

BULETIN

EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

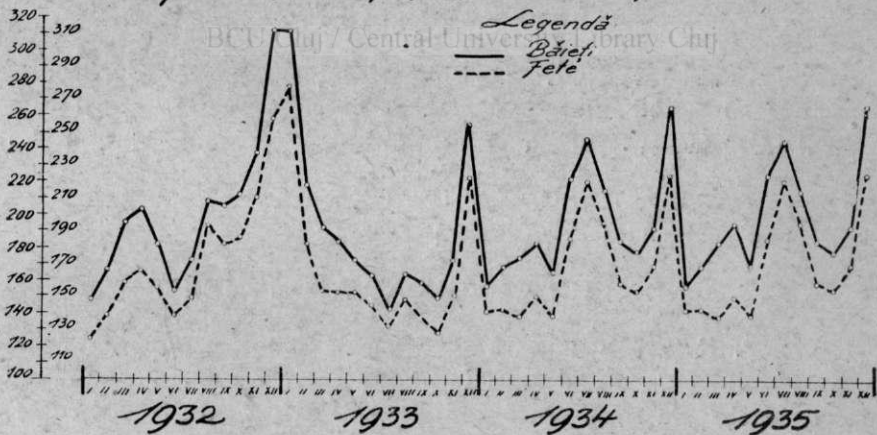
VOL. VII.

MAI-IUNIE-IULIE

Nr. 5-6-7.

1936

*Mortalitatea infantilă pe sex
în raport cu sezonul, în România în anii 1932-35.*



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

Principii de bază ale organizațiunei sanitare.

de

I. MOLDOVAN.

Judecând după felul cum se petrec lucrurile la noi, se pare că problema organizațiunei sanitare încă n'a ajuns să aibe principii de bază precise, acceptate în general și hotărîtoare pentru evoluția progresivă a sănătății publice. De fapt la noi programul de muncă a conducerii sanitare se schimbă după părerile personale ale miniștrilor sau secretarilor generali sau după împrejurări în intervale foarte scurte. Odată se crede, că prin creierea de dispensarii cât de multe se salvează sănătatea publică, de altă dată se pune toată greutatea pe creierea a cât de multe posturi de medici de circumscripție în speranța sau chiar convingerea, că prin această măsură se va reduce în modul cel mai sigur posibil suferința și mortalitatea. În alte epoci atenția și mijloacele conducerii sanitare sunt absorbite de problema tuberculozei, sau a tifosului exantematic, sau a construcției de spitale sau sunt dominate de alte necesități parțiale, pe cari împrejurările, o întâmplare sau un capriciu le ridică la suprafață. Aceiași lipsă totală a unei concepții unitare și de ansamblu, a unei înțelegeri a realității și a continuității o constatăm și la ramificările serviciului sanitar pendinte de alte ministere sau de instituții autonome. Ceeace însă cu toată diversitatea concepțiilor și programelor unește toate aceste capete într'o dureroasă armonie, este unanima lor opunere sau indiferență față de realizarea cât de urgentă și sistematică a serviciului preventiv. Această încăpăținată perseverare pe un drum greșit, cu toată dezastruoasa cifră a mortalității, nu se poate datori decât unei lipse a simțului răspunderii sau lipsei de a înțelege rostul serviciului sanitar și îndeosebi a celui preventiv. Suntem singura țară în care conducerea sanitară arată o complectă indiferență față de indicațiunile atât de categorice ale realității sanitare și nu vrea să înțeleagă, că există principii și norme de organizare fără a căror respectare un progres al sănătății publice nu este posibil. Vom înșira câteva dintre aceste principii consfințite prin o îndelungată experiență, și acceptate aproape integral în toate țările civilizate, în afară de noi.

1. *Sănătatea publică este o problemă de interes general. în ansamblul ei o unitate pentru toată țara, conducerea și răspunderea tehnică ca și fixarea normelor pentru evoluția ei revenind unei singure autorități centrale, Ministerului Sănătății publice.* Peste serviciile sanitare parțiale deci, cari deservesc scopuri specifice organizațiilor aparținătoare armatei, asigurărilor sociale, CFR., Casei Muncii CFR., școlai etc., stă serviciul cerut de interesul general al populației, de sănătatea publică, măsurată în partea ei fizică prin cifrele mortalității. Acest serviciu al sănătății publice, privește îndeosebi problemele prevenirii și combaterii bolilor infecțioase, a bolilor sociale, problema protecției mamei și a copilului, a salubrității publice și a educației igienice, probleme deci, de a căror rezolvire depinde evoluția prosperă din punct de vedere sanitar atât a generației actuale cât și a celor viitoare a populației. Spre acest scop principal trebuie să și integreze eforturile toate organismele sanitare, ori de cine ar depinde ele din punct de vedere bugetar, iar chieșășia integrării optime este conducerea unică din punct de vedere tehnic, care asigură diviziunea muncii și coordonarea eforturilor.

2. *Organizațiunea sanitară și de ocrotire trebuie să fie cuprinzătoare, respectând toate cerințele privind sănătatea publică, adică integritatea și prosperare biologică (fizică și psihică), calitativă și cantitativă a generațiilor actuale și a celor viitoare ale populației.* Realizată în așa fel ca să poată corespunde în modul cel mai perfect posibil cerințelor curative, reparatorii, organizațiunea sanitară trebuie să respecte în toate compartimentele ei, începând cu Ministerul sănătății și până la circumscripția rurală, pe plan de egalitate și permanent, problemele principale, reprezentând sănătatea publică și anume: prevenirea și combaterea bolilor infecțioase și sociale, salubritatea publică, ocrotirea — cuprinzând îndeosebi protecția mamei și copilului și în general igiena națiunii — și educația igienică. Niciuna din aceste probleme nu poate să fie neglijată, nici chiar temporar, nici una nu-i permis să hipertrofieze, absorbind atenție și mijloace în dauna celorlalte, căci abia din rezolvirea simultană a acestor probleme și după un plan comun de activitate rezultă progresul sănătății publice.

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

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

5. *Activitatea serviciului sanitar trebuie să fie programatică, sistematizată și acomodată împrejurărilor. Știința și experiența ne indică atât pentru problemele parțiale (tuberculoză, venerii, boli infecțioase, mortalitate infantilă, etc.), cât și pentru problema sănătății publice în ansamblul ei, soluțiuni programatice care fixează atât ținta de urmărit cât și felul și mersul realizărilor necesare. Soluțiuni, cari în cadre largi sunt aceleași pentru orice loc de aplicare, în detalii însă urmează să fie acomodate cerințelor specifice locale. A nu respecta acest postulat înseamnă riscul unei zădărnice cheltueli sau risipiri de energii și material. Programul de muncă trebuie să prevadă cadrele în cari să se desfășoare activitatea, instituțiile și serviciile de realizat, ordinea realizărilor, felul eșalonării lor, personalul necesar și pregătirea lui, plasarea fiecărui serviciu, instituții, persoane la locul ce i se cuvine, pentruca coordonarea și integrarea eforturilor spre scopul urmărit să fie cu deplin succes posibile. Programul de muncă stabilește îndeosebi activitatea care trebuie întâi realizată și care trebuie să servească ca bază pentru toată acțiunea.*

A începe d. e. lupta contra tuberculozei cu creierea câtorva sanatorii și a limita toată acțiunea la această măsură, neglijând cercetarea răspândirii reale a boalei, depistarea cazurilor, creierea dispensarelor de specialitate fie stabile, fie ambulante, intervenția principală preventivă și de combaterea în familia celor bolnavi sau primejduiți și în general importanța acțiune educativă, toate aceste nesocotiri se răzbună tot atât de crud, ca și limitarea acțiunii contra mortalității copiilor la întâmplătoare consultațiuni pentru copiii bolnavi și la creierea de câteva instituții pentru asistența copiilor abandonși, fără a ține seama de importanța și necesitatea ocrotirei prenatale, a intervențiunii educative în sinul familiei prin surori de ocrotire, auxiliar de covârșitoare importanță, fără a organiza controlul preventiv al noilor născuți și al copiilor mici, vaccinări și alte măsuri de ordin preventiv.

O luptă contra boalelor venerice limitată la câteva consultațiuni gratuite, fără a încerca și ușura prin toate mijloacele generalizarea tratamentului sistematic, fără o educație sexuală preventivă și lăsând problema prostituției în voia Domnului, evident că nu poate duce nici un rezultat, așa cum nu poate duce la nici un rezultat o combatere

a boalelor infecțioase limitată la măsuri tardive și adeseori greșit aplicate de desinfecție și izolare, fără lămurirea prealabilă a situației epidemiologice și a filiațiunii infecțiilor, fără diagnostic etiologic și depistarea purtătorilor, excretoților și a bolnavilor fruști, unde e cazul.

Trebue însă să intre în programul de muncă și prevederea cu ani înainte a personalului tehnic necesar serviciilor și pregătirea lui și evident, pregătirea în primul rând a celui personal, de care se simte mai urgentă nevoie. Avem azi d. e. vreo 250 surori de ocrotire în funcțiune. Ne trebuesc cel puțin 3—4000, și ne trebuesc urgent, căci ele sunt acele, cari descentralizează îngrijirea bolnavilor, activitatea preventivă și educativă până în casa țărănească; de funcțiunea lor depinde prevenirea și combaterea mortalității infantile, a boalelor infecțioase și sociale. Institutele actuale de surori de ocrotire pot elibera anual vreo 70 absolvente. Cu aceste resurse niciodată nu vom ajunge la un număr suficient de surori. Va trebui să se creieze de urgență încă câteva școale în centrele medicale mai importante (d. e. Timișoara, Craiova, Galați sau Brăila, Chișinău și Cernăuți) pentru a spori mai repede efectivul acestor auxiliare indispensabile pentru progresul sănătății publice. Nu mai insistăm asupra categoriei medicilor igienisti, care în loc să fie promovată a fost chiar suprimată printr'o modificare a legii sanitare!

Înainte de toate *Ministerul sănătății* trebue să dispună de un program de ansamblu, un fel de catechism al sănătății publice, alcătuit de comun acord cu resorturile și administrațiile cari au în grija lor colectivități de oameni, cointeresându-le pe toate la realizările necesare, un program acceptat de toate partidele, executat în continuare indiferent de schimbări de guverne și modificabil numai atunci, când noi experiențe permit sau cer o ameliorare a planului de muncă. În cercurile de competență, acele autorități împreună cu reprezentanții lor sanitari trebue să-și alcătuiască programe proprii de muncă mai detaliate, pe ani înainte, cointeresând la discuția și realizarea lor toate administrațiunile, obligate sau capabile să contribue la progresul sănătății publice. Prezentarea și discuția acestor programe este un admirabil prilej de educație sanitară a autorităților publice, ca și a publicului în general și un imbold pentru înțelegerea și adâncirea problemelor de ordin sanitar și de ocrotire.

