



descoperiri de trahom în instituții, etc. — se întâmpină greutăți mari.

Urmează în locul al 10-lea spitalele de copii cu 580 paturi sau 1,8%. Este fără discuție că dintre problemele medico-sociale din România cea a mortalității infantile este cea mai acută și pretinde cele mai numeroase victime, dar cu toate acestea grija pentru înzestrarea serviciilor noastre spitalicești cu mijloace pentru combaterea acestei mortalități excesive a rămas aproape pe ultima treaptă. Numărul de paturi de mai sus este repartizat pe 15 județe, ceea ce înseamnă că 44 județe nu dispun de nicio posibilitate de spitalizare pentru sugaci. Numărul paturilor pentru alienați mintali întrece cu 904% cele pentru copii.

O situație tot atât de supărătoare este și aceea care privește spitalizarea pentru cei mușcați de câini turbați. Sunt în total 455 paturi pentru tratamentul antirabic, ceea ce dă 1,4% din totalul paturilor. S'ar părea nenatural să se insiste asupra măririi numărului paturilor pentru acești bolnavi, din moment ce prin mijloace de legislație veterinară-sanitară cifra morbidității ar putea fi redusă la valori aproape fără nicio importanță. Inșă din moment ce până în prezent nu s'a luat și nici nu se va putea spera că se va lua în viitorul apropiat măsuri pentru stăvilirea rabiei, trebuie să insistăm asupra necesității măririi capacității acestor secții. În domeniul de față România se laudă cu cifra de morbiditate prin rabie cea mai ridicată din Europa.

Mai amintim în treacăt situația boalelor de nas, gât și urechi cu 260 paturi, ceea ce dă un procentaj de 0,8%. Dacă această specialitate este considerată ca o ramură a chirurgiei, deci de valoare pur curativă, totuși nu trebuie scăpat din vedere caracterul ei preventiv deosebit de important pentru grupul preșcolarilor și școlarilor. Majoritatea afecțiunilor care privesc aceste grupuri de etate sunt cele buco-dentare, fiind urmate imediat de cele de natură oto-rino-laringologică. Este evident că pentru tratamentul acestor afecțiuni nu se poate inaugura nimic serios din moment ce mijloacele spitalicești sunt atât de insignifiante.

Din expunerea celor de mai sus reies două constatări care trebuiesc luate în considerare în viitoarea orientare sanitară a

Țării. Prima constatare este sărăcia mare de paturi pentru suferinzi, atât din punctul de vedere numeric general cât și din punctul de vedere al singuraticelor specialități medicale. A doua constatare este exagerata atenție ce se dă specialităților pur curative față de specialitățile cu importanță din punctul de vedere al sănătății publice. Statul a urmat până în prezent o politică sanitară cu totul opusă intereselor lui și nu a observat cercul vicios care s'a format în jurul acestei stări prin agravarea treptată a problemelor a căror soluționare a fost mereu amânată. Situația unor maladii medico-sociale, cum este mortalitatea infantilă, sifilisul, paludismul și pelagra, e în realitate atât de gravă încât pare să fi ajuns la limita cea mai joasă ce poate fi atinsă. O totală lipsă de orice organizație sanitară probabil nu ar scădea aceste cifre mult sub cele existente.

Această situație trebuie să-și găsească mijloacele prin care ea ar putea fi ameliorată. Răscrucea în această operă o va însemna momentul când se va abandona concepția conform căreia bolnavul formează preocuparea de bază a politicii sanitare și se va inaugura politica care își formează ca obiect de preocupare și grije societatea, colectivitatea. În această reformă își va plăti contribuția și spitalul. În opera viitoare de construcții de noi spitale se va da întâietate specialităților cu caracter social și se va tinde ca specialitățile de natură curativă să joace rolul de completare, de întregire, dar nu de exclusivă importanță ca până acum. Evident această trecere cere oarecare timp și va produce oarecare turburări. Prima și cea mai serioasă piedecă va fi lipsa personalului specializat. Pregătirea acestui personal va conta totuși numai ca un obstacol vremelnic și va putea fi soluționată prin urcarea — la nevoie chiar exagerată — a posturilor de medici secundari de pe lângă specialitățile vizate. Într'o perioadă de 6 ani, prin dublarea posturilor de medici secundari pe lângă spitalele de venerii, copii, tuberculoză, etc., se poate ajunge la un număr de specialiști din care se pot selecționa elemente de conducere suficiente, presupunând că în același timp se va urmări cu aceeași intensitate opera de construcții de noi spitale. Se pare totuși că problema construcțiilor spitalelor, cel puțin în viitorul apropiat, va suferi oarecari greutăți.

## Probleme de geniu sanitar în lumina epidemiilor de febră tifoidă

de  
Dr. I. ARDELEANU

Între factorii ce au determinat ameliorarea condițiilor de salubritate și urbanizarea colectivităților a fost și nivelul foarte ridicat al bolilor infecțioase intestinale: holera, dizenteria, enterita copiilor mici și mai ales febra tifoidă. Înainte de introducerea sistemelor de aprovizionare centrală cu apă potabilă și îndepărtare a reziduiilor prin canalizare, cifra mortalității de febră tifoidă în centrele urbane populate fluctua între limite fantastice, în orașul Baltimore în 1875—1880 mortalitatea era de  $70^{0}/_{0000}$ , iar în München în 1852—1859,  $242^{0}/_{0000}$ .

Eficacitatea sistemelor de aprovizionare și purificare a apei, precum și a îndepărtării și epurării reziduiilor se judecă în funcție de măsura în care a fost redusă mortalitatea prin febra tifoidă. De fapt acest index s'a dovedit un criteriu foarte obiectiv al gradului de salubritate și urbanitate al comunităților organizate. În Berlin datorită acestor instalații de aprovizionare cu apă și îndepărtare a murdăriilor, efectuate în 1885—1895, mortalitatea de febră tifoidă scade de la 25— $45^{0}/_{0000}$  la sub  $5^{0}/_{0000}$  în 1890 și în anii următori, iar în Statele Unite ale Americii executarea și funcționarea în condițiuni optime a acestor instalațiuni, au influențat în mod considerabil frecvența febrei tifoide, ce astăzi a ajuns la o mortalitate de sub  $1^{0}/_{0000}$ .

Dar nu este suficient să realizăm numai astfel de instalații; printr'un control riguros și neîntrerupt, trebuie să veghem la buna lor funcționare, deoarece o mică neglijență poate să aibă consecințe nefaste incalculabile asupra sănătății publice. Nu trebuie să uităm că dacă în sistemele individuale de aprovizionare cu apă, din fântâni sau îndepărtarea reziduiilor prin latrine simple, în cazul când se produce o contaminare a sursei de apă potabilă, sunt expuse pericolului de infecție relativ puține persoane, în colectivitățile mari cu aprovizionare centrală, este în joc sănătatea și viața a mii și sute de mii de indivizi. În orașul

Hamburg în 1892 o epidemie de holeră cu 17.000 cazuri de îmbolnăvire și 8605 morți se produce prin contaminarea apei de apeduct din cauza filtrelor rău construite și întreținute; în Hanovra în 1926 o epidemie tot de origine hidrică, răspândită prin rețeaua conductelor de apă, produce 2500 îmbolnăviri de febră tifoidă cu 260 decese; iar în Lyon în 1929 pe aceeași cale o epidemie de febră tifoidă cu peste 2100 cazuri.

Epidemiile cu un caracter explosiv și impresionant de grave apărute în acest fel, au servit de exemplu pentru toate autoritățile ce sunt răspunzătoare de sănătatea publică, perfecționând sistemele instalațiilor și modul de funcționare a lor, printr'un control riguros științific. Rezultatele acestor lucrări și munca conștiincioasă nu au întârziat să se manifeste, cel mai grăitor exemplu fiind starea sanitară din U. S. A.

