

216

BULETIN

EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

Vol. V.

Noembrie-Decembrie 1934.

Nr. 11-12.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



- I. MOLDOVAN: Modificarea legii sanitare și de ocrotire.
Dr. M. ZOLOG: Institutul Național de Igienă din Varșovia.
Dr. T. TURCU: Noi directive în combaterea difteriei și scarlatinei.
Dr. P. RÂMNEANȚU: Efectul exodului populației noastre dela sate
la orașe.
Dr. O. COMȘIA: Biologia familiei.
I. FĂCĂOARU: Antropologia familiei.
I. MOLDOVAN: Sora de ocrotire.
Dr. M. ZOLOG: Pe marginea unui proiect de reformă sanitară.

Modificarea legii sanitare și de ocrotire.

I. MOLDOVAN.

III.

Puține au fost vocile, cari și-au permis un cuvânt bun, o înțelegătoare și obiectivă apreciere asupra legii sanitare și de ocrotire din 1930. Ceea ce a apărut în revistele medicale sau gazete au fost aproape exclusiv articole de condamnare la adresa legii din 1930 în ansamblul ei. Era un titlu de merit, de a lovi în dispozițiile ei, 4 $\frac{1}{2}$ ani s'au pierdut în discuții sterile și conducătorii de atunci încoace a serviciului nostru sanitar, cu puține excepții, în locul unei acțiuni constructive cerute atât de ardent de situația precară a sănătății noastre publice, orbiți de pasiune, lipsiți de înțelegere sau de altă capacitate și-au irosit forțele, luptând cu îndârjire contra unor principii, cari și-au dovedit deja rostul în toată lumea civilizată. Principiile, cari stau la baza legii noastre au fost dictate în mod obligator de evoluția firească a organizațiunii sanitare, o evoluție, care este aceeaș pentru toate țările.

Mai de vreme sau mai târziu în mod firesc și forțat acele principii se vor impune și la noi. Avem chiar satisfacția să constatăm în ultimul timp o revenire salutară a adversarilor, fie că acceptă ca atari unele principii ale legii din 1930, fie că se inventează altele sub altă denumire, în altă formă. Principiul cordonării serviciilor sanitare disperate, fixat precis în primele articole ale legii noastre, neînțeles la început, a fost din nou descoperit și introdus ca inovațiune deosebită într-o lege modificatoare. Instituția surorilor de ocrotire, refuzată și combătută atâta vreme, azi grație intervenției înțelegătoare și autoritative a Dlui Ministru Dr. Costinescu este acceptată ca cea mai prețioasă auxiliară în opera de prevenire. Instituția medicului igienist, diferențierea medicului curativ de cel preventiv, criticată și combătută cu atâta îndârji-

re în baza celebrei concepții a „medicului unic“ și desființată prin o recenia lege a actualiei conduceri sanitare, azi apare timid acceptată ca atare sau sub titlu de „medic preventiv“ și se cere chiar să fie descentralizată până la circumscripție. Fondul sanitar nu mai este combătut, cu toate că încă nu este suficient înțeles, și nu va trece, sperăm, prea mult timp și acceptate vor fi și plășile sanitare, casele și oficiile de ocrotire, ca instituții de bază ale organizațiunei sanitare preventive. Desființarea treptată a spitaielor mixte și transformarea lor în dispensarii sau case de ocrotire nu mai întâmpină nicio opoziție, iar necesitatea unor spitale mari, în centrele județene este azi evidentă pentru orișicine. Solicitarea unei energice activități preventive a devenit modă, opinia publică o cere tot mai hotărît și un început apropiat de muncă constructivă și solidară se întrevede.

Desigur sunt încă multe probleme de lămurit, pentru ca activitatea organizațiunei noastre sanitare să-și poată da maximul de roade. Intre aceste probleme una de principală importanță este aceea a recrutării personalului medical. Soluțiunea dată prin legea din 1930 a fost abrogată prin legea modificatoare din 1931, revenindu-se la dispozițiunile vechii legi sanitare din 1910; în 1933 s'au repus în vigoare dispozițiunile legii din 1930, pentru ca sub actuala guvernare să se restabilească din nou-vechica modalitate de recrutare. O viitoare conducere sanitară a partidului național-lăărănesc va reintroduce, sunt sigur, cel puțin în parte prevederile legii din 1930, pentru ca eventual conducerea sanitară următoare să le abroge din nou. Pentru a evita acest joc dăunător sănătății publice și evident și pregătirei și siguranței corpului nostru medical, o înțelegere este imperios necesară, un acord între acele două concepții trebuie să intervină.

Pentru a evita hazardul unui concurs în care nu atât competența reală, practică, ci mai mult memoria, curajul și cunoștințele teoretice erau hotărîtoare, legea sanitară din 1930 cerea pentru ocuparea posturilor de medici primari de specialitate înaintate de toate o pregătire specială. O specializare, făcută în cadrele facultăților de medicină, prin stagii și cursuri, cari să asigure o reală competență teoretică și practică în așa măsură, încât medicii cari le urmau să devină de fapt stăpâni pe specialitatea lor, capabili să conducă independent și cu

toată răspunderea serviciile la cari aspirau. Un examen de specialist urma să verifice aceea competență specială, iar titlul de specialist era rezervat exclusiv medicilor, cari în baza pregătirii științate și a examenului amintit dobândeau diploma de specialitate. Odată această diplomă câștigată, medicii doriți de a ocupa un post de medic primar, urmau să se prezinte apoi la un examen de capacitate sau concurs de clasificare, care nu mai avea atât rostul de a informa în detaliu asupra competenței în specialitate și deci nu ar fi durat săptămâni sau chiar luni întregi, ci de a permite în câteva ședințe o justă selecționare în baza titlurilor, activității anterioare și a specializării verificate deja prin diploma de specialist. Ceeace se asigura prin aceste dispozițiuni, era în primul rând competența reală în specialitate, rezultată dintr'o muncă îndelungată și permanent îndrumată și controlată de organele facultăților de medicină, iar medicilor, cari reușeau la examenul de specialist și la concursul de clasificare, li-se putea încredința fără ezitare și fără risc soarta bolnavilor din serviciile, pe cari urmau să le conducă.

Aceleași dispozițiuni priveau și recrutarea medicilor igienisti de plasă și a medicilor primari de județ și șefi de municipiu, igiena aplicată fiind ridicată la rangul unei specialități practice de cea mai mare importanță pentru sănătatea publică. Dacă firesc este, ca medicului chirurg sau de orice specialitate curativă să i se ceară maximul de competență pentru a putea face față în modul cel mai perfect posibil suferințelor individuale, cu atât mai mult trebuie să se pretindă o pregătire și o capacitate specială în vastul domeniu al prevenirii acelor medici, cari în situațiunea de conducători de plasă sanitară sau de medici primari de județ sau șefi de municipiu, trebuie să vegheze cu toată competența și toată răspunderea la o cât mai prosperă evoluție biologică, la o cât mai categorică prevenire de boli în populațiunea încredințată grijei lor. Și așa cum medicului curativ, se cere cu drept cuvânt să stabilească în modul cel mai precis posibil diagnosticul boalei individuale și să institue terapeutila cea mai acomodată, pentru a curma suferința în timpul cel mai scurt posibil, așa trebuie să pretindem ca medicul igienist, privind populațiunea încredințată lui ca o unitate, să urmărească cu toată atenția și permanent fenomenele morbide în sânul ei, să stabilească precis cauzele

lor, să le combată cu mijloacele cele mai moderne și mai eficiente, pe cari știința și experiența în necontenită evoluție le pune la dispoziție, și îndeosebi să inaugureze și să mențină în permanentă funcțiune o sistematică activitate de prevenire simultan în toate domeniile igienei aplicate.

Iată obligațiuni de o covârșitoare importanță pentru sănătatea publică, cari nu se pot satisface în baza rudimentarelor cunoștințe câștigate în facultate, dar nici în funcțiunea de medic de circumscripție, oricare ar fi vechimea de serviciu, și pe cari nu le poate aduce deodată nici scurta pregătire pentru un concurs în sensul legii vechi.

Deosebit de severe au fost în legea din 1930 condițiile de recrutare pentru posturile de inspectori generali sanitari, șefi de regiuni sanitare, posturi rezervate exclusiv elementelor celor mai distinse din corpul medicilor funcționari. Firesc era să fie așa, căci inspectorul general sanitar nu are numai rolul de a veghea la stricta aplicare a legii și regulamentelor, inițiând sancțiuni în caz de abatere; el trebuie să animeze, să îndrumeze și să coordoneze serviciile din teritoriul regiunii sale, să dispună nu numai de o vastă experiență în domeniul sănătății publice, dar și de o încontestabilă autoritate morală și profesională.

Legea din 1930 nu prevedea pentru medicii doritori de a ocupa posturi de medici de circumscripție alte condițiuni, decât o pregătire ceva mai amănunțită prin stagii clinice de scurtă durată în domeniile bolilor infecțioase, a bolilor sociale și a ocrotirii mamei și a copilului. Legea modificatoare a Dlui Ministru D. R. Ioanițescu din 1933 a complectat condițiunile de recrutare prin instituirea unui concurs de selecționare acomodat cerințelor serviciului și ținut anual simultan la București, Cluj și Iași.

Față de aceste dispozițiuni ale legii din 1930 privind recrutarea personalului medical nu s'au ridicat obiecțiuni serioase, susținute de o argumentare obiectivă și vizând de fapt interesele serviciului. În schimb într'un sentimentalism, care de dragul tradiției uita toate defectele sistemului vechi de recrutare și refuza nu numai acceptarea dar și discuția prevederilor legii din 1930, s'a cerut revenirea la sistemul concursului în vechea lui formă, cu toate defectele constatate și recunoscute chiar și de susținătorii acestui sistem. Este desigur

mai comod de a refuza discuția sau acceptarea modalității de recrutare, preconizată de legea din 1930, și de a reintroduce vechiul sistem al concursului, fără a se obosei măcar, de a-l îndrepta. O atare atitudine de încăpățanată susținere a unui principiu tradițional, dar perimat, în orice caz nu servește progresul și deci nici interesele reale ale serviciului. Adversarul principiilor legii din 1930 ar trebui să se coboare odată din olimpul superiorității tradiționale la realitatea arzătoare a cerințelor de azi, să-și ia oboseala de a sta egal la egal de vorbă cu noi, modeștii luptători fără pretenția unui pedigriu de mare vechime pentru vederile noastre, să opună argumente argumentelor noastre și să înceteze de a combate acele vederi numai prin sistemul comod al afirmațiunilor gratuite, bun pentru adunări electorale, dar nici decum pentru convingerea corpului nostru medical. Dacă vrem să servim sănătatea noastră publică și nu mă indoiesc că toți dorim aceasta în aceeași măsură, se cere aceeași sinceritate, respect reciproc și obiectivitate dela toți, chiar dacă unii sunt din Capitală și alți din provincie. În orice caz ar fi de dorit, ca mentalitatea, care a culminat în proiectul Academiei române de medicină, să fie revizuită, căci altfel nu vedem posibilitatea unei apropieri sau a unei înțelegeri.

Institutul Național de Igienă din Varșovia.

Agregat Dr. M. ZOŁOG.

Într'un număr precedent al Buletinului eugenic și biopolitic¹⁾, am expus, după un raport al Secției de Igienă a Societății Națiunilor, concluziile generale referitoare la organizarea Institutelor de igienă și sănătate publică, la care a ajuns comisia special instituită pentru studierea învățământului igienei în diferite țări.

În articolul de față voi descrie organizarea și funcționarea Institutului național de igienă din Varșovia, cel mai vechiu institut de acest gen în Europa.

¹⁾ Bul. eug. și biopol. No. 7.

Pentru o mai bună înțelegere a rolului ce îndeplinește acest institut în Polonia, cred necesar ca în câteva cuvinte să descriu și organizarea sanitară a țării.

În primii ani după renașterea Poloniei a existat un Minister al Igienii publice, care însă a fost în curând suprimat, iar atribuțiile lui au fost repartizate altor ministere.

Incepând cu 1 Iulie 1932, problemele sanitare sunt repartizate în modul următor:

I. *Ministrerul asistenței sociale* are o Direcție a sănătății publice, căreia îi aparțin aproape toate atribuțiile fostului minister.

Direcția sănătății publice are 5 secții, condusă fiecare de câte un medic și anume:

1. Secția administrativă (organizare și control),
2. Secția de igienă socială (boli sociale, mamă și copil, etc.),
3. Secția bolilor infecțioase,
4. Secția spitalelor,
5. Secția farmaceutică.

Direcția Sănătății publice are în total 48 funcționari, dintre cari 17 medici, 5 avocați, 2 chimiști, 1 inginer, 1 farmacist, iar restul funcționari neprofesioniști.

Ca organ tehnic Direcția sănătății publice are Institutul național de igienă din Varșovia cu 6 institute filiale și 7 institute pentru controlul alimentelor.

Ca organ consultativ are Consiliul superior al sănătății, compus din 12 secții.

II. *Ministerul instrucțiunii publice* se ocupă cu învățământul medical și igiena școlară.

III. *Ministerul de interne*, prin direcția tehnică, se ocupă cu problemele de salubritate publică.

IV. *Ministerul justiției* se interesează de igiena penitenciarelor.

V. *Ministerul căilor ferate* se ocupă de igiena personalului și instituțiilor sale.

VI. *Ministerul de războiu* se interesează de igiena militară și educația fizică.

Prin urmare problema generală a sănătății publice cade în atribuția Direcției sănătății publice din Ministerul asisten-

tei sociale, celelalte ministere interesându-se numai de problemele lor speciale, mai restrânse.

Din punct de vedere administrativ organizația sanitară merge paralel cu organizarea administrativă.

Polonia este divizată în 17 provincii (voivodate), fiecare cu aproximativ 2.000.000 locuitori. În trunchiul administrației voivodatului se află voivodul, funcționar de stat, reprezentantul general al guvernului, depinzând de Ministerul de Interne.

Administrația centrală a voivodatului este divizată în secții, corespunzând în mic ministerelor. Voivodul este asistat de un organ consultativ, Consiliu voivodal, compus din reprezentanții dietinei și ai orașelor care nu fac parte din district. Una din secțiile voivodatului este secția muncii, asistenței sociale și a sănătății publice, corespunzând în linii generale competențelor Ministerului asistenței sociale.

Șeful secției este un medic igienist, care depinde de voivod, dar în chestiuni sanitare și profesionale, primește directivele dela Direcția sănătății publice din Ministerul asistenței sociale. El are la dispoziție mai mulți inspectori, medici și câțiva farmaciști, a căror atribuție principală este controlul la fața locului a instituțiilor sanitare și a medicilor de districte. Numărul total al inspectorilor pe țară este de 61.

Este în curs sistematizarea pentru fiecare voivodat a unei inspectoare a surorilor de ocrotire, pentru controlul tehnic al surorilor din voivodat și câte un inginer sanitar, pentru problemele de tehnică sanitară.

Voivodatele sunt divizate în districte (powiate). În total sunt în Polonia 241 districte rurale și 21 urbane.

Districtele rurale au în termen mediu 125.000 locuitori, cele urbane sunt constituite din orașe cu peste 25.000 locuitori.

Capul administrativ al powiatului (districtului) este starosta, funcționar de stat, numit de guvern și reprezentantul lui în district. El depinde de voivod, primește ordine fie direct dela voivodat, fie prin intermediul voivodatului dela ministere. Starostele administrează districtul cu ajutorul raportorilor.

Raportorul problemelor de muncă, asistență socială și sănătate publică este medicul districtului (lekarz powiatowy), care trebuie să fie medic igienist specializat. El este însărcinat

cu toate problemele cari privesc sănătatea publică pe teritoriul districtului. În unele districte, cu mai multe probleme, cari depășesc capacitatea de muncă a unui om, el este ajutat de încă un medic igienist, tot funcționar de stat.

Districtele sunt compuse din comune urbane și rurale, fiecare având o administrație autonomă, reprezentată prin consiliul comunal, în comunele rurale și consiliul municipal în comunele urbane, ales de toți cetățenii majori fără deosebire de sex.

Una sau mai multe comune a districtului, formează o circumscripție sanitară, condusă de un medic comunal special, salarizat fie de comune, fie în caz de imposibilitate financiară a acestora, de administrația autonomă a districtului (dietina = sejmik). El este deci un funcționar comunal și nu de stat.

Organizarea sanitară descrisă până aici are un caracter administrativ și terapeutic.

Pentru problemele de prevenire și educația populației în chestiuni de igienă s'a creat o instituție specială: centrul de igienă (plasa sanitară), condus de un medic igienist, ajutat de mai mulți medici specializați în diferite probeleme, surori de ocrotire și oficianți sanitari.

La 1 Ianuarie 1932 erau deja 205 plase sanitare organizate, fiecare cu aproximativ 50.000 locuitori, cu un număr total de 488 medici, dintre cari 371 specialiști, 355 surori de ocrotire, și 78 oficianți sanitari. Tendința este, pe de o parte de a complecta organizarea centrelor deja înființate, pe de altă parte de a înființa și organiza noi centre.

Activitatea preventivă a centrelor de igienă se desfășoară la dispensare (cu una sau mai multe secții), cari au o organizare foarte similară cu casele de ocrotire prevăzute de legea sanitară din 1930, iar pe teren, prin activitatea educativă a surorilor de ocrotire.

Tendința este de a descentraliza dispensarele (casele de ocrotire), ca să fie cât mai accesibile populației, de fiecare circumscripție un dispensar polivalent.

Costul de întreținere a unui centru de igienă variază între 20.000—25.000 zloți pe an.

Toți medicii cari candidează pentru funcțiuni în serviciul sanitar, la voivodate, powiate și centre de igienă, trebuie să fie

medici igienişti și să fi terminat cursurile de specializare în igienă, ținute la Institutul de Igienă din Varșovia.

Medicii cari au fost numiți fără a fi terminat cursurile, sunt obligați să audieze cursuri de perfecționare în igienă.

Medicii de circumscripții rurale nu sunt obligați a face cursul de specializare, totuși sunt mulți cari îl fac în mod benevol, fiind preferiți la ocuparea posturilor. Majoritatea medicilor de orașe sunt absolvenți ai cursurilor de specializare. Toți medicii igienişti de districte și orașe mai mari sunt full-time, nu au altă ocupație, nu fac clientelă, își dedică tot timpul serviciului.

Salariul lor inițial este de 400-700 zloți pe lună, la care se mai adaugă alocația familiară, chiria și transportul.

Institutul național de igienă din Varșovia, a fost creat în anul 1926 cu ajutorul Fundațiunii Rockefeller. În anul 1927 Institutul s'a contopit cu Institutul de epidemiologie, Școala de igienă, Institutul farmaceutic și Institutul de serologie, formând toate laolaltă, Institutul național de igienă.

Institutul este așezat într'un edificiu propriu, spațios, bine amenajat. Are 4 amfiteatre, laboratoare, săli de lucrări practice, bibliotecă, muzeu și un cămin pentru 50 de medici cari audiază cursurile. Mai are o fermă pentru animalele de experiență și o stațiune experimentală pentru epurația apelor de canal.

Institutul este integral susținut de stat, depinzând de Direcțiunea igienei publice din Ministerul asistenței sociale. Legături directe cu Universitatea nu are, afară de faptul că mai mulți profesori universitari țin cursuri la Școala de igienă, precum și membrii Institutului țin cursuri la Universitate.

Scopul institutului, așa cum se precizează în regulamentul de funcționare, este: să facă lucrări științifice în materie de igienă și să facă să beneficieze igiena publică din progresul științei.

Are următoarele secții:

1. Bacteriologie și medicină experimentală,
2. Seruri și vaccinuri,
3. Chimie și farmacie,
4. Secția didactică, Școala de igienă.

Școala de igienă are 5 secții:

- a) Igienă industrială,

- b) Demografie și igienă socială,
- c) Epidemiologie,
- d) Inginerie sanitară,
- e) Igienă alimentară și biochimie.

La Cracovia, Lodz, Lublin, Lwow, Torun și Vilna, sunt Institute de igienă auxiliare, sub direcțiunea administrativă a Institutului național de igienă din Varșovia.

Institutul are 180 persoane bugetate, dintre care 100 specialiști și funcționari superiori, 80 funcționari inferiori.

Bugetul Institutului pe anul 1932—33 a fost de 701.434 zloți, la care se mai adaugă bugetul separat al secției de seruri și vaccinuri, care pe acelaș an a fost de 1.315.000 zloți.

Secția didactică se ocupă cu formarea medicilor igieniști și a personalului sanitar auxiliar.

Medicii igieniști trebuie să audieze un curs de specializare de 9 luni, iar timp de alte 3 luni trebuie să facă practică la diferite servicii de igienă publică, de preferință la centrele de igienă de sub direcția tehnică a Institutului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cursurile audiate sunt următoarele:

	Numărul orelor de cursuri:		
	teoretice	practice	total
1. Bacteriologie și Imunologie	52	44	96
2. Demografie și tehnică statistică	23	—	23
3. Epidemiologie generală și specială	24	—	24
4. Lucrări de laborator (epidem. și stat.)	—	44	44
5. Diagnosticul clinic al boalelor infecțioase	—	120	120
6. Desinfecție și deparazitare	14	—	14
7. Chimia și fiziologia nutriției	24	18	42
8. Compoziția chimică a alimentelor (Legislația controlului alimentelor și aplicarea ei)	24	—	24
9. Chimia alimentelor și controlul drogurilor	8	—	8
10. Aprovizionarea cu apă (captare, purificare, protecția surselor, controlul uzinelor de apă, examinarea probelor de apă și interpretarea rezultatelor	18	8	26
11. Ape reziduale, epurația lor în mediu rural și urban	11	11	22
12. Indepărtarea reziduelor solide	4	3	7
13. Locuințe, școli, spitale	8	—	8
14. Urbanism	3	2	5
15. Tehnica încălzirii și ventilației	2	—	2
16. Băi publice	4	—	4
17. Controlul locuințelor	2	4	6

	Numărul orelor de cursuri:		
	teoretice	practice	total
18. Fiziologia muncii	9	3	12
19. Ventilația și eliminarea prafului	6	1	7
20. Luminanța	4	1	5
21. Boli profesionale	10	—	10
22. Profilaxia accidentelor, legislația industr.	6	—	6
23. Boli sociale (tuberculoză, venerii, trahom, cancer, boli mintale, alcoolism)	32	—	32
24. Protecția mamei și copilului, Eugenie	16	—	16
25. Legislația sanitară	46	—	46
26. Asigurări sociale	6	—	6
27. Administrația sanitară (seminar)	—	12	12
TOTAL :	356	271	627

După cum vedem programul de studii cuprinde toate problemele cari interesează sănătatea publică și cari pot avea o aplicare practică pe teren.

