

**SUBSECȚIA EUGENICĂ ȘI BIOPOLITICĂ A „ASTREI“**

---

---

# **BULETIN**

## **EUGENIC ȘI BIOPOLITIC**

**Vol. V.**

**BCU Cluj**      **Iulie 1934.**      **University Library Cluj**

**No. 7.**



**I. MOLDOVAN: Igiena națiunii — biopolitica.**

**Dr. M. ZOLOG și Dr. O. COMȘIA: Consultațiunile prenuptiale și  
certificatul prenuptial.**

**I. MOLDOVAN: Modificarea legii sanitare și de ocrotire.**

**Dr. M. ZOLOG: Organizarea Institutelor de Igienă și Sănătate  
Publică.**

**I. MOLDOVAN: Revizuirea medicilor.**

**Dr. P. RĂMNEANȚU: Mișcarea populației în câteva state.**

**Dr. I. FĂCĂOARU: Originele științei eugenice.**

## Igiena națiunii — biopolitica

### I.

I. MOLDOVAN.

Reluăm firul publicațiunii noastre eugenice și biopolitice după o pauză de peste trei ani. În acest răstimp problemele, cari ne preocupă, au ieșit din faza lor de studiu și experimentare izolată, au încetat de a interesa numai oamenii de laborator, biologii sau pe câțiva realizatori înocșneși și au intrat încoșebi în Italia și Germania între preocupările oamenilor de stat, ca principii hotăritoare de guvernare și de organizațiune socială. Sub amenințarea comunismului, distrugător al forțelor biologice, și a prăbușirii natalității, sub amenințarea declinului numeric și calitativ, a pierderii deci a celor mai hotăritoare forțe pentru asigurarea viitorului, problema chivernisirii optime a capitalului om, prezent și viitor, a fost ridicată la rangul unei doctrine politice, hotăritoare deja pentru organizarea vieții obștești în unele țări. Asistăm deci la un prim atac contra suveranității politice economice, singură hotăritoare înainte pentru organizațiunea statelor.

Imboldul pentru această reacțiune explozivă, trebuie să mărturisim, nu l'au dat atât rezultatele cercetărilor, cari au dovedit în mod indiscutabil valoarea eredității, a variațiunii și selecțiunii, pentru forța de afirmare și de rezistență a generațiilor viitoare, valoarea calității și a forței numerice a cetățenilor pentru existența statelor. Rezultatul acestor cercetări a servit doar pentru justificarea ideologică și științifică a reacțiunii asupra materialismului exagerat și asupra îngrijorătoarei reduceri a natalității cu perspectiva tristă a dominațiunii celor inferiori, a prăbușirii și a neamurilor și a țăriilor în suferință.

Dar asistăm nu numai la un reviriment al ierarhiei normelor politice, ci și la conturarea tot mai precisă a unei noi concepții de viață, care pune în centrul preocupărilor omești: omul, familia, neamul, curentul de viață dcterminat în

ființa lui prin patrimoniul biologic al trecutului, și mergând spre viitorul îndepărtat prin noile vicți pe cari le creiază necontentit. Când aceasta concepție de viață va determina prin îndatoririle și răspunderile pe cari le impune, nu numai acțiunile guvernelor, ci gândurile și faptele fiecărui fiu al neamului, când nu prin legi impuse, ci prin poruncile sufletului fiecăruia se vor integra disciplinat toate cugetele și acțiunile spre un singur scop, prosperarea neamului, abia atunci evoluția ascendentă va fi asigurată. Iar poporul care va accepta întâi acea concepție de viață și se va lăsa condus de percepțiile ei, va fi primul între popoare.

Aplicarea indicațiunilor eugeniei și biopoliticei, este încă la începutul ei. Și acest început ne dovedește, că eugenia așa cum a fost concepută și definită inițial, nu corespunde intru toate exigențelor realității; problema sporului numeric al generațiilor viitoare a trebuit să i-se atașeze, să o completeze în mod esențial, problema educațiunii eugenice a trebuit să fie ridicată pe primul plan, măsurile eugeniei negative (sterilizarea sau izolarea defectivilor) și ale eugeniei pozitive (stimularea natalității celor cu calități creditare superioare) pierzând întrucâtva din importanța holăritoare, care li s'a atribuit înainte. Și peste aceste exigențe și măsuri de ordin eugenic și demografic, cari vizează viitorul, tot mai mult se afirmă necesitatea, de a da generațiilor actuale posibilitatea de validitate în raport cu zestrea biologică, a fiecăruia, printr'o organizațiune de stat și socială bazată în primul rând pe capacitatea biologică, mintală, sufletească și fizică a cetățenilor și îndreptată spre ridicarea nivelului biologic al acestora.

Pentru aceste principii vom milita din nou, așa cum am făcut-o de mai mult de un deceniu încoace, și Asociațiunea noastră, care a acceptat în adunarea generală din Zalău, înainte cu 8 ani, principiul biopolitic ca normativ pentru activitatea ei culturală, va continua să-și pună toate energiile, de cari dispune, în serviciul prosperării etnice a neamului nostru și a afirmării tot mai hotărâte a principiului biopolitic în organizațiunea noastră de stat și socială.

## Consultațiunile prenuptiale și certificatul prenuptial.

*Agr. Dr. ZOLOG M. și Dr. COMȘIA O.*

Problema selecțiunii umane a încetat de a mai fi un „deziderat utopic” formulat de biologul sau geneticianul vizionar. Ea a început să se încetățenească în conștiința factorilor răspunzători de conservarea biologică, etnică și culturală a rasei sau a națiunii.

O selecțiune e necesară, din motivul că progresul societății umane a anihilat până la desființare eficiența forțelor selective ce operau asupra societății primitive sau antice. Astfel, selecțiunea naturală ce dirijează evoluția ființelor vii dealungul milenilor, abia mai vine în considerare când e vorba de selecțiunea indivizilor în mediu civilizat. Natura, e desigur cea mai eficientă forță selectivă. Însă legile ei aspre nu se adresează tuturor ființelor cu o egală vigoare; pe cele inferioare le stăpânește cu ușură; pe măsură ce ne ridicăm însă în scara zoologică, pe măsură ce se diferențiază instincte, rațiuni și sentimente, natura pierde din valoarea ei selectivă. A lăsa ameliorarea genului uman pe seama selecțiunii naturale, după cum pretind unii evoluționiști, ar echivala cu un regres iar nici decum cu o evoluțiune.

Nici selecțiunea instinctivă nu poate fi atrasă în serviciul selecțiunii umane. Instinctul părintesc, binefacerea și caritatea cari au activat și activează în cadrele acestei selecțiunii, nu pot duce decât la ameliorări lente și întâmplătoare a genului uman, a rasei și a națiunii; dar aceste ameliorări nu sunt ele oare amplu contrabalansate de ocaziunea la procreare a defectivilor, protejați și încurajați de mila colectivă? Astfel selecțiunea instinctivă cumulează valori negative, ea purtând o parte din vina perpetuării defectivității umane.

Selecțiunea socială e tot atât de inoperantă în procesul de ameliorare a stocului uman. Mediul nostru social nu promovează întotdeauna ascensiunea valorilor. Elemente bine dotate sunt silite să cedeze terenul în favoarea mediocrilor și a submediocrilor avantați de legături politice sau dispunând de resurse financiare. Bolile și războaiele cari în trecut protejeau pe cel viguros, azi îl distrug, în timp ce conservă elementele defective, echivoce, sau lase, cari, procreind nestânjenite, perpetuează inferioritatea dealungul generațiilor ce vin.

Oprirea degenerării stocului uman, conservarea sau ameliorarea calităților de rasă, conservarea națiunii, nu poate fi atinsă decât printr-o *selecțiune rațională*. Dar aplicarea riguroasă a acestei formule actualizate de selecțiunea umană, întâmpină încă o serie întregă de dificultăți, mai ales de ordin tradițional și sufletesc. Instinctele noastre, educațiunea și sensibilitatea noastră, refuză primirea necondiționată a tuturor axiomelor eugenice.

Și dacă principial suntem de acord asupra favorizării elementelor bine dotate, ezitam în fața ideii de a extermina pe toți cei nepotrivii cu progresul social, cu idealul biologic al rasei și progra-

mul conservării națiunii. Omuciderea intenționată nu e rezervată decât câtorva cazuri cu totul particulare: decapitarea asasinului și cloroformizarea monstrului. S'ar putea ca societatea viitorului să admită totuși suprimarea fără nicio rezervă a tuturor acelor care se opun ameliorării confortului social sau aspirațiunilor la perfecțiunea biologică a genului uman. Această perspectivă, nu tocmai în armonie cu sufletul nostru de oameni, ne impune să cultivăm de pe acum, cu mai multă intensitate și conștiință, spiritul preventiv. Pentru ce să ucidem pe cei rău dotați când mijloacele de a împiedeca perpetuarea defectivității stau în mâinile noastre? Și după cum idealul în medicină e prevenirea boalelor și numai în al doilea rând tratarea lor, tot astfel aspirațiunea societății la idealul biologic ar evolua mai bine în granițele spiritului preventiv: procedul e mai dulce, rezultatul mai rapid și mai presus de toate, mai uman.

Americanul *Ritchie*, a sugerat încă în anul 1893, ideea excluderii țarașilor dela procreare, printr'un sistem complex de măsuri eugenice, cerând între altele și introducerea certificatului medical pentru candidații la căsătorie. Scopul ar fi pe de o parte împiedecarea dela procreare a țarașilor, iar pe de alta, transmiterea nemodificată a unei bune plasmе germinale dealungul șirului de descendenți.

E desigur în interesul viitoarei familii și în interesul colectivității, ca încheierea unei căsătorii să nu fie abandonată întâmplării, prejudecăților, convențiunilor, sau bunului plac, ci să fie pusă sub controlul conștiinței nu numai a individului ci și a grupului colectiv și al oficialității. Familia nu e numai o unitate socială ci și o unitate biologică, sănătatea ei va sta deci în centrul preocupărilor de selecțiune umană. Persoanele ce se află în pragul întemțierii unei familii, cunosc prea puțin, în marea majoritate a cazurilor, datorită lor de viitori soți și soții și. sunt prea puțin pătrunși de importanța socială și biologică a unei familii normale. Greșelile ce pot decurge din această stare de lucruri nu duc numai la o neșansă privată, ci iau adeseori, proporții de crimă la adresa posterității. De aceea, consultațiunile prematrimoniale făcute de un medic competent sau făcute în instituțiuni oficiale, au ajuns într'o fază foarte apropiată de o realizare practică.