La noi, sănătatea publică și sub acest raport lasă mult de dorit și din nefericire relativ puține colectivități au beneficiat de progresele realizate în domeniul salubrității.

După o statistică a Prof. Dr. M. Zolog, întocmită în 1938, numai 41% din orașele din România, au aprovizionare centrală cu apă. Sunt fără aprovizionare centrală: 77% a orașelor cu o populație sub 10.000 locuitori, 63% din cele cu 11—20.000 locuitori și 37% cu 21—30.000 locuitori. Toate orașele cu peste 30.000 locuitori au aprovizionare centrală cu apă.

În orașele fără aprovizionare centrală cu apă și deci fără canalizare, morbiditatea de febră tifoidă declarată fluctuează între 26—140<sup>0/0000</sup> și chiar peste, față de 36<sup>0/0000</sup> cât este media pe întreaga țară.

Dar nici orașele cu aprovizionare centrală nu sunt complet scutite de pericolul bolilor intestinale, fie din cauză că rețeaua de apeduct și canalizare nu se întinde pe întreaga suprafață a comunei, în special a cartierelor mărginașe, ce s'au dezvoltat disproporțional de mult față de posibilitățile bugetare, prin industrializarea orașelor și aflusul mare al populației muncitoare din mediul rural, fie din cauza instalațiilor imperfecte și a lipsei de competență din partea organelor încredințate cu supravegherea și controlul uzinelor.

Situația problemelor de geniu sanitar dela noi este relevată de câte o epidemie explosivă ce se produce din când în când în

orașele noastre. În municipiul Tg. Mureș în cursul lunilor Ianuarie—Maiu 1924 apar 295 îmbolnăviri de febră tifoidă, din cauza contaminării apei din apeduct în urma unei legături directe făcute între apa din râul Mureș și una din fântânile principale ale uzinei de apă, afirmativ la ordinul primarului, pentru a mări debitul și a satisface astfel cerințele populației în apă. Un alt caz este ilustrat de epidemia de febră tifoidă din Iași, ivită în iarna anului 1930—31, cu 80 cazuri, tot de origine hidrică, din cauza conductelor de canal greșit așezate și deteriorate și a celor de apă potabilă vechi și uzate, ce aveau o pierdere de apă la zi până la 75%. La aceasta s'a adăugat și alimentarea discontinuă cu apă a conductelor, ce erau când sub presiune, când sub vid, și în aceasta a doua fază, se contaminau prin absorbția solului și murdăriilor din jurul conductelor defectate.

Modul de contaminare a sistemelor centrale de aprovizionare cu apă este variat. Cele mai obișnuite se datoresc:

a) În cazul când se întrebuintează ca sursă, apă de suprafață de râuri, lacuri, etc. ca atare, nesupusă la vreun tratament de purificare, se poate contamina accidental sursa în aria de captare, în interiorul perimetrului de protecție.

b) Infiltrarea murdăriilor din latrine sau canal, în fântânile colectoare de apă subterană.

c) În sistemele ce folosesc apă de suprafață după o prealabilă epurare, prin defectarea instalației de filtrare și desinfecție sau a ineficienței lor, apa poate să rămână periculoasă.

d) Conectarea greșită a conductelor de apă potabilă cu conducta de apă impură, ce se întrebuintează în scop industrial sau pentru incendii, sisteme duble de aprovizionare cu apă, ce există în unele centre urbane.

e) Aspirația murdăriilor pe traiectul conductelor de apă, defectate.

Cu ocazia investigațiilor epidemiologice din ultimii 10 ani, de febră tifoidă, cercetând factorii de răspândire a acestei boli, am constatat între alte cauze, sisteme dela început greșit instalate și ineficace de aprovizionare centrală cu apă, defecte în modul lor de funcționare și lipsă de control din partea orga-

nelor tehnice atât a instalațiilor de apă, cât și a celor de îndepărtare și epurare a reziduiilor.

Pentru a documenta afirmațiunea de mai sus, redau trei din aceste exemple, în credința că vor contribui la șirul motivelor ce pretind un corp tehnic specializat în geniuul sanitar, încadrat în organizațiunea și administrația sanitară, care fără îndoială va contribui în mod simțitor la ameliorarea condițiilor de viață și ale colectivităților din țara noastră.

*I. Apa dintr'un râu impurificată cu reziduiile unui spital introdusă în rețeaua de apeduct a unor instituțiuni școlare după o simplă filtrare mecanică*

Orașul Odorheiu cu o populație de 9000 locuitori, așezat de o parte și alta a Târnavei Mari, este una din capitalele de județ fără aprovizionare centrală de apă și canalizare. Din acest motiv starea sanitară a orașului lasă de dorit. Fântânile publice existente au un debit insuficient de apă și din cauza prea multor săruri nu corespunde cerințelor fiziologice ale organismului și nevoilor gospodăriei, populația fiind obligată să se aprovizioneze zilnic cu apă din câteva fântâni și dintr'un izvor la distanță de câțiva km. de oraș, de unde se aduce apa în sute de ulcioare.

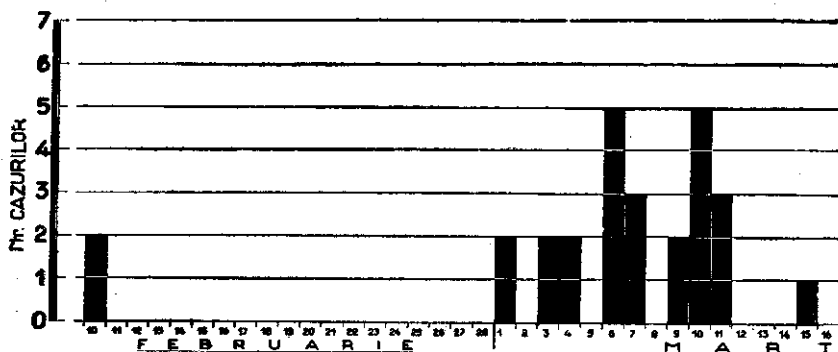
Pentru trebuințele gospodăriei, spălat, gătit, curățenie corporală etc. foarte mulți întrebunțează apă din Târnavă Mare. Chiar și instituțiile școlare cu internat și un mare număr de elevi, ca Școala normală ref. de fete și Liceul rom. cat. de băieți, pentru acest scop au fost nevoite să recurgă la apa din râu.

Atât în oraș cât mai ales în aceste instituții au apărut cazuri de îmbolnăvire de febră tifoidă an de an, uneori sub formă chiar de mici epidemii. Autoritățile școlare și sanitare locale, sesizându-se de acest pericol, au introdus vaccinarea anti-tifoparatică, în mod regulat și periodic fiind vaccinați toți elevii.

În cursul lunei Martie 1940 îmbolnăvirile de febră tifoidă au luat o proporție neobișnuit de mare, fiind semnalate 28 cazuri cu 3 decese între 10 Febr. și 6 Aprilie, dintre care 26 au survenit numai în curs de două săptămâni între 1—15 Martie. (Grafica 1).

Imbolnăvirile sunt distribuite aproape exclusiv intr'un sec-

tor al oraşului din partea stângă a Târnavei, cuprinzând străzile: Mircea Vodă, Avram Iancu, Impăratul Traian și șirul de case din dreapta străzii Regele Ferdinand, precum și Școala Normală de fete. Numai în această din urmă instituție au apărut 11 cazuri, iar în casele de pe partea dreaptă a str. Regele Ferdinand 8 cazuri (Figura 1).



Grafica 1. — Cazurile de îmbolnăvire de febră tifoidă din epidemia din Odorhei, 1940.