O mare parte a programului este rezervat lucrărilor practice de laborator, seminariilor și vizitelor diferitelor instituții, cari prezintă un interes din punct de vedere igienic, dându-se o importanță deosebită problemelor de epidemiologie, statistică și bolilor infecțioase. După terminarea cursului, medicii trebuie să facă un examen detaliat din toate studiile audiate.

După examen urmează instrucția pur practică, care se face la diferitele centre de igienă (plasa sanitară), de sub conducerea Institutului național de igienă și anume la:

1. Plasa sanitară urbană din Varșovia (Mokotow),
2. Plasa sanitară suburbană Varșovia (Grochow),
3. Plasa sanitară rurală din Skjerniewice,
4. Plasa sanitară industrială din Bendzin.

Aceste stagii practice durează 3 luni.

După terminarea acestor stagii practice medicii trebuie să mai lucreze încă cel puțin 3 luni, de această dată independent, de obicei la posturile pe cari și le aleg și le primesc apoi, după care stagiul se face examenul definitiv, care îi califică de medici igienisti și le dă dreptul de a fi definitivați. Pentru medicii igienisti, terminați mai de mult, se fac cursuri de perfecționare de o durată mai scurtă, 3—4 săptămâni.

Afară de formarea medicilor igienisti, școala de igienă se ocupă și de formarea inginerilor sanitari, simțindu-se necesitatea pregătirii inginerilor și din punct de vedere igienic, pentru o mai bună colaborare cu serviciile sanitare.

Cursurile pentru inginerii sanitari durează 6 săptămâni și se referă la problemele de urbanism, construcție de școli, case de ocrotire, dispensare, spitale, băi publice, abatoare, captarea, purificarea și distribuția apei, epurația apelor de canal, desinfecție, deparazitare, etc.

Cursurile sunt completate cu demonstrații la fața locului și vizitarea instituțiilor de acest fel.

La curs se primesc numai ingineri diplomați.

La cursurile de *oficanți sanitari*, cari durează 5 luni, se primesc absolvenții cursului inferior al liceului, dar mulți solicită înscrierea după terminarea liceului sau chiar cu 1—2 ani de studii universitare.

Cursurile teoretice consistă din fizică, chimie, anatomie și fiziologie elementară.

La cursurile și demonstrațiile practice sunt instruiți în aprovizionarea cu apă, epurația apelor de canal, desinfecție, deparazitare, citirea planurilor arhitecților, cunoștințe elementare despre boli infecțioase, nutriție, controlul alimentelor și băuturilor, primul ajutor în caz de accidente, intoxicații cu gaze, etc.

Se dă o importanță deosebită instruirii lor, pentru a ști cum se recoltează, împachetează și expediază probele pentru analize chimice și bacteriologice, etc.

Formarea *surorilor de ocrotire* se face în școli speciale, dar Institutul contribuie și la instrucția lor, fie prin personalul propriu, fie prin personalul dela centrele de demonstrație sanitară.

Cursuri speciale, de o durată mai scurtă, de 3—4 săptămâni, se mai țin pentru *directorii școlilor secundare*, în domeniul igienei școlare și pentru *invățători*, în domeniul igienei școlare și rurale.

Cursuri și conferințe ocazionale, după necesități momentane sau la dorința medicilor, organizează școala în diferite domenii, ca de ex.: igienă școlară, tuberculoză, trahom, boli infecțioase, etc.

Secția de inginerie sanitară este și autoritatea centrală consultativă pentru toate problemele de locuință, aprovizionare cu apă, epurația apelor reziduale, băi publice, urbanism, igienă rurală, etc. Face planuri, expertize, are stațiuni de ex-

perimentare, editează broșuri privind diferitele aspecte tehnice ale problemelor de sănătate publică.

Secția didactică a Institutului are sub conducerea sa tehnică centrele de demonstrație sanitară din Mokotow, (urban), Grochow (suburban), ambele sectoare ale Varșovici, Skjerniewice (rural) și Bendzin (industrial), cari servesc la formarea practică a medicilor igieniști și a surorilor de ocrotire.

Secția de bacteriologie și serologie execută toate analizele pentru Varșovia (aproximativ 70.000 pe an), face reacțiile Dick și Schick și imunizările contra difteriei și scarlatinei în Varșovia.

Secția de seruri și vaccinuri prepară aproape toate serurile și vaccinurile necesare Poloniei.

Secția de chimie și farmacie face controlul produselor medicamentoase.

Fiecare secție a Institutului, pe lângă atribuțiile curente, se mai ocupă și cu cercetări științifice.

Din cercetările mai importante publicate în ultimii ani, notăm pe cele ale lui Hirszfeld și colaboratorii lui asupra diagnosticului serologic al cancerului, asupra grupurilor sanguine și a etiologiei tifosului exantematic.

Secția de chimie a făcut cercetări foarte interesante asupra problemei alimentației în Polonia.

Secția de statistică, asupra scarlatinei și tifosului exantematic în Polonia, asupra tuberculozei în Bialystok, asupra alcoolismului, etc.

Secția de geniu sanitar a făcut cercetări asupra chlorizării apei potabile, aprovizionării cu apă, iar Secția de igienă industrială asupra bolilor profesionale și asupra ventilației și luminației în industrii.

Prin activitatea didactică, tehnică și cercetările științifice, Institutul a reușit să se încadreze în mod organic în serviciul sanitar, să formeze personalul medical și auxiliar necesar serviciului, să ia inițiativa și să dea directive pentru rezolvirea unor probleme, cari fără concursul și competența tehnică și științifică a Institutului, nu s'ar fi putut duce la bun sfârșit.

Activitatea Institutului nu s'a limitat însă numai la rezolvirea problemelor pur tehnice și științifice, ci prin competența membrilor lui a introdus noi principii de organizare sa-

sanitară. Institutului se datorește ideea creierii centrelor de igienă, tot prin el s'a organizat primele centre model, cari servesc pentru formarea practică a personalului medical și auxiliar și în acelaș timp ca model pentru organizarea altor centre similare.

Institutul de igienă a reformat, a modernizat și a pus pe baze solide organizarea sanitară a Poloniei, punând pe primul plan ideea profilaxiei și igienci, aducând prin aceasta mari servicii statului.

Nouii directive în combaterea difteriei și scarlatinei.

Dr. T. TURCU.

I.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

În lucrarea prezentă încercăm să analizăm caracterul și valoarea măsurilor de combatere în difterie și scarlatină din trecut și prezent, referindu-ne în mod special la activitatea serviciilor sanitare urbane și a circumscripțiilor rurale.

Notăm dela început că tocmai la țară, unde problemele de această natură sunt mai importante, combaterea se face în mod rudimentar și anacronic. Toate măsurile se restrâng la punctele *a.* (declararea), *c.* (izolarea), și *d.* (desinfecția) ale articolului 273 din legea sanitară și de ocrotire. Punctele *b.* (proveniența și filiația) și *e)* (vaccinarea) ale aceluiaș articol sunt complet neglijate.

Dar chiar și numai declararea, izolarea și desinfecția, pot contribui mult la reușita combaterii difteriei și scarlatinei, dacă se execută în mod ireproșabil.

Declararea însă se bazează de obicei pe inspecția clinică și informațiunile luate dela populațiunea laică. Ca bolnavi contează numai aceia cari prezintă simptome clinice clasice; cazurile fruste se pierd din evidență. Diagnosticul etiologic și cel retrospectiv, se consideră ca inexecutabile. Numărul celor declarați este mult inferior realității și primele cazuri se declară adesea abia în plină evoluție epidemică.

Lipsa aplicării diagnosticului retrospectiv, care se poate face la difterie cu ușurință prin paralizările post difterice, iar la scarlatină prin observarea descuamației și a complicațiilor post scarlatinoase, reduce și mai mult numărul celor declarați. În cazuri suspecte la dif-

terie nu se caută bacilul Loeffler, iar la scarlatină reacția Sschltz-Charlton, Pastia și Kumpel-Leede rămân pură teorie.

În astfel de împrejurări se pierde din evidență un mare număr de contacti, excretori și purtători. Dacă prin izolarea făcută în condiții proaste, la difterie se creiază prin contacti numeroși purtători, cu atât mai mulți excretori se vor crea la ambele infecțiuni.

Nu mai insistăm asupra izolării la domiciliu, făcută fără niciun scrupul și în lipsa garanțiilor cerute, dar nu putem admite nici felul cum se face actualmente izolarea în mediul spitalicesc. O vizită începătoare ne descopere adeseori în acelaș salon bolnavi difterici și scarlatinoși în stadii acute și de convalescență, amestecați fără nicio regulă. În lipsa gargarismelor, convalescentul se încarcă din nou cu agentul patogen, provoacă noi cazuri de scarlatină la reîntoarcerea în familie și noi cazuri de difterie în colectivități temporare sau alte localuri comune (școli, internate etc.)

Desinfecția, așa cum se face, redă numai în mod grotesc dezideratul unei dezinfecții ireproșabile. O seringă mare, sau în cel mai bun caz un „Vermorel“ sau alt aparat pulverizator impresionează locuitorii apartamentului prin mirosul de formol sau fenol imprăștiat în cameră, dar efectele contaminate rămân nedesinfectate. Desinfecția faringelui la contacti cu aceste pulverizatoare, evident nu se poate face, iar gargarismele indicate cu un desinfectant corespunzător nu se fac.

Ca măsură specifică contra difteriei, uneori se injectează anti-ser curativ. La scarlatină tratamentul etiologic cu antiser a rămas rezervat pentru cei privilegiați din punct de vedere material, preparatele din străinătate fiind costisitoare, iar produsul indigen uneori se discreditează de cei ce sunt străini de interesele noastre naționale. În tendința unei combatri prompte s'a încercat imunizarea pasivă cu ser anticifergic, cu scopul profilactic la contacti. La scarlatină însă, profilaxia cu antiser nu se aplică. Vaccinările preventive în masa populațiunii, pentru stingerea sau prevenția unei epidemii, s'au încercat în rare cazuri și mai mult la îndemnul autorităților sanitare superioare. Rezultatele însă nu s'au înregistrat destul de precis. Nu s'a făcut nici propaganda necesară. Populația, în loc să ceară continuarea măsurii, a căutat să se sustragă pe viitor. Cu toate circumstanțele date de Min. M. S. O. S. în primăvara anului 1934, privind vaccinările cu anatoxină difterică, situația a rămas aproape aceeaș. Sperăm însă că, concluziile primului Congres Național de boli contagioase, ținut la Craiova în Oct. 1934, cu privire la obligativitatea vaccinării antidifterice, va aduce și în această privință o ameliorare a situației.

Rezultatele directe ale tuturor măsurilor, așa cum se aplică, evident nu pot fi satisfăcătoare, deci ambele infecțiuni evoluiază în voie liberă în toată țara și asistăm la o tendință de urcare a difteriei și scarlatinei. Prin urmare nu ne poate surprinde valul de scarlatină și difterie din toamna anului 1934, care n'a cruțat nici colectivitățile mari urbane și municipale, cu toate că stau sub control continuu și se află într-o stare igienică mai înaintată.

In rezumat constatăm, că declararea nu este bazată pe diagnostic etiologic, cu toate că la difterie se poate trimite cu ușurință materialul de analizat la proximalul laborator. La scarlatină, în lipsa posibilității de a pune în evidență agentul patogen, diagnosticul clinic este ajutat în cazuri dubioase de reacția Schultz-Charlton, Rumpel-Leede și Pastia, iar diagnosticul retrospectiv este asigurat prin observarea desquamajilor și complicațiilor post scarlatinoase. În astfel de împrejurări depistarea mai reală a bolnavilor, excretorilor și a contactilor va putea servi ca punct de reper prețios în combaterea ambelor infecțiuni. Izolarea la domiciliu cu puțină insistență se poate face în condiții ireproșabile, iar în mediu spitalicesc vom putea totdeauna realiza izolarea convalescenților de cei acuti. Desinfecția nazo-faringelui bolnavilor, excretorilor, purtătorilor și contactilor trebuie ridicată pe primul plan. *Nu păreții camerei ci nazo-faringele persoanelor găzduitoare de virus și efectele de contact ale acestora trebuiesc desinfectate.*

Măsura specifică trebuie introdusă în uzul zilnic. Tratamentul difteriei să se facă din timp și cu doze suficiente de antiser. Tratamentul scarlatinei, în lipsa antiserului specific, se poate executa oriunde cu sânge integral de convalescent sau în lipsa acestuia cu sânge de adult.

Specificitatea probei Schick și eficacitatea vaccinării anti-difterice cu anatoxina difterică Ramon, este recunoscută în toată lumea. Și de fapt, difteria descrește treptat în toate țările unde vaccinarea a fost sistematic aplicată. Dacă la scarlatină nu s'a spus încă ultimul cuvânt pentru specificitatea probei Dick și a vaccinării cu toxină Dick sau toxină Dick formolată, totuși pe baza observațiilor făcute în ultimii ani, trebuie să constatăm că *vaccinarea contra scarlatinei constituie optima măsură ce ne stă la dispoziție în combaterea dificilă a acestei infecțiuni.*

Teama de reacții post vaccinale, după anatoxina difterică și vaccinarea antiscarlatinoasă, este prea exagerată. Accidente grave în urma acestor măsuri nu s'au înregistrat.

Cutireacția Schick și Dick ne selecționează receptivii, pentru a putea fi vaccinați până la vârsta de 7 ani, cu doze integrale. Poraba Moloney în schimb ne va selecționa persoanele sensibile în vârstă de peste 7 ani, ca să-i putem vaccina cu doze, fracționate, evitând astfel reacțiile postvaccinale, rezultatul fiind acelaș ca și la vaccinarea cu doze complete.

Din punct de vedere tehnic și al eficacității, ambele vaccinări se pot asocia, cu mai mare șansă de reușită ca la vaccinări separate.

II.

În cele ce urmează redăm vreo câteva observațiuni făcute pe teren privind combaterea difteriei și a scarlatiniei.

Epidemia de scarlatină din Colegiul ref. Bethlen din Aiud.

Comuna urbană Aiud, cu cca 10 000 locuitori, prezintă o stare endemo-epidemică de scarlatină, cu 11 cazuri în anul 1930, 4 cazuri în anul 1931 și 40 cazuri în anul 1932.

În Colegiul ref. Bethlen, care cuprinde 1 liceu și 1 școală normală de băieți, s'a ivit în anul 1932 o epidemie de scarlatină, cu primul caz în 30 Oct., 4 cazuri în Nov. și 7 cazuri în luna Decembrie. La intervenția noastră din 20 Dec., epidemia se afla deci în plină ascensiune, cu 2 cazuri mortale în 17 și 19 Dec., iar primul caz s'a descoperit în exantem, cu ocazia cetirii reacției Dick, care era pozitivă.

În decursul anchetei noastre am descoperit la controlul elevilor 8 cazuri de angine ușoare în stări subfebrile. Toți bolnavii declarați erau elevi interni. Internatul avea 14 dormitoare în 2 etaje. Fiecare caz s'a ivit în alt dormitor, cu o succesiune ce nu ținea cont de vecinătatea sau situația pe acelaș etaj al dormitoarelor.

Elevii întregului colegiu aveau posibilitatea de contact continuu: în dormitoare cu câte 10 interni, aparținând tuturor claselor de liceu; în sălile de meditații cu cca 30 elevi din diferite clase, în sălile de gimnastică, pe culoare și în curte în timpul pauzelor, la popotă în timpul meselor comune și în biserică.

Combaterea în orașul Aiud s'a făcut de Dr. Gruită până la acest timp, prin măsuri generale de declarare, izolare și dezinfecție. Proba Dick și vaccinarea activă se considerau ca o măsură problematică și încă în faza de experimentare.

În Colegiul Bethlen, în afară de aceste măsuri, după fiecare caz se închidea clasa respectivă pe câte 5 zile. Se făcea izolarea bolnavului în condiții ireproșabile, iar colegii de dormitor a bolnavului se carantinau cu tot conținutul dormitorului pe 8 zile. Elevii aflați în stare de angină se izolau ca suspecti în căminul cercetașilor, care se află pe teritoriul colegiului, până la deferență și dispariția simptomelor suspecte. Făceau și gargarisme.

Aceste măsuri luate deja la primul caz, în 30 Oct., n'au fost în stare să împiedice evoluția normală a epidemiei.

În fața acestei situațiuni, în afară de măsurile de mai jos, am sistat închiderea cursurilor, dând astfel posibilitatea pentru examenul faringean continuu și control zilnic al elevilor. S'au ordonat gargarisme dese pentru tot personalul didactic, auxiliar, și pentru toți elevii de pe teritoriul Colegiului.

În ziua de 20 Dec. s'a executat de Dr. Gruică și Dr. Kovács cutireacția Dick. Dacă virusul în decurs de 7 săpt. n'a fost în stare să se lecționeze decât o parte numai din receptivi, proba Dick în schimb ne-a indicat în decurs de 24 ore tot restul receptivilor, pentru imunizare pe cale artificială. Din 207 elevi în vârstă de 11—20 ani s'au aflat 27 adică 13% pozitivi, cari apoi s'au vaccinat cu 3 doze crescânde de toxină Dick formolată. *Epidemia de scarlatină din Colegiul Bethlen s'a stins brusc.*

În toamna anului 1933 proba Dick executată pe 336 elevi din acest Colegiu dă 44 adică 14.1% pozitivi, vaccinându-se cu 3 doze toxină Dick formolată. În toamna anului 1934 proba Dick executată pe 421 elevi din acelaș Colegiu, dă 85 adică 20.1% receptivi. Din cei 27 vaccinați în 1932, un elev rămâne Dick pozitiv după 2 vaccinări, 2 elevi devin negativi după 2 vaccinări, 2 elevi se pozitivează după 2 ani. Restul persistă a fi negativi după 2 ani. Din cei 44 elevi vaccinați în 1933 sunt după un an toți negativi. *Nouii cazuri de scarlatină în Colegiul Bethlen dela stingerea bruscă din 1932, nu s'au mai ivit.* Măsura specifică preventivă trebuie însă continuată anual.

Scarlatina în ținutul Bicazului Ardelean.

O anchetă de informațiuni preliminare, executată la finea lunii Maiu 1933, descopere în com. Bicazul Ardelean un focar endemo-epidemic de difterie și scarlatină. Cutireacțiile, executate simultan pe 180 copii, în vârstă de 7—14 ani, descopere 63% Schick și 12.8% Dick pozitivi, cifrele cadrând cu situația epidemiologică din comună, care în ultimii ani a suferit mult mai intensiv de scarlatină decât de difterie.

Măsura specifică se introduce în această regiune de Dl Dr. Comes medic primar al județului Ciuc, în primăvara anului 1934. Cutireacțiile Dick executate în com. Bicazul ardelean, Bicaz-chei, Gheorgheni, Miercurea Ciuc, Remetea, Lazărea și Voșlobeni arată pe 2141 pers. cercetate, în vârstă de 5—16 ani, 16.9% Dick pozitivi, iar după vârsta de 5—7 ani 23.3%, 8—11 ani 16% și 12—18 ani 13.2%.

În comuna Bicazul-Chei s'a vaccinat direct, fără proba Dick prealabilă, cu 4 doze toxină Dick, iar epidemia de scarlatină, în plină evoluție, se stinse brusc după a 3-a doză. În restul comunelor se vaccinează toți Dick pozitivii cu 3 doze toxină Dick formolată. În com. Bicazul Ardelean starea endemo-epidemică a dispărut. În com. Remetea măsura a intervenit după apariția a 2 cazuri de boală. După vaccinare alte cazuri nu s'au mai ivit.

În liceele din Gheorgheni și Miercurea-Ciuc, libere de scarlatină, măsura a fost preventivă. Cazuri de scarlatină nu s'au ivit, deși orașele respective erau într'o stare endemo-epidemică.

Scarlatina din circ. Baru.

Dl Dr. Küttel, medicul de circ. vaccinează, fără cutireacție prealabilă, în iarna 1933—34 în com. Runc, cu 3 doze toxină Dick formo-

dată, majoritatea persoanelor între 1—18 ani. Comuna se afla în epidemie gravă de scarlatină, cu 25 bolnavi și 10 morți. Epidemia s'a stins brusc și alte cazuri nu s'au mai ivit.

În com. Lunca se descopere prin proba Dick 78.6% pozitivi, comuna era în ultimii 8 ani indemnă de scarlatină. Se vaccinează cu toxina Dick formolată cei pozitivi, în urma cărui fapt comuna a rămas scutită de scarlatină, cu toată situația ei apropiată de com. Runc. Comuna Strasa, nevaccinată, în apropiere de Runc, suferă în toamna anului 1934 de epidemie gravă, cu 21 bolnavi și 10 morți.

Difteria la Institutul surorilor de ocr. din Cluj.

În 24. VI. 1934 se îmbolnăvește o elevă de difterie. Proba Schick executată pe 49 pers. din această colectivitate, dă 20.4% Schick pozitive. Examenul faringean află la 4 persoane bacili difterici, adică, 8.7%. Purtătoarele se izolează cu toate efectele lor. Întreaga colectivitate face gargarisme zilnice. Prin control microbiologic repetat se constată asanarea a 3 purtătoare, iar a 4-a continuă a găzdui bacilul difteric. Purtătoarele, imediat după constatare, se lasă într'o izolare morală, impunându-li-se toate măsurile pentru împiedicarea propagării virusului. Alte cazuri în această colectivitate nu s'au mai ivit.

Controlul difteriei în azilul de copii din Cluj.

În Azilul de copii din Cluj, condus de Dl Docent Dr. Iancu, toți bolnavii internați sunt supuși controlului microbiologic rino-faringean pentru depistarea purtătorilor de bacili difterici. Purtătorii tratându-se cu spirocid se pot asana în decurs de 2—3 luni. În decursul acestor măsuri (1½ an), niciun caz intern de difterie nu s'a mai ivit. Pe timp de 1 lună asanarea neputându-se excuta în lipsa remediului, s'au ivit 2 cazuri de difterie.

Liceul catolic de băeți din Cluj.

În acest liceu s'a declarat în lunile Oct.—Nov. 1934 8 cazuri de difterie. Proba Dick—Schick, executată simultan pe 520 elevi, în etate de 7—20 ani, descopere 32% Dick pozitivi și 40% Schick pozitivi, urmând să fie vaccinați după executarea probei Moloney.

Prin examen microbiologic faringean se descopere 5.7% purtători, din cari 46% erau Schick pozitivi, purtau deci bacili avirulenți pentru ei în faringe.

Scarlatina din Școala normală de fete din Cluj.