Stabilirea validității pentru căsătorie nu este întotdeauna ușoară. Lucrurile se petrec în general mai simplu numai atunci, când e vorba de solicitanți cu tare nervoase ereditare având un caracter dominant simplu. Dacă ambii părinți prezintă o astfel de dispozițiune dominantă, toți copiii născuți din dânșii vor fi defectivi. Din doi coreici, se vor naște coreici în 100% a cazurilor. Chiar dacă unul, din părinți e sănătos, șansa degradării descendenților nu coboară sub cifra de 50 p. 100. Prognosticul asupra valorii descendenților e simplu în toate aceste cazuri și deciziunea noastră, promptă. Inșă aceste cazuri atât de schematicе, sunt extrem de rare, și deci importanța lor eugenică e practic redusă. Lucrurile vor fi mult mai dificile în cazul unei dominante neregulate a tarelor; aici prognosticul nu poate fi decât aproximativ, căci reeditarea defectivității în descendență e supusă fluctuațiunilor sau saltă peste generațiuni întregi.

Când tarele se transmit ca o dispozițiune mendeliană recesivă, (surdo-mutitate, epilepsie, psihoză maniaco-depresivă) știm precis că, atunci când ambii părinți au aceste caractere, toți copiii lor le vor primi recesiv; când ambii părinți sunt surdo-muți, defectul lor se va reproduce la toți copiii. Când unul din părinți e lipsit de această tară, copiii vor fi încărcăți din punct de vedere ereditar, fără ca defectul să devină aparent; însă procrearea între două persoane, ambele cu ereditatea astfel încărcată, va reproduce din nou, defectul hunicilor.

În cazul dispozițiunilor ereditare legate de sex, noi cunoaștem cu precizie legile după cari se transmit defectele din această categorie; astfel prognosticul pe care-l facem în ceea ce privește transmiterea daltonismului sau a hemofiliei va fi 100 la 100 exact.

În deciziunile ei, consultațiunea prematrimonială va trebui să se orienteze, întotdeauna după frecvența în care apar în descendență aceste defecte cu înfățișare ereditară. Ea nu va putea desconsidera însă nici gravitatea tarelor; astfel o tară dominantă, se va aprecia cu mai multă severitate decât alta de aceeaș gravitate, însă recesivă; totuși o tară recesivă gravă (surdo-muția) va obliga mult mai mult decât alta dominantă, însă de o mai mică importanță.

Cât privește căsătoria consanghină, pericolul constă în probabilitatea unui aport bilateral de tare recesive; astfel, prezența unei tare tradusă în termeni de schizofrenie, epilepsie, debilitate mentală și alte psihopatii recesive la o rudă apropiată, e un motiv care impune medicului descurajarea, prin toate mijloacele, a încheierii unei căsătorii consanghine. În acelaș timp, doi consanghini normali, nu vor tara nici când descendența; incestul prin el însuși nu poate fi făcut responsabil de geneza unor tare noi.

Din moment ce recunoaștem importanța capitalului biologic, pentru rasă și națiune, trebuie să ne gândim serios la posibilitatea excluderii sau restrângerei dela căsătorie a tuturor acelorora a căror descendență eventuală ar altera fizionomia biologică a societății de mâine, ar sta în calea progresului, ar cădea în sarcina colectivității sau ar fi elemente inutile pentru viitorul rasei sau al națiunii. Astfel, coreea, schizofrenia, epilepsia, deficiența mentală ereditară, psihoza maniaco-depresivă, surditatea ereditară, orbirea ereditară, defectele fizice grave cu caracter ereditar, alcoolismul grav și toxicomaniile grave vor fi totatătea defecte, a căror prezență trebuie să excludă dreptul la căsătorie. Trebuie să se ia măsuri pe de altă parte, ca și persoanele normale să evite căsătoria cu o persoană tarată. Evident că nime nu se va gândi să-și alcagă drept partener conjugal, o persoană purtând o tară incompatibilă. Însă tarele mai neînsemnate în aparență și totuși practic extrem de grave, nu pot fi evitate de omul profan, căci acesta nu le cunoaște și deci nu le poate observa. Dar nu numai atâta, o persoană cu delir de grandoare va putea face uneori o impresie favorabilă în anumite cercuri puțin culte sau, credule; aureola de superioritate, de bogăție sau glorie, în care știi să apară aceste persoane, poate avea cu ușurință rolul unei curse ce ar prinde ireparabil o inimă de femeie. Tot astfel firea tăcută, paloarea frunții și tristețea ochilor unui melancolic, e inter-

pretată adeseori ca un caracter de distincție, de inteligență și bună-tate, după cum veselia și spontaneitatea plăcută a maniacului în remisiune, pot face din aceștia, indivizi căutați și apreciați. O față cu grave dispozițiuni isterice, e adeseori mai anturată decât o congeneră de a ei normală; neastâmpărul și verva ei, instabilitatea preferințelor și a pasiunilor ei, aureola ei de „farmec ne'nțeleș” cum o numește poetul, leagă adeseori și distruge. Noi, putem fi în general de acord asupra faptului că „la donna e mobile”, însă când mobilitatea depășește limita normală, validitatea pentru mariaj trebuie bine chibzuită. Indicația mariajului ca „tratament” al isteriei grave, cum se făcea în trecut sau cum o mai fac și astăzi încă unii confrăți, trebuie considerată ca un inadmisibil act disgenic.

Aceste cazuri de psihopatie, precum și altele, vor trebui apreciate cu multă rezervă, căci invaliditatea lor, în ceea ce privește căsătoria e în majoritatea cazurilor absolută; excepțiunile și-ar afla justificarea numai atunci, când psihopatia s'ar solidariza cu superioritatea intelectuală sau genialitatea.

Depistarea acestor cazuri nu e întotdeauna ușoară: în timpul remisiunilor, psihopații nu pot fi deosebiți de persoanele normale. Dat fiind însă caracterul ereditar al maladiei, o anchetă printre rudele consanghine, va putea aduce date suficiente în sprijinul deciziunii medicului.

Alcoolismul grav și toxicomaniile grave, vor fi alte motive cari compromit aptitudinea pentru căsătorie. Abuzul etilic, pentru a nu lua decât pe acesta, aduce pe lângă neșansa privată, și ruina economică a familiei, provocând în acelaș timp alterări ireparabile a plasmii germinale, alterări cari persistă și după încetarea abuzului. Chiar simpla procreare într'un moment de beție (deci alcoolism acut) poate duce la compromiterea calitativă a viitorului om. Sunt cunoscuți acei „copii de sâmbăta” din mediu muncitoresc, victime ale vagabondajului, ale desfrâului prococe și eroi ai faptelor diverse, concepuți în ziua ridicării salariilor, eveniment botezat conform vechiului obicei într'un exces de vin. Cu atât mai grave vor fi efectele disgenice la progenitura alcoolicilor inveterați. Astfel, clienții asistenței, clienții azilelor de boli mentale și clienții parchetului, se recrutează adeseori din această progenitură tarată. Dar nu numai atât, majoritatea abusivilor sufăr într'o măsură mai mult sau mai puțin accentuată de un defect psihic mai ales de ordin moral, iar **abuzul nu e decât forma exoterică a defectivității preexistente. Așa încât** îngrădirea libertății de a alege sau de a fi ales pentru căsătorie ar putea fi făcută și numai în urma acestui singur motiv.

Cât privește tuberculoza și ea poate fi un motiv de îngrijorare. Desigur că nu formele ei ușoare sau neinfecțioase, ci manifestările serioase cari amenință viața individului și sănătatea familiei. Astfel tuberculoza, ca dealtcum toate boalele infecțioase, mai ales cronice, suprimă libertatea la căsătorie pe întreaga durată a contagiozității.

Veneriile, constitue deasemenea un grup de boale, cari vor angaja în largă măsură conștiința medicului însărcinat cu aprecierea validității pentru căsătorie a foștilor sau a actualilor bolnavi. Ne-vărsările provocate de venerii sunt private, sociale și eugenice; ală-

turi de individ și de familie, ele degradează descendența numeric și calitativ. Sterilitatea produsă de gonoree la femei și bărbat, cifra urcată a mortalității infantile în mediu sifilizat, eliminarea din societate în plină maturitate profitabilă a celor cu manifestări nervoase ale boalei, dar mai ales numeroșii defectivi produși de ereditatea sifilitică, sunt totatătea motive cari ar justifica severitatea controlului. Cifra cu care participă gonoreea la daunele cantitative aduse societății și națiunii, e apreciabilă. Chiar și numai după o gonoree necomplicată cifră căsniciilor sterile sau cu un singur copil se urcă la 27 p. 100, epididimita monolaterală urcă aceeași procentuație la 37, iar epididimita bilaterală la 63, în timp ce procentuația sterilității „normale” nu depășește cifra de 7.

Lipsa spermatozoizilor în urma unei orhite gonoreice sa: terarea trompelor la femei datorită aceleiași infecțiuni, creează o stare de manifestă inapținutudine pentru căsătorie, căci fecunditatea e prima condiție pe care eugenia o impune familiilor normale. Un bărbat steril nu ar trebui să aibă dreptul de a se căsători cu o fată normală și nici femeia sterilă cu un bărbat normal. Impotriva căsătoriei între două persoane sterile, nu ar fi general nimic de obiectonat.

Sifilisul bine tratat nu poate constitui o contraindicație pentru mariaj; când fenomenele de boală nu au mai apărut în timp de doi ani și reacțiunea sângelui s'a negativat, individul poate dispune după plac. Sifilisul netratat exclude căsătoria, în timp ce sifilisul tratat insuficient sau tratat cu întârziere, ar trebui să limiteze mult libertatea la căsătorie. Aceste cazuri, chiar dacă nu ar fi periculoase pentru consortul sănătos, păstrează multe șanse de a degenera mai târziu în forme nervoase și mai ales de a țara progenitura.

Cât privește viața sexuală, trebui să fie și ea subiect de minuțioasă anchetă. Preferințele pentru acelaș sex sau perversiunile incompatibile, sunt în contradicție cu idealurile familiei normale.

Mai sunt desigur și alte fapte cari califică aptitudinea pentru căsătorie; din lipsă de loc vom trece însă peste acestea.