Investigând antecedentele bolnavilor pentru stabilirea sursei și căii de infecție, nu găsim vreo legătură de contact între ele, constatăm însă că cei din str. Regele Ferdinand au folosit pentru menaj apa din Târnava Mare, unii dintre ei au mărturisit că au și beut, curțile și grădinile acestor gospodării întinzându-se până în malul râului sau al unui canal din partea stângă a Târnavei, numit „Canalul morii”.

Cazurile de îmbolnăvire dela Școala Normală de fete, deși se afla la distanță mare de Târnava, totuși se găsesc în legătură cu apa acestui râu prin intermediul unei conducte. O pompă instalată în punctul unde „Canalul morii” ia naștere din Târnava, pompează zilnic în rezervorul Școalei, de două ori câte 11.000 litri de apă. Apa este trecută printr'un simplu strat de nisip, ce servește de așa zis filtru și apoi distribuită în întreaga instituție printr'o rețea de apeduct și robinete, servind pentru baia și curățenia corporală a elevilor.

La analiza bacteriologică, apa din conducta școlii, după filtrare, prezenta 12.000 germeni pe cmc. și 100.000 b. coli la 1 l.

apă. Din punct de vedere bacteriologic stratul de nisip nu avea deci nicio eficacitate, îndeplinind numai rolul unui filtru me-



Figura 1.

canic, pentru reținerea impurităților și particulelor de dimensiuni mai mari.

Cercetând posibilitățile de impurificare a râului cu mate-



rii fecale și contaminare cu bac. tifici, găsim la o distanță de mai puțin de 1 km. de punctul unde este instalată pompa Școlii Normale, pe cursul superior al Târnavei, gura de canal a Spitalului Public. Imediat în apropierea malului există o instalație de epurare a reziduiilor și murdăriilor, însă procesul de digestie și purificare nu se mai face de multă vreme, din lipsă de cox și personal de control, astfel că toate apele reziduale ale spitalului, inclusiv materiile fecale ale bolnavilor de febră tifoidă, dela Secția de boli contagioase, se varsă direct în Târnavă Mare fără a suferi vreun tratament. Dela acest nivel râul este grosolan impurificat și foarte periculos pentru sănătatea celor ce într'un fel sau altul au consumat apă din el.

Se explică astfel de ce cazurile de îmbolnăvire s'au limitat la un anumit sector din oraș și la elevele dela Școala Normală: deoarece aceștia au fost expuși porțiunii contaminate din râu. Au căzut victimă cei care întâmplător au beut apă contaminată, mai ales că pe la sfârșitul lunii Februarie la aspect apa din râu era curată, neîncepându-se încă desghețul.

S'au luat măsuri pentru desinfecția apei înainte de a o distribui în cele două instituții școlare, populația a fost oprită să mai consume apă din râu, iar Spitalul să-și repună în stare de funcționare instalația de epurare.

Este un exemplu ce relevă două greșeli fundamentale de tehnică sanitară: a) aprobarea și executarea unui apeduct pentru două colectivități școlare, ca să întrebuințeze apa dintr'un râu, după o simplă filtrare mecanică și b) lipsa de control a instalației de epurare a reziduiilor din Spital, ce se varsă în râu la punctul de intrare în oraș.

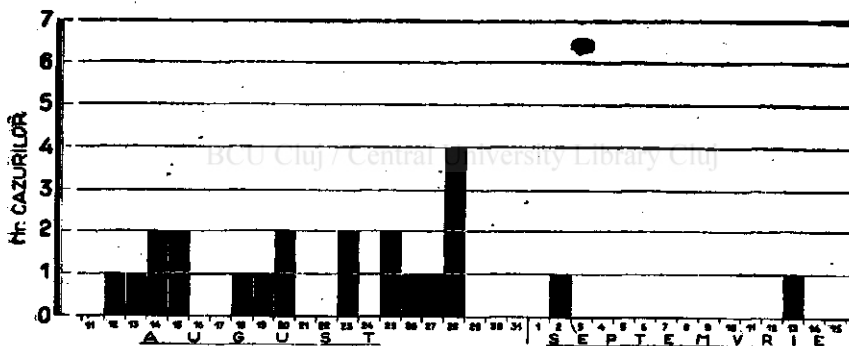
## II. *Aprovizionare centrală cu apă dintr'un pârâu, după o purificare parțială mecanică*

Tâlmăciu II, jud. Sibiu, este o colonie cu 800 muncitori ai fabricii de cherestea Feltrinelli. Pentru a asigura condițiuni igienice și salubre de viață, fabrica a construit locuințe confortabile, cu latrine pentru fiecare gospodărie și a adus apă pentru beut, din pârâul Sadu, printr'o conductă de 4 km.

Cu toate acestea, populația coloniei este încercată de fe-

bră tifoidă, ce se menține într'o stare endemo-epidemică. În 1938 au survenit 41 cazuri cu 2 decese, iar în 1939 au fost 27 cazuri cu 1 deces. Din acest motiv, începând din 1938, s'a introdus vaccinarea anti-tifo-paratifică a muncitorilor și familiilor lor.

În cursul lunii August 1941 apar numeroase cazuri de îmbolnăviri de febră tifoidă printre muncitori, membrii familiei lor din colonie și unii dintre angajații fabricii care locuiau în comunele vecine. Între 11—28 August, deci în decurs de 17 zile se produc 20 îmbolnăviri, iar în Septembrie încă 2 cazuri, astfel că totalul îmbolnăvirilor din această epidemie se ridică la 22. (Grafica 2). Dintre acestea 19 locuiesc în colonie, iar 3 apar-



Grafica 2. — Cazurile de febră tifoidă din epidemia din Tâlmaciu II, 1941.

țin comunelor din vecinătate, de unde zilnic veneau la lucru în fabrică.

Cazurile din colonie erau concentrate în două grupe de case: 8 cazuri în două clădiri dela o extremitate, 10 cazuri în clădirile așa numite „barăci” chiar în partea opusă și la o distanță de aproximativ 800 m. de precedentă și 1 caz în clădirea centrală a administrației (Figura 2).

Caracterul exploziv al epidemiei și distribuția îmbolnăvirilor în colonie, ne fac să bănuim o sursă comună de infecție, alimente sau apa. Investigațiunile că alimentele ar fi servit ca și sursă de infecție rămân negative, deoarece nu găsim un aliment care ar fi fost consumat de toți, fiecare având menaj propriu.

Continuând cercetările în direcția apei de beut, constatăm că uzina de apă a coloniei este instalată imediat în apropierea