Școala cuprinde 243 eleve interne și 63 externe, în etate de 11—18 ani. În școală surveneau anual cazuri sporadice de scarlatină. În anul 1934 virusul scarlatinei pătrunde în colectivitate în ziua de 9. XI. prin intermediul unei externe care vine zilnic la școală din com. Florești de lângă Cluj. În familia acestei eleve de Cl. V. s'au ivit 2 cazuri de scarlatină. Prima s'a îmbolnăvit în 6 XI și în 9 Nov. prezen-

ta deplină eflorescență. Cele 2 bolnave au fost ținute 4 zile la domiciliu, eleva însă frecventa în acest timp școala. Primul caz se ivește în școală la 9 Nov., urmat de alte 6 cazuri în 12, 13, 14, 24 Nov., 3 și 18 Decembrie. Cu toată măsura imediată de izolare strictă, luată după primul caz, în 9 Nov., izolând separat în 3 grupuri: a) contacții, b) bolnavii aflați în infirmerie unde a zăcut bolnava până la izolarea în spital și c) suspectii, și cu toate că proximele 3 cazuri s'au declarat între izolați, epidemia n'a putut fi stinsă, căci ultimele 3 cazuri n'au mai derivat din cele 4 precedente. În 13. XII. 1934 s'a ivit și un caz de difterie.

Ca măsură s'a impus gargarisme pentru întreg personalul colectivității. Proba Dick și Schick executată în 18. XII. la 208 eleve, descoperă 14,8% Dick și 39,4% Schick pozitive. Odată cu cetirea cuti-reacțiilor s'a făcut la cele pozitive proba Moloney. După 48 ore dela reacția Moloney, cele cu reacție negativă primesc 1-a doză integrală de anatoxină, iar la cele cu reacție pozitivă proba Moloney conțea ca 1-a injecție.

Combaterea difteriei și scarlatinei în orașul Turda.

Orașul Turda este un important focar endemo-epidemic de difterie și scarlatină, înregistrându-se în ultimii 25 ani 559 cazuri de difterie cu 61 morți și 1156 cazuri de scarlatină cu 109 morți.

Această colectivitate urbană, azi cu 20.000 locuitori, fiind un important centru cultural, industrial și comercial, cu 2 târguri săptămânale, atrage și un mare număr, de cca 3300 elevi din întreg ținutul. Are 5 școli primare mixte, 1 liceu de fete, 1 liceu de băieți, 1 școală de arte meserii de băieți, 1 școală de agricultură și 1 școală de horticultură, 1 șc. comercială și 1 de ucenici, în total deci 12 școli cu 3273 elevi în anul 1934.

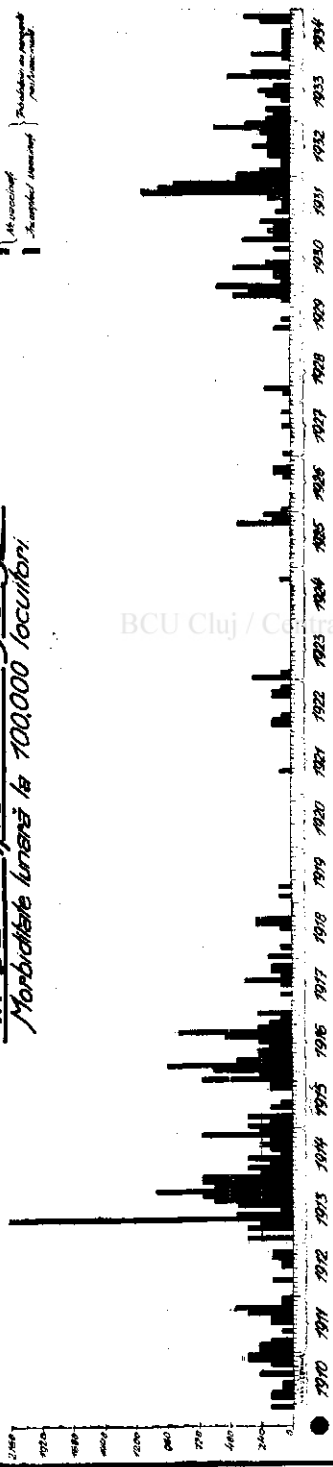
Combaterea difteriei și a scarlatinei până la începutul anului 1934 s'a făcut prin măsuri generale de declarare, izolare și dezinfecție. Bolnavii difterici primiau antiser, cei de scarlatină, mai mult cu titlu de încercare, ser de convalescent sau ser antiscalearinos Behring și în număr redus ser antiscalearinos Cantacuzino.

În anul 1927—1928 serviciul sanitar al orașului, condus de Dl. Dr. Ioan Rusu și ajutat de Dr. Napendruck, a executat din proprie inițiativă cca 500 probe Dick, vaccinând pe cei pozitivi cu toxină Dick, ambele materiale de proveniență străină. Pe lângă inconvenientul costului urcat al acestor produse, ineficacitatea lor a contribuit esențial la discreditarea acestei măsuri și a fost abandonată.

Majoritatea comunelor din jurul orașului sunt focare continui de difterie și scarlatină, iar bolnavii lor se izolează în spitalul din Turda, alimentează deci continuu izvorul de infecție din acest oraș. Sunt numeroase cazurile de infecții duse în familie de convalescenți, izolați timp de 6 săpt. în acest spital.

Evoluția difteriei și scarlatinei in Jurdă, perioada 1910-1934 Morbiditatea lunară la 100.000 locuitori.

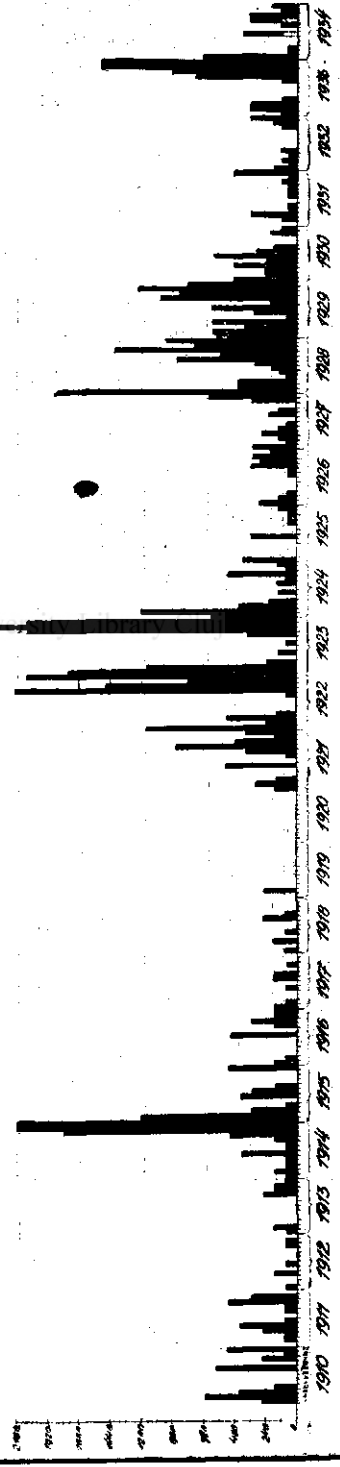
Difterie



Legenda:

- ▬ Morbiditatea lunară
- ▬ Mortalitatea
- ▬ Numărul locuitorilor

Scarlatina



Tab. No I.

Evoluția difteriei și scarlatinei pe ultimii 25 ani, calculată la 100.00 locuitori cu distribuție pe luni, este ilustrată în tabl. Nr. I. Cazurile aici înregistrate sunt cele clasice.

TABELA No. 1.
Comportarea infecțiunii difterice în mediu familiar.
Turda 1910—1934.

Anul	No cazurilor declarate	No cazurilor mortale	Familiile infectate	No familiilor cu un singur caz	No fam. cu 2 cazuri			No fam. cu 3 cazuri			No fam. cu 4 cazuri		
					Simultan	la interval de		Simultan	la interv. de		Simultan	la interval de	
						1-2 zile	Peste 2 zile		1-2 zile	Peste 2 zile		1-2 zile	Peste 2 zile
1910	21	5	20	19	1								
1911	24	7	22	20	1		1						
1912	8		8	8									
1913	81	8	69	61	1	1	4					1	1
1914	48	1	43	38	4		1						
1915	28	4	28	28									
1916	56	6	47	40	5		1						1
1917	14	1	12	11				1					
1918	10	2	10	10									
1919	2		2	2									
1920													
1921	1		1	1									
1922	10	1	10	10									
1923	5		4	3		1							
1924	1		1	1									
1925	11		10	9			1						
1926	6		6	6									
1927	3		3	3									
1928	3		3	3									
1929	16	2	16	16 ¹									
1930	34	1	29	26	2								1
1931	75	12	68	62 ²	3		2	1					
1932	50	3	49	48	1								
1933	31	3	28	25 ³			3						
1934	21	5	21	21									
Total 1910-1934	559	61	510	471	18	2	13	2				1	3
%		10.8		92.3	3.52	0.39	2.54	0.39				0.19	0.58

¹ Fam. Molnar, 2 cazuri în interval de 7 luni

² Fam. Nagy, 2 " " " " " 1

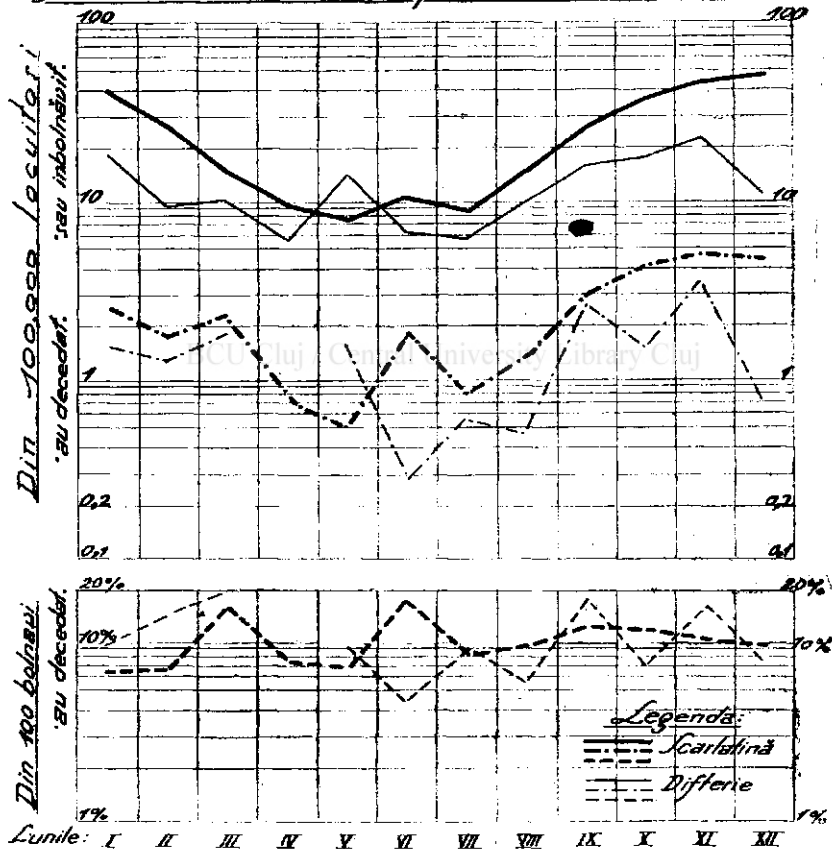
³ Fam. Andrei 2 " " " " " 3 săpt.

} 0.58 %.

Evoluție ciclică, cu intervale identice, nu se poate constata la niciuna din cele 2 infecțiuni. Decursul difteriei și scarlatinei în acest oraș nu este sincron, am putea spune chiar alternativ.

Cercetându-se epidemiologia familială a difteriei, fenomenul Moldovan, pe 510 familii, din ultimii 25 ani, constatăm

*Evoluția sezonieră a morbidității, mortalității și fatalității în Difterie și Scarlatină Jurda media din perioada de 25 ani 1910-1934.**



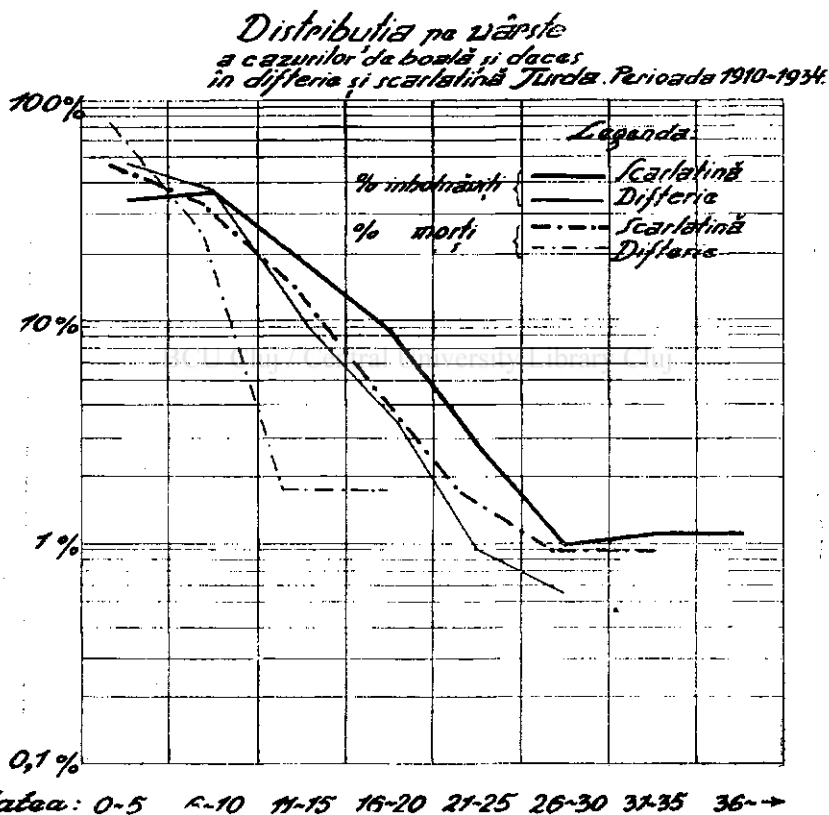
* Proportțiile la 100000 locuitori sunt calculate pe valori lunare, fără să fie ajustate la un an.

Tab. Nr. II.

conf. tabl. Nr. 1. că infecția difterică s'a propagat între membrii familiei în 3%. Este o cifră foarte apropiată de aceea constatată prin ancheta inițiată de Liga Națiunilor pe 7 țări diferite din Europa, de 2.9%. Remarcăm totodată și faptul că nu-

mărul cazurilor transmise în familie, cari ar putea deriva dela un membru purtător, este abia de 3, adică 0.58% din totalul familiilor cercetate.

Remarcăm totodată și morbiditatea și mortalitatea excesivă, care întrece mult cifra medie cunoscută pentru orașele noastre. Cum reiese din Tab. Nr. II., distribuția morbidității și a mortalității pe luni, este paralelă pentru ambele infecțiuni, cu predilecție pentru lunile de toamnă, iarnă și primăvară.

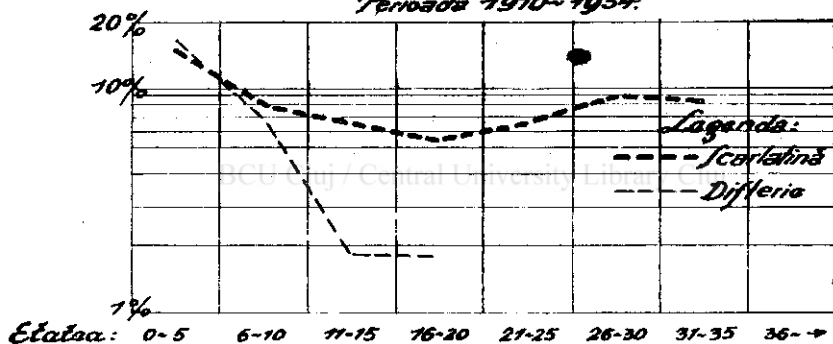


Tab. Nr. III.

Distribuția morbidității, mortalității și a fatalității pe vârste, ilustrată în Tabl. Nr. III. și IV. arată maximum de îmbolnăviri la difterie sub 5 ani, iar la scarlatină între 5—9 ani. Mortalitatea și fatalitatea în difterie scade brusc după 6 ani, pe când la scarlatină se menține până la 15 ani și cade paralel cu morbiditatea, ca la vârstele de peste 25 ani să se urce ușor din nou.

În astfel de situație măsurile s'au impus simultan pentru ambele infecțiuni deodată. Pentru declarare la difterie s'a impus diagnostic etiologic, la scarlatină clinic și retrospectiv. Pe lângă măsurile generale s'a dat mai multă atenție gargarismelor naso-buco-faringiene. Aceste gargarisme se executa în mod continuu și zilnic la toate școlile cu sol. KMnO_4 , 1/20.000, repartizată în vase speciale, prevăzute cu un robinet de scurgere, elevii folosindu-se de vase proprii sau pungi de hârtie. Asemenea s'au impus gargarisme timp de 2 săpt. pentru toți membrii familiei unde s'a ivit vreun caz de scarlatină sau difterie.

*Varietia fatalității după vârste
în difteria și scarlatină Turda,
Perioada 1910-1934.*



Tab. Nr. IV.

Măsura specifică s'a început la finea lunii Ian. 1934, continuându-se până la 30. IV. 1934. Acțiunea a fost susținută de o propagandă intensă, întreprinsă în luna Febr. 1934, prin conferințe la școli, asociații culturale și pe cale ziaristică locală, prin comunicate formulate de oficialitatea sanitară.

Materialul întrebuințat la cutireacții și vaccinări a fost produs de Inst. de seruri și vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino“ București. Toxina Dick formolată (Lot. B. C. D. și E.) și anatoxina difterică (16.5—25 U. A.) în fiole de câte 10—20 cc. s'au folosit pentru dozele integrale, iar pentru dozele fracționate, la cei sensibili, descoperiți prin proba Moloney, s'au diluat la 1/10 cu ser fiziologic 0.85%.

Pentru cutireacțiile executate simultan și anume proba Dick pe antebrațul stâng, în treimea proximală, martor Dick pe treimea distală, iar proba Schick în același mod pe antebrațul drept, pielea pe

toată extinderea antebrațului se spăla în prealabil cu benzină iodată sau alcool 96%. Pentru proba Moloney, făcută subcutan pe brațul stâng la scarlatină și drept la difterie, cât și pentru vaccinarea cu anatoxină în regiunea dorsală laterală dintre omoplați, pielea se dezinfectează cu tinctură de Iod. Siringile au fost sterilizate prin fierbere timp de 30' la începutul fiecărei ședințe, iar acele sterilizate prin fierbere timp de 10' după fiecare injecție. Cu respectarea acestor norme de anti- și asepsie, cu tot numărul mare de 6253 injecții intracutane și 7524 injecții subcutane, n'am înregistrat nici un caz de infecție.

Prin organizarea rațională a personalului executiv se pot executa în timp de 1 oră cca 100 cutireacții Dick și Schick; și se pot vaccina cca 80 persoane.

Datele culese pe liste speciale s'au introdus apoi într'un registru general în ordin alfabetic. Cutireacțiile s'au cetit după 24—48 ore, prima doză de vaccin dându-se imediat după cetire. Restul dozelor s'au administrat apoi la timpul prescris.

Controlul nostru a cuprins 2592 pers. pentru scarlatină, adică 79%, și 2628 persoane, pentru difterie adică 80% din totalul de 3273 elevi, în etate între 5—20 ani. Remarcăm paralelismul între receptivitate și morbiditate, precum și faptul că, în timp ce difteria dă o morbiditate mult inferioară receptivității indicate de proba Schick, scarlatina îmbolnăvește mult mai intensiv, și cadrează cu receptivitatea indicată de proba Dick. În urma acestui fapt față de diftere am aflat 63% imuni față de scarlatina 81%.

Procentul receptivilor față de ambele infecțiuni la vârsta de sub 7 ani era considerabil urcat, peste 50%, din acest motiv copiii de sub 7 ani s'au vaccinat direct, fără cutireacție prealabilă, cu ambele anatoxine simultan și anume:

cu 3 doze (0.5+0.5, 1+1, 1 $\frac{1}{2}$ +1 $\frac{1}{2}$) cc.	159 copii
„ 2 „ (0.5+0.5, 1+1) cc.	29 „
„ 1 doză (0.5+0.5) cc.	75 „

Toți copiii au suportat vaccinul fără reacții postvaccinale mai accentuate.

Vaccinările s'au făcut în conformitate cu instrucțiunile date de Inst. de seruri și vacc. „Dr. I. Cantacuzino“ adică 1-a doză cu 0.5 cc, a 2-a doză după 3 săpt. cu 1 cc.; iar după alte 2 săpt. cu 1 $\frac{1}{2}$ cc anatoxina Ramon și 2 cc. toxină Dick formulată. La injecțiunile simultane s'au injectat 0.5+0.5 cc. după

3 săpt. 1+1 cc., iar după alte 2 săpt. 1.5+1.5 cc. Astfel s'au vaccinat cu:

	Anatoxină Ramon	Toxina Dick formolată	Simultan
cu 3 doze	603 persoane	154 persoane	298 persoane
„ 2 „	66 „	38 „	111 „
„ 1 doză	10 „	10 „	69 „

Reacțiile post vaccinale variau după vârstă dar și individual. Reacții ușoare, adică roșeață locală și ușoară infiltrație, cu temp. de sub 38°C. s'au observat între 20—25% al cazurilor iar infiltrații sensibile cu temp. mai ridicată, între 7—8%. Reacțiile erau mai atenuate la toxina Dick formolată decât la anatoxina Ramon și apăreau în genere la 8—10 ore după injectie, ca după maximum 24—48 ore să dispară fără urmă.

TABELA No. 2.
Intensitatea reacției Moloney

0.2 cc S. c. diluție 1/10	Proba Moloney					Reacții pozitive pe vârste în %		Reacții febrile %	Adaptare %
	N-rul cercetați	% reacției în grade				10—14 ani	15—19 ani		
		I	II	III	IV				
Toxina Dick formolată	101	95	1	2	2	4.2	8.7	5.3	11.6
Anatoxină difterică Ramon	422	68.5	4.3	10.4	16.8	28.1	38.8	27.4	42.3
Ambele asociate	314	65	4.5	9.5	21	33.5	33.4	31.35	40.2

La receptivii de peste 10 ani s'a făcut în prealabil proba Moloney, pentru selecționarea sensibilibilor față de anatoxină. Doza de 0.2 cc subcutan din diluția de anatoxină cu ser fiziologic 1/10, ne-a indicat după 48—72 ore sensibilibii, ca aceștia să fie apoi tratați cu doze fracționate. Numărul celor supuși probei Moloney sunt introduși pe tabl. Nr. 2., care ne indică procentul sensibilibilor, al adaptărilor și celor febrili. Pe baza celor 837 probe s'a constatat că numărul sensibilibilor crește cu

vârsta, procentul față de toxina Dick formolată este mult mai redus ca acela față de anatoxina difterică (8.7% față de 38.8%), iar la vaccinare simultană procentul sensibililor este constant și nu depinde de vârstă, la orice caz reacțiile sunt mai atenuate ca la anatoxina difterică. Asemenea și reacțiile febrile au fost mult mai reduse la toxina Dick formolată și în conformitate cu acest fapt și procentul acelor cari se adaptează vaccinării. După vaccinare simultană acest procent se apropie însă foarte mult de acela al adaptaților față de anatoxina difterică.