Cât privește partea legislativă a problemei, vom aminti numai că majoritatea țărilor civilizate dispun, de mult, de unele legi restrictive, pentru căsătoria anumitor categorii de indivizi: consanghini, minori, venerici. Legi cari să interzică mariajul celor cu defecte ereditare grave, s'au aplicat pentru întâia dată în țările scandinave (1755, 97 și 1815) apoi în Statele Unite ale Americii (1895—1909), extinzând apoi restricțiunile și asupra debilor mintali, epilepticilor și venericilor cari cad în sarcina asistenței publice. Dintre țările europene Suedia și Norvegia au fost primele (1915) cari au interzis căsătoria pentru defectivii psihici, debili mentali, epileptici și venerici.

Mai târziu (1913) unele State ale Americii extind interdicțiunea și asupra alcoolismului, a tuberculozei avansate și a cazurilor în conflict cu moralitatea publică.

În timpurile noastre există consultațiuni prematrimoniale la Viena (1922), la Amsterdam (1925), la Praga (1926), la Milano (1927), în Germania instituția consultațiunilor prematrimoniale a fost introdusă în mod oficial prin decretul dela 19 Februarie 1926, iar în-



introducerea lor se discută în majoritatea țărilor. Certificatul prenupțial nu e cerut decât în Norvegia, eliberat de către un medic ales de solicitant; restricțiunile legiferate de Turcia în 1921, pretind și ele un certificat prenupțial, însă numai dela venerici; Germania se află azi în pragul introducerii complete și legale a tuturor măsurilor cari amenință integritatea rasei.

În rezumat, trebuie să recunoaștem că înființarea instituției consultațiunii prematrimoniale ar fi binevenită și pentru țara noastră, organizată poate conform dispensariilor sau în cadrele lor sau în cadrele oficiilor de ocrotire, la oraș și a caselor de ocrotire la țară, să fie pusă în mod gratuit la dispozițiunea solicitanților benevoli. Introducerea certificatului prenupțial ar avea desigur o importanță fundamentală în opera de selecțiune a valorilor biologice. Introducerea lui la noi în țară, nu ar putea avea însă un caracter general; la orașe ar fi posibilă, însă în condițiuni rurale unde nu avem nici cel puțin posibilitatea executării unei reacțiuni Wassermann sau al unui control microscopic al secrețiunii uretrale, aplicarea legii ar comporta dificultăți excepționale. Ceeace putem face totuși și suntem obligați să facem, e intensificarea propagandei pentru ideea ameliorării stocului biologic al națiunii printr'un program complet în care igiena individuală, igiena colectivă și socială, eugenia și biopolitica să figureze ca noțiuni de primordială valoare. A infiltra în deprinderea fiecăruia practica principiilor de igienă și profilaxie, a deștepta în conștiința fiecăruia răspunderea față de sănătatea proprie, față de aceea a semenilor lui și mai ales față de sănătatea celor ce o să urmeze, vor fi tot atâtea condițiuni cari vor garanta păstrarea nealterată a patrimoniului ereditar și ameliorarea lui în descendență. Și atunci, introducerea certificatului prenupțial, va putea veni să dea forme legale, unei stări de spirit izvorâte din conștiința progresului social și a perfecționării biologice a neamului.

## Modificarea legii sanitare și de ocrotire.

### I.

*I. MOLDOVAN.*

În Monitorul Oficial Nr. 164 din 19. Iulie 1934 a apărut legea pentru modificarea legii sanitare și de ocrotire, cuprinzând o serie de dispozițiuni, cari atacă unele dintre principiile fundamentale ale legii din 1930. Era de prevăzut acest atac, pregătit din primul moment al promulgării legii, prezentate de apărătorii organizațiunii tradiționale ca hipermodernă, inaplicabilă, fantezistă, recerând miliarde pentru punerea ei în practică și alte miliarde anual pentru menținerea serviciului

reorganizat. Dispozițiunile modificatoare din 1934 pot fi deci considerate ca un prim rezultat al unor eforturi concentrate, al unor chibzuri îndelungate și ca reprezentative pentru concepția de organizare sanitară a adversarilor legii din 1930. Punând în discuțiune dispozițiunile modificatoare, dorința mea sinceră este, de a contribui la lămurirea acelor două concepții fundamental deosebite, la încetarea unei adversități, care împiedică progresul serviciului și munca liniștită a corpului medical azi dezorientat și în nesiguranță cadrelor de mâine, și care adversitate este principala piedică a solidarizării întregului corp medical în jurul unor principii de bază, cari ar trebui să fie susținute și realizate prin eforturi unite, indiferent de crezul politic sau de concepția personală ale fiecăruia.

De 15 ani luptăm pentru aceasta unire a corpului nostru medical în marile probleme ale sănătății publice, de 15 ani ne nizuim a convinge factorii hotărâtoro-nemedicali despre importanța problemei sanitare și despre necesitatea de a o situa între principalele preocupări ale guvernării, și trebuie să constatăm cu regret, că piedicile mari, cari au zădărnicit solidarizarea și progresul le-am întâmpinat nu atât între factorii extramedicali, ci îndeosebi între colegi. Și cine înțelege faptul, că noi medicii, certați între noi și lipsiți de autoritatea unei solidarități, care abia ea poate impune măsurile necesare, noi medicii suntem în primul rând responsabili de starea deplorabilă a sănătății noastre publice, va pricepe ușor, cât de necesară este înțelegerea între noi, și cât de salutară trebuie să fie orice încercare de a netezi adversități principiare. Odată aceste eliminate și importanța hotărâtoare a solidarității recunoscută, interesele și ambițiile personale, dușmăniile politice sau personale vor înceta de a domina toate acțiunile și de a zădărnici toate eforturile constructive.

Legea modificatoare desființează instituția medicilor igieniști. Concepția care a stat la bază acestei modificări, a fost aceea a „medicului unic“. După cât am înțeles este vorba de limitarea personalului medical al serviciului sanitar rural și urban la un organ unic, medicul de circumscripție, care el singur trebuie să îndeplinească toate obligațiunile atât preventive, cât și curative și administrativ-sanitare ale serviciului. Calificarea de bază a acestui medic este diploma de doctor în medicină, iar numirea se face după îndeplinirea unui stagiu de câte 3 luni într'un serviciu de boale infecțioase, obstetrică și pediatrie și trecerea unui examen de capacitate. Dintre

acești medici se recrutează în baza vechimei de 10 ani și trecerea unui concurs de selecționare medicii primari de județ (șefi de municipiu) și dintre aceștia din urmă, ca și din alte categorii de medici, în baza vechimei inspectorii generali sanitari. După aceasta concepție deci unic este medicul serviciului sanitar rural și urban, având atribuțiuni generalizate, unică este calificarea de bază, diploma de doctor în medicină, la care se adaugă vechimea în serviciu pentru a putea avansa în funcțiunile superioare, și unică este și filiera dela medicul de circumscripție, până la inspectorul general sanitar. O concepție incontestabil simplă, necomplicată, care mai are avantajul, că este veche, tradițională și nu cere nici cel mai mic efort pentru a fi înțeleasă de orișicine.

Dar dacă se ține cu atâta îndârjire la această concepție și se forțază reaplicarea ei, trebuie că este bună, mai bună în orice caz decât aceea a legii din 1930. Trebuie că în decursul atâtor decenii, cât ea a fost aplicată, a dat rezultate satisfăcătoare cel puțin, dacă nu excelente, că a contribuit la ridicarea nivelului sanitar al populațiunei, s'a arătat capabilă să prevină boli, să reducă mortalitatea generală și îndeosebi unele din mortalitățile parțiale, cum ar fi mortalitatea infantilă sau cea datorită bolilor infecțioase, ambele atât de sensibile la orice acțiune rațională de prevenire. Căci dacă n'ar fi așa și dacă alte principii de organizare s'ar fi dovedit mai eficace nu numai în alte țări mai avansate, dar chiar și la noi, perseverarea pe lângă organizațiunea tradițională înseamnă continuarea pierderii inutile de zeci de mii de vieți anual.

Or mortalitatea generală și îndeosebi mortalitatea infantilă au rămas în ultimile decenii aproape aceleași, reducerea mică, care se poate constata în orice caz nu se datorește eficacității organizațiunii sanitare tradiționale. Și dacă motivele pentru acest insucces — întrucât ne privesc pe noi medicii — sunt în mare parte de ordin general, ca îndeosebi dominațiunea preocupărilor curative în dauna celor preventive, și a rutinei administrative în contul competenței tehnice, nu este mai puțin adevărat, că și bazarea întregului serviciu sanitar descentralizat pe medicul unic, medicul de circumscripție, poartă vina situației de azi. Aceasta, desigur, nu din motivul că medicul de circumscripție în general nu și-ar face datoria, ci din cauza că oricare ar fi numărul acestor medici și oricare ar fi efortul, ce-l depun, ei nu pot să contribuie în mod hotărâtor la opera preventivă, singura capabilă să reducă progre-

siv și în mod accentuat mortalitatea. Pentru a putea contribui la acest rezultat, medicului de circumscripție îi lipsește — în condițiunile noastre — atât timpul cât și competența. El este și trebuie să fie în primul rând medic curativ și fiind aproape în toate părțile țării singurul medic rural, el trebuie să stea în primul rând la dispoziția celor suferinzi pentru diagnostic și tratament. În afară de intervențiunile curative oficiale și gratuite, el trebuie să-și vadă de clientela particulară, căci abia așa își poate asigura surplusul de câștig necesar existenței lui și a familiei lui în condițiuni atât de vitrege. Partea covârșitoare a zilei e deci absorbită de aceste preocupări curative. Ce îi mai rămâne din timp nu este nici pe departe suficient, pentru a-i permite o rodnică și sistematică activitate de prevenire. Pentru a duce la rezultatul dorit, se cere mult timp, căci nu este vorba numai de intervenții ocazionale în timp de epidemii, de vaccinările obișnuite și de consultațiuni în cazuri de boli sociale. O atenție permanentă, o grijă continuă, care cuprinde toată populația circumscripției și o urmărește în evoluția ei sanitară, o muncă continuă și sistematică, care cuprinde toate problemele igienei, o altă mentalitate preocupată de sănătatea publică mai mult decât de cea individuală și în sfârșit un alt fel de răspundere, toate aceste condițiuni trebuiesc îndeplinite, pentru a putea obține rezultatul dorit. În mod simuitan trebuie să se activeze în domeniul igienei prenatale, cuprinzând un procent cât se poate de mare al gravidelor, examinându-le periodic și aplicând în caz de nevoie tratamentul preventiv; în domeniul igienei infantile, preșcolare și școlare, luând sub control periodic și educativ aproape toți copiii, reparând la vreme defecte ivite, și luând din timp măsuri de prevenire; în domeniul boalelor sociale, depistând cât se poate de complect cazurile de tuberculoză și boli venerice, supunând la izolare și tratament pe cei bolnavi, pentru a-i elimina ca surse de infecțiune și luând măsurile preventive, pentru a opri răspândirea infecțiunilor; în domeniul profilaxei și combaterei boalelor infecțioase, asigurând diagnosticul etiologic, făcând ancheta epidemiologică pentru a cunoaște originea, filiațiunea, și răspândirea infecțiunilor prin bolnavi și purtători, urmărind sursele de infecțiune până la încetarea infecțiozității, asigurând desinfecțiunea continuă la patul bolnavului în cazuri de izolare la domiciliu, executând în cazul dat vaccinări, și pe lângă toate acestea îndeplinind obligațiunile obișnuite de declarare, izolare și desinfecțiune terminală; și în sfârșit în dome-

niile salubrității publice, educațiunei preventive, înregistrării și urmării stării și mișcării demografice și sanitare. Toate aceste obligațiuni preventive trebuiesc îndeplinite cu pricepere într'o muncă permanentă, susținută din inițiativa și competența proprie, și nu numai în baza regulamentelor și ordinelor primite dela superiori și prin rapoarte și procese verbale. Chiar dacă recunoaștem ca foarte important concursul, pe care il poate da la îndeplinirea acelor obligațiuni preventive personalul auxiliar sanitar și îndeosebi sora de ocrotire, este evident că medicul de circumscripție nu poate să se achite cu succes de toate îndatoririle preventive, cari îi revin.