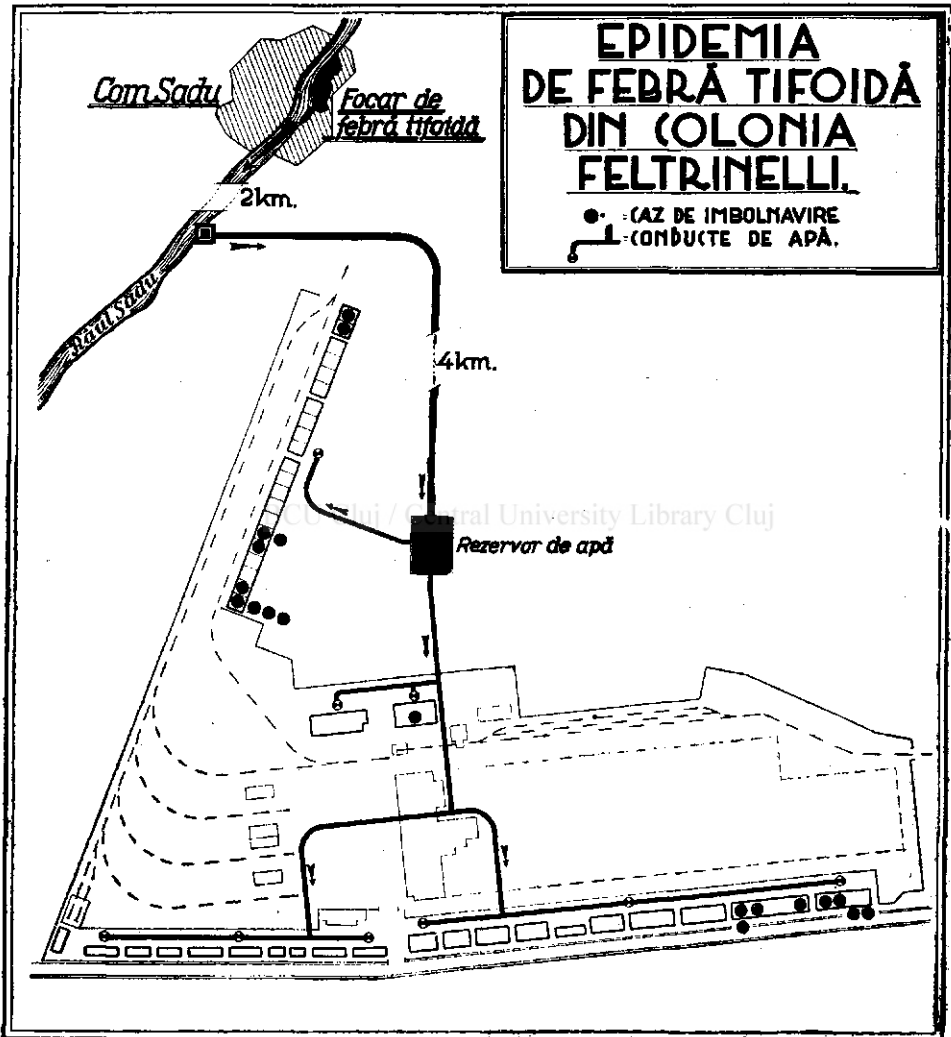


Figura 2.

păraului Sadu, la 4 km. de colonie. Constă dintr'un filtru de nisip și un sistem de pompe, ce aspiră apa din părau și o

trec apoi printr'o conductă principală lungă de 4 km. într'un rezervor, de unde prin gravitație este distribuită în colonie.

La analiza bacteriologică a probelor de apă ridicate din părau în dreptul stației de pompe și din rețeaua de apaduct, în diferite puncte, se constată că apa din conductă prezintă între 800—1200 germeni pe cmc. și 10.000 bac. coli la 1 l. apă și nu diferă decât foarte puțin de conținutul în germeni al apei din părau. Repetând analiza după mai multe zile ploioase, apa din apaduct devine ușor turbure și opalescentă, conținutul în germeni urcându-se considerabil, în proporție cu numărul microbilor din părau.

La 2 km. de uzina de apă, pe cursul superior al păraului Sadu se găsește comuna Sadu. Aici multe latrine și șanțuri de scurgere a murdăriilor se varsă în părau, iar o colonie de țigani este așezată chiar în albia lui. În comună au fost recent semnalate cazuri de febră tifoidă, numai în cursul anului 1940 fiind internați în Spitalul de boli contagioase din Sibiu 18 bolnavi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

În astfel de condițiuni părau Sadu se contaminează sigur cu dejecțiuni ce conțin și bac. tifici. Din comună până la uzină sunt 2 km., iar de aici până la rezervorul de apă al coloniei încă 4 km., astfel că materialul infecțios poate ajunge din comună în colonie în mai puțin de 1 oră. Filtrul de nisip nu menține decât o parte infimă din numărul germenilor, și nu are nicio valoare bacteriologică.

Rezultatele anchetei epidemiologice au dus la concluzia că epidemia din colonie este de origine hidrică. Dece s'au îmbolnăvit așa de puțini, 22 din 6—800 persoane, care au beut din apa contaminată? Motivele sunt numeroase și unele din ele sunt chiar argumente în favoarea originii hidrice a epidemiei: a) numărul probabil redus al bac. tifici din apă, b) o mare parte din populația coloniei a trecut prin febră tifoidă, în anii precedenți, rămânând imună, c) mulți au fost vaccinați anti-T.A.B. în 1938—40, d) s'au îmbolnăvit în epidemia din 1941, mai ales dintre muncitorii noi și familiile lor, nevaccinați. Evenimentele politice din toamna anului 1940 au determinat pe unii muncitori vechi să părăsească colonia, în locul lor fiind angajați muncitori noi. Aceștia au luat locul celor plecați, populând în spe-

cial locuințele „barăci” și două clădiri mai mari din colonie. S'au îmbolnăvit cei mai susceptibili, noi veniți, ce nu au experimentat infecția tifoidă în trecut și nici nu au fost vaccinați. Dintre cei vaccinați s'au îmbolnăvit cei incomplet vaccinați sau vaccinați per os cu „Typhoral”, cum a fost cazul soției unui funcționar al fabricii.

Se pune în vedere fabricii necesitatea urgentă de a instala un aparat de clorizare a apei, ceea ce se și realizează în scurt timp. Rezultatele sunt surprinzătoare din punct de vedere epidemiologic: timp de patru ani nu au mai apărut îmbolnăviri de febră tifoidă în colonie, cu toate că s'au oprit și vaccinările anti-tifo-paratifice, un argument în plus pentru pericolul ce l'a constituit apa pentru sănătatea populației din colonie, din cauza unei instalații de filtrare ineficace.

### III. Irigarea străzilor prin canale deschise și șanțuri cu apă dintr'un râu impurificat cu reziduiile unui spital

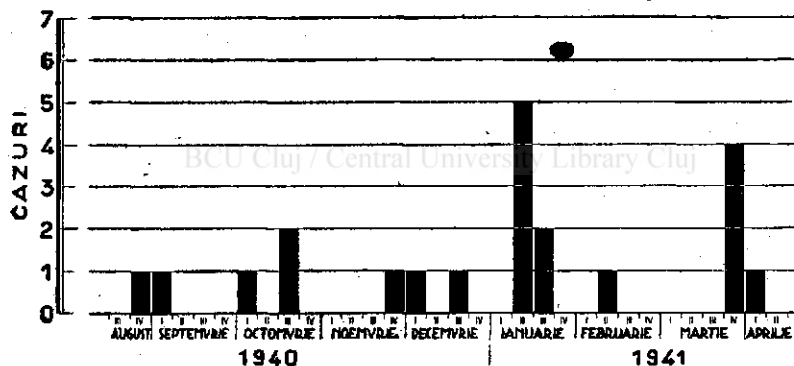
Comună urbană Sebeș-Alba, din jud. Alba, numără 9300 locuitori. Are o situație economică înfloritoare și o bună gospodărie. Starea sanitară suferă însă din lipsa unui sistem de aprovizionare centrală cu apă de beut și îndepărtare a reziduiilor. Pentru a ridica totuși nivelul de salubritate al orașului, profitând de cursul râului Sebeș, ce trece prin mijlocul comunei bifurcat cu un canal, serviciul tehnic a realizat o irigare a străzilor cu apa din râu, printr'o serie de șanțuri.

Situația sanitară în toamna anului 1940 începe să se complice prin înmulțirea numărului cazurilor de febră tifoidă. La început sporadice, 2—3 pe lună, apoi mai numeroase, ajung în curs de 9 luni, între 1 August 1940—30 Aprilie 1941 la 21 cazuri înregistrate, cu 4 decese. (Grafica 3.).