TABELA No 3.

Modificarea cutireacțiilor Schick și Dick la 5 luni după vaccinare

No injecțiilor și calitatea vaccinului		N-rul cercetați	Față de cutireacțiile prevaccinate s'a aflat în %							
			Reacția Schick				Reacția Dick			
			negativă	redușă	staționară	mai intensă	negativă	redușă	staționară	mai intensă
După 2 injecții	simple	117	cu anatoxina difterică				cu toxina Dick formolată			
			55.2	27.4	16.6	5.8	81.2	13.2	—	6.6
După 2 injecții	asociate	55	cu ambele anatoxine							
			58.2	21.8	16.3	3.6	86.9	6.5	6.5	—
După 3 injecții	simple	350	cu anatoxina difterică				cu toxina Dick formolată			
			82.6	9.4	6.4	1.6	92.3	4.4	2.2	1.1
După 3 injecții	asociate	143	cu ambele anatoxine							
			89.6	6.9	3.4	—	98.9	0.6	0.6	—

După 5 luni dela terminarea vaccinărilor, o parte din cei vaccinați, în număr de 675 persoane, au fost recontrolați prin probele Dick și Schick. Tabela Nr. 3 redă rezultatul negativării în urma diferitelor doze de vaccin. Intensitatea reacțiunii s'a notat pentru fiecare cm. diametru eritem cu câte o cruce, dând astfel posibilitatea unei comparații a cutireacției post vaccinale cu aceea prevaccinală. Se constată că cea mai pronunțată negativare se produce după vaccinarea simultană, la

scarlatină 98.8% negativi, la difterie 89.6% negativi. Negativarea crește treptat cu numărul și cantitatea dozelor de vaccin. Negativarea celor vaccinați cu doze fracționate după proba Moloney, este foarte apropiată de rezultatele vaccinărilor cu doze integrale. Astfel s'a obținut după 3 doze 92.8% Dick negativi și 76.5% Schick negativi. A 4-a doză ar fi ridicată și la aceste persoane procentul negativării la nivelul vaccinaților cu doze integrale. Dar nu s'a injectat decât 3 doze fracționate.

Din punct de vedere epidemiologic s'au făcut următoarele observațiuni pe teren:

Toate persoanele aflate în primăvara anului 1934 Schick sau Dick negative au rămas scutite de infecție. Dintre cei îmbolnăviți de difterie 4 persoane au fost controlate în primăvară cu reacția Schick, fiind toți Schick pozitivi. Din bolnavii de scarlatină 3 persoane au fost controlate în primăvară cu proba Dick, toate fiind pozitive.

Din cei vaccinați incomplet s'au îmbolnăvit de difterie: 1 persoană, foarte ușor, la 1 lună după 1-a doză de 0.5+0.5 vaccin asociat, restul dozelor fiind refuzat de părinți, iar 1 persoană, foarte ușor, la 24 zile după prima doză de 0.5 și 3 zile după a 2-a doză de 1 cc. anatoxină Ramon. În perioada post vaccinală, adică dela 30. IV. 1934 până în prezent îmbolnăviri la cei vaccinați n'au mai survenit. Între școlari cazuri de difterie deasemenea nu s'au mai ivit.

De scarlatină dintre cei vaccinați incomplet s'au îmbolnăvit relativ ușor 6 persoane. La școli în decursul anului 1934 s'au ivit 12 cazuri de scarlatină dintre cari: 6 incomplet vaccinați, toți 6 făcând forme ușoare clinice, fără cazuri mortale, și 6 nevaccinați, îmbolnăviți grav, cu 2 cazuri mortale.

Timpu de observație dela terminarea vaccinărilor este însă prea scurt pentru concluzii definitive.

În toamna anului 1934 măsura preventivă s'a completat la tot restul școlărilor prin 1644 probe Dick și 1633 probe Schick, urmând ca toți receptivii să primească vaccinarea indicată după cantitate și calitate. Vaccinările aflându-se în curs, vor putea fi terminate în Ian. 1935. Rămâne, ca pe viitor să se vaccineze copiii preșcolari, iar la fiecare început de an școlar elevii claselor I. să fie trecuți prin cutireacții ca să poată fi vaccinați după indicația acestui control.

III.

Discuția rezultatelor.

Comparând rezultatele obținute prin diferite metode de combatere, remarcăm valoarea nesigură a măsurilor generale atât în mediu rural cât și urban, fiindcă condițiile locale nu permit executarea integrală a acestor măsuri.

Dacă propagarea difteriei s'a împiedecat complet în azilul de copii din Cluj¹) și în Inst. surorilor de ocr. Cluj, fără vaccinare, faptul se datorește disciplinei absolute din aceste colectivități, depistării și controlului continuu a surselor de infecție precum și asanării lor făcute în condiții ireproșabile. Scarlatina însă n'a reacționat la aceste măsuri în Colegiul Bethlen din Aiud și șc. normală de fete Cluj, cu toate măsurile imediate de control continuu, izolare perfectă și dezinfecție.

Aceleași măsuri luate în Turda la 1 Dec. 1933, n'a putut împiedeca evoluția epidemiei de scarlatină, iar difteria a fost mai puțin influențată ca și în cazurile amintite mai sus.

Diferența rezultatelor obținute între difterie și scarlatină reiese din faptul că difteria se declara, prin diagnostic etiologic, eliberarea bolnavilor din izolare se făcea după 3 probe consecutiv negative, iar purtătorii de germeni au putut fi urmăriți și asanați.

Procentul purtătorilor de germeni este de 17.2% în populațiunea din Opișeni, 8.3% în Inst. sur. de ocr. Cluj și 5.7 în Liceul catolic Cluj; am obținut cifre tot atât de variate ca și cele obținute de Boeckel²) (1—37% în diferitele condițiuni din Leningrad), Mc Cartney, Harvey și Harries²) (3.3—19.3%).

Dintre purtătorii noștri erau Schick pozitivi 46.6% la Liceul catolic din Cluj, și 19.1% din com. Opișeni, deci receptivii față de difterie purtau bacili avirulenți pentru ei în faringe. Or astfel de condițiuni se creiază, în parte cel puțin prin fenomenul descris de Moldovan³). Acest fenomen s'a afirmat și în Turda, unde am constatat la 510 fam. atinse în ultimii 25 ani de difterie, abia la 3% transmisiunea bolii între membrii aceleași familii. Cifra este foarte apropiată de 2.9% constatată prin ancheta organizată de comitetul de Igienă a Ligii Națiunilor în 7 țări din Europa. Infecția rămâne deci limitată în cadrul familiei în 97.1% la un singur caz, căci

bacilul pentru restul membrilor să devirelează, nu mai produce boală, însă poate produce purtători de germeni.

Cartney, Harvey, Harries²⁾ au constatat în școli pe timp de epidemie 33% purtători de bacili avirulenți, deci o cifră inferioară aceleia de 46.6% aflată de noi în Liceul catolic din Cluj, fiindcă în observația noastră avirulența conta numai pentru găzduitorul propriu și — în parte cel puțin — din cauza fenomenului mai sus amintit. Acești bacili se pot însă revirula cu ușurință în mediu extra familiar și pot produce noi infecțiuni.

În acest sens pledează observația lui Doull, Stocker și Mc Ginnes⁴⁾ cari află un număr mai mare de bolnavi într'un grup de familii cu purtători ca la un grup fără purtători, cât și observațiile lui Reineck⁵⁾ din Wiesbaden, cu mai numeroși bolnavi în grupul purtătorilor decât în grupul populațiunii libere de purtători.

De altă parte calculul lui Doull și Hilario-Lara⁶⁾ după care bolnavul ar fi de 13 ori mai primejdios, pentru transmisiune ca purtătorul, se referă la rudenii, iese deci din cadrul familiei, iar calculul lui Friedemann⁷⁾ descris de autor în 1928, după care bolnavul transmite abia în 2.5% difteria iar purtătorul în 97.5%, se referă la întreaga populațiune și este un calcul teoretic, care a fost publicat mulți ani după apariția lucrării lui Moldovan asupra epidemiologiei familiale a difteriei. Contrar părerii lui Bălțeanu⁸⁾ și Alexa acest calcul n'are nimic comun cu epidemiologia familială a difteriei, iar în ce privește purtătorii, este chiar contrar fenomenului lui Moldovan. Dacă în cadrul familiei bolnavul cu bacili virulenți este în stare să transmită abia în 2.9% boala la restul membrilor familiei, cu atât mai puțin va face-o purtătorul cu bacili deja avirulenți pentru restul membrilor aceleiași familii. Subliniind acest fapt, constatăm, că la 510 fam. controlate în Turda, procentul familiilor de 0.58% în cari am putea admite că infecția ar fi fost transmisă de purtător membrilor familiei lui, este mult inferior procentului de 3% a transmisiunilor prin bolnavi.

În orice caz purtătorii de germeni au rol epidemiologic important și trebuie să fie asanați.

* * *

Diagnosticul etiologic la scarlatină azi încă nu se poate face. Teoria Dick este combătută prin cercetările lui Cantacuzino⁹⁾, care dovedește transmisibilitatea aglutinabilității asupra oricărui streptococ hemolitic, prin simbioză cu secre-

ția patologică faringeană a scarlatinosului și subliniază simbioza adevăratului virus scarlatinos cu streptococul hemolitic lung al lui Dick. În lipsa altui punct de reper, americanii condiționează și azi încă izolarea și eliberarea bolnavului de prezența streptococului hemolitic lung, tipul β . În Europa singură clinica lui Friedemann¹⁰⁾ a susținut un scurt timp acest deziderat, a fost însă combătută de Happe¹¹⁾, care avertizează condiționarea izolării de prezența streptococului hemolitic lung. În ultimii ani chestiunea se agită din nou, astfel H. O'Brien și P. Fowler¹²⁾ se folosesc de geloză cu sânge pentru controlul bolnavilor și contactilor de scarlatină și prin condiționarea izolării la spitalul Laroin-County Health Department de prezența streptococului hemolitic, reușesc să evite noile infecțiuni după reîntoarcere în familie.

Gordon, Cameron și Dutton¹³⁾ constată o variație sezonală în numărul purtătorilor de streptococi hemolitici lungi, această variație comportându-se identic cu variația sezonală a scarlatinei. F. E. Koch¹⁴⁾ află la toți scarlatinoșii prezența strept. hem. lung și asanează cu Jatron.

Cercetările lui Rosenow¹⁵⁾, prin reacția de precipitare specifică în scarlatină și ale lui Spät¹⁶⁾, cu proba puterii bactericide a serului nativ și leucocite de iepure față de streptococul hemol. lung al scarlatinei, deschid o nouă perspectivă în identificarea acestui streptococ.

Dar până ce nu s'a pus ultimul cuvânt, privind identificarea ireproșabilă a virusului scarlatinos, orice bolnav convalescent sau persoană de contact, trebuie considerată ca izvor de infecție.

* * *

Timpul obișnuit de 8 zile pentru izolarea contactilor și a suspecților considerați de noi ca purtători, este prea scurt. Ravina¹⁷⁾ constată transmisiunea scarlatinei multe luni după convalescență în urma unei răceli, angine ușoare sau gripe a purtătorului. Thiri și Blancardi¹⁸⁾ cer în armata franceză estinderea duratei de izolare dela 8 la cel puțin 10 zile, bazându-se pe observații proprii cât și pe acele făcute de Hoff pe insulele Faroe, unde s'a observat transmisie după 14 zile. După observațiile noastre virusul intrat în colegiul Bethlen din Aiud, produce primul caz în 30. X., alte 2 în 14. XI. ca de aici epidemia să ia un curs ascendent. Izolarea contactilor aici se

făcea pe 8 zile. În școala normală de fete din Cluj virusul produce brusc 4 cazuri în scurt interval, ca al 5-lea să se ivească după 11 zile, al 6-lea după 9 zile și al 7-lea după alte 15 zile. Izolarea contactilor s'a făcut pe 8 zile.

Izolarea bolnavilor pe 6 săpt., fără nici o altă condiție, produce la noi numeroase infecții la reîntoarcerea în familie. Autorii americani au abandonat acest timp de izolare. Astfel Gordon și Badger¹⁹⁾ izolând persoanele de peste 20 ani timp de 2 săpt., iar copiii maximum 3 săpt. n'au putut constata urcarea riscului de infecțiune transmisă de aceste persoane, nici favorizarea complicațiilor post-scarlatinoase, considerate ca noi surse de infecție. În America se face o izolare morală bine garantată, un criteriu la care noi încă nu putem conta. Contactii și suspectii în America sunt în același fel izolați.

* * *

Măsurile specifice de vaccinare se pot executa în orice condiții, căci avem de a face cu persoane sănătoase, ușor de tratat și ușor controlabile. Rezultatele epidemiologice obținute prin vaccinare, cadrează și cu indicele cutireacțiilor de negativizare.

Valoarea și specificitatea reacției Schick este indiscutabilă. Variația procentului de receptivitate constatată prin proba Schick în diferitele părți ale globului, acopere starea de imunitate a regiunii cercetate. Mc Ginnes și Stebbins²⁰⁾ subliniază acest fapt prin cercetări vaste din 5 regiuni a U. S. A. și află în medie până la 9 ani 40% iar până la 14 ani 20% receptivi. Din cercetările acestor autori precum și ale lui Tamaki²¹⁾ din Japonia, făcută pe 30.000 copii, reiese că procentul pozitivilor crește la maximum până la 5 ani, ca de aici să scadă treptat. Negativarea pozitivilor fără vaccinare sau boală este motivată de Nelis²²⁾ prin urcarea rezistenței față de toxina difterică în condiții superioare de trai (copiii din coloniile de vară), iar îmbolnăvirea soldaților negativi, observați de Feuillie, Thiri, Blancardi²³⁾ se datorește nouilor eforturi fizice la intrarea recruților în armată.

Receptivitatea indicată de proba Schick la diferite vârste, deși decurge aproape paralel cu morbiditatea, totuși la vârsta mai înaintată este mult superioară îmbolnăvirilor efective, conform observațiilor noastre din Turda. Aceasta se dato-

rește diferiților factori biologici dintre cari aș sublinia în primul rând fenomenul Moldovan³⁾ ca importantă barieră în propagarea difteriei în mediul familiar.

Dar această barieră, provocată de constelația identică a florei microbiene din naso-buco-faringele membrilor unei familii, este mai evidentă chiar în vârsta copilăriei, deci vârsta cea mai preferată de infecție. Fenomenul se produce în deosebi în această vârstă, deci contrar părerii lui Bălțeanu și Alexa⁴⁾, vârsta nu poate interveni în fenomenul epidemiologiei familiare a difteriei.

În acelaș sens ptedează și părerea lui Lloyd Aycock²⁴⁾ care cercetând transmisiunea pojarului, difteriei și a poliomyelitei presupune pentru riscul de infecție diferențe calitative, sau cantitative personale, sociale, și familiale, cari variază cu sezon, climat, dar nu cu vârsta și sugerează noi cercetări în condiții familiale (Household habits).

Titarea antitoxinei aflată în serul sanghin nu poate lămurii diferența între gradul de receptivitate și îmbolnăvire efectivă. Astfel Young, Bunney²⁵⁾ și alții cercetând adulți peste 20 ani prin proba Schick, în comparație cu titrarea antitoxinei din sângele lor constată, că reacția Schick pozitivă la adult nu exprimă în todeauna lipsa cantităților suficiente de antitoxină, iar la negativare post vaccinală lipsa antitoxinei de mai înainte nu se reface întotdeauna peste limita cerută.

Contra specificității reacții Schick și-a ridicat cuvântul Hirszfild²⁶⁾, care susține că această reacție este pendinte de grupul sanghin moștenit dela părinți; copilul din grupul corespunzător părintelului, reacționează identic cu acesta. Dacă însă copilul unui părinte negativ ar da reacție pozitivă, aceasta ar fi de un caracter recesiv, el devenind foarte ușor negativ. Cercetările noastre făcute în Opișeni pe 18 familii cu câte 4 copii în medie, nu poate confirma observația decât în 7 familii negative, la 11 familii însă reacția copiilor nu mai ține cont de aceea a părinților. Cel mai important argument este însă negativarea la aproape 100% prin vaccinarea copiilor Schick pozitivi. O stare ce durează aproape intact, cel puțin 6 ani și nu mai poate avea nimic comun cu grupul sanghin.

Reacția Dick dă pozitivitate corespunzătoare cu vârsta, și redă în mod real susceptibilitatea față de infecțiune, conform observațiunilor noastre din Turda. Cifra pozitivilor variază în diferite colectivități după starea anti- sau post epidemică.

În comune rurale cu epidemii grave imunizante, numărul pozitivilor este redus față de numărul mai ridicat în colectivități urbane endemo-epidemice. Astfel la vârsta de 7—20 ani, am aflat în Turda 38% pozitivi. La școala normală — Cluj, mediu endemo-endemic 30%, la Liceul catolic liber de scarlatină 40%. În com. Oprișeni, mediu epidemic, sunt 25% Dick pozitivi, iar Comes află în jurul Gheorgheniilor, în mediu epidemic, până la 5—7 ani 23.3%, 8—11 ani 16% și 12—18 ani 11.2% pozitivi.

Cantacuzino²⁷⁾ află la Iași 67.7% la vârsta de 7—14 ani, în București la aceeași vârstă 49.8%, la soldați în București 37.3%. Albescu²⁸⁾ află la București mediu endemo-epidemic, la vârstele 7—14 ani 47.6%. Faults²⁹⁾ află în Anglia la Royal infirmery, la infirmiere adulte 23% Dick pozitive. Pevaroff, S. Hindman³⁰⁾ află în Cleveland, la vârste de 1—19 ani, la albi 39.3%, la negrii 47.5%.

Mai eclatante sunt însă reacțiile Dick de control după vaccinare. Numărul Dick negativilor crește treptat cu repetarea și urcarea dozelor de vaccin, la vaccinarea suficientă ajungând la aproape 100% și se menține cel puțin 2 ani.

* * *

Vaccinarea antidifterică azi se face cu anatoxină Ramon. Inocuitatea acestui material este suficient dovedită de Ramon, Timbal și Nelis³¹⁾ prin observațiile lor făcute pe 14.000 copii vaccinați.

Toxina difterică neutralizată prin antitoxină, ca material vaccinant azi s'a abandonat. Pe lângă reacțiile dese post vaccinale, produse de acest material, ne-au dat o eclatantă dovadă Mc Ginnes și L. Stebbins³²⁾ Anume, vaccinându-se în anii 1928—29 peste 200,000 copii în mediu rural al statului Virginia din America nu sa putut împiedeca urcarea morbidității și a mortalității în difterie în anul 1931.

La scarlatină asistăm la tendința generală de-a vaccina cu toxina Dick formolată. Nu se mai poate numi anatoxină, timp ce însuși soții Dick³²⁾ au denegat această calitate într'un recent comunicat. Inocuitatea acestui material este în genere constatată cu toate că ea conține încă între 500—1500 S. T. D. pe 1 cc.

Procentul negativărilor după vaccinare cu anatoxină difterică Ramon este între 96—100%, după constatările lui Ramon, Timbal și Nelis³³⁾; această stare menținându-se cel puțin 6 ani. Aceeaș normă

se constată de alți autori ca Tamaki⁴¹⁾ în Japonia, Park, Schröder⁴²⁾ și Monroe⁴³⁾ în U. S. A.

Procentul negativilor după vaccinarea cu toxină Dick formolată, variază după materialul folosit în diferite țări sau continente. Astfel Veldee⁴⁴⁾ obține (în Canada 87.3% negativi la 8 luni. Nureddin⁴⁵⁾ obține la 4 săpt. 85.5% negativi, Key⁴⁶⁾, 97% Dick negativi. Cumming⁴⁷⁾ raportează din U. S. A. 80—95%, după 29 luni încă 92%, Albescu²⁸⁾ obține în București 76% la 6 luni, Olaru²⁸⁾ 84.53% la 4 luni. La Turda noi am obținut la 5 luni 92.3% negativi. — Cam aceleași rezultate se obțin și prin vaccinare cu toxina Dick. Astfel Assim Ismail³⁹⁾ raportează din Turcia 83.3% negativi, Faults²⁰⁾, 88%, O. B. Nesbit și Sue Thompson în U. S. A.⁴⁰⁾ 90%, Albescu²⁸⁾ în București la 2 luni, 70%.

Procent mai urcat de negativare am obținut la Turda după vaccinare simultană cu ambele vaccinuri asociate într'un amestec; anume: 89.6% Schick și 98.8% Dick negativi.

Vaccinări simultane s'au făcut de diferiți autori. Astfel D. I. Pol⁴¹⁾, care a vaccinat în Olanda cu toxina scarlatinoasă și toxina-antitoxină difterică simultan, dar în 2 injecții separate, obține 80% Dick, 54% Schick negativ. Nurreddin⁴²⁾ vaccinează cu anatoxină bivalentă, produsă în acelaș mediu de cultură, în simbioza streptococului scarlatinei cu bacilul difteric și obține la 6 săpt. 81% Dick-Schick negativ. Veldee⁴³⁾ vaccinează cu anatoxină difterică asociată cu toxina Dick formolată, și obține 60% Dick și 85% Schick negativi. Farquharson³⁶⁾ obține prin aceeaș vaccinare asociată 70% Dick, 97% Schick negativi. Dopter⁴⁴⁾ vaccinează soldați cu anatoxină difterică Ramon plus vaccin antitifo-paratific. Crouzon, Loiseau și Laffaille⁴⁵⁾ vaccinează cu acelaș material. Knichowiecki⁴⁶⁾ vaccinează simultan cu vaccin anti-variolic și anatoxina Ramon. Ramon⁴⁷⁾ vaccinează simultan cobai cu anatoxina difterică Ramon, Djourichitch³⁸⁾ vaccinează cobai și iepuri cu anatoxină difterică plus B. C. G., sau bacili difterici omorâți. Toți acești autori au obținut rezultate superioare față de vaccinarea simplă. Manoussakis⁴⁸⁾ vaccinează iepuri cu anatoxină difterică Ramon plus vaccin antidizenteric, rezultatele lui contraindică însă asociația acestor 2 vaccinări.