Dar pentru îndeplinirea acelor obligațiuni se cere pe lângă timp și o competență tehnică specială, de care medicul de circumscripție nu dispune, îndeosebi nu, dacă calificațiunea lui de bază rămâne numai diploma de doctor în medicină. Invățământul medical abia răsbește să dea îstudentului cunoștințele necesare pentru a recunoaște și trata boli. Noțiunile de igienă pe cari le câștigă în timpul studiilor universitare sunt suficiente pentru colaborarea ocazională la opera preventivă, nu însă pentru conducerea și executarea precisă a măsurilor preventive acomodate cerințelor atât de variate. Stagiul de 9 luni cerut medicilor cari se prezintă la examenul de capacitate pentru posturi de medici de circumscripție, este clinic și nu sporește deci competența în domeniul igienei aplicate. Acest domeniu este vast, cunoașterea lui recere studii și experiență, tot așa ca și în domeniul medicinei curative.

Ar însemna desigur un progres, dacă s'ar condiționa numirea în posturi de medici de circumscripție de absolvirea precalabilă a unui curs de specializare în igienă. Dar, după toate cele expuse, nici prin aceasta măsură nu s'ar soluționa definitiv problema. Medicul de circumscripție tot medic curativ rămâne în primul rând și numai în condițiuni excepționale va putea satisface cu deplin succes exigențele ambelor categorii de activitate.

Cu atât mai puțin se poate remedia situațiunea prin sporirea medicilor de circumscripție în actualele condiții de recrutare. Oricât de salutară este această măsură din punct de vedere curativ, și nime nu îi poate nega valoarea în această direcție, ea nu va fi capabilă să reducă în mod simțitor mortalitatea. Dovada, că nivelul mortalității nu depinde numai de numărul medicilor curativi, ne-o oferă d. e. Banatul, unde, cu toate că avem un medic de circumscripție rurală la aproxima-

tiv 8000 locuitori, și dacă mai adaugăm și medicii particulari așezați la țară, aproximativ un medic curativ rural la 3000 locuitori, mortalitatea generală și îndeosebi cea infantilă e mai urcată decât aproape în orice parte a țării; mai mare, decât în unele regiuni, unde se află numai un medic la 20.000—30.000 locuitori.

Evoluția serviciului sanitar merge spre desființarea instituției medicilor de circumscripție în forma lor de azi. Este adevărat, că noi suntem încă foarte departe de acel stadiu de evoluție, dar e firesc, ca așa să fie; căci odată cu ameliorarea posibilităților de circulație și cu ridicarea standardului de viață la țară, pătrund tot mai mulți medici particulari la sate, cari vor prelua cu timpul în mod integral practica medicală și, contra unei remunerații reduse, și sarcinile oficiale curative și preventive, pe cari le îndeplinesc azi medicii de circumscripție. Și atunci, când ne gândim cu deplină răspundere la ridicarea sănătății noastre publice, la obligațiunea noastră de a păstra muncii productive atâtea zeci de mii de vieți, pierdute anual în mod inutil, la ameliorarea deci a bilanțului nostru biologic, hotărîtor pentru evoluția noastră ca neam și țară, evident, că va trebui să ne conformăm indicațiilor categorice ale științei, experienței și îndeosebi ale realității dela noi. Căci altfel răspunzător de risipa continuă de vieți rămânem noi medicii români, cari certându-ne, ne uităm de rostul nostru, și responsabilă rămâne și conducerea sănătății publice, care nu urmează calea cea mai sigură, singura cale posibilă, pentru ameliorarea unei deplorabile stări sanitare, unică și ea în felul ei.

---

## **Organizarea Institutelor de Igienă și Sănătate Publică.**

*Agregat Dr. M. ZOLOG.*

Secția de Igienă a Societății Națiunilor a publicat în anul 1930 un „Rapport sur les travaux des conférences de directeurs d'écoles d'hygiène, tenues à Paris, du 20 au 23 Mai 1930 et a Dresde, du 14 au 17 Juillet 1930, avec un mémorandum sur l'enseignement de l'hygiène dans certains pays d'Europe“.

Acest raport poartă numărul oficial: C. H. 888. Introducerea raportului este făcută de regretatul Dr. Leon Bernard, fost profesor de clinică de tuberculoză la Paris și președinte a comisiunii pentru învățământul igienei și medicinei preventive din Secția de Igienă a Societății Națiunilor. Memoriul asupra învățământului igienei în diferite țări din Europa a fost întocmit de Dr. Carl Prausnitz, profesor de igienă la Breslau.

Data fiind autoritatea indiscutabilă a instituției care a publicat acest raport, credem că concluziile la care s'a ajuns, interesează și cercurile sanitare dela noi, mai cu seamă în urma faptului că și la noi se pune problema intensificării învățământului în igienă și noi avem Institute de Igienă și Sănătate publică, cel din București, creat în anul 1927, cele din Cluj și Iași, create prin legea sanitară și de ocrotire din 1930.

La noi însă importanța acestor institute pentru organizarea sanitară a țării încă nu e pe deplin recunoscută, încadrarea lor în serviciul sanitar încă nu este perfectă, în urma părerilor diferite ce au avut conducătorii Ministerului sănătății dela înființarea lor și până azi.

Pentru a demonstra importanța și rolul acestor institute pentru serviciul sanitar, în cele ce urmează vom arăta la ce concluzii a ajuns Secția de Igienă a Societății Națiunilor referitor la scopul, organizarea și funcționarea lor.

În introducerea Prof. Dr. Leon Bernard face istoricul acestui raport. Comitetul de Igienă al Ligii Națiunilor încă în anul 1923 a adoptat propunerea Doctorului Chodzko, vicepreședintele comitetului, ca să se studieze învățământul igienei și medicinei sociale, la diferitele universități din Europa, America și Japonia.

Ca urmare a acestei hotărâri s'a înființat o comisie permanentă însărcinată cu acest studiu: „Commission de l'enseignement de l'hygiène et de la médecine préventive“, având ca președinte pe Prof. *Leon Bernard*, ca membrii pe: *Dr. Th. Madsen*, președintele comitetului de igienă, *Prof. Dr. I. Cantacuzino*, *Dr. Chodzko*, *Dr. C. Hamel*, *Prof. Ricardo Yorge*, *Prof. D. Ottolenghi*, și *Prof. Pittaluga*, iar ca membrii corespondenți pe: *Sir Andrew Balfour*, *Dr. A. Grotjahn*, *Sir George Newman*, *Dr. Parisot*, *Dr. A. Stampar*, *Prof. W. A. Welch*, *Dr. J. Bejarano* și *Dr. F. C. Yen*, prin urmare cele mai autori-

zate persoane de ași spune cuvântul în problemele învățământului igienei și organizării sanitare.

Această comisie în rapoartele depuse, ajunge la următoarea concluzie principială referitor la utilitatea și necesitatea învățământului de igienă: „Fără formarea de tehnicieni instruiți nicio igienă publică nu este posibilă; fără colaborarea unui corp medical animat de o conștiință nouă, orientat spre scopurile și metodele medicinei preventive, acțiunea acestor tehnicieni ar rămânea imperfectă, ca inertă; fără concursul conștient al populației, igiena ar apare ca un agregat doctrinar de prescripțiuni și formalități vexatorii, pentru a nu spune polițienești și ar rămânea literă moartă. Cei trei termeni ai problemei sunt legați între ei și succesul efortului nostru este subordonat respectului acestei solidarități“.

Prin urmare comisia recunoaște necesitatea imperioasă a învățământului de igienă și stabilește 3 categorii de persoane cărora trebuie să se adreseze și să-i formeze pentru o mai bună dezvoltare a sănătății publice.

Aceste categorii sunt:

1. Tehnicieni instruiți în problemele igienei: medici igienisti, ingineri sanitari, personal sanitar auxiliar (surori de ocrotire, etc.), responsabili în primul rând în materie de sănătate publică.

2. Corpul medical în general, care trebuie să fie bun cunoscător al problemelor de igienă și medicină preventivă, ca să știe cum să colaboreze cu tehnicienii specializați, în domeniul sănătății publice.

3. Massele populare pentru câștigarea lor spre o colaborare cât mai rodnică cu agenții oficiali ai sănătății publice.

Intensitatea, metodele și tehnica învățământului trebuie să varieze după fiecare categorie.

Principiile fundamentale fiind odată fixate, s'a procedat la întocmirea unui chestionar, pentru a vedea în ce măsură se satisfac dezideratele stabilite de comisie în diferite țări.

Chestionarul are 3 capitole principale, fiecare urmărind unul din principiile fundamentale fixate de comisie.

Cap. I. se ocupă cu instrucția în igienă a studenților în medicină.

Cap. II., care ne interesează mai mult și cu care ne vom ocupa mai de aproape în cadrul acestui articol, privește in-



strucția tehnicienilor igieniști. Acest capitol al chestionarului cuprinde următoarele întrebări:

1. Organizarea instrucției medicilor sanitari funcționari:

a) In facultăți, sub îngrijirea catedrelor de igienă (cursuri superioare speciale);

b) In școli speciale de igienă (Institute de igienă și sănătate publică).