Cazurile sunt distribuite pe suprafața comunei întregi, interesând categorii diferite din populație. La ancheta epidemiologică întreprinsă atât de Serviciul Sanitar local cât și de cele superioare, nu se poate preciza dacă infecția este sigur de contact sau hidrică. Părerăa celor mai mulți înclină spre originea hidrică, făcând ample investigații în această direcție.

Presupunând că unele fântâni publice și particulare s'ar

fi contaminat cu murdăriile din canalul de scurgere al Spitalului se face proba cu fluorescină. Se introduce colorantul în canal și se iau probe din fântânile din apropiere și din capătul canalului ce se termină în râul Sebeș. Cu această ocazie se descoperă două defecte fundamentale în sistemul de îndepărtare a reziduiilor dela spital: a) instalația de epurare a reziduiilor și murdăriilor aparținând Spitalului nu funcționează, apele reziduale din canalele domestice ale acestei instituții trecând nemodificate în canalul principal de evacuare și b) canalul în loc să se deschidă în râul Sebeș, unde a fost reglementar construit, prezintă o spărtură, în dreptul brațului drept al acestui râu, numit „canalul morii” și își varsă tot conținutul în acest „canal de apă” în loc de râu (Figura 3).



Grafica 3. — Imbolăvirile de febră tifoidă în Sebeș-Alba în August 1940—Aprilie 1941.

Fluorescina nu se poate pune în evidență în apa din fântâni, dovadă că nu există posibilitate de infiltrare din canal.

Din brațul drept al râului Sebeș numit „canalul morii”, în care nereglementar se varsă murdăriile din Spital, iau naștere, deasupra și sub acest punct, canalele deschise și șanțurile, prin care sunt irigate străzile principale ale orașului cu apă. Apa din acest sistem de irigație nu este însă una obișnuită de râu, ci împurificată și contaminată cu reziduiile spitalului și materiile fecale ale bolnavilor de febră tifoidă și în loc ca să îndeplinească un rol igienic, servește la vehicularea și împrăștierea agenților patogeni. Astfel se transformă o instalație de salubritate construită spre binele colectivității, într'un focar nociv pentru sănătatea lor.

Populația din oraș întrebuințează apă din râu, canalul morii și chiar din aceste șanțuri de pe străzi, pentru nevoile gos-

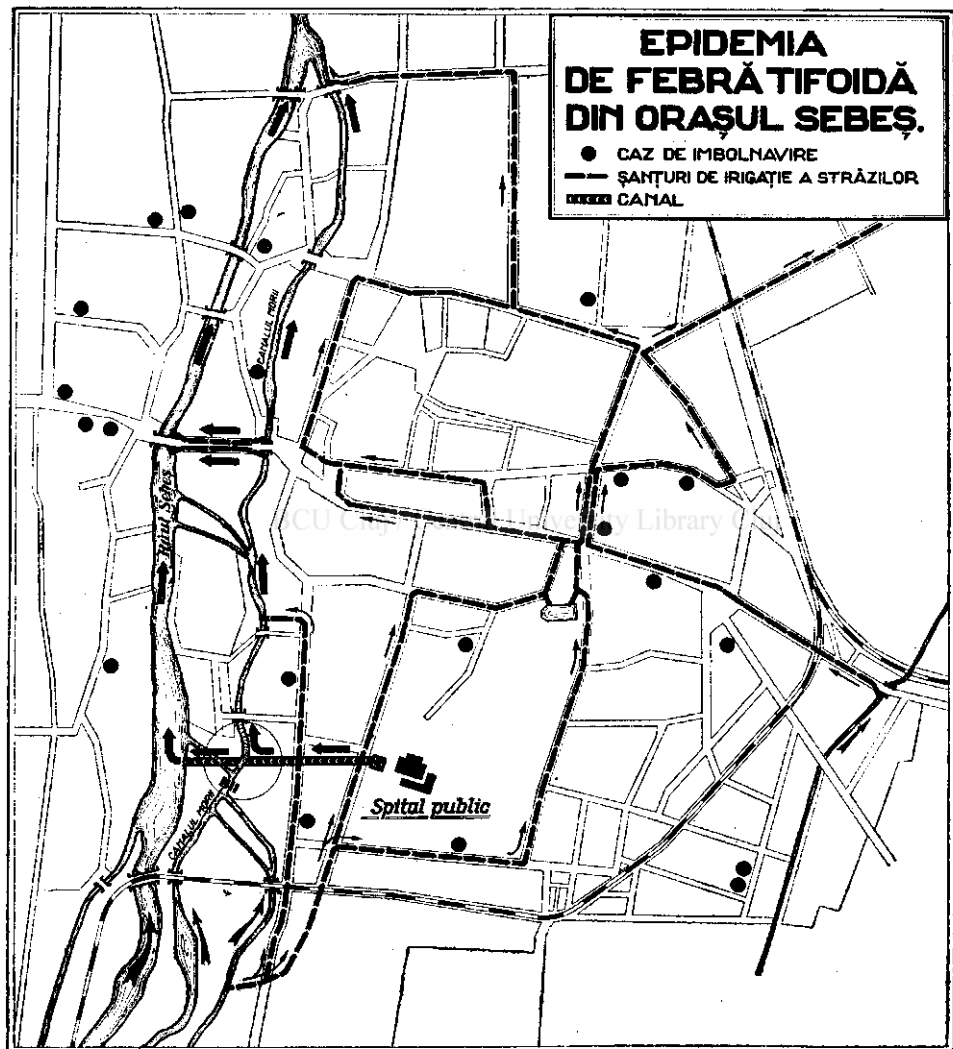


Figura 3.

podăriei: spălat, gătit și unii pentru beut, fiind date astfel posibilitățile de contaminare și infecție.

Prin repunerea în stare de funcționare a instalației de epurare a reziduiilor din partea Spitalului și repararea canalului de evacuare în dreptul „canalului morii”, starea endemo-epidemică a febrei tifoide a încetat, situație la care nu s'a putut ajunge înainte de a cunoaște aceste cauze și prin aplicarea celorlalte mijloace de combatere.

\* \* \*

Din expunerea problemelor de mai sus, cred că se scoate în evidență în mod clar o lacună din organizația și administrația noastră sanitară: lipsa inginerului sanitar. Legea Sanitară din 1930 prevedea funcția de inginer sanitar, cea din 1943 însă nu-l mai amintește.

Desvoltarea tehnicii salubrității publice, cere astăzi cunoștințe ce depășesc pregătirea unui inginer nespecializat. Dacă în municipii și câteva orașe, avem ingineri care și-au câștigat experiența în acest domeniu și pot face în mod satisfăcător față situației, în majoritatea comunelor urbane serviciul salubrității este încredințat unui personal tehnic ce nu posedă nici cunoștințe și nici experiență de inginerie sanitară. Iar gravitatea cea mai mare o constituie faptul că nici Ministerul Sănătății cu instituțiile în subordine, nu dispune de un serviciu de geniu sanitar, care să supravegheze și controleze competent, instalarea și funcționarea tuturor lucrărilor și uzinelor de salubritate publică, Ministerul Sănătății prin Institutele de Igienă și Sănătate Publică regionale, ar trebui să centralizeze și să aibă în evidență toate instalațiile de salubritate publică, indiferent cui le aparțin, să exercite un control permanent prin examinări de laborator și inspecții periodice obligatorii asupra modului de funcționare.

Progresul din domeniul urbanizării colectivităților și al industriilor, reclamă acest corp de specialiști. Au luat ființă în multe state, cu rezultate foarte bune. Medicul oficial chiar dacă este specializat în igienă nu poate să soluționeze problemele complicate de geniu sanitar din mediul urban, fiindcă cer pregătirea tehnică pe care nici el și nici inginerul nespecializat nu o posedă.