Activitatea serviciilor sanitare trebue să fie și sistematizată, împărțind energiile disponibile și timpul, repartizând interesul pentru variatele probleme în raport cu importanța și urgența lor în așa fel, ca activitatea să se poată desfășura, coordonată, la timp, să nu se

piardă fără rost nimic în timpul de serviciu, să nu se depună nici un efort fără a corespunde unei realizări utile, oricât de modeste. Și în sfârșit este necesar, ca atât programul de muncă, cât și sistemul care orânduiește activitatea, să nu fie prea rigide, ci să dea posibilitatea unei acomodări cerințelor dictate de timp și loc.

6. *Serviciul sanitar și de ocrotire trebuie să fie descentralizat, ceea ce înseamnă că descentralizate trebuie să fie, în cadre limitate de interesul general, resurse financiare, gospodărie, autonomie, inițiativă, colaborare, competență și răspundere. Descentralizare înseamnă orânduirea în așa fel a serviciului ca fiecare necesitate de ordin sanitar și de ocrotire să-și poată afla o soluțiune la timp, acomodată posibilităților, până în circumscripție rurală sau chiar până în comuna rurală. Descentralizare înseamnă deplasarea principalei activități, a acelei preventive și deci educative, chiar până în sinul familiei țărănești. Centralismul actual, exagerat până la extrem în ultimul timp, care elimină libertatea de acțiune, inițiativa și răspunderea și crede, că prin intervențiile ocazionale administrative ale inspectorilor sau medicilor primari poate înlocui autocontrolul, autodisciplina și chiar competența organelor medicale în subordine, este o serioasă piedică pentru progresul sănătății publice.*

7. *Serviciul sănătății publice nu este un atribut exclusiv al medicilor și al organizațiunii pendinte de Ministerul Sănătății publice. Toate Ministerele, toate autoritățile și chiar toți cetățenii trebuie să participe activ în permanentă cointeresare la bunul mers al sănătății publice. Aceasta nu atât pentru motivul obligațiunii la contribuții de ordin material, ci îndeosebi pentru faptul, că grija pentru prosperarea biologică, prezentă și viitoare, a populațiunii este principala obligațiune a statului în toate compartimentele sale, este chiar justificarea existenței și scopul menirii Statului. Fără aceea colaborare permanentă și fără generalizarea răspunderii pentru sănătatea publică, aceasta nu poate progresa. A elimina d. e. administrațiile locale dela participarea efectivă cu un imediat și intens interes la treburile sanitare, înseamnă a nesocoti o colaborare dintre cele mai necesare și mai importante.*

Deasupra activității și programului de muncă al Ministerului sănătății și al serviciilor sale, trebuie să cerem o preocupare permanentă pentru vigoarea numerică și calitativă a cetățenilor și un program de muncă biopolitic al Statului, care să vegheze la evoluția biologică prosperă, a populațiunii. Un plan biopolitic care este mai important

pentru existența și validitatea statului și a neamului, decât toate planurile economice.

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

9. *Sarcinile materiale, necesare pentru repararea defectelor de ordin sanitar sau pentru asigurarea păstrării și prosperării sănătății, se vor repartiza între individ, colectivitate, societate și stat, dupăcum dictează răspunderea pentru ivirea defectului și în raport cu interesul sau beneficiul fiecărei categorii în rezolvirea variatelor probleme de ordin sanitar și de ocrotire. Medicina curativă, recunoașterea și tratamentul boalelor, cade în primul rând în sarcina indivizilor bolnavi, căci de obicei ei poartă vina defectului ivit și ei au în primul rând interesul, unui tratament adecvat. Prevenirea ca și combaterea boalelor infecțioase cade în sarcina materială a colectivității locale ca și a statului, ambele aceste unități fiind în primul rând interesate în soluționarea acestor probleme și ambele purtând vina lipsei măsurilor de apărare. Vina individului bolnav sau periclitat este aici disparentă față de aceea a unităților amintite. La combaterea plăgilor sociale trebuie să și dea contribuția materială stat, societate și colectivitate locală purtând solidar răspunderea răspândirii sociale a acelor plăgi și fiind în mod egal interesate în prevenirea și combaterea lor. Vina individului bolnav sau periclitat este și aici în general disparentă. Protecția mamei și a copilului este o obligațiune materială a familiei în primul rând, a națiunii organizate în societăți de ocrotire materno-infantilă, dar trebuie să cadă covârșitor și în sarcina statului, obligat să vegheze la evoluția prosperă a generațiilor viitoare ale populației.*

10. *Pentru salarizarea personalului trebuie să fie hotăritoare: calitatea pregătirii legale, importanța funcțiunii, vechimea în serviciu și faptul, dacă i-și devotează tot timpul serviciului sau are libertatea unei activități profesionale colaterale, aducătoare de venituri (d. e. clientela particulară), sau însășișit dacă pe lângă aceasta chiar*

și funcțiunea oficială asigură în mod normal un spor de venituri profesionale.

Am schițat mai sus câteva dintre principiile pe cari trebuie să se bazeze organizațiunea sanitară și de ocrotire și a căror respectare este obligatorie. Ele s'au desprins din o atentă observație și îndelungată experiență din alte țări și sunt în mod atât de dureros verificate prin trista stare a sănătății publice la noi, datorită în primul rând nerespectării lor. Ele nu se leagă de numele unei persoane sau a unei singure țări, ci sunt produsul anonim al serviciilor sau al conducătorilor, cari în munca lor devotată sănătății publice au fost capabili să sesizeze realitățile și să le acomodeze în mod obiectiv și priceput măsurile preventive sau reparatorii necesare. Pentru cunoșcătoarea realităților sanitare, înarmați și cu simțul răspunderii, acele principii par firești și nu recer un deosebit efort pentru recunoașterea importanței lor. A nu recunoaște aceasta importanță și a nu încerca — în post de conducere — aplicarea lor, dovedește deci sau lipsa sentimentului de răspundere sau incapacitatea de a sesiza realitatea și de a-i răspunde cu cele mai potrivite măsuri; defecte, cari în mod regretabil nu se resfrâng asupra persoanei care greșește, ci se plătesc dureros de scump, prin atâtea zeci de mii de vieți pierdute anual fără rost.

Legea sanitară și de ocrotire din 1930 a încercat să bazeze organizațiunea noastră sanitară pe aceste principii de bază, din aplicarea cărora toate țările Europei, fie că sunt mai mult sau mai puțin civilizate decât noi, își fac o firească și nediscutată datorie.

Test individual pentru măsurarea inteligenței.

de

I. FĂCĂOARU

Câteva lămuriri. Institutul nostru simțea de mult nevoia unui test verbal individual pentru toate etățile. Întâi, ca un mijloc de control asupra subiecților examinați cu testele verbale și neverbale de grup ale Institutului de Psihologie din Cluj. Al doilea, testul individual se apropie mai mult de nivelul mintal real al subiectului ca cel de grup. Dacă pentru grupe mai mari de indivizi — școlari sau adulți — suntem neapărat avizați la testul de grup, pentru cercetările noastre de genetică umană, cu specială privire asupra eredității inteligenței, aveam neapărat nevoie de un test individual.

Dintre testele existente, ni s'a părut că cel mai potrivit este testul elaborat de psihologul american *Ter man* și numit de el „*Revizuirea dela Stanford a testelor Binet-Simon*”. Acum câțiva ani (în 1932) am publicat un test individual după *Binet-Simon* în prelucrarea lui *Bobertag*. Avantajele ca și dezavantajele acestui test le cunoșteam dela lucrările practice din Institutul de Psihologie din München, care l-a aplicat mai mulți ani. Varianta „*Bobertag*” nu se deosebește în esență cu mult de v. „*Ter man*”, dar are neajunsul că deși începe tot dela 3 ani, termină cu 11-12 ani, pe când testul *Ter man* se poate aplica și adulților superiori. Mă socotesc obligat să menționez exact schimbările și adăogirile ce mi-am îngăduit să aduc testului lui *Ter man*:

1. Am adăogat testul pentru etatea mintală între 3 luni și 3 ani. Am luat aceste teste din „*Revizuirea lui Kuhlman*”, care este foarte asemănătoare cu *Revizuirea lui Burt*.

2. *Ter man* înglobează într'o singură categorie pe adulții înzestrați. El numește această clasă adulți superiori. Din materialul nostru obținut pe baza testelor de grup știm, că lotul elementelor din regiunea *plus* se diferențiază într'un număr de categorii corespunzător categoriilor din regiunea *minus*-variantelor.

3. Pentru primele teste, între 3-6 luni inclusiv etate mintală, valoarea unui test este de o lună. Între 3-10 ani, valoarea unui test (punct) este de 2 luni. După 11 ani inclusiv această valoare e de 3 luni, iar după 14 ani, testele pentru adulți au fiecare o valoare de 6 luni, cum de altfel *Ter man* însuși lăsase alternativa.

4. Am adăogat testul XI și XIII pentru etățile de 11 și 13 ani, cari lipsesc din seria lui *Ter man*. Testele excluse le-am înlocuit cu altele luate din variantele lui

Terman însuși, din seria celor date în „Geist und Torheit auf Primanerbänken“ (W. Hartnacke u. E. Wohlfart), din „La Pratique des testes mentaux“ (O. Decroly et R. Buyse) și câteva (puține) alcătuite de mine.

5. Am făcut din categoria „adultul superior” a lui Terman 3 diviziuni: adultul deștept, f. deștept și eminent.

6. Am selecționat exclusiv testele cari nu implică un material greu de purtat într-o călătorie de studii și mai ales greu de procurat pentru cercetătorii fără suficiente mijloace materiale. Atât testul publicat de mine după prelucrarea Bobertag, cât și toate revizuirile streine au neajunsul de a obliga la confecționarea unui material auxiliar: desene, greutatea, tablouri, etc. Pentru ca materialul să fie unitar, trebuie comandat la anumite firme speciale din străinătate. Ori, puține școli și instituții, puțini cercetători și dascăli dispun de mijloacele materiale necesare unor asemenea comenzi în străinătate. Materialul necesar pentru aplicarea testului în forma dată aici, se limitează la: creion, hârtie, un aliment (o b. de zahăr), câteva obiecte casnice și familiare, (chee, lingură, furculiță), toate monezile noastre și câteva bucăți de hârtie sau de stofă colorate în roșu, galben, albastru și verde. Modelele celor 3 desene liniare, cum și grădina circulară sunt date chiar în caetul nostru.

7. În sfârșit, am eliminat testele cari presupuneau antrenamentul școlar. Cercetările noastre personale privesc nu numai școlarii și persoanele adulte cu știință de carte, ci și analfabeții, fie copii, fie adulți. Occidentul n'are a se ocupa de analfabeți, cari aproape nu există, dar noi trebuie să ținem seamă de această împrejurare. Pentru a determina importanța celor doi factori, *ereditate* și *mediu* este necesară separarea lor. De aici nevoia cercetării însușirilor înăscute despuiate cât mai complet de cunoștințele dobândite. Condiția se impune și fără a ține seamă de împrejurările proprii populației noastre rurale. Întâlnim de pildă o familie foarte numeroasă, cazuri ideale pentru studii genetice. Cu teste neadaptate analfabeților ar rămâne necercetați pe lângă membrii eventual neștiutori de carte și toți copiii în etatea preșcolară.