Relațiunile acestora cu universitatea și cu serviciile de administrație sanitară.

c) Prin cursuri superioare speciale și școli speciale, repartizate după necesități.

2. Durata învățământului;

3. Organizarea școlilor de igienă pentru favorizarea cercetărilor științifice.

4. Recrutarea candidaților.

a) Cultura generală și condițiunile de admitere;

b) Timpul trecut după terminarea studiilor medicale generale până la începerea studiilor speciale de igienă.

5. Examene finale și diplome speciale liberate de facultăți și școli speciale (materii de examene, juriul de examinare, stagii în servicii publice);

6. Învățământul și diplomele de igieniști specializați în igienă școlară, tuberculoză, boli venerice, puericultură, malaria, servicii maritime, igiena muncii, igiena tropicală.

7. Perspectivele ulterioare a diplomaților (Drepturile conferite de diplome, numărul și natura funcțiunilor sanitare ce li se deschid, influența organizării sanitare asupra învățământului igienic).

8. Învățământul postșcolar (cursuri de perfecționare).

9. Formarea personalului sanitar subaltern (auxiliar sanitar, desinfectori și surori de ocrotire).

10. Formarea inginerilor și arhitecților sanitari.

11. Formarea personalului nemedical al administrațiilor sanitare.

*Cap. III.*, se ocupă cu instrucția masselor populare și propaganda igienei.

In conformitate cu acest chestionar s'au întocmit mai multe rapoarte privind învățământul igienei în diferite țări, fie pe bază de acte, legi și regulamente, fie pe bază de cercetări la fața locului. *Asupra învățământului igienei în România, pe bază de cercetări la fața locului, a făcut un raport Dr. Chodzko.*

Asupra Institutelor și școlilor de igienă, studiate mai de aproape, comisia a ținut mai multe ședințe. Prima cu ocaziunea inaugurării Școlii de igienă din Varșovia, în 1926, a doua cu ocaziunea inaugurării Institutelor și școlilor din Budapesta și Zagreb, în 1927.

Ca rezultat al acestor discuțiuni se stabilesc 3 principii de bază:

1. Institutele și școlile de igienă trebuie să fie într'o strânsă colaborare cu facultățile de medicină și cu serviciile de sănătate publică.

2. Reprezentanții acestor două autorități să colaboreze la conducerea instituției.

3. Necesitatea dezvoltării în școală a spiritului de cercetări științifice și a simțului de aplicație practică.

A treia ședință a avut loc în Paris, în anul 1930, unde s'a discutat stagiile de aplicație pe teren a auditorilor cursurilor, formarea inginerilor sanitari, etc.

În acelaș an, în Iulie, a avut loc o nouă ședință, în Dresda, unde s'a discutat raportul Profesorului Prausnitz și s'au adoptat concluziile lui referitor la programul minimal de instrucție a funcționarilor sanitari (medici igienişti) și s'a discutat instrucția în medicina preventivă și medicina socială a studenților în medicină, etc.

Profesorul *Carl Prausnitz* dela Universitatea din Breslau în raportul său „L'enseignement de l'hygiène dans certains pays d'Europe“, ajunge la concluzii care merită toată atențiunea noastră. După ce arată importanța igienei și medicinei preventive, se ocupă de persoanele cari trebuie să aibă cunoștințe tehnice speciale în vederea realizărilor din domeniul igienei. După el aceste persoane sunt:

1. *Medicii igienişti*, cari trebuie să aibă cele mai bune cunoștințe teoretice și practice din domeniul igienei, ei fiind de fapt responsabili de starea sanitară a populației.

2. *Toți medicii* trebuie să cunoască atât laturea socială cât și cea preventivă a medicinei, pentru a putea lucra în perfectă colaborare cu medicii igienişti.

3. *Inginerii sanitari*, cu cunoștințe speciale în igienă încă sunt necesari, pentru realizarea problemelor de salubritate publică.

4. *Personalul sanitar auxiliar*, (surori de ocrotire, de caritate, oficanți sanitari, moașe).

5. *Instructorii sanitari*, bărbați și femei cu o pregătire

specială, cari pe lângă funcțiunea lor obișnuită mai îndeplinesc și rolul de instructori sanitari, mai cu seamă în mediu rural.

Pentru pregătirea acestui personal sunt necesare instituțiuni speciale: Institute și școli de igienă.

Acest învățământ nu se poate face la Facultățile de medicină. Caracterul lui diferă foarte mult de cel al învățământului universitar. Este mai puțin academic, trebuie să fie adaptat scopurilor urmărite de sănătatea publică, trebuie să cuprindă mai multe lucrări practice pe teren, pentru care scop facultățile nu au nici personal, nici material, nici terene de aplicație suficiente la dispoziție.

Primele astfel de Institute s'au creat în Statele Unite Americane, la Universitatea „Johns Hopkins” din Baltimore și „Harvard” din Boston. În Europa prima s'a creat la Varșovia (1925) apoi la Budapesta și Zagreb (1926), Londra (1929), apoi la Praga, Belgrad, Atena, Madrid, etc. (Prausnitz nu amintește Institutul de Igienă și sănătate publică din București creat în 1927. Cele din Cluj și Iași au fost create după terminarea raportului).

Organizarea Institutelor variază dela țară la țară după felul organizării sanitare respective și după utilizarea lor.

Concluziile la cari a ajuns conferința privitor la organizarea Institutelor de Igienă sunt următoarele:

1. Se recunoaște valoarea lor și se constată că trebuie să facă parte integrantă din organizarea sanitară; se exprimă părerea că *trebuie să aibă un caracter tehnic și nu administrativ și trebuie să fie instituții autonome.*

2. Trebuie să existe o strânsă colaborare între universități (facultăți de medicină) și Institutele de Igienă, pentru avantajul reciproc al ambelor instituții și trebuie ca din personalul didactic al lor să facă parte și unii membrii ai facultăților respective.

3. Activitatea principală a Institutelor o constituiesc lucrările de cercetări științifice și activitatea didactică.

4. Lucrările de cercetări științifice sunt esențiale pentru a crea și a menține o atmosferă științifică în Institute, valoarea lor însă, atât pentru personalul didactic cât și pentru studenți nu trebuie supra-apreciată. Nu interesează prea mult dacă lucrările făcute sunt din domeniul științei pure ori aplicate, trebuie să fie însă de natură practică și să prezinte o importanță națională.

5. Este practic ca Institutele de Igienă să fie însărcinate cu supravegherea sau executarea anumitor lucrări de igienă publică, fie numai pe teritoriul unui district limitat, fie pe o unitate administrativă mai mare, unde ele își pot crea un valoros teren de demonstrație, atât pentru colectivitate cât și pentru studenți.

In orice caz școala trebuie să aibă la dispoziție una sau mai multe centre de igienă ori teren de demonstrație sanitară.

In ceea ce privește programul minimal de instrucție a medicilor igienisți, comisia a ajuns la următoarele concluzii și a fixat următorul program:

### I. Instrucția făcută în Institute.

a) Studii fundamentale aplicate la igienă:

- |                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| 1. Fiziologie,                | } | cursuri și lucrări practice<br>de laborator. |
| 2. Chimie, fizică,            |   |  |
| 3. Bacteriologie, imunologie, |   |  |
| serologie și parazitologie.   |   |  |

b) Instrucție clinică pentru diagnosticul și tratamentul bolilor infecțioase acute.

c) Salubritatea locuințelor și a colectivităților urbane și rurale.

- |                              |   |                                |
|------------------------------|---|--------------------------------|
| d) 1. Statistică demografică | } | cursuri și lucrări<br>practice |
| aplicată la igienă,          |   |                                |
| 2. Epidemiologie.            |   |                                |

e) 1. Elemente de sociologie,  
2. Studiul mediului și condițiilor sociale din punct de vedere al sănătății și al boalei.

3. Eugenie,  
4. Educație fizică.

f) Serviciu social.

Dispensare prenupțiale, prenatale, de maternitate, pentru protecția sugarilor și copiilor, de igienă școlară, de orientare profesională, antituberculoase, antivenerice, anticancerose, antialcoolice, antipaludice, antitrachomatoase, etc.

g) Igienă industrială,

h) Spitale și alte servicii medicale,

i) Asigurări sociale.

j) Legislație și administrație sanitară.

k) Propagandă igienică.

Importanța diferitelor materii precum și durata cursuri-

lor variază după necesitățile locale și după gradul de pregătire al studenților.

## II. *Lucrări de aplicație practică.*

Comisia este de părerea că:

a) Lucrările de aplicație practică pe teren trebuie să constituie o parte esențială pentru formarea profesională a medicului igienist.

b) Aceste lucrări trebuie să dureze în mediu 3 luni, adică o treime din totalul cursurilor.

c) Studenții trebuie să ia parte activă la toate felurile de lucrări practice și în special la:

1. lucrări de organizare socială;
2. lucrări de salubritate;
3. administrație sanitară;
4. propagandă igienică.

d) Este de dorit ca medicii igieniști, cari sunt însărcinați cu formarea practică a studenților (igieniști), să fie atașați Institutelor în calitate de personal didactic.

## III. *Sugestii de ordin general.*

În mai multe țări legile prevăd că, pentru ocuparea funcțiilor de igienă publică ori ce candidat să posedă diplomele Institutelor de Igienă. Această dispoziție a dat rezultate foarte satisfăcătoare, prin urmare se recomandă foarte mult și pentru celelalte țări.

## IV. *Sugestii referitor la administrație.*

Se recomandă ca Institutele să aibă următoarea organizare administrativă:

a) Un director sau decan;

b) Un consiliu administrativ sau consultativ;

c) Institutul să fie împărțit în mai multe secții, fiecare secție cu un șef: profesor ori conferențiar permanent, căruia să i se atașeze un anumit număr de instructori și asistenți.

Experiența Institutelor existente ne arată că cea mai bună împărțire a secțiilor este următoarea:

1. Fiziologie, chimie și bacteriologie aplicată în igienă;
2. Inginerie sanitară;
3. Statistică demografică;

4. Epidemiologie;
5. Igienă socială;
6. Administrație sanitară.

d) Este de dorit ca activitatea Institutelor să nu se rezume numai la formarea medicilor igienişti, ci se ia parte activă la instrucția în igienă a întregului corp medical, a personalului sanitar auxiliar și a marelui public. Prin urmare trebuie să dispună de: conferențieri, laboratoare, colecții, muzee, terenuri de demonstrație practică, etc.