## Cum ar trebui construite dispensarele rurale

de

Dr. GH. D. DEȘLIU

Medic Igienist

Medic al Circumscripției Brezoi - Vâlcea

Astăzi, mai mult ca ori când, se impune o serioasă campanie de construcții sanitare în mediul rural.

În mediul rural se pot realiza înfăptuiri din cele mai utile, printr'o colaborare rodnică între autoritățile sanitare locale, autoritățile comunale și contribuția particulară.

Medicului de circumscripție îi revine în primul rând rolul de a lua inițiativa, stimulând toate energiile și ajutoarele locale.

În cadrul dinamismului care determină totul, principala atențiune trebuie acordată construcției noilor tipuri de dispensare rurale, care să corespundă la maximum cerințelor vremii.

La o populație de 12.700.000 locuitori avem: 1500 circumscripții rurale, cu 400 dispensare aparținând M.S.O.S., sau închiriate.

Dispensarul rural, cu scop curativ și preventiv, casă de sănătate sau ocrotire cum pe drept cuvânt poate fi denumit, este centrul de acțiune sanitară dela care se așteaptă foarte mult.

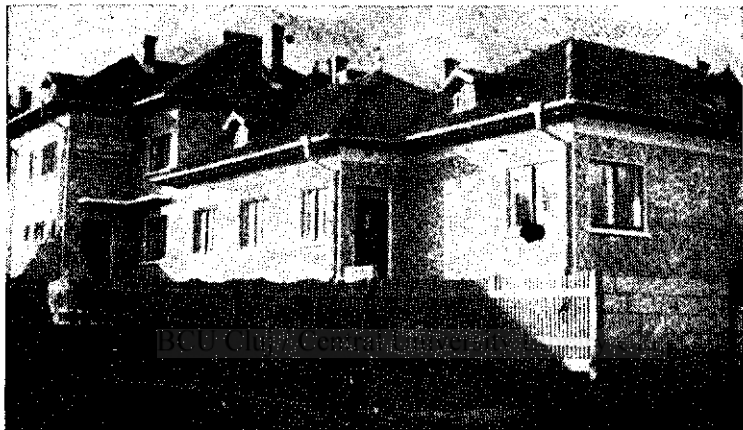
Majoritatea circumscripțiilor sanitare, nu dispun de un local care să corespundă intereselor sanitare, și starea aceasta cu improvizări de localuri închiriate, este în detrimentul sănătății publice.

Trebuie înființate, acolo unde nu există, instituții sanitare noi, și este necesar să fie transformate și adaptate cerințelor moderne, vechile dispensare. Direcțiunii Arhitecturii și Geniului Sanitar, din M. S. O. S., îi revine sarcina să studieze tipul cel mai perfect de dispensar, iar Statul, autoritățile locale, contribuția benevolă a locuitorilor și societăților industriale și comerciale, printr'o colaborare activă în timp de câțiva ani, vor înfăptui opere sanitare, care să facă cinste Țării noastre, să constituie o mândrie pentru Ministerul Sănătății, și mai ales să satisfacă scopul pentru care au fost create.

Propășirea sănătății publice nu poate fi făcută, dacă se încearcă prin jumătăți de măsuri, să se improvizeze instituțiile sanitare rurale, în case țărănești închiriate de zeci de ani.

Noi, care ne-am lovit pe teren de realități, solicităm Ministerului Sănătății să ne asculte glasul, să studieze această problemă și cât mai neîntârziat să se treacă la îndeplinire.

Nu se poate concepe, ca un dispensar rural, care este casa



Casa de Sănătate și Ocrotire din comuna Brezoi, jud. Vâlcea.

de sănătate a comunei, sau casa de ocrotire a celor sănătoși și bolnavi, să nu dispună de un local propriu având:

1. Dispensar medical pentru consultații compus din: sală de așteptare, sală de tratament, biroul medicului, biroul sorei de ocrotire, sală pentru laborator, diatermie, raze ultraviolete etc.

2. Baia și etuva de deparazitare și desinfecție, având o sală de desbrăcare, sala etuvei, sala de dușuri, sala de îmbrăcare, în prelungirea camerei unde se efectuează deparazitarea și desinfecția efectelor.

3. Maternitatea rurală, să fie prevăzută cu: o sală de fa-cere, un salon pentru lehuze și un salon pentru noi născuți; copiii vor fi aduși la mame, numai la timpul alăptării.

4. Locuință pentru medic, având: dormitor, sufragerie, cameră pentru copii, baie, bucătărie și cămară de alimente.

5. Locuință pentru sora de ocrotire: dormitor, sufragerie, bucătărie.

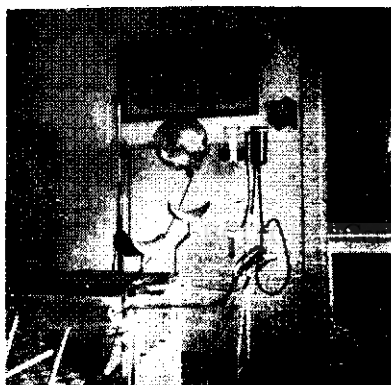
6. Locuința pentru femeia de serviciu: o cameră.

7. O sală pentru căminul de zi al copiilor.

8. O bucătărie de demonstrații. (Școală de gospodărie țărănească).

9. Un garaj pentru: mașină, trăsură, sau pentru adăpostirea cuptoarelor mobile de deparazitare.

Intregul local să fie înzestrat cu mobilier; cu un mic laborator, cu aparat de röntgen-diagnostic, cu lampă de quartz, in-



Sala de tratament.



Instalația dentară.

stalații dentare, iar mai izolat să se construiască o infirmerie pentru izolarea provizorie și tratarea la nevoie, a bolnavilor contagioși.

10. Localul să aibe subsol, care să constituie: magazia de lemne, spălătoria, magazia de efecte a bolnavilor, etc.

Lumina electrică, canalizarea, conducta de apă, constituie condițiunile esențiale care nu trebuie în nici un caz să lipsească.

Cele expuse mai sus, au fost înfăptuite de mine; am realizat o casă de ocrotire, după o muncă de câțiva ani, prin stimularea inițiativei locale, perseverând în muncă, și animat de dorința realizărilor pe terenul practic. Căci în clipa când organele sanitare superioare s'au convins că omului de inițiativă

și suflet, îi trebuie sprijinul material al Statului, pentru terminarea unei opere începute după un plan bine chibzuit și studiat, ele acordă sprijinul cerut.

Dacă medicului de circumscripție, precum și serei de ocrotire, li se pretinde să trăiască la sate, într'un mediu necorespunzător cerințelor intelectuale, având cele mai nobile misiuni; de a ocroti familia țărănească, de a preveni și trata boalele în vederea cuceririi și păstrării sănătății, atunci logic și omenesc este ca și acest personal să solicite dela Stat, un local corespunzător în care să poată trăi.

Medicul de circumscripție, nu-și va lega viața de circumscripție, atâta timp cât i se pretinde a locui cu familia în cel mult două camere, din clădirea dispensarului.

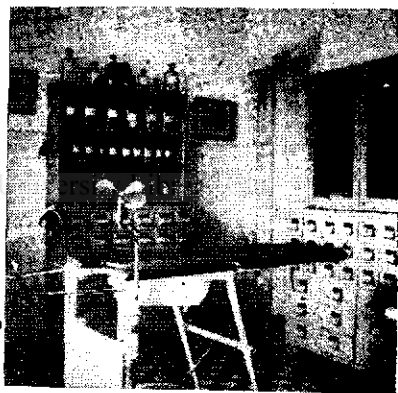
Lipsa de locuință corespunzătoare este factorul primordial care explică exodul către orașe al medicilor de circumscripții rurale, sau transferările din mediul rural în cel urban.