Accentuăm, că testele pentru adulți sunt aplicabile în primul rând adulților analfabeți și adulților fără studii superioare. E de așteptat ca termenii din testul 91 să fie greu de înțeles de către oamenii fără cultură deosebită. Aceștia în virtutea însăși a inteligenței lor superioare sunt autodidacți. Testele — cum observă Terman — nu implică școlaritatea. Chiar testele de „înțelegere a relațiilor fizice”, cu toată aparența contrarie, depind pe ascuțimea spiritului de observație în viața de toate zilele și nu de cunoștințe fizice. Cu toată adaptarea acestor teste, ele nu vor fi prea ușoare nici pentru adulții „cu carte”, încât vor putea fi folosite și pentru discriminarea intelectualilor superiori. Testul e propriu să arate în ce măsură răspunsurile omului inteligent fără carte sunt mai adecvate decât răspunsurile omului cu carte dar neinteligent. Testul nu va fi ușor nici pentru celelalte vârste, cu toată potrivirea lui pentru examinarea analfabeților. Mai degrabă va fi prea greu, cel puțin până la etatea adultă inclusiv. Adăugăm acest lucru, pentruca cei cari ar aplica testul de față să nu fie surprinși când ar constata preponderența distribuției frecvenței în regiunea minus-variantelor. Din totalul de 36 chestiuni conținute în cele 8 teste pentru adulți, 27 sunt luate din Terman, 5 din Hartnacke (80/b, 94/a, 95/a-b+c), 1 din narațiunile noastre populare (80/c), iar 5 adăogate de mine, silit fiind de lipsa altora mai bune (80/a, 94/b+c).

Test individual pentru măsurarea inteligenței.

Testul sau anul	Cota		
	maximă	totalizată	obținută
I	3		
Ia	3	6	
Ib	3	9	
Ic	3	12	
II	3	15	
III	6	21	
IV	6	27	
V	6	33	
VI	6	39	
VII	6	45	
VIII	6	51	
IX	6	57	
X	6	63	
XI	4	67	
XII	4	71	
XIII	4	75	
XIV	4	79	
XV	2	81	
XVI	2	83	
XVII	2	85	
XVIII	2	87	
XIX	2	89	
XX	2	91	
XXI	2	93	
XXII	2	95	
Total		95	

Numele de familie:

N. de botez: Sexul: B. F.

Data nașterii: Locul nașterii: satul:

. orașul:

. jud.:

Felul școlii și adresa ei:

. clasa:

Analfabet. Școli absolvite:

Etatea cronologică; ani: . . luni: . . . Etatea

mentală; ani: . . luni: . . . Intârziat cu; ani: . .

luni: . . . Înaintat cu; ani: . . . luni: . . .

Coefic. de inteligență: . . Categoria min-

tală: Data examinării: . . .

. Locul examinării:

Ordinea nașterii subiectului: Etatea părin-

ților la nașterea subiectului; tata: mama:

. N-rul fraților și surorilor; în viață: . . de-

cedați: . . . N-rul copiilor; în viață: . . . decedați:

Tabela Nr. 1. . . . totalul nașt.: Etatea; la care a mers: . . .

la care a vorbit: I. dinte: Pigmentația: f. blond, blond,

intermediar, brun, f. brun. F. musc. dr. . . . st. Dreptaciu,

stângaciu, ambid. Armonia fizică: Rasa:

		Originea etnică	Confesia	Profesiunea Starea economică	Inteligenta	Școlaritatea	Calități eminente	Boli sau de- fecte grave
Subiectul :								
Ascendenți	Tata							
	Mama							
	T. tatei							
	M. tatei							
	T. mamei							
	M. mamei							
Colaterali								
Descendenți								

Nr. punctelor	Etatea mintală		Nr. punctelor	Etatea mintală		Nr. punctelor	Etatea mintală	
	Ani și luni	In luni		Ani și luni	In luni		Ani și luni	In luni
3	3 luni	3	34	5.2	62	65	10.6	126
4	4 "	4	35	5.4	64	66	10.9	129
5	5 "	5	36	5.6	66	67	11	132
6	6 "	6	37	5.8	68	68	11.3	135
7	8 "	8	38	5.10	70	69	11.6	138
8	10 "	10	39	6	72	70	11.9	141
9	12 "	12	40	6.2	74	71	12	144
0	1.2*	14	41	6.4	76	72	12.3	147
11	1.4	16	42	6.6	78	73	12.6	150
12	1.6	18	43	6.8	80	74	12.9	153
13	1.8	20	44	6.10	82	75	13	156
14	1.10	22	45	7	84	76	13.3	159
15	2	24	46	7.2	86	77	13.6	162
16	2.2	26	47	7.4	88	78	13.9	165
17	2.4	28	48	7.6	90	79	14	168
18	2.6	30	49	7.8	92	80	14.6	174
19	2.8	32	50	7.10	94	81	15	180
20	2.10	34	51	8	96	82	15.6	186
21	3	36	52	8.2	98	83	16	192
22	3.2	38	53	8.4	100	84	16.6	198
23	3.4	40	54	8.6	102	85	17	204
24	3.6	42	55	8.8	104	86	17.6	210
25	3.8	44	56	8.10	106	87	18	116
26	3.10	46	57	9	108	88	18.6	222
27	4	48	58	9.2	110	89	19	228
28	4.2	50	59	9.4	112	90	19.6	234
29	4.4	52	60	9.6	114	91	20	240
30	4.6	54	61	9.8	116	92	20.6	246
31	4.8	56	62	9.10	118	93	21	252
32	4.10	58	63	10	120	94	21.6	258
33	5	60	64	10.3	123	95	22	264

* Pentru simplificare, nu mai adăugăm ani după întreg, sau luni după cifra lunilor.

Tabela Nr. 3.

0-9	} Idioți	} Idioți
10-19		
20-29		
30-39	} Imbecili	} F. proști (F. slabi)
40-49		
50-59	} Moroni	
60-69		
70-79	} Deficienți	} Proști (slabi)
80-89	} Inapoiși (Intârziși)	
90-99	} Normali	} Normali
100-109		
110-119	} Buni	} Deștepți
120-129	} F. buni	
130-139	} Superiori	} F. deștepți
140-149	} F. superiori	
150-159	} Eminenți	} Eminenți
160-x		

Notă. Subiecții cu C. I. de 140 sau peste sunt considerați de Terman ca „geniali“ sau „aproape geniali“. Evaluarea lui este, credem, prea optimistă. Am ținut seamă în alcătuirea scării noastre mai ales de „revizuirea lui Kuhlman“. Dacă totuși ne-am abătut foarte puțin dela toate scările existente, este pentru a avea intervale de clase egale, de 10 unități, în vederea calculării parametrilor statistici. Mijlocul intervalului este 4.5; 14.5; 24.5; etc.

Erația mintală în ani și luni	Erația mintală în luni	Coefficientul de inteligență	Erația mintală în ani și luni	Erația mintală în luni	Coefficientul de inteligență	Erația mintală în ani și luni	Erația mintală în luni	Coefficientul de inteligență
14.0	168	100						
14.1	169	101	17.7	211	126	21.1	253	151
14.2	170	101	17.8	212	126	21.2	254	151
14.3	171	102	17.9	213	127	21.3	255	152
14.4	172	102	17.10	214	127	21.4	256	152
14.5	173	103	17.11	215	128	21.5	257	153
14.6	174	104	18.0	216	129	21.6	258	154
14.7	175	104	18.1	217	129	21.7	259	154
14.8	176	105	18.2	218	130	21.8	260	155
14.9	177	105	18.3	219	130	21.9	261	155
14.10	178	106	18.4	220	131	21.10	262	156
14.11	179	107	18.5	221	132	21.11	263	157
15.0	180	107	18.6	222	132	22.0	264	157
15.1	181	108	18.7	223	133	22.1	265	158
15.2	182	108	18.8	224	133	22.2	266	158
15.3	183	109	18.9	225	134	22.3	267	159
15.4	184	110	18.10	226	135	22.4	268	160
15.5	185	110	18.11	227	135	22.5	269	160
15.6	186	111	19.0	228	136	22.6	270	161
15.7	187	111	19.1	229	136	22.7	271	161
15.8	188	112	19.2	230	137	22.8	272	162
15.9	189	113	19.3	231	137	22.9	273	163
15.10	190	113	19.4	232	138	22.10	274	163
15.11	191	114	19.5	233	139	22.11	275	164
16.0	192	114	19.6	234	139	23.0	276	164
16.1	193	115	19.7	235	140	23.1	277	165
16.2	194	115	19.8	236	140	23.2	278	166
16.3	195	116	19.9	237	141	23.3	279	166
16.4	196	117	19.10	238	142	23.4	280	167
16.5	197	117	19.11	239	142	23.5	281	167
16.6	198	118	20.0	240	143	23.6	282	168
16.7	199	118	20.1	241	143	23.7	283	168
16.8	200	119	20.2	242	144	23.8	284	169
16.9	201	120	20.3	243	145	23.9	285	170
16.10	202	120	20.4	244	145	23.10	286	170
16.11	203	121	20.5	245	146	23.11	287	171
17.0	204	121	20.6	246	146	24.0	288	171
17.1	205	122	20.7	247	147	24.1	289	172
17.2	206	123	20.8	248	148	24.2	290	173
17.3	207	123	20.9	249	148	24.3	291	173
17.4	208	124	20.10	250	149	24.4	292	174
17.5	209	124	20.11	251	149	24.5	293	174
17.6	210	125	21.0	252	150	24.6	294	175

I. 1—3 luni. 3 teste a câte o lună fiecare.

1. Să ducă un obiect la gură:
2. Să reacționeze la sgomote bruște:
3. Să clipească la apropierea unui obiect:

I_a 4—6 luni. 3 teste a câte o lună fiecare. . .

4. (1) Să-și întoarcă fața către un sgomot:
5. (2) Să prindă un obiect cu mâna:
6. (3) Să țină un obiect în mână:

I_b 8—12 luni. 3 teste a câte 2 luni fiecare.

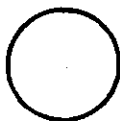
7. (1) Să poată rămâne așezat (nu culcat) și sta în picioare fără a fi susținut:
8. (2) Să poată pronunța primele cuvinte:
9. (3) Să tragă linii cu un creion:

I 14—18 luni. 3 teste a câte 2 luni fiecare.