Reacția Molney⁵⁰⁾, modificată de Mc Kinnon și M. A. Ross⁵¹⁾ și cercetată pe 30.766 copii în vârstă de 0—14 ani cu anatoxina difterică Ramon, indicând sensibilitatea față de această anatoxină, servește ca punct prețios de reper pentru dozarea anatoxinei la cei sensibili, evitându-se astfel reacții post-vaccinale mai intensīve. Această reacție am aplicat-o și la toxina Dick formolată, ea dovedindu-se tot atât de eficace.

În ultimul timp se arată o tendință spre concentrarea anatoxinelor, cu scopul de-a reduce numărul injecțiilor la 2 sau chiar la

una. Cu astfel de material Ramon⁵²⁾, Veldes⁵³⁾ și See G.⁵⁴⁾ cât și alți autori obțin 95—98% Schick negativi.

Autorii americani Graham, Murphree, Gill⁵⁵⁾, Keller și Leathers⁵⁶⁾, Ginnes, Stebbins, Hart⁵⁷⁾ vaccinând cu anatoxina Ramon precipitată cu alumen obișnuit cu o singură injecție de 0.5—1 cc. deja la 2—3 luni 95—100% Schick negativi.

Imunizarea pasivă cu ser antidiferic nu dă rezultate satisfăcătoare. Munro și Kerschaw⁵⁸⁾ injectând la 100 copii 500 U. A. obțin 97.9% Schick negativi; la 2 săpt. 94.4% iar după 4 săpt. imunitatea dispare.

Asemenea contraindicație aflăm în experiențele lui Pontano⁵⁹⁾, care a dovedit că vaccinarea simultană cu anatoxina difterică Ramon și ser antidiferic anihilează puterea vaccinată a anatoxinei. Dacă serul se injectează la 24 ore după anatoxină, această din urmă își menține calitatea antigenică.

Dr. Cosma și Dr. Schellemborg⁶⁰⁾ în Nadăș n'au putut opri epidemia prin imunizarea pasivă a 187 copii, cu toate că au injectat câte 2000 U. A. de persoană. Aceeași nereușită s'înregistrat și de Dr. Grom⁶¹⁾ la 10.7% din copiii comunei Chir.

Tehnica vaccinării:

Teama de eventualele reacții post-vaccinale, manifestată de numeroși medici. neexperimentați în vaccinarea contra difteriei și scarlatinei, este nejustificată. Reacțiile post-vaccinale dispar la cel mult 72 ore fără urme. Evident, persoana vaccinată trebuie să se aflu în stare bună sanitară, contra indicațiile restrângându-se la stare de infecție acută sau boli cronice torpide.

Cu respectarea cautelelor de asepsie și sterilitate se pot preveni orice infecții secundare. Siringile se fierb la începutul fiecărei ședințe timp de 15 minute. Acele se fierb după fiecare injecție timp de 10 minute, indiferent dacă este vorba de injecție intra- sau subcutană. Pentru injecții intracutane, pielea se spală cu apă caldă și săpun, apoi cu alcool absolut sau benzină iodată. La injecții subcutane se desinfectează cu tinctură de iod. Injecțiile se fac numai de medic. Un ajutor se îngrijește de fierberea continuă a acelor, servind medicul în momentul oportun. O persoană conduce lista celor vaccinați.

Probele intracutane Dick, Schick se execută în conformitate cu instrucțiunile anexate fiecărui ambalaj și se pot executa deodată pe aceeași persoană. Cetirea se face după 24—48 ore, când cei receptivi se vor vaccina în consecință cu prima doză.

Proba Moloney se face cu 0.2 cc din diluție 1/10 după indicația cutireacției, cu toxină formolată corespunzătoare, pentru difterie pe brațul drept, pentru scarlatină pe brațul stâng, subcutan. Cetirea se face la 3 zile. Se execută la vârstele de peste 10 ani. Reacția fiind negativă se injectează prima doză completă. La reacția pozitivă proba contează de prima doză. A 2-a doză după 3 săpt., se va da la reacții de gradul I și II. adică maximum 2 cm. diametru eritem, doza

dublă, deci 0.4 cc din diluție 1/10. La reacție de gradul III, eritem între 2—4 cm., se va da aceeaș doză, adică 0.2 cc. din diluția 1/10. La reacția gradul IV, peste 4 cm., eritem, infiltrație și temperatură urcată, se va da doze reduse deci, 0.1 cc. din diluție 1/10, 1/20, 1/30, după intensitatea reacției. După fiecare injecție se va observa reacția care ne va indica proxima doză. În total se vor injecta 4 doze la 3, 2, 2, săptămâni interval. Vaccinarea se face subcutan în spațiul lateral dintre omoplați.

Până la 7 ani se poate vaccina fără risc direct și fără proba cutană prealabilă. De preferat este vaccinarea cu ambele anatoxine asociate. Această limită de vârstă pentru vaccinarea directă se poate ridica în caz de urgență până la 10 eventual 12 ani.

La vaccinare simultană vom asocia ambele vaccinuri într'un singur amestec, cu dozele integrale indicate pentru fiecare injecție. Deci 0.5+0.5 cc; 1+1 cc; 1 $\frac{1}{2}$ +2 cc. anatoxină difterică respective toxină Dick formolată, la intervalele obișnuite, de 3 apoi 2 săptămâni.

Vaccinarea cu anatoxină în combinație cu imunizare pasivă simultană prin antiser este contraindicată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Concluzii.

1. Combaterea difteriei și a scarlatinei prin măsuri generale de declarare, izolare și desinfecție, în lumina actuală a cunoștințelor epidemiologice, nu este suficientă, fiindcă la difterie întâmpinăm greutăți în izolarea și asanarea purtătorilor de germeni, iar la scarlatină agentul patogen fiind necunoscut, lipsesc criteriile pentru descoperirea bolnavilor frunși, a excretorilor și a purtătorilor de germeni.

2. Orașul Turda prezintă pe ultima perioadă de 25 ani (1910—1934) o stare endemo-epidemică intensă de difterie și scarlatină, fără periodicitate regulată, ori sincronicitate între ambele infecțiuni, cu:

o morbiditate medie la 100.000 loc. de	279.6	la	scarl.	și	143.3	la	dift.
o mortalitate	"	"	"	"	27.5	"	"
					"	"	"
					15.3	"	"
					o	fatalitate	"
					9.3	"	"
					"	"	"
					10.8	"	"

deci cifre superioare celor cunoscute în România pentru comune urbane.

3. Epidemiologia familială a difteriei (fenomenul Moldovan) se confirmă și în Turda și subliniază morbiditatea mult mai redusă a difteriei față de aceea a scarlatinei.

4. Șansa maximă de reușită în combaterea difteriei și a scarlatinei o garantează cu rezultat optim posibil măsura specifică a vaccinării fiindcă:

a) Măsura se poate lua deodată contra ambelor infecțiuni;

b) Proba Schick și Dick, au aceeași valoare și având caracter specific, ne sevește ca indicator prețios în descoperirea receptivilor.

c) Proba Moloney ne-a îndrumat vaccinarea sensibیلilor atât față de anatoxină difterică Ramon, cât și față de toxina Dick formolată.

d) Anatoxină difterică Ramon a negativat după 3 injecții la 5 luni 89.6% iar toxina Dick formolată 98.8% dintre vaccinați.

e) Cei vaccinați complet cu anatoxină difterică Ramon sau toxina Dick formolată au rămas până în prezent scutiți de îmbolnăvire.

f) Decese la cei vaccinați n'au survenit.

5. Vaccinarea cu ambele anatoxine asociate dă rezultate superioare, căci urcă procentul negativilor, toleranța față de ambele anatoxine, și reduce vaccinarea în total la 3 doze, față de amândouă infecții deodată.

Pentru asigurarea imunizării cât mai perfecte să se vaccineze cu doze integrale asociate.

6. Pentru a evita inconvenientele injecțiilor repetate ar fi foarte util să se încerce vaccinarea cu o singură doză de vaccin concentrat sau precipitat.

8. Materialul, obținut dela Inst. de seruri și vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino“ s'a dovedit de o valoare superioară față de produsele din streinătate.

Bibliografie.

1. Iancu, Turcu, Lenghel și Dariu: Cluj. med. Vol. XV. p. 434, 1934; — 2. Roedel Mc Cartney, Harvey, Congr. Nat. de boale cont. Craiova. 1934. (cit. Bălceanu); — 3. Moldovan, L.: Cluj. Med. An. V. pag. 259, 1924. Idem: Seuchnbekaempfung, Jahrg. III p. 188 1926; — Idem: Arch. f. Schiffs-und Tropenhygiene Bd. 29. Beiheft 1. 1925; — 4. Doull, Stocker și Mc. Gines: Congr. Naț. de boli cont. Craiova 1934. (cit. Bălceanu); — 5. Reineck, H.: Med. Woch. t. LXXXI, pag. 587, 1934; — 6. Doull, Hilario-Lara: Am. J. of Hyg. vol. 5. p. 508, 1925; — 7. Friedemann, C.: Klin. Woch. 7. Jahrg. p. 433 și 481, 1928; — 8. Băl-

- teanu și Alexa: Congr. Naț. de boli cont. Craiova 1934; — 9. Cantacuzino și Bonciu: C. R. de la Soc. de Biol. T. XCVI. p. 1443, 1927; — 10. Friedemann, Deicher: Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Krank. Bd. 108, p. 354, 1928. Friedemann, Deicher: Abraham: Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. B. 108, p. 181, 1927; — 11. D. H. Happe; Cent. f. Bakt. u. Par. Bd, 105, p, 32; — 12. H. R. O'Brien, R. P. Fowler: Am. Journ. of P. H. vol, 24, p, 870, 1934; — 13. Gordon C. Cameron, E. M. Dutton: Canad. Publ. H. J. vol. XXV. p. 351, 1934; — 14. F. E. Koch: Münch. Med. Woch. t, LXXIX, p, 910, 1932; — 15. E. C. Rosenow: Journ. Am. Med. Ass. vol. 86. p, 9, 1926; — 16. Spaet, W.: Med. Klin. 1933, p. 913.; — 17. Ravina: Presse med. p. 1576, 1933; — 18. Thiri et Blancardi: An. d'Hyg. VII. 1934; — 19. Gordon, J. E., Badger G. F.: Am. Journ. of P. H. vol, 24 p, 438, 1934; — 20. Ginnes, Stebbins: Am. J. of P. H. vol. XXIV p. 319, 1934; — 21. Tamaki: Kitasatos Arch. Exper. Med. 10 p. 165, 1933; — 22. Nelis P.: Revue d'Hyg. Tom. LVI. p. 206, 1934, — 23. Feuillie, Thiry, Blancardi C. R. de la Soc. de Biol. 115 p. 367, 1934; — 24. W. Lloyd Aycock: Am. Journ. of P. H. vol. 24 p. 433, 1934, — 25. Young, C. C., Bunney, Crocks, Cummings, Forsbeck: Am Journ. of P. H. vol. 24 p. 835, 1934; — 26. Hirszfeld, H. L. Hirszfeld, Brokman: Journ. Imm. vol. IX. p. 571, 1924; — 27. Cantacuzène: Of. Int. d'Hyg. Publ. T. XXV. p. 2112, 1933; — 28. Albesco, V.: C. R. de la Soc. de Biol. T. CXV. p. 1326, 1934. — 29. J. St. Faulds: Journ. of Hyg. vol. 33 p. 353, 1933; — 30. Pevaroff, Hindman: The Am. Journ. of Hyg. vol. XIX p. 749, 1934; — 31. Ramon, Timbal, Nelis: Off. internat. d'Hyg. publ. 25. 1405, 1933; — 32. Dick, Glanys Henry Dick: Journ. of. Am. Med. Ass. v. 103, p. 1362 1934; — 33. W. H. Park, Schroder: Am. Journ. P. H. vol. 22. p. 7, 1932 — 34. J. D. Monroe, H. W. Park: Am. Journ. P. H. vol. 24, p. 342, 1934; — 35. Veldee, M. V.: Canad. Publ. H. J. vol. XXIV, p. 255, 1933; — 36. Fraser, F. și Fraser, D.: Off. Int. d'yg. Publ. T. XXVI. p, 1959, 1934; — 37. Cumming H.: U. S. A. Office Intern. d'Hyg. Publ. T. XXVI p, 1980, 1934; — 38. Olaru: Teză de doctorat Nr. 3799/XII. 1931; — 39. Assim I.: Off. Int. d'Hyg. Publ. T. XXVI. 1982, 1934; — 40. O, B, Nesbit, Sue Thompson: Am. Journ. of Publ. H. vol. 24. p. 634, 1934; — 41. D. I. Pol: Citat in Epitom of curant-medical lit. Nr. 29 p. 29 in Brit. Med J. 1928, p. 337; — 42. O. Nureddin: C. R. de la Soc. de Biol, T. CIII 1930 p. 1200; — 43. J. J. Fitzgerald: Canad. Publ. H. vol. XXIV p. 455, 1933; — 44. Dopter M.: Ann. Inst. Pasteur 50, p. 446, 1933; — 45. Crouzon, Loiseau, Laffaille: Bull. Acad. Med. T. CIX. 1932 p. 236; — 46. Knichowiecki: C. R. Soc. Biol. T. CXI. p. 103, 1932; — 47. Ramon, G.: C. R. Acad. Sciences, T. CXCVIII, p. 1361, 1933; — 48. Ramon, Djourrichitch: Presee med. 1933, p, 1189; — 49. E. Manoussakis: C. R. Soc. Biol. T. CX. p. 901 1932; — 50. Moloney P. J., Fraser: Ann. Inst. Pasteur, vol. 42, p. 1420 1928; — 51. Mc. Kinnon, M. A. Ross: Canad. P. H. J. vol. XXIV, p. 496, 1933; — 52. Ramon: Presse med. 1934, p. 513; — 53. Veldee: Publ. Health. Rep. 1933 p. 549; — 54. Sèe Georges: Rev. d'Hyg. p. 645, T. LVI. 1934; — 55. Graham, Murphree, Gill: Journ. Am. med. Ass. vol. 100 p. 1096, 1933; — 56. Keller, Leathers: Journ. of Am Med. Ass. vol. 103, p. 478, 1934; — 57. Mc

Ginnes, Stebbins, Hart: Am. Journ. of publ. health. vol. 24 p. 1141. 1934; — 58. Munro J., Kershaw: Brit. med. Journ. 1933. II. p. 969; — 59. Pontano: Ann. Igiene, 1933, p. 329; — 60. Dr. Cosma și Schellemburg, R.: Cluj, Med. An. XIV p. 474. 1933; — 61. Grom L.; — Rev. de Ig. Soc. vol. IV p. 276. 1934.

Efectul exodului populației noastre dela sate la orașe.

Dr. P. RĂMNEANȚU.

Populația rurală este aceea care trăește într'o stare de dispersiune relativă: dispersată complet la munte și pe platourile înalte; și constituind aglomerațiuni de densitate mică sub forma de sate și comune dealungul văilor și la șes. Contrastul dispersiunii populației rurale îl fomeză orașele, în care populația se concentrează mai mult și mai rapid în raport cu așezarea geografică favorabilă, cu desvolfarea comerțului și industriei.

Mișcări interoare de populație în hotarele unei țări au avut loc întodeauna și ori unde drept consecință a excedentului natalității asupra mortalității din mediul rural și datorită progresului mai mare al civilizației din orașe: populația rurală constituie rezervoriul demografic al unei țări, iar cea urbană este elementul ei de progres, având aceeaș compoziție etnică ca și satele de unde a venit. Acolo unde exodul populației rurale se produce nu numai pe seama excedentului ei și pe contul unei regresii reale a populației care își diminuează densitatea relativă, asistăm la o depopulare care la un timp dat poate să ia caracterul unei maladii sociale.

De aceste migrări ale sătenilor spre orașe este legat un ansamblu de fenomene: industriale, culturale, sociale, naționale și de rasă. Noi ne-am propus să analizăm exodul rural în raport:

1. cu forța de urbanizare dela noi,
2. cu efectul lui asupra compoziției etnice a orașelor,
3. cu depopularea Banatului.

În această analiză ne-am servit de cifrele referitoare: la excedentul natural și real din mediul rural și urban; de evoluția structurii populației pe neamuri.

1. Viteza de urbanizare.

a) *Excedentul natural din mediul rural și urban.*

România ca toate țările agricole are o proporție urcată de populație rurală, care la recensământul de la finea anului 1930 a fost de 79%. O caracteristică fundamentală a femeii rurale fiind fertilitatea urcată, care la noi încă se menține, a asigurat mediului rural un excedent al născuților asupra morților destul de mare, deși mortalitatea încă continuă să rămână la un nivel urcat. Nu-i la fel unde avem concentrație de populație, adică urbanizare, care nu este numai un produs inseparabil de civilizație și fără efect, ci înseamnă și o reducere a natalității. Femeia din orașele noastre cu asistența pe care o are astăzi, nu mai are nici timpul fizic și nici posibilitatea materială ca să nască și să crească mai mult decât unul sau doi copii. Această deosebire în ce privește excedentul dintre mediul rural și cel urban se poate observa din cifrele Tabl. Nr. 1.

Din acest tablou cetim că, în medie, anual avem un excedent aproape de un sfert de milion. Calculând proporțiile cifrelor din prima parte a tabloului, vedem în a doua parte a lui, că mediul urban nu contribuie la excedentul general cu aceeași proporție, cu care este reprezentată populația urbană în țară și pe provincii. (Partea III).

Partea IV-a a tabloului ne evidențiază în proporții la 100 excedentul urcat din mediul rural care este 1.62 la 100 sau de patru ori mai mare față de cel urban. Cel mai mare excedent natural îl are Moldova și Dobrogea, iar cel mai mic îl cetim în Banat și în Crișana-Maramureș.

Banatul încă mai are un excedent natural de populație. *Excedentul natural rural aproape în întregime este compus din români, deoarece populația țării are 73.1% români, care atât în mediul rural cât și în cel urban are indicele vital¹⁾ mult mai urcat decât minoritățile etnice.*

Din coloana mediului urban, reșinem, că excedentul la 100 loc. este numai de: 41 în țara întregă, mai mic în orașele din Transilvania, Criș-Mar. și negativ în cele din Banat.

Incotro s'a îndreptat acest excedent formidabil de populație rurală și relativ destul de mic de populație urbană? A

¹⁾ Dr. P. Râmneanțu și Dr. O. Vraciu: Indicele vital simplu în România și ind. vit. specific în Sibiu, Sibiu Medical Nr. 8—10, 1934.

Cresterea naturală în medie anuală a populației, în perioada 1926—1933.

Tabl. Nr. 1.

Cifre.

Partea întâi.

M diu	România	Oltania	Muntenia	Dobrogea	Moldova	Basarab.	Bucovina	Ardeal	Transilv.	Banat	Criș Mar
Rural	230324.9	19576.5	60001.4	12995.4	41198.8	43365.9	9066.5	44120.5	31378.8	1391.0	11350.8
Urban	14392.0	815.6	4555.9	1657.0	3668.3	1759.6	703.6	1232.0	1615.1	-496.0	112.9
Total	244716.8	20392.0	64557.2	14652.4	44867.0	45125.5	9770.1	45352.5	32993.8	895.0	11463.6

Proporții la 100.

Partea doua.

Rural	94.1	96.0	92.9	88.7	91.8	95.1	92.8	97.3	95.1	155.4	99.0
Urban	5.9	4.0	7.1	11.3	8.2	3.9	7.2	2.7	4.9	-55.4	1.0

Proporția populației urbane. Anul 1930.

Partea treia.

	20.1	13.0	27.1	23.8	24.3	12.9	26.6	17.3	16.0	17.9	17.8
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Proporția la 100. (calculate la populația de la finea anului 1929)

Partea patra.

Rural	1.62	1.50	2.07	2.15	2.29	1.77	1.46	.97	1.18	.18	1.03
Urban41	.43	.43	.86	.65	.49	.32	.13	-.32	.30	.04
Total	1.38	1.36	1.63	1.84	1.90	1.60	1.17	.82	1.04	.10	.83

rămăș pe loc, măbind concentrația populației existente în aceeaș proporție sau și-a canalizat drum numai spre anumite localități?

La această întrebare răspundem prin comparația rezultatelor obținute la ultimele două recensăminte.

b) *Creșterea reală a populației din mediul rural și urban.*

Pentru a face o comparație precisă am luat pentru Banat, Crișana-Mar. și Transilvania, populația comunelor cari actualmente sunt rurale, scăzând din populația rurală la data recensămintelor anterioare, populația comunelor cari ulterior au fost declarat urbane.

Pentru Oltenia, Moldova și Muntenia am scos cifrele din lucrarea Ing. I. Measnicov²⁾ culese după acelaș procedeu. Pen-

Creșterea reală anuală a populației la 100, între recensământul din 1930 și cele anterioare. Tabl. No. 2.

Provincia	Rec. Ant.	P o p u l a ț i a			Creșt. tot. %			Creșt. tot. %		
		Totală	Rurală	Urbană	Totală	Rur.	Urb.	Totală	Rur	Urb.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Banatul	1910	968947	823136	145811	-6.1	-6.5	15.6	-0.14	-0.32	+0.78
Basarabia	1897	1935412	1642080	293332	47.9	54.2	26.2	+1.41	+1.60	+0.80
Bucovina	1910	80098	—	—	—	—	—	—	—	—
Criș-Mar.	1910	1315367	1081705	227662	5.7	2.6	20.7	+0.28	+0.13	+1.04
Dobrogea	1912 E	664914	—	—	—	—	—	—	—	—
Moldova	1912	2139154	1677376	461778	13.5	9.5	28.1	+0.75	+0.53	+1.56
Muntenia	1912	3302430	2522728	779632	22.0	16.3	40.2	+1.22	+0.90	+2.24
Oltenia	1912	1412905	1230666	182239	7.5	7.4	8.8	+0.42	+0.41	+0.49
Transilvania	1910	2979907	2581674	398233	8.0	4.7	29.5	+0.40	+0.23	+1.47
România	1910 E	15,743,420	—	—	14.7	—	30.0?	+0.73	—	—

¹⁾ Sub populația din 1910 a Banatului, Criș-Mar. și Transilvaniei înțelegem numărul locuitorilor, cari au fost recensați pe suprafața actuală a acestor provincii. Aceasta operație am făcut-o scoțând din recensământul din 1910 numai populația comunelor din teritoriul nostru.

²⁾ Buletinul Statistic al României. No. 2, 1932.

³⁾ E = estimare.

tru Basarabia m'am folosit de cifrele date de Measnicov, unde a procedat invers, a adăugat la cifra populației actuale, numărul locuitorilor comunelor declarate urbane dela 1897 încoace.

Proporțiile din col. 6 și 9 ne arată creșterea reală totală. În procente și la 100 loc. din România și pe provincii istorice. Un fapt de o importanță covârșitoare în viitoarea noastră orientare biopolitică este tendința populației noastre spre Est. Provinciile din Vest au creșterea reală mică, iar Banatul își micșorează chiar densitatea relativă.