Cum poate pretinde medicul de circumscripție sătenilor să trăiască într'o locuință igienică, atâta timp cât el nu poate fi luat drept exemplu în comună?

Un medic, cu familie și copii, o soră cu aceeași situație familiară nu poate să trăiască într'o cameră, sau maximum două.

O casă de ocrotire sau dispensar, nu se poate limita la 5—6 încăperi și la firmă, pe care se scrie cu litere mari „Dispensar și Baie Comunală”.

Progresul nu constă numai în numărul mare de instituții sanitare, care va constitui preocuparea de viitor a Ministerului Sănătății, ci casele de ocrotire sau dispensarele ce vor fi construite, trebuie să corespundă caracteristicilor locuinței românești și în special scopului, pentru care au fost clădite.



Farmacia.

a) Clădirea să fie construită în centrul comunei, pe cel mai frumos teren.

b) Clădirea să fie retrasă dela drum, expusă cu fața la sud, în bătaia soarelui, ridicată mult dela sol.

c) Nu trebuie să-i lipsească: grădina de flori, o curte spațioasă și o grădină de zarzavat.

Defectele localurilor închiriate pentru dispensare au o necontestată consecință asupra sănătății personalului sanitar și familiilor acestora. Noi, care ne dăm seama de ce rol joacă locuința în viața omului, ea constituind un factor favorizant în diseminarea boalelor sociale, solicităm grabnică îndreptare a răului și personal eu fac câteva sugestii:

1. Casa de ocrotire sau dispensarul, cum ar trebui să fie denumit, să posede un număr suficient de încăperi, cu destinații precise.

2. Clădirea să satisfacă caracteristicile locuinței românești.

3. Medicii de circumscripții să stimuleze inițiativa locală, căutând în comună, un teren frumos și spațios, corespunzător construcției localului. Să formeze comitetul de construcție al dispensarului, care să întrunească pe: reprezentantul bisericii, al școlii, al primăriei, fruntașii comunei și pe cei mai harnici și avuți locuitori, cu ajutorul cărora să strângă fondurile locale și cât mai mult material de construcție.

4. Direcția arhitecturii și geniului sanitar din Ministerul Sănătății să întocmească planul și devizele, să supravegheze lucrarea din punct de vedere tehnic, inzestrându-o cu instalații și aparate sanitare.

5. Ministerul Sănătății să acorde suma de complectare, pentru a se putea termina localul.

6. Serviciul Sanitar Județean să repartizeze sumele date de Ministerul Sănătății, numai localurilor care se pot termina în anul bugetar în curs.

7. Metoda de a se repartiza subvenții anual pentru construcția localurilor la mai multe circumscripții deodată, trebuie părăsită. Trecutul a dovedit că în județele unde într'un an s'au început mai multe clădiri, din cauza fondurilor insuficiente acordate de Ministerul Sănătății și repartizate de Serviciul Sanitar Județean, rezultatul n'a fost cel dorit. Ani dea-

rândul, au stat clădiri începute, neterminate și inutilizabile, din lipsă de fonduri.

Dacă în fiecare an, un Serviciu Sanitar Județean, ar construi și termina o casă de sănătate sau ocrotire, într'o perioadă de 20 ani, toate circumscripțiile județului respectiv, ar poseda localuri proprii și corespunzătoare.

Intotdeauna s'au găsit motive pentru a scuza situația reală, rea, a instituțiilor sanitare rurale: criza financiară, lipsa fondurilor, a materialelor, a brațelor, greutatea ce survin în timp de război și cele post-belice. Toate acestea, să nu mai constituie bariere în fața cărora trebuie să ne oprim, gândindu-ne la multiplele probleme sociale care așteaptă urgente soluționări.

Adevărul trebuie mărturisit: fără muncă și din nimic, nu se poate crea ceva.

Dacă și în viitor se vor aplica aceleași metode, pe nimeni să nu surprindă, că la țară avem un mic număr de medici, iar medicii de circumscripție nu vor să stea în mediul rural, pentru care motiv, mortalitatea infantilă e mare, de asemenea morbiditatea și mortalitatea generală, prevenirea boalelor și ocrotirea mamei și copilului este și rămâne dezastruoasă; aceasta ca o consecință a faptului că deși s'a vorbit și s'a scris mult despre soluționarea problemelor care interesează situația medicilor de circumscripție, a surorilor de ocrotire, construcția instituțiilor sanitare rurale, dela primul război mondial și până azi, Țara noastră are numai 400 dispensare, aparținând Ministerului Sănătății, dintre care majoritatea sunt închiriate. (Extrase din articolul Prof. Bagdasar în Revista Sănătatea Nr. 4 din 15 Decembrie 1945).

Ne întrebăm, cum trăesc restul de 1100 medici de circumscripții, destul de insuficienți ca număr, pentru lumea satelor noastre, care în lipsă de localuri proprii ale Ministerului Sănătății își au instalate serviciile sanitare în casele țărănești, totul reducându-se la 3—4 camere, și această stare datează de ani de zile, de când sunt închiriate?

După datele extrase din articolul sus citat al fostului Ministru al Sănătății, se oglindește următoarea situație reală: 5260 medici profesează la orașe, dintre aceștia 3115 sunt nu-

mai în București, iar ca să vegheze asupra sănătății populației rurale, rămân numai 1500 medici.

Pentru a se realiza cele spuse mai sus și a se remedia în parte situația medicilor de circumscripții rurale, este nevoie de o puternică și susținută acțiune, precum și de importante sume, trecându-se imediat la fapte.

---

## CRONICĂ

În „Buletinul Sănătății și Ocrotirilor Sociale“, N-rii 1—9 din 1946, D-nii Dr. I. Alexa și Dr. C. Anghelescu, în colaborare cu D-nii Dr. Polovrăgeanu și August Ștefănescu, publică o interesantă și valoroasă lucrare intitulată: „Problemele fundamentale ale sănătății publice rurale din România“. Lucrarea care a apărut și în extrase separate, având 260 pagini, a fost inspirată, după mărturisirea autorilor, de constatarea evoluției dezastruoase din ultimii ani a sănătății publice din mediul nostru rural, care impune în mod categoric și imperativ înfăptuirea neîntârziată a unei reforme radicale, a organizației sanitare românești.

Studiul publicat are trei părți și anume: o parte în care se înfățișează evoluția și situația actuală a principalelor probleme sanitare și de ocrotire ale mediului rural; o parte în care se descrie organizația sanitară rurală de care dispunem și se arată activitatea pe care o desfășoară și o parte în care se schițează normele generale de reorganizare sanitară.

*In partea I-a*, ilustrată cu numeroase tablouri și grafice, se arată evoluția mortalității generale și se insistă asupra principalelor cauze de deces care determină cifra extrem de ridicată a mortalității noastre generale. Se arată apoi morbiditatea prin boli infecțioase și sociale, precum și aceea prin alte cauze și se trag concluziile tragice care se impun din bilanțul nostru demografic deficitar.

*In partea II-a*, autorii ne înfățișează organizația sanitară rurală de care dispunem și activitatea foarte redusă și ineficace pe care o depune. Se insistă asupra lipsei de randament și eficiență a activității sanitare rurale și se arată cauzele acestei ineficiențe, care rezidă în: numărul prea redus de medici; pregătirea lor profesională insuficientă, îndeosebi în domeniul preventiv; lipsa unci activități sistematice bine organizate și bine îndrumate din punct de vedere tehnic; dotarea insuficientă a prea puținelor instituții sanitare și de ocrotire din mediul rural; numărul prea mic de personal sanitar și de ocrotire auxiliar și în fine, standardul de vicață prea scoborât al populației rurale. Se insistă și asupra rolului spitalelor mixte și de specialitate și asupra cauzelor randamentului redus al laboratoarelor de igienă. Se arată cu cifre și date deficiența factorului locuință din mediul rural, insuficiența calitativă a alimentației populației rurale și situația defectuoasă

a aprovizionării cu apă potabilă a localităților rurale. Ca încheiere se face o comparație a stărilor din mediul rural al *Belgiei* cu acelea din țara noastră, pentru ca să se evidențieze și mai bine drumul lung pe care mai trebuie să-l facă de aici înainte serviciul nostru sanitar rural.