10. (1) Să bea dintr'un pahar sau dintr'o ceașcă:
11. (2) Să mânuiască lingura pentru a mânca:
12. (3) Să repete cuvinte: (2 din 3):
Tata: Mama: Fata:

II. 20—24 luni. 3 teste a câte 2 luni fiecare.

13. (1) Să execute un ordin simplu:
Ex. Să întindă mâna la cerere, să întoarcă la chemare capul în direcția respectivă, etc.
14. (2) Să copieze un cerc:
E suficientă schițarea cercului după modelul de mai jos.
15. (3) Să găsească un aliment învelit în hârtie:



III. 2—3 ani. 6 teste a câte 2 luni fiecare.

16. (1) Să arate părțile corpului (2 din 3):
(a) gura: (b) ochii: (c) nasul:
17. (2) Să spună numele de botez și de familie:

18. (3) Se repete o propoziție de 6—7 silabe. (1 din 3). -----
 (a) *Eu am o pisică :* -----
 (b) *Noi avem un câine :* -----
 (c) *Vara soarele e cald :* -----
19. (4) Să știe de ce sex este : -----
20. (5) Să recunoască obiectele familiare : -----
 (a) lingura : -----
 (b) cheia : -----
 (c) un baston : -----
21. (6) Să repete 3 cifre. (1 din 3. Ordinea corectă). . -----
 Se pronunță (a) 6—4—1 : -----
 o cifră pe (b) 3—5—2 : -----
 secundă. (c) 8—3—7 : -----
- IV. 3—4 ani. 6 teste a câte 2 luni fiecare.
22. (1) Să compare 2 linii inegale (3 din 3 sau 5 din 6):
 (a) I se arată desenul cu 2 linii de 4 și 3 cm. : -----
 (b) Se întoarce desenul : -----
 (c) Se revine la normal : -----
 Etc.
23. (2) Să numere 4 monezi de un leu. (Nici o greșală): -----
24. (3) Să copieze un patrat. (Creion. 1 din 3 încercări.
 Să spună care desen este mai bun): . . . -----
 1 : 2 : 3 :
25. (4) Să răspundă la întrebări; înțelegere de I-ul
 grad. (2 din 3): -----
 (a) *Ce faci tu când îți e somn ?* -----
 (b) *Ce faci tu când îți e frig ?* -----
 (c) *Ce faci tu când îți e foame ?* -----
26. (5) Să repete 4 cifre : -----
 Se pronunță o cifră (a) 4—7—3—9 : -----
 ră pe secundă. (b) 2—8—5—4 : -----
 (c) 7—2—6—1 : -----
27. (6) Să repete 12—13 silabe. (1 din 3 absolut corectă sau 2 cu câte o greșală): -----
 (a) *Pe băiat îl cheamă Ion. E băiat bun :* -----
 (b) *Pisica mîănă și câinele latră :* -----
 (c) *Când trece trenul vreau să aud fluieratul :* -----



V. 4—5 ani. 6 teste a câte 2 luni fiecare.

28. (1) Să știe 4 culori principale. (Nici o greșală): . . .
 Roșu: Galben: Albastru: Verde:
29. (2) Să deosebească dimineața de seară:
30. (3) Să știe ce etate are:
31. (4) Să definească obiecte familiare prin întrebuintărea lor sau mai bine. (4 din 6):
 lingura: calul: păpușa:
 scaunul: creionul: casa:
32. (5) Să execute un ordin alcătuit din 3 acte. (Nici o greșală. Ordinea corectă):
 (a) Pune cheia pe scaun: (b) Deschide ușa:
 (c) Adă-mi cutiuța de pe masă:
33. (6) Să repete o propoziție de 14—15 silabe (2 din 3):
 (a) *Iarna este frig. Noi ne jucăm cu sănițe*:
 (b) *Din toate fructele, strugurii îmi plac mai mult*:
 (c) *Păsările călătoare se întorc primăvara*:

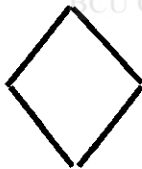
VI. 5—6 ani. 6 teste a câte 2 luni fiecare.

34. (1) Să știe care e stânga și dreapta (3 din 3 sau 5 din 6):
 (a) mâna dreaptă: (b) urechea stângă:
 (c) ochiul drept:
35. (2) Să numere 13 monede a câte 1 leu:
36. (3) Să priceapă chestiuni de al 2-lea grad (2 din 3):
 Ce trebuie să faci:
 (a) când ești gata să pleci la școală și începe a ploua?.....
 (b) când casa începe să ardă?
 (c) când trebuie să pleci într'un oraș și scapi trenul?
37. (4) Să recunoască 4 monezi (3 din 4):
 de 1 leu:..... de 2 lei:..... de 5 lei:..... de 10 lei:.....
38. (5) Să repete 16—18 silabe (1 die 3 absolut corectă sau 2 cu câte o greșală):
 (a) *Prietenul meu a venit la mine. Vrea să mă vadă*:.....
 (b) *Azi este vremea rea și când plouă nu ne mai ducem la câmp*:
 (c) *Azi facem o plimbare mai lungă. Iau pălăria de pae*:
39. (6) Să facă deosebirea între dimineață și după amiază:

VII. 6—7 ani. 6 teste a câte 2 luni fiecare.

40. (1) Să numere degetele dela mâini. (Nici o greșală):
 (a) La mâna dreaptă: (b) La mâna stângă:
 (c) La ambele mâini:

41. (9) Să repete 5 cifre (1 din 3. Ordinea corectă):
- Se pronunță (a) 5-1-9-4-2:
- 1 pe secundă (b) 6-4-8-5-2:
- (c) 6-4-7-1-8:
42. (3) Să numească zilele săptămânii. (Ordine corectă. 15 secunde):
43. (4) Să facă deosebiri din memorie. (2 din 3):
- Intre: (a) Fluture și masă:
- (b) Piatră și om:
- (c) Lemn și sticlă:
44. (5) Să repete 3 cifre în ordine inversă:
- Se pronunță (a) 2-8-3:
- 1 pe secundă. (b) 4-2-7:
- (c) 5-9-6:
45. (6) Să copieze un romb. (Din 3 încercări să reușească în două. Din cele 2 desene să spună care-i mai bun. Copiii de școală desenează cu cerneală, analfabeții cu creion):



BCU Cluj / Central University Library Cluj

VIII. 7-8 ani. 6 teste a câte 2 luni fiecare.

46. (1) Să numere dela 20-0. (40 secunde. 1 greșală e permisă):
47. (2) Înțelegere de al treilea grad. (2 din 3):
- Ce faci:
- (a) Când ai stricat un lucru care aparține altcuiva?
- (b) Când ești pe drum către școală și observi că ești în pericol să întârzi?
- (c) Când un camarad de joc te lovește fără să vrea?
48. (3) Să găsească asemănări între două lucruri. (2 din 4):
- Ce asemănare este între:
- (a) lemn și cărbune?
- (b) măr și piersică?
- (c) fier și argint?
- (d) corabie și automobil?

49. (4) Să dea o definiție superioară întrebuințării. (2 din 4):
- (a) Balon :
- (b) Tigru :
- (c) Automobil :
- (d) Soldat :
50. (5) Să cunoască 20 de cuvinte. (A se vedea lista cuvintelor la urma caetului):
- Totalul cuvintelor cunoscute :
51. (6) Să cunoască 6 monede. (Nici o eroare. Se păstrează ordinea indicată):
- 1 leu : 2 lei : 5 lei : 10 lei :
- 100 lei : 250 lei :

IX. 8—9 ani. 6 teste a câte 2 luni fiecare.

52. (1) Să știe data (este permisă o greșală de 3 zile în (c) dar nici una în (a), (b) sau (d): . . .
- (a) Ziua săptămânii : (b) Luna :
- (c) În a câtea zi a lunii? (d) Ce an?
53. (2) Să schimbe bani din minte (2 din 3. 15 secunde. Nu se îngăduie hârtie, creion sau monezi):
- (a) 10—4 : (b) 15—12 : (c) 25—4 :
54. (3) Să repete 4 cifre în ordine inversă. (1 din 3):
- Se pronunță (a) 6—5—2—8 :
- 1 pe secundă. (b) 4—9—3—7 :
- (c) 8—6—2—9 :
55. (4) Să formeze o propoziție din 3 cuvinte. (2 din 3. 1 minut pt. fiecare parte. Oral):
- (a) Băiatul, gărlă, mingea :
- (b) Muncă, oameni, bani :
- (c) Ionel, smeul, câmpie :
56. (5) Să formeze rime. (3 rime pentru fiecare cuvânt. 1' pentru fiecare parte. Se ilustrează cu: Nișcoară, mioară, lăcrămioară. 2 din 3): . . .
- (a) măr :
- (b) grădiniță :
- (c) soare :
57. (6) Să enumere lunile anului. (15" în total): . . .

X. 9—10 ani. 6 teste a câte 2 luni fiecare.

58. (1) Să cunoască 30 de cuvinte. (A se vedea lista la finele caetului):



59. (2) Să critice absurditățile. (4 din 5):

- (a) Un om spune: „eu cunosc un drum din satul meu până în oraș, care este numai la vale și tot la vale este acest drum și înapoi acasă” :
- (b) Un inginer spunea, că cu cât are mai multe vagoane la mașină (locomotivă), cu atât trenul merge mai repede :
- (c) Jandarmii au găsit ieri cadavrul unei fete tăiat în 18 bucăți. După părerea lor fata s'a omorât singură:.....
- (d) Ieri s'a întâmplat un accident cu trenul pe linia... Gazeta spune că accidentul n'a fost grav: au murit numai 48 de persoane :
- (e) Azi dimineață un tânăr biciclist a fost călcat de un camion și a rămas mort pe loc. A fost dus la spital îndată, dar doctorii n'au nădejdea să se mai facă sănătos :

60. (3) Înțelegere de al 4-lea grad. (2 din 3. Întrebarea poate fi repetată):

- (a) Ce trebuie să răspunzi tu, dacă cineva îți cere părerea ta despre o persoană pe care n'o cunoști bine?
- (b) Ce trebuie să faci tu înainte de a începe un lucru foarte important?
- (c) Cum trebuie să judeci o persoană, mai mult după fapte sau mai mult după vorbe?

61. (4) Să pronunțe 60 de cuvinte în 3 minute: . . .