Creșterea în mediul rural, col. 7 și 10, este mai mică decât în mediul urban și are aproape aceeași distribuție pe provincii ca și în cele două medii întrunite, exceptând Basarabia.

În col. 8 cetim viteza de urbanizare a provinciilor considerate, care în medie este în jurul cifrei de 30.0 la 100 în 20 de ani. După orașele din Muntenia, în special după capitală, cea mai pronunțată creștere o dau orașele din Transilvania și Moldova.

O observare a vitezei de urbanizare în Ardeal într'o perioadă mai lungă, fie prin declararea de noi comune urbane, fie prin concentrația populației în orașele existente, o dăm în tabloul următor:

Creșterea populației urbane din Ardeal în perioada 1869-1930.

Tabl. No. 3.

Provincia	Populația la recensăm. din		Creșterea la 100
	1869	1930	
Banatul . . .	80956	168529	108.2
Criș-Mar . . .	120724	274799	127.6
Transilvania .	233922	515679	120.4
Ardeal	435602	958998	120.2

În perioada 1869—1930 orașele din Ardeal și-au mărit populația cu 120%, deci, cu o viteză mai mare decât orașele din celelalte provincii.

2. Efectul exodului rural asupra compoziției etnice a orașelor.

Făcând o comparație între proporțiile la 100 loc. din tabl. Nr. 1 și 2, observăm, că orașele și-au mărit numărul locuito-

rilor nu pe baza unui excedent natural urban ci mai ales pe seama exodului populației rurale.

Aceasta înseamnă, că orașele noastre trebuie să aibă pe baza realității biologice aceeași proporție de români ca și mediul rural, — indiferent de provincia la care ne-am referi. De fapt o proporție de 73% de români, cât are ori care din provinciile noastre o găsim numai în orașele din Vechiul Regat, pe când orașele provinciilor alipite după recensământul din 1910 (Ardeal) și 1897 (Basarabia) au avut-o mai mică.

Ținând seama, că un mediu urban în Transilvania a început să se formeze mai ales după ștergerea iobăgiei — dela 1848 încoace — când probabil a început să se formeze și în Basarabia, ne explicăm ce piedică formidabilă au pus ungerii elementului românesc de a se așeza în târguri și orașe. Pregătirea politică, puterea militară dela 1848 și de atunci încoace, cât mai ales rezistența uriașă pe care au știut românii să o pună curentului de maghiarizare, ne dovedesc, că românii nu au fost lipsiți de dorința după progres și civilizație cari pot fi trăite mai ales la orașe.

Dovada cea mai eclatantă ne-o dă cifrele următoare de la recensământul din 1910, când ungeri din Transilvania au avut o proporție de 62.0%, iar la cel din 1930 una de 38.4%, pe când românii la 1910 au avut 19.6% iar acum avem 35.3% de populație urbană.

Prin urmare românul nu s-a ferit nici odată de a deveni orășan, dar înainte de unire nu a avut această posibilitate.

Privind viitorul orașelor din Ardeal, Basarabia și Bucovina prin prisma concentrației biologice a populației, în spațiu și în timp, putem afirma cu certitudine, că mediul urban din provinciile alipite în cursul unei perioade de 50 de ani va avea aceeași structură etnică ca și orașele Vechiului Regat.

3. Depopularea Banatului.

Din diferența dintre coloanele tabloului Nr. 1 și 2, referitoare la Banat, observăm, că în aceasta provincie pe lângă, că avem un excedent natural foarte mic, mai emigrează și un număr însemnat de locuitori la orașe și în alte provincii, producând o micșorare a densității relative generale și în special rurale.

Banatul se depopulează deci prin emigrare rurală, probabil datorită unui spirit mai avansat de urbanizare a țăranilor bănățeni.

În viitoarele studii, care se vor mai face în Banat în chestiunea depopulării, această constatare nu trebuie să fie neglijată.

Evoluția compoziției etnice din Banatul rural.

Anul	Români	Germani	Unguri	Sârbi	Alte neamuri
1910	58,0	22,4	9,1	5,4	3,6
1930	58,6	22,1	7,7	4,9	6,7

Privind proporțiile referitoare la evoluția structurii rurale, observăm, că pe lângă exodul puternic al populației rurale, românii dela 1910 până la 1930 totuși și-au menținut proporția, care ușor a crescut chiar, de sigur pe seama micilor colonizări cari au avut loc.

Ungurii și sârbii au pierdut din proporțiile dela 1910, probabil prin emigrarea în Ungaria și Jugoslavia, care s'a produs imediat după războiu și desigur prin excedentul lor natural mai mic.

Biologia familiei.

Dr. O. COMȘIA.

II.

1. Considerațiuni generale.

În numărul trecut al acestei reviste, am discutat motivația biologică a existenței familiei, celula germinală a organismului social, etnic și a națiunii, leagăn al vieții ce plămădește calități și defecte, superioritate și inferioritate, progres și declin.

Fără să insist prea mult asupra părții sociologice a problemei, trebuie să subliniez totuși unele aspecte sociale cu ca-

racter istoric, din viața familiei trecutului, ele fiind baza pe care construim considerațiunile biologice cari ne preocupă.

Originea familiei se pierde în negura trecutului. Familia omului primitiv nu putea fi prea diferată de aceea a antropoidelor noastre, unde masculul autoritar, procreind instinctiv, își apără femela, cuibul și progenitura. În condițiuni mai evoluat ale speciei, întâlnim pe om trăind în grupuri, mai mult sau mai puțin organizat în vederea hranei, a apărării sau a luptei. Noțiunea de familie, în sensul nostru, probabil că nu a existat încă, femeile și copiii constituind o proprietate comună. Rolul tatălui în procreare nu era cunoscut, iar problema fructificării stăruia încă în accepțiunea ei demonică, mistică, transcendentă.

Din acest fel de a privi lucrurile, femeia dobândește mai târziu o autoritate excepțională, ea devine centrul vieții sociale a grupului pe care ea îl mărește și îl perpetuiază. Când apoi înrudirea devenise o stare de conștiință, s'a format și grupul familial care strângea într'un mănunchiu pe toți cei născuți din aceeași mamă; mama devenise atotputernică, femeia domină.

Rolul tatălui s'a cunoscut mult mai târziu, probabil în urma îndeletnicilor zootehnice, din recunoașterea importanței masculului pentru crescătorie; însă dela această dată, problema familiei ia o altă orientare; noțiunea de înrudire se polarizează în jurul tatălui, iar dominațiunea trece din mâinile femeii în acele ale bărbatului; matriarhatul devine patriarhat. Bărbatul e acela care procreiază, femeia nu ar fi decât ogorul în care crește sămânța, fără ca ei să i-se fi recunoscut vreo participare activă la actul procreerii. În lumea vechilor Eleni întâlnim adeseori această concepțiune. Când Oreste își ucide mama pentru a răzbuna moartea tatălui său, consiliul zeilor îl absolvă de orice vină, cu toată acuza eumenidelor, apologete a doctrinelor din vreme matriarhale. Deși marile poeme și epopei ale Eladei, sunt impregnate de suveranitatea tatălui, resturi matriarhale transpar din fiecare pagină; sunt influențe și conflicte între etnicul arian (patriarhal) al cuceritorilor și cel pelasg (matriarhal) al aserviților.

Aceste două forme de organizare socială, au fost cultivate mult timp în mod independent. Sudul cald bogat în darurile naturei, unde viața se scurgea tihnită, fără prea multă mun-

că, fără dușmani și fără luptă, energia bărbatului nu părea atât de necesară și matriarhatul s'a putut menține până târziu în epoca noastră istorică. Femeea, grație funcțiunii sale genetice, păstrează o autoritate aproape desăvârșită; ei îi revenea orice inițiativă; iar astăzi când privim unele desene pe vase sau papiruse egiptene cari ne înfățișează pe femei în ipostaze provocatoare, și pe bărbat într'o umilă defensivă, nu trebuie să ne mire, căci scena nu reprezintă inversiuni de roluri din mediu corupt, ci pur și simplu o inițiativă sexuală, integrată de altcum în cadrul larg de inițiative pe cari spiritul epocii le acordase femeii. Libertatea de a-și alege soțul, tatăl copiilor, sau de a procrea cu un altul cu calități recunoscute, a fost probabil în apogeul ei. Epilogul eugenic al acestei conduite trebuie să fi fost remarcabil, căci selecțiunea sexuală limita până la excludere, ocaziunea la procreiere a indesezirabililor țarați sau inferiori. Nu vom insista însă asupra biologiei acestor forme sociale profund streine de acelea cultivate în mediu arian (nordic) al cărui timbru social, etnic și biologic îl purtăm și noi.

După cât știm astăzi, familia ariană a fost patriarhală din cele mai vechi timpuri. În pădurile Europei centrale — patria de origine a rasei — vieța aspră de muncă și luptă zilnică, făurise dela început cultul forței și al energiei; supremația bărbatului era deci evidentă și prin aceasta și stăpânirea tatălui.

În aceste condițiuni, ocupațiunea fundamentală a arianului trebuie să fi fost vânătoarea, ceace îl deosebește iarăși de rasele sudice neariene, cărora natura le îmbia tot timpul abundența ei de alimente vegetale. În zona temperată, regimul vegetal nu putea veni în considerare decât în rații incomplete, așa încât regimul carnat deveni o modalitate obligatorie. Vânătoarea reclamă însă forță îndrăsneală, dibăcie, ochiu ager și mână sigură, caractere virile, cari impun prin ele înșile suveranitatea bărbatului. Cel care nu dispunea de aceste calități, pe lângă că risca să piară de inanițic, nu avea nici prea multe șanse de a întemeia o familie, căci ce femeie ar fi consimțit să-și împartă destinul cu acela al unui bărbat incapabil să-i asigure existența? Procreierea acestor elemente întâmpina astfel dificultăți serioase, iar șansa perpetuării inferiorității devenia practic nulă.

Acest fel de viață, purtat dealungul mileniilor, a contribuit în largă măsură la creierea tipului arian; arianul e echivalentul uman al carnivorului sau carnasierului. Energia, cutezanța, resursele biologice, au devenit atribute de rasă, ceea ce îl erijează în fața istoriei ca erou, luptător, formator de state, organizator, creiator și păstrător al culturii; arianul a fost viril în toate formele și manifestările lui; viril în biologia lui, în sociologia lui, viril în preocupări, în aspirațiuni și idealuri. Aceasta e fără îndoială și explicațiunea ce sădă faptului că, aproape toate culturile ce au înflorit în decursul secolelor în locuri și la epoci diferite, coincid cu penetrarea arianului cuceritor și că, declinul culturilor se solidarizează cu crepusculul biologic al rasei, cu devalorizarea specificului arian, prin scădere numerică și diluții cu sânge strein.

Ocupațiunile cari reclamau calități superioare, nu au început nici mai târziu, când vânătorul s'a transformat în crescător de vite și acesta în agricultor. Turmele trebuiau păzite, jivinele ucise, iar pădurile tăiate pentru a face loc pășunilor și terenelor agricole. S'ar putea ca agricultura să fi fost la început o ocupațiune lemenină, dar din moment ce ea a devenit un mijloc de existență și de câștig, exploatarea rațională și intensă, reclama tenacitatea și priceperea bărbatului.

Legăturile familiare erau impregnate de suveranitatea tatălui și de conștiința selecțiunei. Restricțiunea sexuală impusă femeii a izvorât mai puțin din simțul de proprietate al bărbatului decât din preocupările selective. Vigoarea devenită cult, trebuia păstrată, ea trebuia trecută urmașilor; arianul puternic nu voia să consimtă ca altul mai puțin dotat decât el, din acelaș trib, din aceeaș rasă sau mai ales dintr'o rasă streină — prin definiție inferior lui — să introducă un genotip de o valoare îndoelnică sau streină în familia lui, în grupul lui primar, în tribul lui. Conștiința etnică a superiorității nu voia să conteze cu aceste posibilități. Astfel numai copilul născut din legăturile conjugale uzuale, putea aspira la o căsătorie cu un partener liber al tribului și să între în moștenirea averei părințești. Arianul liber putea uza după bunul plac de femeii din alte neamuri sau alte rase; copiii rezultați din astfel de legături nu beneficiau însă de legile comunității etnice. În vechea Eladă, concubinajul unui cetățean cu o femeie născută din părinți liberi, aveau aproape valoarea unei căsătorii. Copiii erau

liberi, erau cetățeni întocmai ca și cei născuți din legături legitime, numai că ei nu puteau intra în familia tatălui, puteau fi însă adoptați oricând ca fii legitimi. Interdicțiunea sexuală a femeii ne apare astfel născută din instinctul de conservare etnică sau poate din conștiința superiorității de rasă. Ea era streină de elementele moraliste, cari adăugate în decursul timpului, au venit să transforme problema virginității și a castității într'un mister teologic, o interdicție motivată transcendentă, despuind-o de puritatea unei conduite eugenice, comprehensibile și juste.

Aceste forme au evoluat în condițiuni de stabilitate lipsită de elemente nomade. Spiritul organizator, talentul de a întemeia un stat, capacitatea de a crea o cultură, nu se poate desăvârși decât într'o ambianță quasi-permanentă.

Stabilitatea predecesorilor ne e redată prin însuși cuvântul latin *familia* (dela sanscritul *dhā* a ședea, *dhaman* locuință) care a însemnat casă; nu însă în sens architectural ci economic, juridic, casă cu tot ceea ce ține de ea: femeie, copii sclavi, teren. Stabilitatea vechilor așezări, e tradusă în mod sugestiv și prin cuvintele germane *Sitte, Satzung, Gesetz*, dela *sitzen, setzen* a ședea, a așeza. (Ihering, cit. de Darré).

Aceleași noțiuni le întâlnim de alcum și în limba noastră. *Căsătoria, căsnicia* presupune o casă, un adăpost stabil pentru cei ce se căsătoresc; *locuința* necesită loc; loc nu în accepțiunea lui spațială ci agricolă, în aceea a proprietății legate de pământ. Cuvântul *moșie*, ne permite de asemenea unele deducții asupra organizării și stabilității vechi familii românești. Capul familiei a fost tatăl; locul pe care trăia el împreună cu femeia, copiii, nepoții, era proprietatea tatălui său, a *moșului* copiilor săi, *moșia*. Autoritatea tatălui trebuia să fi fost mare, cu atât mai mare cu cât ajungea mai în vârstă (moș), iar coeziunea grupului familial remarcabilă din moment ce toți trăiau pe proprietatea *moșului*, pe *moșie*. Ei erau în acelaș timp și *neamuri*, noțiune care nu și-a putut păstra prea mult sensul ei limitat la relațiunile familiale. Căsătoria apropia *neamurile* femeii de *neamurile* bărbatului contopindu-le în acelaș *neam*. În scurt, acest cuvânt îmbracă un sens etnic, și toți cei cari vorbesc aceeaș limbă, cari au aceleași datini și acelaș port, sunt de un *neam*. Alături de coeziunea grupului primar, coeziunea grupului etnic ne apare astfel în grandoarea unei stări de con-

știință colectivă. Dar leagănul omicărui neam e pământul (terra): țara lui. Românul nu are o *patrie*, ca ceilalți arieni (*patria, patrie, Vaterland, fatherland, etc.*), ci o *țară*, un pământ pe care se află casa lui, locul (locuința) lui și unde sunt moșile nemului lui. Echivalentul nostru pentru *patrie* ar fi tocmai *moșia*, noțiune derivată nu dela tată ci dela tatăl acestuia; sensul pe care îl îmbracă însă, e pur familial economic, juridic, lipsit de conținutul spiritual, evocativ, propriu noțiunii de *patrie*. Dar cu atât mai evocativă e noțiunea de țară; ea ne explică poate și acele legături strânse ale neamului cu pământul în calitate de *țărani*, și persistența lui nestrămutată pe meleagurile străbune, ceea ce formează caracterul lui de tenacitate etnică și forța lui biologică.

2. Biologia familiei semipatriarhale a trecutului și a familiei de tip rural.

În paralelogramul forțelor biologice și sociale, interesul speciei, al rasei, al grupelor colective și interesul individual, sunt componente cari nu tind întotdeauna spre aceeaș rezultantă; ele pot fi într'o anumită măsură net antagoniste. În condițiuni de viață primitivă, specia e totul, iar individul numai o formă epizodică ce servește interesele ei. Tirania speciei descrește pe măsură ce ne urcăm dela amibă la om, dar se resimte chiar și în condițiile cele mai evolute de viață; viața umană; și va continua să se resimtă atâta timp cât vor exista instincte și subconștient. Suveranitatea rasei, e alt factor ce guvernează conduita individuală (biologică, socială); cu mai puțină tiranie decât specia, însă totuși remarcabilă în păstrarea prototipului sau al specificului. Importanța ei e redusă pentru viața în forme primitive, dar e reală pentru cea în forme evolute. Influența grupului colectiv (național, etnic) a comunității locale, a grupului primar, nu constituie nici ea, desigur, o valoare neglijabilă. Ea nu se manifestă însă în toată plenitudinea ei decât în societatea umană. Omul, e cel mai aservit grupului (comunității) iar interesele lui impuse și supravegiate de grup, pentru a rămâne în strictă armonie cu interesele comune.

Până în trecutul apropiat, suveranitatea grupului a fost hotărâtoare pentru păstrarea tradiției, a obiceiurilor, a specificului. Modernismul însă, a venit să descătuseze pe individ de grup să-i impună alte reguli de conduită, altă mentalita-

te, să facă o distincție netă între interesele lui și cele ale grupului, să cultive pornirea individuală, în orice gen de activitate, să profite de labilitatea circumstanțelor, să aprecieze efemerul și să exploateze superficialul. Tradiția s'a identificat cu amănunțit, obiceiurile cu demodarea și specificul cu vulgarul. Și dacă în trecut urbanul se detașa de rural numai prin deosebire de formă, biologic abia aparente, el se detașează astăzi prin deosebire de funcțiune, de biologie, de esență. Mediul rural stăruie încă în tiparul vechilor forme și funcțiuni; în biologia națiunii (a societății) el reprezintă trecutul și viitorul, el e marele rezervor de viață pe care orașul o consumă. E lucru știut că, populațiunea urbană s'ar stinge în mai puțin de un secol, dacă nu ar fi reinprospătată prin elemente noi venite dela țară. O familie urbană abia dăinuiește timp de 3—4 generațiuni, cu tot avantajul incomparabil al confortului și a oportunităților culturale și economice. Sub raport biologic, orașul nu are nici trecut nici viitor propriu, el e chintesența prezentului.

Moartea generațiunilor în mediu urban, nu se datorește însă sacrificării individului, ci intreruperii curentului vieții prin lipsa transmiterii lui. Vieța străbună se înmormântează la un moment dat într'o familie sterilă sau într'o burlăcie ireductibilă. Și aceasta desigur în urma supra-evaluării interesului individual și ignorarea interesului comun în urma adorațiunii transitorului și bagatelizării profundului biologic.

Familia trecutului (semipatriarhal) și familia rurală se află încă sub dependența grupului, sub controlul comunității, care imprimă formei, funcțiunii, biologiei sale, respectarea tiparelor tradiționale validitate în trecut. Tendințele individualiste au un joc limitat și termină prin a se armoniza cu tendințele comunității. Coeziunea familiei cu grupul familial, e și astăzi la fel ca în trecut, iar grupul familial absorbit în comunitatea locală, etnică, în aceeași confluență de interese și aspirațiuni. Autoritatea capului de familie se menține încă, mândria familiară și respectul obârșiei e mare, iar aristocratizarea prin muncă și vrednicie, e o preocupare constantă. Căsătoria precoce și prolificitatea urcată, permite încă o succedență rezonabilă, iar pericolul de disoluțiune în urma tensiunii familiale, rămâne un fenomen izolat.

Căsătoria e precedată de o alegere conștiințioasă, iar odată încheiată, ea păstrează timbrul permanenței. Încheierea

unei căsătorii nu e numai o afacere privată a celor doi tineri, ci interesează în cea mai largă măsură cele două grupe familiale, iar interesul ambelor părți, e nuanțat la rândul său, de controlul tradițional al comunității locale. Astfel, libertatea de a alege e limitată; romantismul rural nu are caracterul individualist al celui urban; epilogul lui e mai mult sentimental decât anarhic, și, în momentul când se îndepărtează de interesul familiei sau al grupului, el se epuizează în cântec și duiosie; individul se reîntoarce, acceptând locul, ce i-a fost rezervat de către interesul comunității.

Romantismul, precum și celelalte curente individualiste, contează într'o anumită măsură ca adevărate, dezastre biologice; farmecul aparent, goana după bogăție și ascensiunea ieftină, ar însoți persoane cu o ascendență dubioasă, cu un patrimoniu ereditar redus, care transmis asupra urmașilor, i-ar altera în conținutul lor biologic. La întemeierea unei familii din trecut, sau a unei familii de tip rural, biologicul domină scena. El e strein, desigur de valoarea unei stări de conștiință, se află însă sub imperativul categoric a unei experiențe de milenii, cristalizată în obiceiuri și tendințe. În trecut și astăzi în condițiuni rurale, se știa și se știe, că urmași viguroși, muncitori, temperați, integrii, nu se pot naște decât din părinți cări au avut aceleași calități. Vrednicia părinților, e de cele mai multe ori busola după care se orientează țăranul în aprecierea urmașilor. În condițiuni rurale, vrednicia, munca și temperanța, echivalează însă cu averea, căci cine ar fi putut face avere dacă nu dispunea de energie și dragoste de muncă? Astfel, om bogat, înseamnă în acelaș timp și om vrednic; parvenirea e un element nou, născut în mediu urban, din individualismul, egoismul și instabilitatea eerei noi, pe care însă cultura pământului și creșterea vitelor, vigoarea tradiției și a obiceiurilor, o exclude. Dar mai mult, bogăția existentă denotă agoniseala trudnică și socotită de câteva generații. Mărirea averi părintești presupune astfel calități constante în lanțul urmașilor. De aceea apreciază țăranul pe semenul lui bogat, de aceea îi dorește fata de noră sau feciorul de ginere. Ar fi injust să credem că, aprecierea omului după bogăție, și năzuința de a se înrudi cu persoane avute, ar izvorî exclusiv din preferința meschină a banului. Acest lucru nu se întâmplă decât în ambianta urbană sau într'ună alterată sub influința acesteia, dupăcum voi arăta în articolele următoare.

Antropologia familiei.

I. FĂCĂOARU.

Istoric. Investigațiile în domeniul antropologiei familiei sunt tot așa de vechi ca și antropologia, care se constituie către prima jum. a sec. XIX. Pe când antropologii francezi Broca, Topinard, Quatrefages erau preocupați mai cu seamă de producția amestecului diferitelor rase, eugenistul Galtton stabilește pentru prima dată metoda științifică a cercetărilor genealogice. Savantul englez și-a dedicat jumătate din viața sa — a început să se ocupe temeinic cu antropologia la 40 de ani — spre a elabora metode biometrice în domeniul antropologiei și eredității umane. Locul „părerilor“ și al generalităților vagi, cu cari se ocupau antropologii și etnologii contemporani, îl ia măsura exactă, cifrele statistice.