În viitor ne vom ocupa cu organizarea Institutelor de Igienă și Sănătate publică din diferite țări, iar la urmă vom arăta organizarea Institutelor din România.

## Revizuirea medicilor.

### *I. MOLDOVAN.*

Revizuirea medicilor numiți în baza dispozițiilor transitorii ale legii dn 1930, se justifică prin argumentul imoralității acelor dispozițiuni. Ar fi vorba de numiri dictate exclusiv de interese politice și personale, posibile numai eludând prevederile normale de recrutare. Ar fi vorba de dispozițiuni menite să legalizeze o ilegalitate și să justifice un procedeu care lovește în față și moralitatea și sentimentul de dreptate. Astfel judecând s'ar înțelege opozițiunea față de atari dispozițiuni și se justifică întrucâtva hotărîrea de a le anula. Zic întrucâtva, căci normal și colegial era, să se cerceteze dacă medicii numiți în atari condițiuni au corespuns sau nu exigențelor serviciului și în cazul că s'au dovedit a fi la înălțimea chemării lor, să se încerce cu toate mijloacele posibile de a se întări situația lor, cu atât mai mult, cu cât nu ei poartă vina procedurii, considerată ca ilegală.

Aspectul problemei este însă cu totul altul și iată care este justificarea dispozițiilor transitorii din legea sanitară și de ocrotire din 1930, dacă ne referim la trei categorii principale de medici, și anume: medici primari de județ (șefi de municipiu), medici primari de specialitate (spitale, dispensării, etc.) și medici de circumscripție.

În baza legii sanitare anterioare (din 1926) recrutarea medicilor primari de județ (șefi de municipiu) trebuia să se

facă prin concurs dintre medicii definitivii de circumscripție și medicii de spitale mixte, cu o vechime de cel puțin 10 ani. Această dispozițiune însă, se vede, suferea dela început de un viciu esențial, căci niciodată nu s'a aplicat și concursul nu s'a ținut niciodată. Recrutarea medicilor primari de județ (șefi de municipiu) s'a făcut în urmă după alte criterii, considerate mai juste și consecința a fost că în momentul alcătuirii legii sanitare și de ocrotire din 1930 se aflau în funcțiune o serie de atari medici, mai vechi și mai noi, numiți fără respectarea dispozițiilor legii din 1926, satisfăcând însă între împrejurările date cerințele serviciului. Așa fiind situațiunea, conducerea sanitară din 1930 trebuia să afle și legifereze criterii mai potrivite pentru recrutarea acelei categorii de medici, criterii, cari se deosebesc în mod esențial de acele prevăzute în legea din 1926, cerându-se anume calitatea de medic igienist și o vechime cu titlu definitiv, de cel puțin 5 ani. Iar calitatea de medic igienist se obține în baza diplomei de specialist în igienă (după un curs de specializare de un an) și trecerea unui examen de capacitate. Aceste condițiuni de recrutare în momentul promulgării legii din 1930 nu le îndeplinea aproape niciun medic și trebuiau, evident, să treacă o serie de ani pentru a avea la dispoziție un număr suficient de medici igieniști calificați în sensul dispozițiilor amintite, pentru a putea fi numiți medici primari de județ sau șefi de municipiu. Și atunci era firesc, chiar inevitabil, ca pentru acest timp de tranziție să se fixeze dispozițiuni, cari să permită numiri în acele funcțiuni și fără respectarea integrală a condițiilor de recrutare din corpul legii. Din acest motiv, și nu din pasiune politică sau interes personal, au rezultat principiile cari stau la baza articolelor respective din dispozițiunile tranzitorii și anume: confirmarea definitivă în post a medicilor cari îndeplineau deja, într'o formă sau alta provizorie, funcțiunea de medic primar de județ (șef de municipiu), reducerea cursului de specializare în igienă la 3 luni pentru medicii de circumscripție, cari în momentul promulgării legii aveau 10 ani de funcțiune, și alte prevederi, cari deși nu corespundeau formal dispozițiilor din corpul legii, erau în spiritul lor și erau un compromis necesar între cerințele realității de atunci și acele ale legii. În ce privește confirmarea medicilor primari de județ, aflători provizoriu în funcțiune la promulgarea legii din 1930, aceasta fixează condițiunea unei vechimi în serviciu de cel puțin 8 ani, iar pe acci, ce aveau vechime de

numai 6 ani îi obliga să urmeze în decurs de 2 ani cursul de specializare în igienă.

În ce privește medicii primari de specialitate (spitale, sanatorii, instituții de ocrotire, etc.) legea sanitară și de ocrotire din 1930 prevede pentru recrutarea lor diploma de specialist și un examen de capacitate. Și cum și aici trebuiau să treacă o serie de ani până la formarea specialiștilor ceruți de serviciile Ministerului, era firesc și necesar să se prevadă pentru acel timp de trecere dispozițiuni, cari să permită recrutarea de medici primari de specialitate în condițiuni corespunzătoare cerințelor și posibilităților momentane. În consecință s'a luat dispozițiunea tranzitorie de confirmare a medicilor primari de specialitate aliațori provizoriu în funcțiune la promulgarea legii dacă îndeplineau atunci condițiunea unei vechimi de cel puțin 5 ani în specialitate ca funcționari de stat sau 15 ani de liberă practică în specialitate dela obținerea titlului de doctor. S'a admis mai departe, ca până la termenul când facultățile de medicină vor elibera diplome de specialitate, să se poată prezenta la examenul de capacitate medici cu cel puțin 5 ani vechime în specialitate.

În sfârșit legea din 1930 prevăzând pentru recrutarea medicilor de circumscripție, ca și a altor categorii de medici, noi condițiuni deosebite de prevederile legilor anterioare, condițiuni cari nu puteau fi îndeplinite imediat la promulgarea legii, era firesc și inevitabil, ca și pentru aceste cazuri să fie luate dispozițiuni de confirmare și recrutare, care să permită mersul neștirbit al serviciului, fixându-se și aici condițiuni cari apropiiau aceste numiri de spiritul legii.

Dispozițiunile transitorii ale legii noastre deci au fost imperios cerute de interesele serviciului, au fost inevitabile și fixate în conformitate cu cerințele serviciului respectând spiritul dispozițiunilor din corpul legii. Nu se putea proceda altfel, decât renunțând la modificarea condițiunilor de recrutare sau desconsiderând interesele sănătății publice. În orice caz acele dispozițiuni au fost dictate de interese superioare și nici decum de interese personale sau politice.

Și trebuie, să ne exprimăm mirarea, cum acele dispozițiuni transitorii puteau fi prezentate ca o inovațiune imorală a legii din 1930. Toate legile sanitare anterioare conțin în mod firesc atari dispozițiuni, justificate prin cerințele serviciului, introduse fie în corpul legii fie într'un capitol special la sfârșitul ei, ceea ce din punct de vedere al fondului chestiunii nu



are importanță. Legea sanitară din 1910 d. e. are un capitol special (XXVIII) cu atari dispozițiuni, cu mult mai largi decât acele ale legii noastre din 1930, dispozițiuni de cari aflăm și în toate legile ulterioare. Chiar și în legea sanitară din 1926, alcătuită sub guvernul liberal de atunci, aflăm o serie de prevederi cu același caracter, fără ca totdeauna spiritul legii și exigențele serviciului să fie în același fel respectate, ca în dispozițiunile transitorii, cari azi sunt combătute cu atâta încăpăținare și prezentate ca imorale.

Dacă, deci după toate cele expuse, putem afirma cu hotărîre, că firesc și corect s'a procedat atunci, când s'au luat acele dispozițiuni, salvându-se în mod cu totul obiectiv și imparțial atât interesele serviciului, cât și acele ale colegilor fără vină în această chestiune, nu putem să nu avem impresiunea, ca „revizuirea“ actuală, care lovește în colegi merituosi și nevinovați, cu mai multă dreptate ar putea suferi obiecțiunea unei măsuri dictate de alte interese decât acele ale sănătății publice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## **Mișcarea populației în câteva state.**

*Dr. PETRU RÂMNEANȚU.*

Am întocmit tablourile cari urmează având în vedere îndoi-tul scop: *a*, de a pune la îndemâna cercetătorilor date de comparație; și *b*, de a demonstra acelora cari se interesează de vi-goarea și sănătatea populației noastre, locul României între cele-lalte popoare, subliniind țările limitrofe nouă.

Deoarece proporțiile vorbesc destul de clocvent, ne mărgi-nim să relevăm numai, că în ultima perioadă de zece ani:

1 Natalitatea din toate țările a scăzut considerabil, pe când mortalitatea a diminuat mult mai puțin. Consecința acestei miș-cări de populație a fost, că excedentul natural a scăzut mult sub proporțiile perioadei din înaintea și aceleia care a urmat imediat după războiul mondial.

2. În România atât mortalitatea generală cât și cea infan-tilă au scăzut în proporții foarte mici, neținând pas nici măcar cu țările vecine nouă.