62. (5) Să repete 6 cifre. (1 din 2. Ordinea corectă. Pronunțarea 1 cifră pe secundă):

- (a) 3-7-4-8-5-9:
- (b) 5-2-1-7-4-6:

63. (6) Să repete 20-22 de silabe. (1 din 3 sau 2 cu câte o greșală):

- (a) *Vara este mai frumoasă decât iarna și mă duc la plimbare:*
- (b) *Vara zilele sunt lungi și-i cald; iarna zilele sunt scurte și-i frig:*
- (c) *Este ora unu după masă; trebuie să plec numai decât acasă:*

XI. 10-11 ani. 4 teste a câte 3 luni fiecare.

64. (1) Să repete o frază de 24-25 de silabe. (1 din 3):

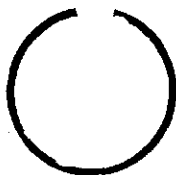
- (a) *Azi vreau să termin de citit pe Robinson Crusoe. Pe urmă lucrez în grădină:*
- (b) *Cele trei ginți mai însemnate din Europa sunt: latinii, germanii și slavii:*

in nămintea (c)ine cel mai plăcut anotimp este vara : mă
plimb și lucrez în aer liber :

65. (2) Să repete 7 cifre. (1 din 3):
- (a) 4-2-6-8-5-7-9:
- (b) 3-5-1-4-7-9-10:
- (c) 1-4-7-3-6-9-7:
66. (3) Să facă deosebiri între noțiuni concrete. (2 din 3):
- (a) baltă — pârâu:
- (b) copil — pitic:
- (c) vizuină — peșteră;
67. (4) Să facă deosebiri între noțiuni abstracte. (2 din 3):
- (a) sgârcenie — economie:
- (b) minciună — părere greșită:
- (c) împrumut — cadou (prezent sau dar):

XII. 11-12 ani. 4 teste a câte 3 luni fiecare.

68. (1) Vocabular de 40 de cuvinte. (Să se vadă lista
dela finele caetului):
69. (2) Să definească cuvinte abstracte. (3 din 5):
- (a) milă:
- (b) răzbunare:
- (c) dreptate:
70. (3) Să constituie fraze în dezordine. (2 din 3. 1 mi-
nut de fiecare):
- (a) *Frig iarna este:*
- (b) *Sboară aier păsările prin:*
- (c) *Noptii în oamenii se timpul odihnesc:*
71. (4) Să găsească mingea pierdută într'un teren de forma
unei arii. (Să facă un plan desăvârșit):



XIII. 12-13 ani. 4 teste a câte 3 luni fiecare.

72. (1) Să interpreteze fabule. (2 din 3. Să se citească
fabulele dela urma caetului):
- (a) Fetia cu ouăle:
- (b) Vulpea și calul:
- (c) Căruțașul și Hercule:

73. (2) Să repete 5 cifre în ordine inversă. (1 din 3. Se pron. 1 pe secundă):

(a) 3-1-8-7-9: (b) 6-9-4-8-2:

(c) 5-2-9-6-1:

74. (3) Să găsească asemănări între 3 lucruri (3 din 5):

Prin ce se aseamănă:

(a) șarpe, vacă, vrabie?

.....
(b) carte, învățător, jurnal?

.....
(c) lână, ață, pânză?

.....
(d) sulijă, pușcă, tun?

.....
(e) căruță, automobil, tren?

75. (4) Să rezolve probleme de calcul mental. (2 din 3. 1 minut de fiecare problemă, fără timpul de enunțare):

(a) Ce dobândă aduc 300 lei în 3 ani cu 5%?

(b) Șase lucrători au nevoie de $3\frac{1}{2}$ ore pentru terminarea unui lucru. De cât timp au nevoie 3 lucrători?

(c) Dacă $1\frac{1}{2}$ kg. cireșe costă 15 lei, cât costă 7 kg.?

XIV. 13—14 ani. 4 teste a câte 3 luni fiecare.

76. (1) Să cunoască 50 de cuvinte. (Să se vadă lista la finele caetului):

77. (2) Să răspundă la întrebări (2 din 3):

(a) În timpul dimineții, când e soare, umbra copacilor se scurtează sau se lungeste?

(b) Ce oră arată ceasul dacă schimbăm acele între ele la ora 3?

(c) Cum cântărești pe balanță o marfă de 3 kg. dacă n'ai la îndemână decât două greutăți, una de 2 kg. și alta de 5 kg.?

78. (3) Să facă deosebirea între rege și președinte de republică. (2 din 3):

(a)

(b)

(c)

79. (4) Să dea soluții logice:

(a) Un om care se plimba prin pădure în preajma unui oraș, se opri deodată, foarte speriat și apoi alergă

repede către cel mai apropiat polițist spunându-i că a văzut spânzurat de craca unui copac un — un ce?.....

- (b) Vecinul meu a avut niște vizitatori foarte ciudați. Întâi a venit un medic, apoi un avocat și după aceea un preot. Ce crezi că s'a întâmplat în casa vecinului?
- (c) Un ciobănaș crescut cu oile lui în munte nu văzuse în viața lui nici sat nici oraș. Coborînd în orașelul din câmpie a văzut un târgoveț călărind pe ceva; Atunci își spuse în sine ciobănașul: leneș mai este târgovețul ăsta: Se plimbă pe stradă șezând. Spune-mi pe ce se plimba târgovețul șezând?

XV. 14—15 ani. 2 teste a câte 6 luni.

80. (1) Să găsească explicația unor fenomene și soluții practice:

- (a) Când ne frigem la un deget suflăm ca să răcorim locul rănit. Când ne îngheață degetele iarna suflăm ca să le încălzim. Cum se explică faptul că aceeași acțiune are efecte diferite?
- (b) Suflăm pe un cărbune aprins și acesta începe să ardă cu flăcări. Suflăm într'o lumânare și aceasta se stinge. Cum se explică faptul că aceeași acțiune are efecte diferite?
- (c) Un sătean cumpărase dela târg o capră, un lup și o varză. În drumul către casă trebuia să treacă pe o punte îngustă. Cum trebuie să facă pentru a-și trece cele cumpărate dincolo de apă, ținând seamă că lupul mănâncă capra și capra mănâncă varza. Peste punte nu poate duce decât un singur animal sau lucru:

81. (2) Să facă un raționament matematic. (1 minut de fiecare problemă. 2 din 3):

- (a) Salariul unui lucrător este de 200 lei pe săptămână; din acești bani el cheltuiește 140 lei pe săptămână. De cât timp are el nevoie spre a economisi 3000 lei?.....
- (b) Dacă 2 creioane costă 5 lei, câte creioane poți cumpăra cu 50 de lei?
- (c) Dacă un metru de stofă costă 600 lei, cât va costa 76 cm.?

XVI. 15—16 ani. 2 teste a câte 6 luni.

82. (1) Să spună ora cu acele inversate. (2 din 3. Eroarea să nu treacă de 4 minute):

- (a) 6.22:
- (b) 8.08:
- (c) 2.46:

83. (a) Să repete 7 cifre. (1 din 2 corectă):
 Se pronunță cam (a) 2-1-8-3-4-3-9:
 1 pe secundă. (b) 9-7-2-8-4-7-5:

XVII. 16-17 ani. 2 teste a câte 6 luni.

84. (1) Să cunoască 65 de cuvinte. (Să se vadă lista cuvintelor de la finele caetului):
 85. (2) Să interpreteze fabule:
 (a) Hercule și cărușarul:
 (b) Fetița și ouăle:
 (c) Vulpea și corbul:
 (d) Plugarul și barza:
 (e) Morarul și măgarul:

XVIII. 17-18 ani. 2 teste a câte 6 luni.

86. (1) Să facă diferența între cuvinte abstracte. (Să definească 3 contraste reale din 4):
 (a) sărăcie-mizerie:
 (b) caracter-faimă (reputație):
 (c) invidie-gelozie:
 (d) evoluție-revoluție:
 87. (2) Să repete 7 cifre în ordine inversă. (1 din 3):
 Se pronunță (a) 4-7-1-9-5-2:
 1 pe secundă. (b) 5-8-3-2-9-4:
 (c) 7-5-2-6-3-8:

XIX. 18-19 ani. 2 a teste câte 6 luni.

88. (1) Să repete 28 de silabe (1 din 2 absolut corectă):
 (a) Nicolae merge de multe ori în vizită la bunica lui, pentru ca să asculte povești:
 (b) Ieri am văzut un câine drăguț: avea părul lung și negru, picioare scurte și o coadă lungă:
 89. (2) Să înțeleagă relații fizice (2 din 3):
 (a) Să presupunem că această linie orizontală mai lungă (desenată în prealabil) e pământul. Cealaltă linie perfect orizontală mai scurtă e un tun. Acum, presupunem că slobozim tunul și obuzul va cădea pe câmp în acest punct (examinatorul reprezintă planul pământului printr'o linie lungă, țeava tunului printr'una scurtă ambele perfect orizontale și punctul de cădere a proiectilului). Ia creionul și trage drumul străbătut de proiectil de la gura țevii până la căderea lui:

- (b) Dvs știți, că apa ține la suprafață un pește aruncat în ea. Avem aici o problemă. Să presupunem că avem o căldare mare aproape plină cu apă. Cândă rind găleata găsim că atârână exact 45 de kg. Apoi aruncăm în căldare un pește mare de 5 kg. Acum, cât va cântări căldarea cu pește cu tot?
- (c) Dvs știți ce înseamnă ca pușca să bată 100 m. Înseamnă că gloanțele merg mult mai departe decât ținta ce voim să împușcăm. Cu o asemenea pușcă ce bate mult peste 100 de metri este mai ușor să lovim ținta la 100 m. decât ținta la 50 m.?
- (Răspunsul nu-i deajuns, trebuie să explice lucrul).*

XX. 19—20 ani. 2 teste a câte 6 luni fiecare.

90. (1) Să repete 8 cifre. (1 din 3. Ordinea corectă):
- Se pronunță (a) 7-2-5-3-4-8-9-6:
- 1 pe secundă (b) 4-9-8-5-3-7-6-2:
- (c) 8-3-7-9-5-4-2:
91. (2) Să redea ideile principale dintr'o bucată citită. (1 din 2. Examinatorul citește fiecare bucată cam într'o jumătate de minut):
- (a) „Testele așa cum le aplicăm noi au o dublă valoare: pentru progresul științei și pentru informația persoanei testate. E de mare interes pentru știință, să stabilească în ce măsură se deosebesc oamenii și cari sunt factorii de cari depind aceste diferențe. Dacă putem separa influența eredității de influența mediului, am putea atunci să aplicăm cunoștințele noastre în așa fel, încât să călăuzim evoluția umană. Am putea îndrepta defecte în unele cazuri și am putea desvolta aptitudini pe cari noi altfel le-am neglija.“
- (b) „Despre valoarea vieții sunt multe păreri. Unii spun că e bună, alții că e rea. Ar fi mai aproape de adevăr să spunem că viața este mediocră, pentru că pe de o parte, fericirea nu este niciodată așa de mare cum am dori-o noi, iar pe de altă parte nenorocirile noastre nu sunt niciodată așa de mari precum ni le-ar dori dușmanii noștri. Această mediocritate a vieții o apără să nu fie cu totul neconvenabilă pentru noi.“

XXI. 20—21 ani. 2 teste a câte 6 luni.

92. (1) Să repete 7 cifre în ordine inversă (1 din 3):
- Se pronunță (a) 4-1-6-2-5-9-3:
- 1 pe secundă (b) 3-8-2-6-4-7-5:
- (c) 9-4-5-2-8-3-7:

93. (a) Să găsească soluții la chestiuni de agerime mentală. (2 din 3. Prima 5 minute. Celelalte 2 câte 1 minut. Dacă subiectul n'a înțeles una chestiune, examinatorul explică):

- (a) O mamă își trimite băiatul la râu ca să-i aducă exact 7 litri de apă. Ii dă o cană de 3 l. și o cană de 5 l. Să-mi spui, dacă ai fi în locul băiatului: cum ai putea măsura exact 7 l. de apă, neîntrebuințând nimic altceva decât cele 2 căni și fără să încerce pe ghicite. Trebuie să începi prin a umplea cana de 3 l. mai întâi. Amintește-ți că ai o cană de 3 l. și una de 5 l. și trebuie să aduci înapoi exact 7 l.: -----
- (b) Aceeaș chestiune, numai că băiatul capătă 2 căni de 5 l. și 7 l. și trebuie să aducă înapoi 8 l. Începe cu cana de 5 l.: -----
- (c) Aceeaș chestiune. Cele 2 căni sunt de 4 l. și de 9 l. și trebuie să aducă înapoi 7 l. Începe cu cana de 4 l. -----