Concluziile lui de o mare însemnătate în acel timp (1865): — 1. numai în anumite familii se găsesc într'o mare proporție membri de o excelență înzestrare spirituală; 2. această înzestrare naturală se transmite în asemenea familii de la o generație la alta într'un grad deopotrivă de înalt; — au necesitat laborioase investigații timp de zece ani. Metoda genealogică se completa cu metoda statistică. Ereditatea devenia știință cantitativă, iar antropologia putea lucra pe noi baze, nu cu indivizi, ci cu masse sau cu generațiuni de indivizi. Datorită poziției lui în societatea de antropologie britanică și resurselor lui materiale, a adunat un material enorm pe baza căruia putea: să studieze mai multe generațiuni ale aceleiași familii; să stabilească în ce mod se transmit însușirile părinților către copii; să găsească în ce chip se distribuie aceste însușiri printre membrii familiilor înrudite; să elaboreze metoda gemenilor în studiul eredității umane.

Un pas însemnat în direcția metodei antropologice în studiul familiei îl face în 1913 antropologul E. Fischer cu lucrarea privitoare la bastarzii dintre olandezi și hotenotoți. În urma îndemnurilor lui Schallmayer și mai ales ale lui Ploetz către membrii „Societății germane de eugenie“, studiile genealogico-antropologice iau un avânt considerabil. De la ereditatea patologică se trece la ereditatea însușirilor psihofizice ale omului sănătos. Între deschizătorii de drumuri noi

în această direcție sunt de amintit în Anglia, Karl Pearson, în America, Charles și Gertrude Davenport, în Suedia, Lundborg, în Norvegia Mjœen, în Germania Alfred Ploetz, Fritz Lenz, E. Rüdin, v. Verschuer, etc. Progresul în acest domeniu este nelimitat, este încă mult de făcut, dar azi se poate prevedea cu multă probabilitate tipul fizic al procreațiilor și natura însușirilor lor psihofizice (normale și morbide) dacă se cunosc procreatorii și înaintașii acestora cu cel puțin o generație sau două în urmă.

* * *

Studiul antropologic și genetic al familiei este metoda fundamentală pentru stabilirea adevărurilor în domeniul eugeniei teoretice. În înțeles restrâns, familia e alcătuită din ambii soți și copiii lor. În senz larg, pe lângă părinți și copii, familia cuprinde frații și surorile soților, ascendenții acestora, frații și surorile lor, cum și descendenții lor. Pentru scopul nostru, delimitarea familiei, gradele de rudenie și denumirea unor grupe de rude sunt de importanță secundară.

De mai mult interes este a se ști, cărui obiect aparține studiul biologic al familiei. Răspunsul este condiționat de scopul ce urmărim. Dacă punem descrierea somatică pe primul plan, facem un studiu *antropologic* al familiei. Genealogia membrilor unei familii în senz larg, descrierea lor morfologică constituie o ramură a antropologiei. „Antropologia familiei este **știința morfologiei și biologiei familiei**, a grupelor de procreatori și procreați”. (E. Fischer). Numai cât, studiul de pură antropologie fizică al familiei ar fi de puțină valoare. Ceea ce interesează atât din punct de vedere social cât și genetic este întreaga individualitate, structura fizică, morală și intelectuală a unui om și a grupeii sociale căreia el aparține.

De sigur, că antropologul este deseori în situația de a se limita la antropologia fizică: este cazul de pildă, când e preocupat de a stabili pe baza însușirilor fizice deosebiri și asemănări între grupe de oameni, de a caracteriza rase sau subrase, varietăți, neamuri sau tipuri. Indată ce trecem la antropogeneză și voim să ne explicăm relațiile de rudenie între diferitele rase umane, filiațiunea unora din altele, persistența unui anume tip și dispariția treptată a altui tip, trebuie să recurgem la știința *genetică*. Dacă plecăm dela genetică, atunci

când voim să cercetăm măsura în care legile eredității sunt valabile pentru om, recurgem tot la investigațiile biologicofamiliale. Asemenea cercetări sunt singurele de natură a ne mijloci concluziuni științifice, singurele care constituie echivalentul experimentului în domeniul eredității. Trebuie precizat, că deși potrivit conținutului noțiunii de „antropologie” — știința omului — s’ar crede, că în ultimă analiză acest termen ar îngloba o sumă de discipline, cari au de obiect studiul omului, totuș nu e cazul. Antropologia nu cuprinde nici tot ce se referă la om — unii filozofi făceau psihologie sau metafizică despre om și credeau că fac antropologie — și nu se limitează nici numai la anatomie descriptivă, cum opinau unii medici.

Fără a încălca domenii streine, dar prin natura obiectului ei, antropologia nu se poate limita numai la fizic, ci trebuie să se extindă și asupra sufletului. Alături de antropologia fizică avem antropologia psihică. Trăsăturile fizice nu sunt independente de trăsăturile psihice în caracterizarea grupelor umane. Nu poate fi vorba de introducerea metodelor psihologiei experimentale în antropologie, dar cercetătorul trebuie să recurgă la noțiunile și metodele psihologiei. De altă parte, necesitatea de a urmări modul eredității caracterelor fizice și psihice implică *genetica umană*.

Extinderea studiului asupra însușirilor patologice fizice sau psihice ar presupune cunoștințe medicale de *patologie umană*. La rândul său, domeniul medicinei ar necesita cunoștințe speciale pentru garanția competenței studiului. Evident că nu e de gândit, ca un singur om să stăpânească, în timpul nostru de excesivă specializare, atâtea discipline științifice: *antropologie, biologie, genetică, medicină, psihologie, sociologie, etc.* Pentru acest motiv, studiul genealogic al unei familii va trebui în mod necesar să fie limitat. În general, orice intelectual poate proceda la ridicarea arborelui genealogic (pedigriului) propriei familii. Un asemenea studiu limitat la istoria naturală sau biografia ascendenței și descendenței nu necesită studii de specialitate. Numai când împrejurările îngăduie luxul studiului complet al unei familii, se poate recurge la colaborarea mai multor specialiști. În rândurile ce urmează suntem preocupați, de a da câteva indicațiuni destinate a pune pe fiecare din cititorii noștri în situația de aș întocmi

pedigriul familiei. Un asemenea pedigriu simplu are nu numai o valoare biografică sau istorico-familiară, dar și una științifică. Intocmit pe baza unor informațiuni sincere, exacte și cât mai complete cu putință, un asemenea pedigriu constituie în mâna specialistului un izvor prețios pentru interpretarea faptelor de ereditate umană.

Intr'un pedigriu simbolizăm o persoană de sex masculin printr'un patrat \square iar o persoană de sex feminin printr'un cerc \circ . Cum se vede în fig. 1, toți frații și surorile „se prind de aceeaș linie orizontală. Izolate de această linie și situate ceva mai jos de nivelul fraților și surorilor, sunt persoanele intrate în familie prin căsătorie. Unim printr'o linie continuă o persoană cu un membru al familiei, cu care este căsătorită, dacă uniunea conjugală este legitimă sau printr'o linie punctată, dacă uniunea este nelegitimă (concubinaj). Gemenii se reprezintă prin plecarea liniilor lor dintr'un singur punct al orizontalei. Simbolurile acestora ca și ale celorlalți frați și surori, trebuc să fie dela început suficient de distanțate, spre a rămâne loc de a intercala persoana venită în familie prin căsătorie.

Incepem schițarea generației considerate cu copilul cel mai mare al familiei dela stânga, continuând spre dreapta în ordinea nașterilor până la ultimul născut. În cazul celor căsătoriți adăugăm imediat partenerul: bărbatul în stânga fiecei, femeia în dreapta fiului ca în fig. 1.

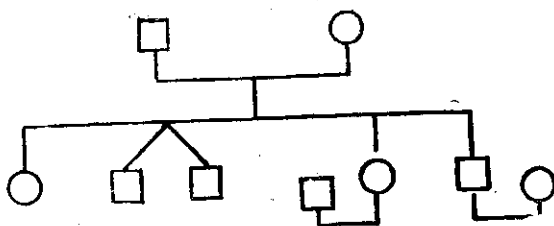
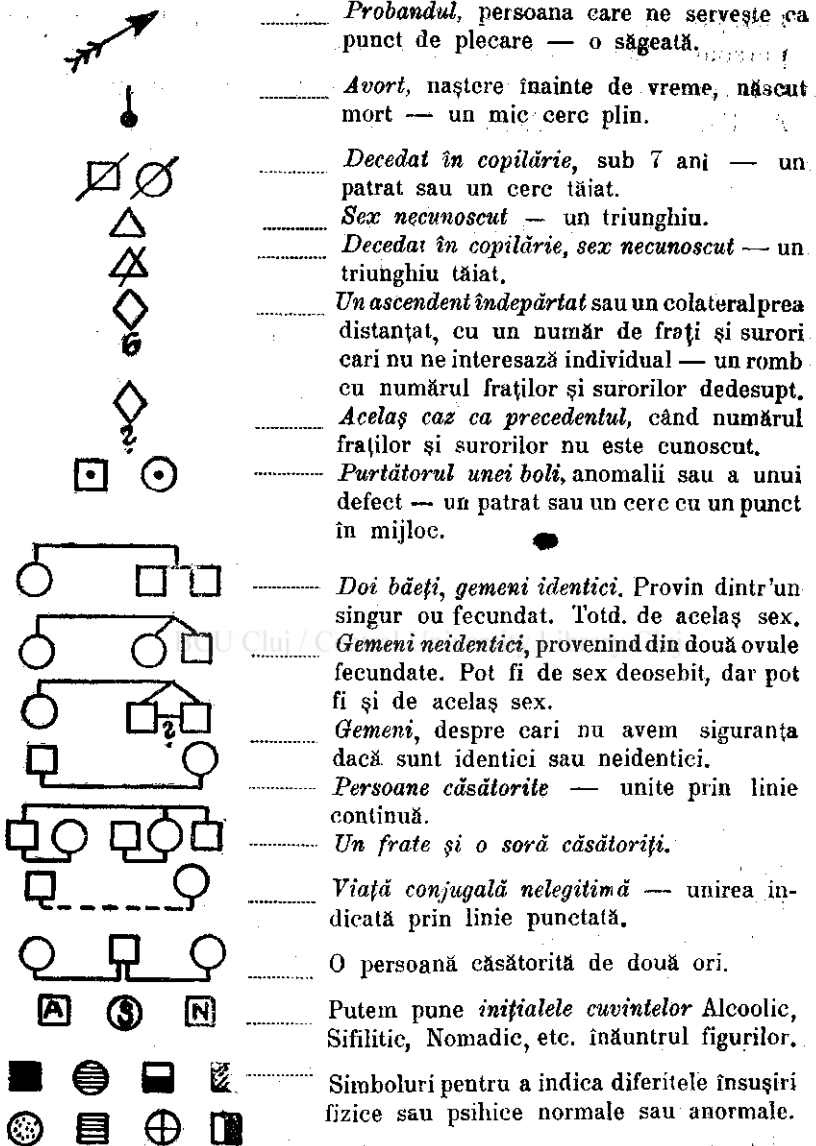


Fig. 1 Pedigriul unei familii: tatăl, mama și 5 frați, dintre cari 2 băieți sunt gemeni, o fiică și un fiu sunt căsătoriți

Deoarece ar fi greoi să scriem sub fiecare semn din pedigriu ceea ce reprezintă, ne fixăm un sistem de simboluri adaptate scopului. Acestea sunt arbitrare, dar cel puțin unele simboluri pot fi unitare și redăm pe acele adoptate de către societatea eugenică americană:



Pedigriul ascendenței și pedigriul descendenței. Dacă reprezentăm numai înaintașii unei persoane, procedăm ca în fig. 2, adică însemnăm numai cei doi părinți ai fiecărei persoane, deci părinții, bunicii, străbunicii, răs-străbunicii, etc., persoanei dela care am plecat: avem *pedigriul ascendenței*.

Numărotăm generațiile în adâncime, considerând generația persoanei luate ca punct de plecare ca generația I. Deoarece e vorba numai de *ascendenți*, numărul latin va fi precedat de A Ex. I, A II, A III, A IV, etc.

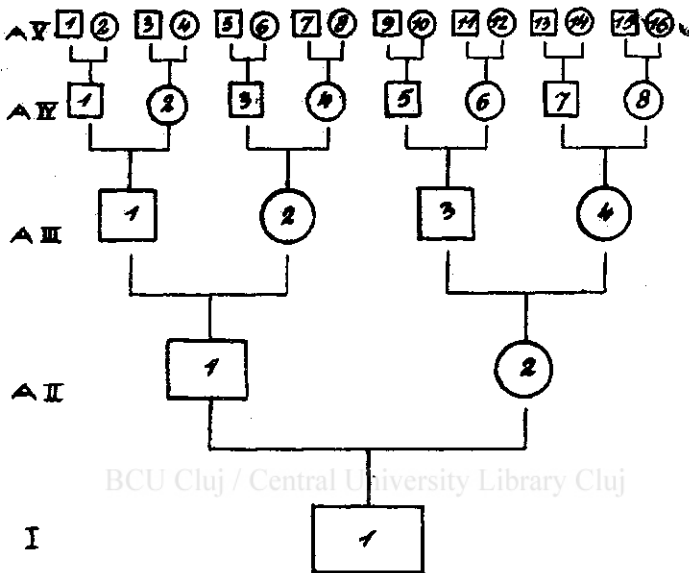


Fig. 2. Pedigriul ascendenței.

Dacă ne interesează numai descendenții unei persoane vom întocmi un *pedigriu al descendenței* asemănător aceluia din fig. 3. Generația persoanei luate ca punct de plecare este prima, cele următoare vor fi a doua, a treia, etc. Pentru că e vorba numai de *descendenți*, cifrele romane cu care însemnăm ordinea generațiilor în sens invers de cum am procedat în pedigriul anterior, vor fi precedate de inițiala D. Ex.: I, D II, D III, D IV, etc. Uneori avem interes să trecem în pedigriu numai purtătorii numelui unui înaintaș: urmărim atunci descendența în linie bărbătească. Schițăm și descendenții feminini, dar lăsăm deoparte urmașii acestora. Persoanele unei generații se numărotează cu cifre arabe sau începând dela 1 cu fiecare nouă generație ca în fig. 2 sau în continuare ca în fig. 3.

Determinăm o persoană din pedigriu printr'un *număr de relație* alcătuit din numărul de ordine al generației și numărul de ordine al persoanei în generația dată. Ex.: A III/3 din

fig. 2, înseamnă persoana din gen. III ascendentă situată în locul al 3-lea; D II/4 din fig. 3 înseamnă a 4-a persoană din gen. II descendentă.

Pedigriul complet al unei familii este o îmbinare a celor două pedigriuri anterioare. Am putea evita întrebuințarea inițialelor A și D dacă plecând dela *proband* (persoana pe care o studiem sau dela care plecăm) am denumi generația acesteia gen. I, II, III, etc. Avem însă un mic dezavantaj, că într'un viitor mai mult sau mai puțin îndepărtat nu mai putem adăuga alte generații descendente fără a schimba sistemul inițial al determinărilor. Pe când, dacă adoptăm sistemul reprezentat de noi în fig. 4, ne putem extinde nestingeriți atât în serie descendentă cât și în serie ascendentă, în cazul când descoperim noi generații de strămoși.

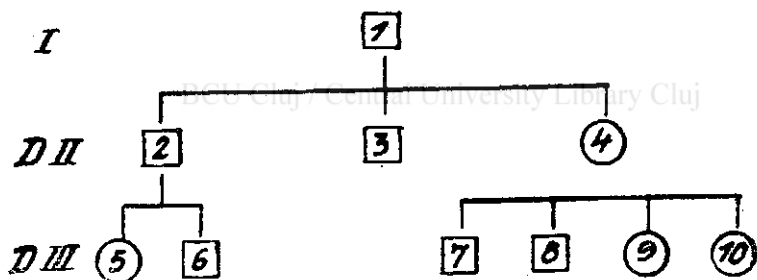


Fig. 3. Pedigriul descendenței.

Descrierea persoanelor din pedigriu. Cel mai simplu pedigriu este acela care nu conține decât doar numele persoanelor, anul nașterii sau eventual al decesului. Dela sine înțeles, că utilitatea și valoarea documentară a unui pedigriu e în raport cu numărul, varietatea, calitatea și exactitatea datelor ce conține. Despre natura masei creditare a unei persoane ne facem o idee cu atât mai aproape de realitate, cu cât cunoaștem mai amănunțit un număr cât mai mare de rude ascendente și colaterale dinspre ambii părinți. Părinții interesează deopotrivă, pentrucă, lăsând deoparte cazurile de prepotență, fiecare dintre noi primește $\frac{1}{2}$ din capitalul său ereditar dela tată și $\frac{1}{2}$ dela mamă. Aceasta revine la a spune, că bunicii dinspre tată contribuie la capitalul nostru ereditar cu $\frac{1}{4}$ și cei dinspre mamă tot cu $\frac{1}{4}$ sau fiecare bunic cu $\frac{1}{4}$ (25%)

din suma totală a dispozițiilor noastre ereditare. Străbunicii contribuie fiecare cu $\frac{1}{8}$ (12,5%) răs-străbunicii cu $\frac{1}{16}$ (6,25%), etc.¹ Importanța investigațiilor îndreptate asupra unei persoane din pedigriu depinde de gradul ei de rudenie cu probandul sau cu persoanele din centrul preocupărilor noastre.

Rudele de primul grad (genetic vorbind) cum e cazul fraților și sorerilor pot avea un capital ereditar comun de peste 50%; părinții acestora și copiii lor pot avea un capital ereditar comun de 50%; rudele de al doilea grad: unchii și mătușile (dinspre ambii părinți) au până la 50% capital ereditar comun; rudele de al treilea grad: bunicii, verii și verișoarele, nepoții de ambele categorii (de tată, mamă și de unchiu, mătușă) au 25% zestre ereditară comună; rudele de al patrulea grad: strănepoții de ambele categorii și străbunicii au o zestre ereditară comună de 12,5%. In lumina acestor date înțelegem necesitatea pe deoparte a însumării unui cerc cât mai larg de rude, iar pe de alta a descrierii cât mai amănunțite a individualității considerate: însușirile fizice și psihice, temperament, caracter, intelect. In cazul unor izvoare de informații sărăcăcioase, ne putem limita la 3 generații (fii, părinți, bunici), iar colateral, la verii și verișoarele primare.

Persoana ce urmează a fi descrisă se determină prin numărul de referință, după care urmează numele întreg al persoanei. E indicat, ca numele (de familie) să preceadă pronumele (n. de botez). Celelalte date: etatea (ev. data și cauza decesului), profesia, sănătatea, fizicul — statură, constituție, pigmentație — psihicul — temperament, caracter, intelect².

Dacă urmărim într'un mic pedigriu reliefaarea unui anumit număr limitat de caractere fizice sau mintale, putem intercala descrierea f. succintă sub persoana respectivă:

¹ Formula aceasta a fost stabilită întâi de Galton, mai pe urmă a fost corectată de Pearson și alții, în sensul că o persoană primește cu ceva mai puțin ca în formulă dela strămoșii săi, din cauza fenomenului reducțiunii și din cauza faptului, că perechile de alele ale strămoșilor nu se alcătuesc din aceleași dispoziții singulare, ci din dispoziții deosebite: unele *dominante* resp. epistatice altele *recesive* resp. ipostatice.

² Nu socotim necesară o exemplificare a unei asemenea descrieri; întâi, pentru că aceasta e în funcție de scopul ce urmărim; al doilea, pentru că „Buletinul” va conține deseori pedigriuri.

I. Fizicul.

Statura: ¹⁾ înalt, mijlociu, scund.

Constituția fizică: svelt, robust, obez.

Capul: lung, mijlociu, rotund.

Fruntea: înaltă, scundă; largă, îngustă; dreaptă, oblică.

Nasul: lung, scurt; mare, mic; larg, îngust; drept, coroiat; convex, concav.

Bărbia: largă, îngustă; proiectată, retrasă (teșită).

Fața: lungă, ovală, rotundă, dreptunghiulară, piramidală; îngustă, largă.

Occipitalul: abrupt, arcuit, proiectat.

Gura: mare, potrivită, mică; expresivă, grosolană.

Buzele: groase, subțiri.

Părul; *Culoare*: blond, blond-închis (brun-deschis), brun, brun-roșcat, roș, negru. *Structura*: subțire, gros; moale, tare. *Forma*: lins, ondulat, creț.

Ochii: albaștri, verzui; verzui-închiși, brun-deschiși, brun-închiși, negri.

Pielea; *Culoarea*: roză, palidă, galbuie, brună-roșcată, brună-închisă. *Structura*: sbârcită (senilă), netedă (juvenilă).

II. Psihicul.

Temperamentul: calm, potrivit, irascibil; rece, impresionabil; molatec, energic; introvertit, extrovertit; vorbăreț, tăcut.

Caracterul: perseverent, activ, sărguincios, întreprinzător; abulic, tembel, leneș, nepăsător; bun, rău; ordonat, punctual; veridic, conștiincios, onest; egoist, altruist; meschin, generos; bigot, credincios, liber-cugetător; econom, risipitor; agresiv, blând, curajos, laș; optimist, pesimist.

Inclinații (talente): muzică, pictură, literatură, filosofie, știință;

Conceptii: patriot, cosmopolit; conservativ, democrat

Intelectul; *Atenția*: concentrată, dispersată; *Memoria*: slabă, potrivită, tenace; ușoară, greoaie; abstractă, concretă. *Imaginația*: săracă, bogată, originală. *Gândirea*: analitică, mixtă, sintetică; critică, sugesibilă; superficială, adâncă. *Inteligența*: f. slabă, slabă, normală, deștept, f. deștept; practică, teoretică.

Spre a se evita complicarea pedigrifului, lăsăm deoparte familia persoanelor intrate în familie prin căsătorie. Când uncele din asemenea persoane prezintă un deosebit interes prin relația de rudenie cu probandul, schițăm separat pedigriful ascendent al acestora.

Pentru înlesnirea descrierii caracterelor fizice și psihice dăm câteva indicații. Din infinita varietate de însușiri, menționăm doar câteva. Observatorul va alege pe acele mai apro-

¹⁾ Pentru bărbați, statura se notează; *scundă*: 150.0—159.9 cm; *mijlocie*: 160.0—169.9 cm. Sub aceste valori sau deasupra lor, statura se notează: f. scundă sau f. înaltă. Pentru femei sunt valabile aceleași valori după ce scădem 10 cm. M'am oprit la aceste valori pe baza materialului antropologic pentru țara noastră.

piate de însușirile persoanei ce descrie sau va introduce altele nemenționate în scurta noastră listă.