## Iatea, proporții la 100 0/0.

No. crt.	Statul	A n i i						Variația între 1921-25 și 1931-32	
		1901 —1905	1911 —1915	1921 —1925	1936 —1980	1931 —1933	1933	absolută	relativă în %
		1	Austria	30'4b	24'9b	22'2	17'6	15'6	—
2	Danemarca	29'0	26'3	22'3	19'4	18'0	—	-4'3	-29'3
3	Germania	34'3a	28'1a	21'3c	18'4	15'6	14'7	-5'7	-26'8
4	Australia	26'4	28'0	23'9	21'0	17'6	—	-6'3	-26'4
5	Norvegia	28'5	25'4	22'0	17'9	16'3	—	-5'7	-25'9
6	Suedia	26'1	23'6	19'1	15'9	14'6	—	-4'5	-23'6
7	Bulgaria	40'7a	41'2a	39'0	32'8	30'4	—	-8'6	-23'0
8	Anglia și Wales	28'2	24'2	19'9	16'7	15'6	14'4	-4'3	-21'6
9	Cehoslovacia	—	—	27'1	23'8	21'2	19'2	-5'9	-21'6
10	Noua Zeelandă	26'6	26'2	22'2	19'7	17'0	16'6	-4'4	-19'8
11	Ungaria	36'4b	34'3b	29'4	25'8	23'6	21'5	-5'8	-19'7
12	Scotia	29'2	25'7	22'9	19'8	18'8	17'6	-4'1	-17'9
13	Finlanda	31'3	28'5	23'2	21'2	19'1	—	-4'1	-17'7
14	Polonia	—	37'4e	35'0	32'7	29'4	26'5	-5'6	-16'0
15	Italia	32'6a	31'9a	28'9c	26'3	24'4	23'5	-4'5	-15'6
16	Elveția	27'8	23'8	19'5	17'5	16'7	16'4	-2'8	-14'4
17	Olanda	31'5	28'1	25'8	23'2	22'1	20'8	-3'7	-14'3
18	Belgia	27'7	22'6	20'5	18'5	17'9	—	-2'6	-12'7
19	Irlanda de Nord	—	—	23'1	21'2	20'2	19'4	-2'9	-12'6
20	Letonia	—	—	21'6	20'3	19'4	17'0	-2'2	-10'2
21	Franța	21'2a	18'8a	19'3	18'2	17'4	16'3	-1'9	-9'8
22	Portugalia	31'8	35'4	33'0	31'6	30'0	29'6	-3'0	-9'1
23	România	39'7a	42'6a	37'9	35'2	34'6	32'0	-3'3	-8'7
24	Japonia	31'8	33'6	34'6	33'6	32'2g	—	-2'4	-6'9
25	Spania	35'1	31'1	30'1	29'2	28'2	27'8	-1'9	-6'3
26	Irlanda Liberă	22'3b	22'7b	20'3	20'1	19'1	19'2	-1'2	-5'9
27	Lituania	—	—	27'7	28'3	26'9	25'5	-8	-2'9
28	Statele Unite	—	25'1	22'6	19'7	—	—	—	—
29	Estonia	—	—	19'6	17'6	—	—	—	—
30	Rusia europeană	—	46'8	44'6f	43'8h	—	—	—	—
31	Grecia	—	—	23'0	30'2	30'9g	—	+7'2	+31'3



## 2. Mortalitatea, proporții la 1000 loc.

Nr. crt.	S.t a t u l	A n i i						Variația între	
		1901	1911	1921	1926	1931	1963	1921-25 și	1950-52
		-1905	-1913	-1925	-1930	-1932		absolută	relativă în ‰
1	Bulgaria	22.5a	21.8a	20.8	17.7	16.6	—	-4.2	-20.2
2	Polonia	—	21.0c	18.7	17.0	15.2	14.2	-3.5	-18.7
3	Spania	26.1	22.2	20.4	18.3	16.8	16.4	-3.6	-17.6
4	Portugalia	19.8	20.8	20.6	18.7	17.2	17.6	-3.4	-16.5
5	Germania	19.9a	15.9a	13.1c	11.8	11.0	11.2	-2.1	-16.0
6	Statele-Unite	—	14.1	12.4	11.7	10.6	—	-1.8	-14.5
7	Ungaria	25.2b	22.9b	19.9	16.9	17.2	14.6	-2.7	-13.6
8	Italia	22.0a	19.4a	17.0c	15.7	14.7	14.0	-2.3	-13.5
9	Japonia	20.5	19.9	21.9	19.4	19.0	—	-2.9	-13.2
10	Cehoslovacia	—	—	16.2	15.3	14.2	13.7	-2.0	-12.3
11	Austria	22.0b	18.9b	15.8	14.4	14.0	—	-1.8	-11.4
12	Olanda	16.0	13.1	10.4	9.9	9.3	8.8	-1.1	-10.6
13	Australia	11.8	10.9	9.5	9.5	8.7	—	-0.8	-8.4
14	Finlanda	18.6	16.3	14.2	14.1	13.0	—	-1.2	-8.4
15	Irlanda de Nord	—	—	15.5	14.7	14.2	14.3	-1.3	-8.4
16	Franța	19.6a	18.2a	17.2	16.8	16.0	15.8	-1.2	-7.0
17	Norvegia	14.6	13.3	11.5	10.8	10.7	—	-0.8	-7.0
18	Lituania	—	—	16.2	16.3	15.4	13.4	-0.8	-4.9
19	România	25.8a	24.8a	22.3	21.2	21.2	18.7	-1.1	-4.9
20	Letonia	—	—	14.5	14.5	13.8	13.2	-0.7	-4.8
21	Noua Zeelandă	9.9	9.2	8.6	8.6	8.2	8.0	-0.4	-4.6
22	Scotia	17.1	15.3	13.8	13.5	13.4	13.2	-0.4	-2.9
23	Elveția	17.5	14.8	12.5	12.1	12.2	11.4	-0.3	-2.4
24	Belgia	16.9	15.2	13.4	13.5	13.2	—	-0.2	-1.5
25	Irlanda Liberă	17.1b	16.4b	14.6	14.4	14.4	13.6	-0.2	-1.4
26	Danemarca	14.8	13.0	11.3	11.1	11.2	—	-0.1	-0.9
27	Suedia	15.5	13.9	12.1	12.1	12.0	—	-0.1	-0.8
28	Anglia și Wales	16.0	13.9	12.2	12.1	12.2	12.3	0	0
29	Grecia	—	—	16.5	16.5	17.763	—	+1.3	+7.9
30	Estonia	—	—	15.5	16.5	—	—	—	—
31	Rusia Europ.	—	30.5	24.5f	20.8h	—	—	—	—

## 3. Excedentul natural, proporții la 1000 loc.

Nr. crt.	Statul	1901 -1905	1911 -1913	1921 -1925	1926 -1930	1931 -1932	1933	Diferența între 1921-25 și 1931-32	Variația realivă la 100
1	Austria	8'4b	6'0b	6 4	3 2	1'6	—	-4'8	-75'0
2	Suedia	10'6	9'7	7'0	3 8	2 6	—	-4'4	-62'8
3	Anglia și Wales	12'2	10'3	7'7	4'6	3'4	2'1	-4'3	-55'8
4	Norvegia	13'9	12'1	10'5	7'1	5'6	—	-4'9	-46'7
5	Germania	14'4a	12'2a	8'2c	6'6	4'6	—	-3'6	-43'9
6	Scotia	12'1	10'4	9'1	6'3	5 4	4'4	-3'7	-40'6
7	Australia	14'6	17'1	14 4	11'5	8'9	—	-5'5	-38'2
8	Danemarca	14'2	13'3	11'0	8'3	6'8	—	-4'2	-38 2
9	Cehoslovacia	—	—	10'9	8'0	7'0	—	-3'9	-35'8
10	Elveția	10'3	9'0	7'0	5 4	4'5	5'0	-2'5	-35'7
11	Belgia	10'8	7'4	7'1	5'0	4'7	—	-2'4	-33'8
12	Franța	1 6a	6a	2'1	1 4	1 4	5	- 7	-33 0
13	Ungaria	11'2b	11'4b	9'5	8'9	6'4	7'0	-3'1	-32'6
14	Finlanda	12'7	12 2	9'0	7'1	6 1	—	-2'9	-32'2
15	Noua Zeelanda	16'7	17'0	13'6	11'1	9 6	—	-4'0	-29'4
16	Bulgaria	18 2a	19'4a	18'2	15'1	13'8	—	-4 4	-24'2
17	Letonia	—	—	7'1	5 8	5'6	3'8	-1'5	-21'1
18	Irlanda de Nord	—	—	7 6	6'5	6'0	5'1	-1'6	-21'0
19	Italia	10'6a	12'5a	11'9c	10'7	9'7	8'0	-2'2	-18 5
20	Irlanda Liberă	5'2b	6'3b	5'7	5'7	4'7	—	-1'0	-17'5
21	Olanda	15'5	15'0	15'4	13'3	12'8	12'0	-2 6	-16'9
22	România	13'9a	17'8a	15 6	14'0	13'4	13'3	-2'2	-14'1
23	Polonia	—	16'4c	16'3	15'7	14'2	12 3	-2'1	-12'9
24	Lituania	—	—	11'5	12'0	11'5	—	0	0
25	Portugalia	12 0	14'6	12 4	12'9	12'8	12'0	+ 4	+ 3'2
26	Japonia	11 3	13 7	12'7	14'2	13 2	—	+ 5	+ 3'9
27	Spania	9'0	8 9	9'7	10 9	11'4	11'4	+ 1'7	+17'5
28	Grecia	—	—	6 5	13 7	13'1g	—	+ 6'6	+ 10'5
29	Estonia	—	—	4 1	1 1	—	—	—	—
30	Statele Unite	—	11 0	10'2	8.4	—	—	—	—
31	Rusia Europ.	—	16 3	20'1f	23'0h	—	—	—	—

## 4. Mortalitatea infantilă, proporții la 1000 născuți vii.

Nr. crt.	S t a t u l	1913	1921 -1925	1926 -1930	1931 -1932	1933	Diferența între 1913-25 și 1931-32	Variația relativă la 100
1	Germania	151a	122c	94	81	—	- 41	-33·6
2	Australia	72	58	52	42	—	- 16	-27·6
3	Austria	190b	140	117	104	—	- 36	-25·7
4	Olanda	91	64	57	48	44	- 16	-25·0
5	Finlanda	113	95	87	73	—	- 22	-23·2
6	Elveția	96	65	54	50	48	- 15	-23·1
7	Statele Unite	—	75c	67·5	58	—	- 17	-22·8
8	Spania	155	143	124	114	112	- 29	-20·3
9	Franța	114a	95	89	76	75	- 19	-20·0
10	Japonia	152	161	137	132	—	- 29	-18·0
11	Anglia și Wales	108	76	68	63	63	- 13	-17·1
12	Belgia	130	100	95	85	—	- 15	-15·0
13	Norvegia	65	52	50	46	—	- 6	-11·5
14	Suedia	70	60	59	54	51	- 6	-10·0
15	Italia	138a	125c	120	113g	—	- 12	- 9·6
16	România	202a	201	193	185k	174	- 16	- 8·0
17	Cehoslovacia	—	147e	147	136	127	- 11	- 7·5
18	Danemarca	94	82	83	76	—	- 6	- 7·3
19	Ungaria	201 b	185	172	173	139	- 12	- 6·5
20	Irlanda Liberă	—	69c	78	70k	65	- 1	+ 1·4
21	Lituania	—	—	157i	156	121	—	—
22	Polonia	—	—	—	142	128	—	—
23	Grecia	—	86	96	134g	—	—	—
24	Scotia	—	—	85	84	81	—	—
25	Irlanda de Nord	—	—	79	78	79	—	—
26	Letonia	—	—	97	89g	—	—	—
27	Noua Zeelanda	—	—	37	32	32	—	—

a = Teritoriul vechiu; b = Teritoriul actual; c = Perioada 1922-25; d = Perioada 1910-12; e = Perioada 1909-12; f = Perioada 1924-25; g = Anul 1931; h = Perioada 1926-27 și 28; i = Perioada 1927-30; k = Anul 1932.