XX. 21—22 ani. 2 teste a câte 2 luni.

94. (1) Să rezolve mental unele probleme. (2 din 3. Pentru (a) 1 minut. (Pentru (b) și (c) câte 3 minute): <http://www.library.uj.edu.ro/>

- (a) Presupuneți că s'ar descoperi un medicament, care aplicat unui om, n'ar mai avea senzația de durere pentru restul vieții. Ce efect ar avea această descoperire? -----
- (b) Într'o adunare erau 110 persoane, dar bărbații erau cu 100 mai mulți ca femeile. Câte femei erau în adunare? -----
- (c) Un băiat spunea: eu am tot atâția frați câte surori. Sora lui spunea: eu am de două ori mai mulți frați decât surori. Câți copii de fiecare sex erau în acea familie? -----

95. (1) Să răspundă la întrebările:

- (a) Țeava unei puști militare nu este pe dinăuntru netedă, ci are săpate niște linii în formă de spirală sau șurub. Ce avantaje are țeava cu linii în spirală față de țeava care ar fi netedă, de vreme ce țeava netedă nu opune glonșului nicio rezistență? -----
- (b) Într'o cutie se găsește un mare număr de gloanțe cam de 8 mm. diametru. În parte sunt de oțel, în parte de aramă. Ambele feluri sunt nichelate, încât nu se pot deosebi pe dinafară. Dvs. trebuie să separați gloanțele de aramă de cele de oțel. Arătați cum ați putea face asortarea asta cât mai simplu și mai repede: -----
- (c) Presupuneți că apa ar avea numai a zecea parte din greutatea ei reală. Ce urmări ar avea acest lucru? -----

I. Zeul Hercule și căruțașul. Un om mergea cu căruța pe un drum de țară, când deodată roatele se înțepeniră într'un hogaș. Căruțașul nu făcu altceva, decât își privi căruța și imploră pe zeul puternic Hercule să-i ajute. Hercule veni, privi pe om și-i spuse: „pune umărul la roată omule și dă biciu boiler”. Apoi se făcu nevăzut.

Invățămintea:

II. Lăptăreasa și planurile ei. O fetiță ducea pe cap o găleată cu lapte la oraș. Pe drum își făcea planuri: „cu banii de pe lapte voi cumpăra 4 găini; găinile vor face cel puțin 100 de ouă; ouăle vor produce cel puțin 75 de pui; cu venitul din vânzarea puilor, am să-mi cumpăr o rochie nouă în locul celei sdrențoase de pe mine”. În clipa aceea privi în jurul ei încercând să-și închipue cum i-ar sta cu noua rochie; în aplecare, căldarea i-a alunecat de pe cap, răsturnându-se tot laptele pe jos. Din toate planurile ei nu s'a ales nimic.

Invățămintea:

III. Vulpea și corbul. Un corb furase o bucată de brânză, pe care o ținea în cioc, agățat de ramura unui copac. O vulpe care trecea pe acolo îi veni poftă de brânză și grăi către corb: „ce frumos ești! Am auzit că frumusețea vocii d-tale nu este mai prejos de frumusețea formelor și a penelor. N'ai vrea să cânti puțin ca să văd dacă-i adevărat?” Corbul a fost așa de încântat de această lășuire, încât deschise ciocul să cânte, scăpând îmbucătura, pe care a înfulecat-o îndată vulpea.

Invățămintea:

IV. Plugarul și barza. Un plugar așeză câteva căpcane să prindă ciorile cari îi ciuguleau sămânța de pe arătură. Printre ciori s'a prins în laț și o barză. Barza, care într'adevăr nu furase nimic, imploră plugarul să-i cruțe viața, zicând că ea este o pasăre cu un caracter foarte bun, că ea nu se aseamănă deloc cu ciorile și că plugarul trebuie să aibă milă de ea. Dar plugarul îi răspunse: „te-am prins împreună cu aceste tâlhăroaice, cu ciorile, trebuie să mori împreună cu ele”.

Invățămintea:

V. Morarul, fiul său și măgarul. Un morar cu fiul său se duceau cu măgarul lor la târgul din apropiere, ca să-l vândă. N'au mers mult, când auziră pe un băiat spunând: „ce oameni nătângi, merg amândoi pe jos, când unul dintre ei s'ar putea sui călare”. Bătrânul auzind acestea își urcă copilul pe măgar, el rămânând pe jos. Peste puțin întâlniră niște oameni. „Iacă o poznă” spuse unul dintre ei, „leneșul cel de băiat merge călare, pe când tatăl lui, om bătrân, merge pe jos”. Auzind acestea, morarul își dădu jos băiatul și se urcă el pe măgar. Nu meraseră mult așa, când întâlniră niște femei, cari strigară: „Cum poți, om leneș ce ești, să mergi călare fără să-ți pese de bietul copil, care abia ține pasul alături?” Auzind astea bunul morar, își sui copilul alături de el și porniră la drum. „Ho, ho, câini de oameni ce sunteți! Mai degrabă voi amândoi puteți duce în spate pe sârmanul animal, decât să vă ducă el pe voi amândoi”. „Foarte bine”, zise morarul, „să încercăm”. Săriră jos amândoi, luară o frânghie, legară picioarele măgarului și încercară să-l ducă. Dar când să treacă peste un pod, măgarul a început să se sbată speriat și căzu în râu.

Invățătura:

VOCABULAR.

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. haină | 1. portocală |
| 2. robinet | 2. peltic |
| 3. a părli | 3. pace |
| 4. baltă | 4. a urla |
| 5. plic | 5. grabă |
| 6. regulă | 6. plutire |
| 7. sănătate | 7. ghtară |
| 8. clipeală | 8. copt |
| 9. aramă | 9. nepoliticos |
| 10. curs | 10. sondagiu |
| 11. porc | 11. interesant |
| 12. afară | 12. sgardă |
| 13. sud | 13. cutremur |
| 14. lectură | 14. recepție |
| 15. inchisoare | 15. majestate |
| 16. dibăcie | 16. comoară |
| 17. excursie | 17. abuz |
| 18. civil | 18. scârțâire |
| 19. a asigura | 19. amendă |
| 20. nerv | 20. sportiv |
| 21. scamator | 21. maimuțesc |
| 22. respect | 22. a foșni |
| 23. doagă | 23. sgârcit |
| 24. brunet | 24. a repune |
| 25. istericale | 25. particularitate |
| 26. Marie | 26. conștiincios |
| 27. mozaic | 27. prisos |
| 28. a plânge | 28. monedă |
| 29. neprețuit | 29. delapidat |
| 30. disproporționat | 30. promontoriu |
| 31. tolerat | 31. avariție |
| 32. neindemânatic | 32. gelatinos |
| 33. prădare | 33. sediment |
| 34. lotus | 34. filantropic |
| 35. a păgubi | 35. ironie |
| 36. scorpie | 36. incorporat |
| 37. obrăznicie | 37. a infășa |
| 38. roș | 38. exaltare |
| 39. săpun | 39. a infuza |
| 40. incrustare | 40. nobil |
| 41. retroactiv | 41. adâncime |
| 42. sur | 42. laic |
| 43. acromatic | 43. mocirlă |
| 44. neglijență | 44. înțelept |
| 45. cazuistică | 45. barcă |
| 46. pescar | 46. teosofie |
| 47. sudorific | 47. precipitare |
| 48. podium | 48. paleologie |
| 49. supărare | 49. homunculus |
| 50. complot | 50. scoică |

Instrucțiuni pentru aplicarea și cotarea testelor.

1. Practica testelor mintale cere mult tact și este anevoioasă mai ales în examinarea copiilor. Aici nu putem da norme privitoare la atitudinea examinatorului, nici reguli privind aplicarea fiecărui test în parte, așa cum ar fi necesar. Din lipsă de spațiu amânăm pentru un nr. viitor al B. publicarea unor asemenea norme. Neapărat necesare sunt răspunsurile și soluțiunile corecte pentru fiecare test, mai ales începând cu testul XII sau XIII.

2. Examinatorul trebuie să știe singur cu ce an va începe aplicarea testelor. Cu un copil de 5 ani sau cu un adult, de aparență normală, nu vom începe cu testul de 3 luni. Principial nu trebuie ocolită oboseala de a aplica subiectului teste foarte ușoare cu 2, 3 și chiar mai mulți ani în urmă și vom continua să-l întrebăm, chiar dacă nu mai răspunde corect, din testele pe 2—3 ani înainte. Se înțelege dela sine că în cazul unui copil excepțional înzestrat, — lucru pe care-l deducem repede din răspunsurile exacte depășind etatea cronologică — este necesar să-l întrebăm din toată seria testelor (deci și ale adultului superior), chiar dacă copilul este sub 11 sau 12 ani.

3. Cotarea se face notând în coloana din dreapta testelor cu + sau — după cum testul a fost sau nu rezolvat. Am arătat la fiecare test, la câte întrebări trebuie să răspundă subiectul, pentru ca testul să se considere rezolvat. Punctele obținute la fiecare test se trec în tab. 1, se totalizează și se citește în tab. 2 etatea mentală corespunzătoare nr.-ului de puncte obținut. Se calculează coeficientul de inteligență după formula: $\frac{E. M. \times 100}{E. Cr.}$ și se citește apoi în tab. 3 categoria mentală corespunzătoare. Pentru simplificare transformăm anii în luni.

4. *Exemple:* (a) Un copil de 7 ani și 11 luni (împlinite) a obținut 41 de puncte. Am început cu testul IV, unde a răspuns la toate întrebările: 6 puncte; testul V, idem, 6 p.; din testul VI ia numai 5 p.; din testul VII, 2 p.; iar din testul VIII nu ia decât 1 p., în total 20 p. Din tab. 1 vedem, că până la testul III inclusiv, sunt totalizate în coloana 3 deagata 21 de puncte, pe cari le considerăm obținute, întrebările respective fiind ușoare pentru etatea subiectului și pe cari le adăogăm la cele 20 de puncte ca rezultat al examinării, deci 41 de puncte.

Citim în tab. 2, că etatea lui mentală corespunzătoare acestui nr. de puncte este de 6 ani și 4 luni. Întâi, subiectul e un „întârziat mental“ cu 1 an și 7 luni. Coeficientul inteligenței ni-l dă formula: $C. I. = \frac{6.4 \times 100}{7.11} = \frac{76 \times 100}{95} = 80$. Din citirea tab. 3 vedem că aparține categoriei „întârziat mental“, „prost“ sau „slab“ (pt. adult, înapoiat).

(b) Un adult de 56 de ani obține 84 de puncte. Tab. 3 ne dă etatea mentală de 16 ani și 6 luni. $C. I. = \frac{198 \times 100}{168} = 118$. Categoria lui mentală e „bun“ sau „deștept“. Pentru adolescenții dela 14 ani în sus ca și pentru adulții de orice etate, numărul rămâne același: 14 ani sau 168 de luni. Asta, pentru motivul că îndeobște inteligența crește numai până la 14 ani. După această etate se acumulează doar experiența personală și se îmbogățesc cunoștințele, dar funcțiunile intelectuale rămân staționare.