*In partea a III-a a lucrării*, după ce se arată concepțiile actuale asupra sănătății publice și recomandările conferinței internaționale de igienă rurală privitor la organizarea și activitatea sanitară din mediul rural, ni se prezintă un plan de *reformă sanitară* având o etapă de *punere în funcție normală a instituțiilor sanitare existente* și o altă etapă de *reorganizare și amplificare a serviciului sanitar public*.

*In partea finală a lucrării* se tratează pe scurt problema *aprovizionării cu medicamente* a populației, insistându-se pentru regimul respectiv de acordare a farmaciilor, Statul colaborând în mod folositor cu farmaciile particulare.

*In privința finanțării organizației și activității sanitare* se insistă cu multă dreptate, pentru *unificarea fondurilor sanitare* într'un singur buget sanitar, acela al Ministerului Sănătății și pentru *afectarea unei cote de cel puțin 15% din bugetul general al Statului* pentru scopuri sanitare și instituirea unui impozit sanitar special.

\* \* \*

Lucrarea D-lor Dr. Alexa și Dr. Anghelescu este bine venită, ea arătând printr'o bogată documentare situația extrem de gravă a sănătății publice din mediul nostru rural, și indicând o serie întregă de măsuri și mijloace de îndreptare. O vor citi și o vor consulta cu folos nu numai medicii, ci toți aceia care se interesează de problemele vitale ale sănătății publice românești.

Dr. I. S.

*Combaterea malariei în Valea Tennessee.* Vasta acțiune de planificare economică realizată în Statele Unite prin Comisiunea Văii Tennessee (afluent împreună cu Ohio al fluviului Mississippi), s'a extins pe o regiune de 104.000 kmp., având ca scop ridicarea standardului de viață al locuitorilor, prin punerea în valoare a tuturor resurselor naturale, care în mare parte erau amenințate de pustiire. Cauza principală a decăderii acestei văi era apa, prin inundații catastrofale, spălări de soluri arabile, desgoliri de coaste etc. Spre a putea curma această acțiune distructivă a apei, se impunea aplicarea unui control asupra ei. În mai puțin de 10 ani, 21 de baraje, care au necesitat 87 milioane mc. de beton armat, au reușit să stăpânească apele, reținându-le și permițându-le scurgerea numai în măsura dictată de interesele economice.

Dar toate aceste lacuri de baraje au sporit o calamitate care exista deja într'o măsură destul de mare: malarie. Comisia acestei văi are o adevărată armată de experți între care în sectorul igienei funcționează un malarilog cu echipe de ajutoare, laboratoare, puncte de observație, aparatura și materialele necesare combaterii anofelului. Lacurile de baraj având o suprafață



totală de 2500 kmp. cu un perimetru de multe mii de km., nu se puteau aplica numai metodele curențe. S'a întocmit deaceia un program întins de luptă antimalarică sub conducerea unor malariologi distinși, care în 1944, după cum afirmă dl. Lilienthal, președintele comisiei (T.V.A.), a făcut progrese remarcabile.

Printre metodele interesante puse în practică de acești specialiști este următoarea, bazată pe prezența larvelor de anofel în apa puțin adâncă de pe malurile lacului și pe faptul că aceste larve se disting în 24—48 ore, dacă li se schimbă brusc condițiile de viață, fiind sustrate mediului acvatic favorabil lor. În cazul lacurilor de baraj această condiție poate fi ușor realizată deschizând porțile barajului și reducând repede nivelul apei. În anii ploioși această risipă de apă, reprezentând o energie potențială, poate fi suportată, dar în anii secetoși, care sunt și cei mai favorabili dezvoltării țânțarilor, metoda implică dezavantajii economice. Un astfel de an critic a fost 1942. Seceta din acel an, oferind bune condiții de dezvoltare pentru larve și mărinde pericolul răspândirii malariei, a determinat pe malariologi să ceară scăderea nivelului apei. Cum însă industria de războiu reclama o producție maximă de energie electrică, uzinele au protestat împotriva aplicării acestei metode. Soluționarea s'a făcut prin intensificarea observațiilor pe teren ale malariologilor, care urmăreau zilnic dezvoltarea anofelului pentru a prinde momentul critic, astfel ca o scădere mai redusă a apelor și o expunere mai scurtă să fie suficientă pentru distrugerea lor. Prin această adaptare a metodei de combatere s'a evitat pericolul și în același timp risipirea energiei hidraulice.

Pe Câmpia Transilvaniei, unde există bălți de baraje naturale formate prin alunecări de coaste, cum este de ex. la Suat în jud. Cluj, unde apele urcă în curtea locuitorilor și o mare proporție a acestora suferă de malarie, credem că s'ar putea aplica metoda aceasta pentru distrugerea țânțarilor. Dacă nu se face o asanare completă a acestor bălți prin drenare (ceea ce uneori nu este posibil din cauza pantei de scurgerea prea reduse), atunci în perioadele critice pentru larve s'ar putea urca nivelul apelor cu ajutorul unor baraje mici, pentru ca mai târziu să se scadă, lăsând larvele fără apă și expunându-le la distrugere. Credem că acumularea apelor, ridicând nivelul cu 20—30 cm. în perioada premergătoare celei critice pentru larve, este posibilă din punct de vedere tehnic și nu vedem niciun motiv ca ea să nu dea rezultate și din punct de vedere malariologic. O strânsă colaborare între tehnicienii chemați a lucra pe teren în acest domeniu ar putea contribui la stingerea focarelor existente de malarie.

Ing. I. R.



## CONȚINUTUL VOLUMULUI AL XVII-LEA DIN 1946

	Pag.
<i>Ardeleanu, I.</i> : Probleme de geniu sanitar în lumina epidemiilor de febră tifoidă	174
<i>Cosma, I.</i> : Instituțiile spitalicești de stat	166
<i>Deșliu, Gh. D.</i> : Cum ar trebui construite dispensarele rurale	188
<i>Lupu, O.</i> : Servicii de igienă și ocrotiri sociale în mediul industrial	154
<i>Moldovan, I.</i> : Concepte din domeniul igienei	1
<i>Moldovan, I.</i> : Proiect de regulament pentru organizarea și funcționarea plășilor sanitare	77
<i>Nestor, I.</i> : Spre o reformă a învățământului medical în România	125
<i>Nistor, P.</i> : Note asupra problemei așezării medicilor la sate	140
<i>Râmneanșu, P.</i> : Universități americane	27
<i>Râmneanșu, P.</i> : Aprecierea stărilor de subnutriție cu teste fiziologice	73
<i>Râmneanșu, P.</i> și <i>Anghelescu, C.</i> : Problema alimentelor protectoare în alimentația țăranilor din România	116
<i>Stoichiția, I.</i> : Educația spre igienă și sănătate	7
<i>Stoichiția, I.</i> : Cursuri pentru pregătirea și perfecționarea medicilor sanitari	133
<i>Sulică, M.</i> : Incercare de sinteză a legilor vieții	50
<i>Tîrnică, R.</i> : Raport de activitate al Serviciului Sanitar din Municipiul Arad pe anul 1945	131
<i>Cronică</i>	194