Ci-rele originale sunt culese din :

1. Rapport Épidémiologique de la Section d'Hygiène du Secrétariat. Société des Nations. Genève.
2. Office International d'Hygiène Publique. Paris.
3. P. H. Reports. Washington.
4. Buletinul Demografic al României. București.

## Originele științei eugenice.

### Scurte considerațiuni istorice.

Dr. I. FĂCĂOARU.

Pentru constituirea eugeniei au fost hotărîtoare aceste trei fapte: (1) formularea teoriei evoluției de către *Darwin* în 1859; (2) descoperirea legilor eredității de către *Mendel* în 1865; și (3) studiile lui *Galton* despre ereditatea umană cu prima publicație apărută în 1869. Teoria evoluției intră în cadrul biologiei generale și nu ne preocupă aici. Menționăm din teoria darwiniană baza ei cea mai solidă: *variațiunea speciilor*. Motorul acestei variațiuni continui este lupta pentru existență, fenomenul fundamental de care depinde selecțiunea naturală. Datorită luptei pentru existență se întrecine în mod real un *maximum de viață* și de bucurie cu minimum de suferință și de durere.

Selecțiunea naturală împiedică deteriorările posibile ale lumii organice și produce acele apariții de viață exuberantă, de bucurie, de sănătate, de frumuseță, cari ne procură atâta plăcere. Spița umană stă sub imperiul aceluiași legi biologice ca și spițele animale. Acele spițe de animale cari au fost sustrate liberii concurențe vitale din natură de către om — animalele domestice — tind să degenereze. Omul s'a substituit naturii. Scopurile și criteriile lui de selecțiune sunt cu totul altele. Natura vrea vigoare, acuitatea simțurilor, vigilență, ușurință la fugă sau la sbor pentru atac sau apărare. Omul vrea capacitate de îngrășare, lână bogată sau pene frumoase. Natura nimicește fără milă exemplarele animale insuficient adaptate mediului. Ea elimină fără excepție formele degenerate. Spițele domestice degenerază din cauza substituirii selecțiunii artificiale celui alt proces — selecțiunii naturale — sub forța căreia animalele au evoluat. Aceeaș acțiune defavorabilă pentru sănătatea și vigoarea speciei pe care o exercită intervenția omului prin selecțiunea artificială și viața domestică, o exercită civilizația asupra omului însuși. Societatea omenească găsește mijloace să se sustragă cruzimei selecțiunii naturale, dar defectele individuale acumulate în specie provoacă degenerarea acesteia în bloc. Inteligența umană nu poate abate sancțiunea fatală. Acesta e motivul pentru care *Darwin* vedea în civilizație o primejdie pentru oameni. „Noi oamenii civilizați“ — spunea *Darwin* — „facem tot ce putem

mai bun ca să împiedicăm procesul eliminării celui slab la trup și minte; noi cităm azur pentru imbecili, pentru infirmi și bolnavi; și medicii noștri aplică toată dibăcia lor, ca să salveze viața oricui până în ultimul moment". Aceeaș primădie văzuse *Goethe* în civilizație: „prin umanitarism lumea va deveni un mare spital în care unul va fi infirmierul celuilalt". În ce măsură aceste spirite au avut dreptate vom vedea pe baza cifrelor statistice din articolele viitoare.

*Francisc Galton* era explorator, geograf, meteorolog, statistician, biometrician, sociolog, antropolog și psiholog. Apariția operii „*Origina speciilor*” a vărului său congenial, îi deschide o nouă perspectivă a lumii. Omul nu mai era un înger decăzut, ci un primat în ascendență, născut ca și celelalte animale și deci supus aceluiași legi ale eredității. El înțelese, că pentru a pătrunde secretele evoluției umane, trebuie să studieze mai întâi legile cari guvernează transmiterea caracterelor fizice și psihice de la tată la fiu. Pe când celelalte spirite mari ale timpului se întorceau înapoi, spre a cerceta trecutul omului în lumina noilor concepții, *Galton* își fixează privirea în viitor și pune la contribuție nouile cunoștințe pentru a deschide un drum nou, spre binele generațiilor ce vor veni.

Când a început să-și publice articolele lui despre ereditatea talentului și a caracterului, — el era membru al societății de antropologie în acest timp, — opinia predominantă a timpului era eronată și anume: că oamenii inteligenți n'au copii inteligenți; că oamenii excepțional inzestrați nu erau nici robuști, nici viguroși; că *mediul* are o influență incomparabil mai importantă decât *creditatea*. Cercetările lui duseră tocmai la rezultate contrarii. Programul studiilor lui era bine definit și practic. El propuse cu toată seriozitatea unui om de știință alegerea a 10 tineri de 25 de ani ca cei mai bine inzestrați din punct de vedere fizic și psihic și a 10 tinere de 21 de ani cu aceleași calități superioare. Nașul tinerilor trebuia să fie regele. Fiecare pereche trebuia să primească 5000 lire sterline pentru educația copiilor. Firește că nici azi, după atâta progres în noua știință, proiectul lui n'ar apărea mai puțin curios. Punctul lui de plecare era perfect îndreptățit și anume: toate invențiile, inovațiile, ameliorările și progresele se datoresc unui foarte mic număr de individualități excepțional inzestrate. Dacă proporția acestor elemente ar putea fi prin vreun mijloc oarecare mărită, națiunea căreia aparțin ar putea ajunge la un înalt nivel de prosperitate după voe.

*Galton* reia problema pusă de *Quetelet* și stabilește că legea întâmplării sau a probabilității domină transmiterea și distribuția caracterelor. Geniul și idioția sunt apariții naturale condiționate deopotrivă de frecvențe, ambele fiind deviații dela media populației. O calitate oarecare, — statura de ex. — are aceeași distribuție în generația părinților ca și în generația copiilor. Statura ca orice altă calitate fizică sau psihică se transmite potrivit cu legea probabilității. Fiecare individ moștenește stocul însușirilor lui fizice și psihice:  $\frac{1}{2}$  dela părinți,  $\frac{1}{4}$  dela bunici,  $\frac{1}{16}$  dela răsbunici ș. a. m. d., proporție modificată puțin de *Pearson*. Stabilește *legea regresiei filiale*: când părinții aparțin extremelor, fiii tind să se apropie de medie. Pune bazele studiului gemenilor care în ultimul deceniu s'a dovedit a fi metoda cea mai fructuoasă în genetica umană și metoda amprentelor digitale. *Galton* pune ordine acolo unde până la el era haos și așează genetica umană pe baze cantitative.

Cu *Galton* s'a întâmplat ceea ce este așa de obișnuit să se întâmple cu deschizătorii de noi drumuri: a rămas în bună parte neînțeles de contemporanii lui și a fost lăsat de către stat fără ajutorul și înlesnirile cuvenite geniului său. A sprijinit direct mișcarea eugenică din p. d. v. moral și material, donând o mare sumă pentru crearea de instituții eugenice (peste 40 milioane în lei).

Ideile lui *Galton* s'au răspândit mai repede în Statele Unite. Unul dintre pionierii geneticii umane a fost fizicianul *Alexandru Graham Bell* care își publica rezultatele cercetărilor prin anul 1883:

1. Surzenia congenitală se datorește eredității și anomalia se răspândește și mai mult prin căsătorii consanghine.
2. Ca urmare, propune să se împiedice căsătoria persoanelor din familii afectate de surzenie.

La progresul eugeniei în America a contribuit nu numai structura psihică proprie poporului american — absența ideilor preconcepute, o mai mare înțelegere și simpatie pentru principiul inegalității oamenilor — dar mai ales mijloacele materiale incomparabile. Singură donația lui *Carnegie* pentru a sprijini cercetările în domeniul eugeniei, geneticii și antropologiei, se evaluează la peste 56 miliarde lei. În America sunt azi peste o sută de catedre speciale de eugenic la universități. Cursuri de eugenic se țin la peste 613 institute și universități.



Institute și catedre de eugenie sunt mai ales în țările nordice: Anglia, Suedia, Germania. La propagarea ideilor eugenice contribuie revistele de specialitate și societățile eugenice naționale existente în mai toate țările afiliate societății internaționale de eugenie. Ajutorul cel mai însemnat vine din partea donatorilor particulari (Belgia, Elveția, Finlanda). Unele din statele nordice sprijină totuși oficial cu sume importante mișcarea eogenică mai ales în ultimii ani.

Cel de al treilea fapt însemnat în constituirea eugeniei sunt experiențele călugărului german *Gregor Mendel* asupra eredității la plante. Rezultatele cercetărilor lui fără publicate în „Buletinul Societății de Istorie Naturală“ din Brün sub titlul „Experiențe de hibridare la vegetale“ în anul 1866. Deși era vorba de o descoperire epocală prin repercutările directe ce era destinată să le aibă asupra omului, articolul lui a provocat câteva discuțiuni critice, apoi a rămas dat uitării timp de 34 ani. *Mendel* însuși știu să măsoare importanța rezultatelor stabilite, totuși nu și-a reținut decât vre-o 30 de extrase din publicația lui.

În cei opt ani premergători publicării rezultatelor experiențelor lui, el a încrucișat vre-o 22 de specii de mazăre și a analizat vre-o 10.000 de indivizi, plus alte specii de fasole și alte plante. Nici unul din predecesorii săi nu dăduse probă de răbdarea, perseverența și mai ales de pătrunderea lui analitică.

Se cuvine se menționăm că în același timp și fără a ști unul de altul, urmăreau aceleași experiențe: *Mendel* la Brün și *Naudin* la Paris. Amândoi au experimentat pe un mare număr de specii, amândoi au îngrijit să aibă culturi pure și au făcut constatări esențiale asemănătoare. Dar pe când *Naudin* se limitează la explicarea procedeuului intim, care rezultă din unirea elementelor sexuale, *Mendel* se servește de metoda statistică spre a exprima rezultatele experiențelor, fixând o parte din nomenclatura și regulile eredității.

Primăvara anului 1900 este o dată însemnată pentru genetică și indirect pentru eugenie. Trei botaniști: *Correns* dela Berlin, *Tschermack* dela Viena și *De Vries* dela Amsterdam publicară independent unul de altul rezultatele unor experiențe personale și totodată făcură cunoscută lucrarea uitată a lui *Mendel*. În onoarea descoperitorului, legile sau regulile eredității au fost numite *legile mendeliene*.