Materialul necesar aplicării testului: creion, hârtie obișnuită, un aliment (o bucată de zahăr când avem de examinat copiii mici), obiecte casnice și familiare ca: o chee, o furculiță, o lingură, 4 bucăți de stofă sau hârtie colorată în roșu, galben, albastru și verde și câte una din toate monezile noastre.

Zusammenfassung. — Wir brachten in rumänischer Sprache den „Stanford Revision“ genannten individuellen Intelligenztest, den wir in manchen Punkten abgeändert haben. Von den Varianten, die Terman in seinem Teste einigemal doppelt angeführt hat, haben wir diejenigen beibehalten, die den folgenden Bedingungen entsprechen: 1. Keine Schulbildung voraussetzen und so auch bei Kindern im Vorschulalter und bei erwachsenen Analphabeten anwendbar sind. 2. Ohne kostspieliges Material (überhaupt ohne Material) angewandt werden können. 3. Der Test in der von Terman angegebenen Form, war auf das Intelligenzalter zwischen 3 und 18 Jahren beschränkt. In der von uns gegebenen Form, die mit Hilfe der Kuhlman'schen Revision ergänzt wurde, kann die Intelligenzprüfung bereits bei einem Intelligenzalter von drei Monaten begonnen und über 18 Jahre hinaus bis 22 Jahre angewandt werden. Der Test enthält den Text und die notwendige Gebrauchsanweisung und eine von uns berechnete Tabelle, in der die Intelligenzkoeffiziente für Erwachsene von 14 bis 22 Jahren enthalten sind.

Cauzele mortalității copiilor de 0—14 ani, la diferite vârste, pe sex și mediu

BCU Cluj / Central University Library de

Dr. PETRU RĂMNEANȚU

Collins D. S., distinsul statistician al serviciului sanitar din Statele Unite ale Americii, într'o lucrare oficială¹, a scris, că mortalitatea infantilă și cauzele ei continuă să ocupe un loc însemnat în discuțiunile de sănătate publică de acolo. Această constatare a exprimat-o, după 1924, când mortalitatea infantilă la ei, deja a fost redusă, dela 100, cât era în 1915, la 71, adică cu 29%. Spiritul de observație a fost just, fiindcă de atunci până în 1935 scăderea a continuat, ajungând ca proporția mortalității infantile să fie de 52². Comparând atât scăderea, cât și proporția din urmă la care a ajuns mortalitatea infantilă în Statele Unite, cu mersul mortalității infantile dela noi, care în 1881—85 (Vechiul Regat) a fost de 179.5¹, iar până în 1931—35 (țara întreagă) s'a urcat la 182.1⁴, ne dăm seamă, cât de frecvent ar trebui să fie discutată această problemă la noi. Fără îndoială, ea ar trebui să fie, în orice împrejurare, preocuparea principală a organelor sanitare, fiindcă în materie de sănătate publică nu e permis să nu prevedem înainte cel mai puțin cu 25 de ani. Ori, dacă privim viitorul nostru demografic prin tendința descrisă de declinul accentuat al natalității și de menținerea constantă a mortalității infantile din ultimii 5 ani, observăm, că atunci vom avea o forță de înlocuire foarte redusă a stocurilor de populație îmbătrânită.

Natalitatea și mortalitatea infantilă din România în anii 1934—35⁴).

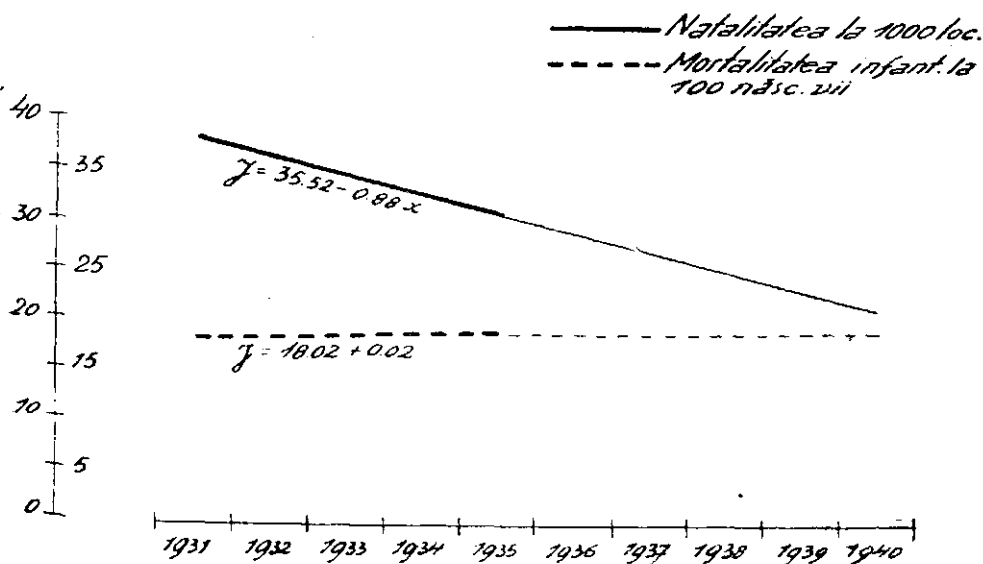
Tabela Nr. 1.

ANII	Natalitatea	Mort. infant. la 100 n. v.
1931	33.4	18.0
1932	35.9	18.5
1933	32.0	17.4
1934	32.4	18.2
1935	30.7	18.2

Prelungind tendințele acestor 2 fenomene din ultimii 5 ani, prin ajutorul liniilor de regresiune dreaptă, după cum am și procedat în grafica următoare, pentru proximității 5 ani, observăm, că, deja la sfârșitul anului 1940, natalitatea va atinge un nivel care abia va mai permite față de mortalitatea generală de astăzi, un excedent natural foarte ușor, iar mortalitatea infantilă are tendință chiar de o urcare foarte ușoară. Aceasta denotă, că proporția fătoretului din populația totală, va scădea încurând, iar puțin după aceea, când generația aceasta va ajunge în plină vârstă de procreare, natalitatea se va reduce atât de mult, încât instalarea deficitului natural devine o consecință de neînălțurat, cât că se va reveni la o fertilitate normală.

Natalitatea și mortalitatea infantilă dela 1931—35 și tendința lor în 1936—1940

Grafica Nr. 1.



Față de această perspectivă neplăcută, noi nu numai, că nu ne-am obișnuit, ca să frământăm această problemă, dar nici nu avem prea mult material documentar prelucrat, deși după cum hotărît s'a pronunțat Dl Dr. Manuilă, această lipsă nu mai constituie o cauză acceptabilă, deoarece material statistic crud avem din belșug.

Astfel, având la îndemână datele statistice din anul 1934—35, publicate de către Institutul Central de Statistică, lunar și detaliat, pentru prima dată în țară, ne-am propus, ca în urma unei analize a mortalității infantile și a copiilor dela 1—14 ani care va observa riguros metodele statistice, să desprindem unele concluzii cari ne indică soluții de realizare practică pe terenul combaterii, atât a mortalității infantile, cât și a mortalității celorlalți copii care la noi încă e foarte urcată.

Idealul ar fi fost ca să analizăm cifrele unui an scutit de orice abatere dela normă, deziderat care se va putea ajunge numai după ce vom avea date publicate în detaliu pe mai mulți ani.

Ne vom servi numai de datele anului 1934, deoarece în cursul anului 1935 am avut epidemia de gripă care după cum știm⁵ a atacat în special vârstele mici ale populației. Anul 1934, a fost caracterizat, dela început până la sfârșit, printr'o exacerbare a rugeolei, prin proporții mai urcate ca de obicei a mortalității de scarlatină, difterie, febră tifoidă și paratifoidă în lunile de toamnă și iarnă și mai ales printr'o mortalitate foarte pronunțată de diaree și enterită a copiilor sub 2 ani, în cursul lunilor de vară.

Pentru ca concluziile la cari vom ajunge să fie interpretate la justa lor valoare, era nevoie să amintim amănuntele de mai sus, la cari mai adăogăm următoarele, referitoare la temperatura din ultimii ani.

Temperatura aerului în C° în anii 1931—34.

	1931	1932	1933	1934
Mijlocie	10.5	10.9	9.2	11.5
Maximă absolută	38.6	35.8	36.3	37.4
Data când s'a produs	16. VIII.	—	21. VIII.	5. VIII.
Minimă absolută	-17.7	-18.9	-23.8	-18.2
Data când s'a produs	3.XII.	—	28. I.	4. II.

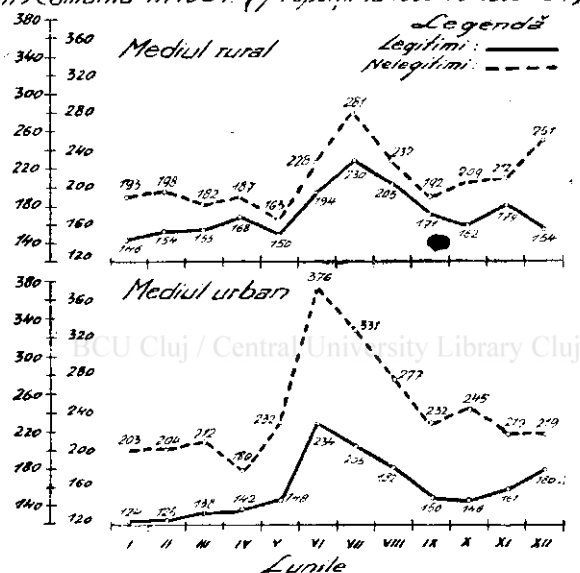
A) *Variația mortalității copiilor dela 0—14 ani în raport cu starea civilă, vârsta, sexul și anotimpul.*

Starea civilă e un factor, care are influență importantă asupra favorizării sau împiedecării mortalității copiilor.

Datele de cari dispunem sunt numai pentru vârsta dela 0—1 an. Calculând mortalitatea infantilă pe stare civilă, adică raportând decesele sub 1 an, de o anumită stare civilă, la 1000 de născuți vii de aceeași stare civilă, am obținut următorul rezultat, reprezentat grafic :

Grafica Nr. 2.

*Mortalitatea infantilă pe stare civilă, anotimp și mediu.
în România în 1934 (Proporții la 1000 de născuți vii)*



Fără excepție, în orice lună din an, atât în mediul rural, cât și cel urban, nelegitimii au avut o mortalitate mai urcată, decât legitimii. Această deosebire e demonstrată și de proporțiile calculate numai pe ani (nu și pe luni), referitoare la Vechiul Regat pentru anii 1901—8³.

Diferența, dintre mortalitatea nelegitimilor și a legitimilor, e mai pronunțată în mediul urban, decât în cel rural. Aceasta dovedește, că nelegitimii sunt predispuși la ocrotire insuficientă sau totală, mai ales copiii din orașe. Din lipsă de cercetări, nu ne putem pronunța, dacă mortalitatea mai ridicată a nelegitimilor, se datorește numai unei lipse de ocrotire post-natală sau ține și de factorii preconceptionali și pre-natali, cum ar fi în primul rând bolile venerice, cari în acest caz, ar trebui ca în familiile cari trăiesc în concubinaj să le găsim mai frecvente.