De un deosebit interes este menționarea stării economice și a situației sociale; dacă familia sau unii din membrii familiei sunt în progres sau în regres și anume în ce direcție și în ce măsură. Consemnarea obiectivă a faptelor nu exclude interpretarea cauzală a realității găsite: factori de ordin intern, relațiile familiare, sociale și profesionale.

* * *

Cu rândurile de față n'am încheiat ceea ce este necesar de spus cu privire la acest subiect. Un studiu științific al familiei din punct de vedere antropologic nu este cu puțință, fără a poseda mijloacele tehnice necesare și fără inițierea prealabilă. Asemenea mijloace nu pot fi la îndemâna oricui dar nici nu sunt indispensabile. Mai binele este dușmanul binelui. Cititorii noștri convinși de importanța și necesitatea cunoașterii familiei proprii, cu toate calitățile, defectele și anomaliele membrilor ei, își pot întocmi ușor asemenea pedigriuri. Imperativul filozofiei antice: „cunoaște-te pe tine însuți“ își găsește cel mai eficace instrument de realizare în analiza componentelor biologice ale individualității. Nimic nu provine din nimic. Individualitatea noastră psiho-fizică este riguros determinată de suma dispozițiilor ereditare ancestrale.

Jocul genelor, regrouparea dispozițiilor ereditare, e un fenomen dirigit de legile probabilității, dar genele însăși, calitatea lor e dată. Fiecare dintre noi e un mozaic alcătuit dintr'un mare număr de pietre cimentate temporar împreună. Calitatea lor este calitatea masivului din care provin, albia originară la care s'au adăos albiile afluenților. Rădăcinile ființei noastre se înfig puternic în substratul germinal al străbunilor noștri. În măsura în care ne cunoaștem strămoșii, ne dăm seamă de structura personalității noastre și înțelegem măsura în care destinul nostru este făurit de ei: „morții guvernează pe cei vii“, — are acest înțeles. Cunoaștera pur teoretică oricât de exactă, și a înaintașilor noștri și a personalității noastre, rămâne o simplă cunoștință stearpă — ca atâtea multe — dacă nu știm să găsim în această cunoaștere norme diriguitoare pentru noi și pentru cei după noi. Dar tocmai aici stă valoarea etico-biologică a recentelor descoperiri: ele îndreaptă pașii omului spre un drum nou, mai bun. Cu-

noaşterea determinismului fenomenelor de ereditate dă omului putinţa să-şi plăsmuiască propria lui soartă. Străduinţa nu rămâne inutilă pentru nimeni. Acel care descoperă în sine sau în linia străbunilor săi o albie de pietre preţioase — dispoziţiile sociale superioare — va şti să le păstreze după ce va afla cum le poate risipi (printr'o uniune conjugală nechibzuită); iar cel avizat că în linia lui sunt foarte puţine pietre preţioase — precumpănirea dispoziţiilor nedorite — va căuta să mărească numărul lor. O zestre ereditară aleasă transmisă urmaşilor este un bun suprem dăruit lor şi împlinirea celei mai înalte datorii către ei şi către neam.

Sora de ocrotire.

I. MOLDOVAN.

În zilele din urmă s'a ținut la Cluj **adunarea de constituire** a Asociației surorilor de ocrotire și în acest fel se realizează în sfârșit organul de apărare și afirmare profesională pentru această tagmă, menită să joace un rol tot mai important în organizația noastră sanitară. Tot în ultimul timp s'a produs un alt eveniment de covârșitoare importanță pentru instituția surorilor de ocrotire și anume recunoașterea importanței acestei instituțiuni prin Dl Ministru Dr. Costinescu și deci prin partidul liberal. În acest fel epoca de suferință și opresiune a acestei profesii a luat sfârșit, și o perioadă de înfloritoare evoluție a început. Eu, din al cărui gând a pornit înainte cu 16 ani această instituție, nu pot decât să felicit surorile de ocrotire pentru realizarea Asociației lor profesionale și nu pot să retac recunoștința, pe care o datorăm Dlui Ministru Dr. Costinescu, care cu atâta înțelegere și cu o notă de entuziasm s'a pus în serviciul apărării și al afirmării progresive a instituției surorilor de ocrotire.

Dacă înainte puține erau persoanele, cari au militat și au luptat în interesul instituției noastre, de azi înainte mulți își vor îndrepta interesul asupra ei și vor încerca să o servească cu binevoitoare atențiune. Și cum la noi acest interes și o atare bunăvoință se manifestă în primul rând prin tendința de „modificare“ a instituției și aceasta indiferent dacă i se înțelege rostul sau nu, țin să dau din vreme următoarele lămuriri:

Instituția surorilor de ocrotire s'a născut la noi imediat după război, în anul 1919, din dorința de a avea pentru ser-

viciul preventiv „un organ auxiliar, înarmat nu numai cu experiența dar și cu însușirile necesare, pentru a putea pătrunde în intimitatea familiei, a-i câștiga încrederea, a îndruma și a asista îndeosebi mama în ocrotirea copiilor, a le urmări dezvoltarea, a da sfaturi pentru îngrijirea bolnavilor, a depista boli infecțioase și sociale, a îndruma profilaxia lor la domiciliu, a răspândi noțiuni de curățenie, de bună nutriție, a iniția intervenția medicului ori de câte ori aceasta ar fi necesară. Era vorba deci de un rol educador în primul rând și persoanei respective i se cerea inițiativă, devotament, sensibilitate față de suferințele altora, delicateță, tact, răbdare și perseverență, dragoste pentru copii, înțelegere pentru rostul greu și sublim al mamei, capacitate de a educa, de a munci în detaliu, în afară de cunoștințele tehnice cerute în serviciu. Acest element nu putea să fie decât o femeie. o soră a mamei și a celor în suferină, *ocrotitoarea* acelor cari, fie din motivul vârstei lor plâpânde, fie din cauza insuficienței lor culturale sau sociale, sunt avizați la asistență. Așa s'a născut instituția surorilor de ocrotire: din dragostea nețărmurită pentru poporul nostru, din înțelegerea nevoilor lui, din dorința de a-l îndruma spre un viitor mai bun, atât de bine meritat după suferințele trecutului“.

Sora noastră de ocrotire a fost deci dela început creiată ca organ preventiv și nu s'a grefat, ca în alte țări asupra instituției infirmierelor sau a surorilor de caritate. Școala surorilor de ocrotire din Cluj, înființată în anul 1919, a fost după afirmația delegatului Fundațiunii Rockefeller, prima din lume, care dela început și-a alcătuit programul ei întreg în vederea obligațiilor preventive și educative ale noului auxiliar cu menirea schițată mai sus, deci cu atribuțiuni generalizate. În alte țări înainte de războiu învățământul de bază era acel al infirmierelor sau al surorilor de caritate sau nurselor, după absolvirea căruia abia candidatele se calificau pentru cariera preventivă prin cursuri și stagii suplimentare de scurtă durată. Și astfel se înțelege, pentrucă și în denumirea acestui personal preventiv s'a păstrat calificativul învățământului de bază, în forma de infirmieră vizitatoare, de public health nurse. Abia după războiu, în ultimul timp, asistăm la o reformă a învățământului organului nostru preventiv în direcția pe care noi am luat-o dela început.

În orice caz la noi nici instrucția nici practica surorilor de ocrotire nu a avut și nu are ca preocupare principală nur-

singul sau activitatea de infirmieră. Ingrijirea bolnavilor are un rol cu totul secundar în activitatea surorilor de ocrotire. A numi această profesiune infirmieră vizitatoare sau nursă, înseamnă a nu-i înțelege rostul, un rost care este atât de precis redat prin numele de soră de ocrotire. Cariera sorei de caritate (infirmieră) este deosebită de aceea a sorei de ocrotire, ele se pot suplini în cazuri de extremă nevoie, însă și aceasta numai după întregirea corespunzătoare a cunoștințelor anterioare. În mod normal învățământul pentru aceste două profesii ar trebui să fie separat și școli speciale ar trebui să fie create atât pentru surorile de ocrotire, cât și pentru surorile de caritate.

Actualele școli de surori de ocrotire în orice caz nu sunt suficiente, pentru a satisface cerințele tot mai mari ale serviciului. Noi atari instituții trebuiesc urgent înființate în centre cari pot satisface exigențele unei serioase instrucții și în domeniile igienei, a obstetricii și puericulturii. Atari centre ar fi de. e. Chișinău, Cernăuți, Craiova, Timișoara, Arad sau Oradea.

Se discută în ultimul timp, dacă nu ar fi mai bine, ca școlăritatea de bază pentru surorile de ocrotire să fie liceul integral, adică bacalaureatul. Pentru cariera sorei de caritate aceasta pretenție nu s'a ridicat și nu cred că se va putea ridica odată. Cred că ar fi o greșală, dacă s'ar primi în școlile de surori de ocrotire numai bacalaureate. Cursul superior de liceu, este adevărat, sporește în mod considerabil cunoștințele în variate domenii, cunoștințe însă, cari numai în mică parte sunt utile învățământului și practicei surorilor de ocrotire. În afară de cunoștințe însă sora de ocrotire trebuie să dispună de o serie de calități, cari numai profita nu pot, cari pot să fie chiar alterate, prin o atare prelungire inutilă a școlărității, într'un mediu atât de distanțat de acela, în care urmează să-și desvolte activitatea. Devotament, însuflețire, răbdare, sensibilitate proaspătă față de cerințele atât de variate ale serviciului, acomodare pacientă, dacă vrei instinctivă, la psihologia mediului în care lucrează, capacitatea pentru munca migăloasă de detaliu, modestia, inițiativa sunt calități indispensabile pentru o bună soră de ocrotire, însușiri tot atât de importante ca și cunoștințele de cari trebuie să dispună. A creia un dezechilibru între aceste două categorii de forțe prin supraevaluarea uneia dintre ele înseamnă o diminuare a capacității de acțiune a sorei.

Dar să ne mai gândim, că avem nevoie de peste 3500 de surori de ocrotire, a căror salarizare chiar și cu leafa actuală, va însemna o importantă sarcină bugetară. Se vor mulțumi surorile de ocrotire, bazată fiind instituția pe bacalaureat, cu salarul actual? Desigur că nu, căci firesc va fi, să pretindă mai mult.

Dealtfel și până în prezent s'au primit cu oarecare preferință candidate cu bacalaureat în școlile noastre de surori de ocrotire și deși nu avem nicio indicațiune, că ele în practică sunt mai bune, decât surorile cu școlaritatea de bază prescrisă de lege, se vor primi și de aici înainte, pentru a fi utilizate îndeosebi în condițiuni urbane. Va trebui să se primească cu o preferință și mai accentuată absolvente de școli normale, de școli de gospodărie și de școli similare, însă școlaritatea de bază cea mai indicată ar trebui să rămână cursul inferior de liceu.

Să ne gândim mai departe, că învățătorul nu este inferior sorei de ocrotire în ce privește nivelul activității lui și importanța rolului social și național, pe care-l îndeplinește. Din contră! Și totuși ar fi o greșală, să se ceară studii academice sau universitare pentru funcțiunea de învățător.

Sora de ocrotire pe lângă faptul că e funcționară trebuie să rămână soră. Această din urmă calitate nu este servită prin studii de bază mai pretențioase.

Pe marginea unui proiect de reformă sanitară.

Agregat Dr. M. ZOLOG.

Cu câteva săptămâni în urmă a apărut o broșură cu titlul: „Comentarii asupra proiectului de reorganizare sanitară al Domnului Ministru Dr. I. Costinescu. Părerii și propuneri de Doctor Ștefan Anastasiu, medic inspector general“.

Ne-am fi așteptat ca din această broșură să cunoaștem în primul rând proiectul de reorganizare sanitară al Dlui Ministru Dr. I. Costinescu, iar în al doilea rând părerile Dlui Dr. Anastasiu asupra acestui proiect, precu și propunerile pe cari le face Dsa. Ori cititorul are o decepție în privința aceasta. Deși autorul în introducere spune că, „voiu ține seama numai de principiile enunțate și că nu voiu introduce elemente noi în discuțiune, cari nu ar fi prevăzute în proiectul de reorganizare“, acest proiect nu se găsește redat nicăiri. În aceeași introducere autorul broșurei mai spune că „ideile ce urmea-

ză sunt pur personale: nu angajează pe nimeni și nu sunt în legătură cu serviciul ce îndeplinesc în Minister“.

Prin urmare în lipsa unei schițe cât de sumare a proiectului de reorganizare sanitară a Dluui Ministru Dr. Costinescu și în baza afirmației Dluui Dr. Anastasiu, trebuie să presupunem că cele expuse în mod fragmentar în broșura amintită, sunt ideile personale ale Dluui Dr. Anastasiu.

La finea broșurei, într'un P. S. Dl. Dr. Anastasiu face o invitație: „Acei care doresc să-și dea părerea asupra acestor comentarii, dar numai în cadrul celor expuse, sunt rugați să le trimită la Minister, pe adresa autorului pentru a fi studiate“.

Satisfacem invitația autorului, deși nu în forma cerută de D-sa, regretăm numai că nu ne găsim în fața unui proiect integral, care să ne dea o idee generală asupra noii reforme sanitare, și trebuie să facem și noi tot numai comentarii fragmentare asupra unui proiect pe care nu-l cunoaștem, decât din surnumitele „comentarii“.

În prefață Dl. Dr. Anastasiu spune că: „prin proiectul de reorganizare, ca o primă măsură de îndreptare s'a împărțit serviciul sanitar în două mari clase: una de prevenire a bolnavilor, alta de vindecare“. La pag. 10 se susține aceeași idee, cu completarea că statul își rezervă obligația de a se ocupa în prima linie cu prevenirea boalelor, lăsând asupra județelor și comunelor vindecarea lor, medicina curativă. Sunt idei pe cari nu le putem considera nici ca inovații, nici ca idei noi, nici „ca primă măsură de îndreptare“ a legii din 1930, fiindcă aceste dispoziții au fost deja prevăzute, după cum a fost prevăzută și coordonarea serviciilor sanitare sub un comandament unic, în legea sanitară din 1930, cari au constituit tocmai principiile cele mai violente și mai pătimăș atacate de adversarii de atunci ai legii.

Avem marea satisfacție de a vedea azi ambele principii acceptate, o dovadă că au fost combătute neîntemciat.

Dacă acceptăm ideea fundamentală nu înseamnă însă că putem accepta și felul de executare practică a acestei idei. Dl. Dr. Anastasiu, crede că mijloacele de prevenire vor putea fi aplicate de medicul de circumscripție și medicul județean. În sensul propunerilor Dluui Dr. Anastasiu ar urma ca atribuțiile medicului igienist de plasă, prevăzute în legea din 1930, să treacă asupra medicului de circumscripție, numit nu știm pentru ce, în loc de medic igienist, medic prezentiv, iar atribuțiile medicului de circumscripție asupra medicilor practicieni, cari urmează să se stabilească la sate, atrași de modesta

sumă de 1000—2000 lei lunar.

Chiar presupunând că am avea o așa pletoră medicală ca să se găsească câteva sute, 1000—1500 medici, cari ar voi să plece la țară, să facă clientela printre țărani, trebuie să ne dăm seama, că acest sistem ar încărcă bugetul cu încă câteva zeci de milioane la an, iar rezultatul nu ar fi cel scontat de autorii acestei propuneri și nu ar fi nici în raport cu noile sarcini bugetare. Să ne gândim numai la metoedele ce va trebui să aplice medicul practician la țară, ca pe lângă prima de încurajare de 1000—2000 lei lunar, să stoarcă din clientela rurală încă 5000—6000 lei lunar, ca să-și asigure existența. Acest medic nu va putea fi nici când un colaborator al medicului preventiv, în ceea ce privește prevenirea boalelor, ci din contra, un adversar al ideii de prevenire.

Nu suntem contra înmulțirii medicilor la țară, ci dimpotrivă, am salutat cu mare bucurie înmulțirea medicilor de circumscripție, făcută atât de Dl. Ministru D. R. Ioanițescu, cât și de Dl. Ministru Dr. I. Costinescu, dar așezarea la țară a unui număr așa de mare de medici practicieni trebuie lăsată în sarcina evoluției firești a mediului nostru rural, să așteptăm să se facă treptat, în urma ridicării nivelului economic și cultural-sanitar al țăranului. Unde pot să trăiască medici practicieni la țară, se duc și fără primă de încurajare, iar unde nu pot, să nu se ducă. pentru că vor face mai mult rău decât bine. Acolo unde se simte necesitatea, să se mai înmulțească circumscripțiile, dar să nu se încere așezarea la țară, în mod ne-natural a unui număr așa de mare de medici practicieni.

Să vedem ce poate face al doilea factor amintit, medicul primar de județ. Autorul spune că „trebuie să fie mereu în control și inspecții“, trebuie să se ocupe de internarea bolnavilor în spitalul județean central, trebuie să fie directorul administrativ al spitalului județean și evident trebuie să se ocupe de toată administrația sanitară a județului.

Când îi mai rămâne timp să se ocupe de partea preventivă a medicinei, nu în sens administrativ, din birou, ci în mod tehnic, la fața locului? Azi medicii primari de județ au mai puține atribuții și totuși, chiar cei mai harnici dintre ei, pot face foarte puțin în mod efectiv, fiindcă pentru prevenirea boalelor nu sunt suficiente inspecțiile administrative, ci munca tehnică continuă pe teren.

Rugăm pe Dl. Dr. Anastasiu să creadă că ideea plasei sanitare (mai multe circumscripții) și a medicului igienist de

plasă nu s'a introdus în legea dn 1930 numai de dragul unei inovații cu orice preț, ci dictată de realitate. Intre medicul primar de județ, absorbit de administrația sanitară și medicul de circumscripție, absorbit de clientelă, medicina curativă și birocrația sanitară, era o prea mare distanță, în care medicina preventivă, ca un copil al nimănui, se pierdea. Plasa sanitară și medicul igienist au fost creați ca să umple acest gol, să fie un element tehnic permanent pe teren, să facă legătura organică între medicul primar de județ și medicul de circumscripție. Medicul igienist de plasă nu îseamnă un al doilea conducător al activității preventive, a județului, singurul conducător rămâne tot medicul primar de județ, el are în ultima analiză răspunderea întregului județ, el trebuie să coordoneze și să îndrumeze atât activitatea curativă cât și cea preventivă. Medicul igienist rămâne un subaltern al medicului primar de județ. I s'a dat un teritoriu mai mic, ca să poată satisface necesitățile serviciului. Ce va face medicul primar de județ, reclamat azi de o epidemie într'un colț al județului, iar mâine de una într'alt colț? — Singura soluție logică și reală rămâne numai plasa sanitară și medicul igienist al plasei.

Suntem de acord cu părerile Dlui Dr. Anastasiu asupra personalului sanitar auxiliar: soră de ocrotire și agent sanitar. Să nu ne ia însă în nume de rău dacă îi amintim, că nici aceste nu sunt idei originale.

Primul Institut al surorilor de ocrotire a fost creat la Cluj, de Prof. Dr. Moldovan, încă în 1919. De atunci această instituție a fost chiar și desființată, a fost combătută și ridiculizată. Acum i se recunoaște importanța pentru sănătatea publică numai grație intervenției înțeleghătoare a Dlui Ministru Costinescu. Când s'a combătut agentul sanitar, care face de toate, face chiar pe doctorul, care e un iscusit polițist în descoperirea contravențiilor la legea sanitară, pe care le sancționează prin bună înțelegere, după cum recunoaște însuși Dl. au continuat să-i scoată cu sutele.

Dl. Dr. Anastasiu susține, cu multă dreptate, că medicina curativă, împreună cu instituțiile ei, trebuie să rămână în sarcina județului și comunelor. Aceasta era și prevederea legii din 1930.

Dar cum se împacă cu această idee decretul lege care trece toate instituțiile spitalicești în sarcina Ministerului? Contribuția de 10% din bugetul comunelor și de 15% al județelor

nu va produce atât cât se crede, mai cu seamă dacă există pericolul că aceste sume, să se cheltuiască în alte județe decât în acele în cari s'au încasat.

Despre Institutele de igienă și sănătate publică vreau să spun numai atât, că nici până acum nu au înțeles să se amestece în administrația sanitară, ci au avut un caracter pur tehnic, așa cum prevede legea din 1930. Dacă s'a amestecat în administrația plaselor sanitare model, aceasta s'a făcut din motivul că aceste plase sunt organic legate de Institute, constituie laboratorul de formare practică a medicilor igienisti și a surorilor de ocrotire. Este deci o necesitate și nu o tendință de a încălca drepturile Ministerului.

Să vedem acum bugetul, acest arbitru al situației și în prezent și în viitor. Dl. Dr. Anastasiu susține, că după calcule aproximative, organizarea sanitară a unui județ mic ar costa 100 milioane. Să presupunem că nici organizarea unui județ mai mare nu ar costa mai mult, unele având o serie de instituții deja în funcțiune. Totuși organizarea a 71 județe ar costa 7.100.000.000 Lei. Aplicarea integrală a legii sanitare din 1930, chiar după calculele cele mai pălimate, încă nu ar fi costat mai mult decât jumătatea acestei sume. Noi, după experiența dela Gilău, susținem că nu ar fi costat niciun miliard. Ar fi nevoie de aproximativ 250—300 plase, care ar putea fi organizate ireproșabil cu câte 2.000.000 Lei pe plasă, deci în total 500—600.000.000 Lei. De unde crede Dl. Dr. Anastasiu că poate lua acea sumă enormă, o treime a bugetului actual? De unde va lua suma necesară pentru organizarea a 5 județe anual, sau chiar a unui singur județ pe an, 100 de milioane lei?

Legea sanitară din 1930 a fost combătută cu multă violență, noi susținem că pe nedrept, pe această temă, cu toate că prevedea cu mult mai puține sarcine bugetare, decât propunerile Dlui Dr. Anastasiu. Acum rolurile s'au inversat.

Interesant ar fi ca Dl. Dr. Anastasiu să aibă posibilitatea să-și realizeze ideile, cel puțin într'un singur județ din țară, iar după un an, doi, să stăm iar de vorbă. Sunt sigur că atunci vom privi cu alți ochi legea din 1930, vom găsi că tot nu e așa de inaplicabilă cum se susține acum, și atunci ne vom întoarce la principiile sănătoase, reale, fixate în ea.

Sperăm însă că nu se va mai pierde mult timp cu experimentări noi, când avem la dispoziție o lege cu principii sănătoase și verificate atât la noi în țară cât și în streinătate. Să ne uităm în jurul nostru și ne vom convinge.