Tot din aceste diagrame, mai observăm un fapt destul de important. În perioada de vară, când mortalitatea infantilă a crescut sub influența diareei și enteritei, urcarea a fost paralelă între legitimi și nelegitimi, atât în mediul rural, cât și în cel urban, deși ne-am fi așteptat, ca nelegitimii, fiind mai expuși, să prezinte o mortalitate mai ridicată. Paralelismul acesta, demonstrează prin cifre, faptul susținut de Dl Prof. Moldovan, că diareea și enterita are la baza dezvoltării ei o modificare a florei microbiene intestinale, care se instalează deopotrivă la orice categorie de copii. Împrejurările sub care se produce această modificare a florei, e un capitol din patologia infantilă, care la noi merită cele mai ample studii. Numai după o cunoaștere precisă a acestui moment, vom reuși să combatem cu succes urcarea extraordinar de mare a gastro-enteritelor copiilor sub 2 ani din cursul verilor.

Forța mortalității copiilor dela 0—14 ani, variază foarte mult și dela o vârstă la alta. Variațiunile sunt reale numai atunci, când decesele de o anumită vârstă și sex sunt raportate la populația de aceeași categorie, adică când calculăm mortalitatea specifică pe vârstă și sex.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru anul 1934, rezultatele le redăm în tabela și grafica următoare.

Mortalitatea copiilor sub 15 ani pe vârstă și sex în România în anul 1934¹⁾.

Tabela Nr. 2.

	Sex	A n u l 1 9 3 4				
		Vârsta în ani				
		Toate v.	0—1 an	1—4	5—9	10—14
Populația la 1. VII*	Bărbați	3,331,774	342,592	1,056,132	1,161,803	771,247
	Femei	3,261,865	333,666	1,034,449	1,144,898	748,852
Decese din întreg anul	Bărbați	111,422	61,472	39,087	7,195	3,668
	Femei	98,867	50,048	38,024	6,923	3,872
Mortalitatea la 1000	Bărbați	33.4	179.4	37.0	6.2	4.8
	Femei	30.3	150.0	36.8	6.0	5.2

* Populația dela 1. VII. 1934, am repartizat-o pe vârstă, conform proporțiilor dela 1930.

Mortalitatea copiilor sub 1 an, e de 4 ori mai urcată, față de a copiilor de 1—4 ani și de 30 de ori față de a copiilor de 5—14 ani. În primul an de viață, are următoarea variație, calculată prin

raportarea numărului deceselor de orice vârstă ajustate la un an, la numărul născuților vii din anul 1934.

Forța mortalității sub 1 an pe sex la diferite vârste în 1934¹⁾.

Tabela Nr. 3.

Nr. născ. = vii = B.: 314,747; F.: 297,377.

VÂRSTA	N r. deceselor sub 1 an							
	Observate		Media pe zi de vârstă		Pe 1 an de vârstă		La 1000 născ. = vii	
	Băieți	Fete	Băieți	Fete	Băieți	Fete	Băieți	Fete
Toate vârstele	61,472	50,048	168.4	137.1	61,472	50,048	195.3	168.3
0—1 zi	1,509	1,091	1,509	1,091	550,785	398,215	1750.0	1339.1
1—6 zile	11,051	7,986	1,841.8	1,331.0	672,257	485,815	2135.8	1633.7
7—29 zile	12,545	10,243	545.4	445.4	199,071	162,571	632.5	546.7
1—6 luni	24,967	20,655	164.3	135.9	59,970	49,604	190.5	166.8
7—11 luni	11,400	10,073	62.3	55.0	22,740	20,075	72.2	67.5

Calculată forța mortalității vârstelor sub un an, în acest fel, deși nu este atât de corect ca prin procedeul tabelor de viață, observăm, că mortalitatea copiilor de 1—6 zile se prezintă mai urcată, decât a celor de o zi, iar copiii de 7—12 luni o au cea mai redusă, față de toate vârstele primului an. Rezultatul acesta diferă fundamental, de interpretările cunoscute până de prezent, cari pe baza distribuției pe vârstă la 100 din totalul deceselor sau chiar prin raportarea lor la numărul născuților = vii, ne arătau, că cele mai multe decese se produc între luna 1—6 de vârstă și în cea dela 7—12 luni. Eroarea în interpretarea din urmă a provenit din cauza că nu s'a ținut seamă, că decesele dela 1—6 luni, cuprind copiii din 152 de zile de vârstă, iar grupa dela 7—12 luni conține decese din 183 de zile, pe când grupa dela 0—1 zi, spre ex., cuprinde numai copiii decedați dintr'o singură zi de vârstă.

Forța mortalității copiilor dela 0—14 ani pe sex și vârstă în România în anul 1934. (Proporțiile sub 1 an sunt calculate la 1000 de născ. = vii după ce au fost ajustate la vârsta de un an, conform tablei Nr. 3; pentru celelalte vârste sunt după tabela Nr. 2; hârtia e semilogaritmică).

Grafica Nr. 3.



Mortalitatea copiilor sub 1 an atât de diferită, dela vârstele mic înspre cele mari, ne demonstrează pașii reali cari trebuie să stea la baza luptei contra mortalității infantile. Astfel orice străduință, care va neglija în ansamblul ocrotirii prenatale, înregistrarea gravidelor și care nu înregistrează și preia sub ocrotire pe copilul nou născut încă din ziua nașterii, va obține același insucces în reducerea mortalității infantile, ca și epidemiologul care descoperă cazurile de boale infecto-contagioase la 3—4 săptămâni după debutul lor. Cifrele de mai sus ne evidențiază, că e absurd să sperăm, obținere de rezultate în combaterea mortalității enorme din prima lună a copiilor, atâta timp, cât serviciile sanitare, iau cunoștință de o naștere la sfârșitul lunii sezoniere, când trebuie să-și întocmească raportoale. Colaborarea dintre oficiile comunale de stare civilă și serviciile sanitare și trecerea celor județene și municipale sub autoritatea sanitară, o credem necesară unui început de activitate sanitară serioasă pe acest tărâm.

În raport cu *sexul* copiilor de 0—14 ani, în general, băieții au mortalitatea mai urcată decât fetele. Dela o vârstă la alta, constatăm însă și o inversare: dela 10—14 ani, proporțional mor mai multe fete decât băieți. Diferența în favonul fetelor e mai accentuată în primul

an de viață, maximă fiind imediat după naștere, conform proporțiilor din ultimele două coloane a tebelei precedente. Aceasta reiese și din grafica de mai înainte.

În etiologia diferenței dintre mortalitatea pe sexe, la vârsta sub 1 an, avem convingerea, că factorii ereditari și consecințele injuriilor din timpul nașterii joacă rolul cel mai de seamă. În sprijinul acestei afirmări, vine raportul dintre valoarea diferenței pe sex și vârsta copiilor. Diferența e mai urcată la vârstele mai mici. Ori, dacă ea s'ar datori unor factori cari survin în cursul vieții, cum ar fi avitaminoza pe care dl Popoviciu⁶, o crede mai frecvent prezentă la băieți, decât la fete, atunci înseamnă, că această diferență ar trebui să crească paralel cu vârsta. La fel, în raport cu mediul, dacă diferența s'ar datori lipsei de vitamină antirachitică, mai manifestă la băieți, atunci copiii din mediul urban cari profită mai puțin de razele ultraviolete, ar trebui să dea o diferență pe sex mai urcată, decât cei din mediul rural. După proporțiile calculate, aceasta, însă, nu are loc.

Rezultatul obținut aici și interpretarea pe care i-o dăm, e de acord cu cele exprimate de Woodbury⁷ și Pinard și Magnan. Asupra acestei probleme, în cursul lucrării de față vom mai reveni.

Mortalitatea băieților se menține mai urcată față de a fetelor și la vârstele de 1—4 ani și 5—9 ani. E și firesc să fie așa deoarece la această vârstă, în vigoarea fizică aproape că nu există diferență între sexe, iar băieții prin felul vieții lor sunt mai expuși decât fetele.

La vârsta de 10—14 ani, fetele prezintă mortalitate mai urcată decât băieții, desigur ca o consecință a debilității lor fizice mai pronunțată față de a băieților. În capitolul care urmează, vom vedea cauzele de deces cari contribuiesc la formarea acestei diferențe pe sexe.

Mortalitatea copiilor de 0—14 ani, variază foarte mult și în raport cu anotimpul. Mortalitatea infantilă și a copiilor de 1—4 ani, a fost mai urcată în lunile de vară, în cursul toamnei și la începutul iernii. Mortalitatea celorlalte vârste a fost aproape egală în tot parcursul anului.

În raport cu temperatura din anul 1934, urcarea mortalității infantile și a copiilor de 1—4 ani din timpul lunilor de vară e disproporționat de accentuată, ceea ce înseamnă, că mortalitatea copiilor de aceste vârste, e în funcțiune și de alți factori climatici în afară de căldură.

Ținând seamă și de sex, constatăm în raport cu anotimpul, că mortalitatea infantilă a băieților, în orice lună, a fost mai urcată decât

Mortalitatea dela 0—14 ani pe vârstă, sex și anotimp în România în anul 1934¹⁾.
(Proporțiile dela 0—1 an sunt calculate la 1000 născ. vii, iar celelalte sunt la 1000 loc. de aceeași categorie.)

Tabela Nr. 4.

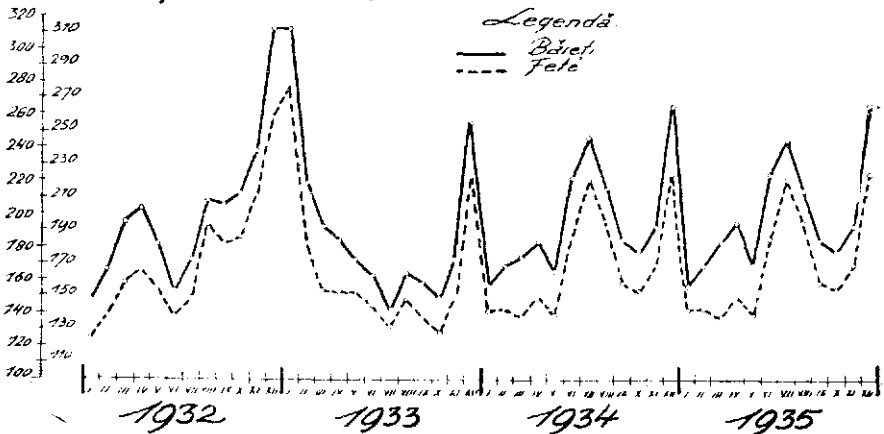
Vârsta	Sexul	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	August	Sept.	Oct.	Noiun.	Dec.
0—1	Băieți	155.8	169.0	173.7	184.0	165.1	223.3	246.0	216.4	184.5	177.7	192.9	266.3
	Fete	141.9	142.1	139.0	150.2	139.4	186.9	221.9	196.9	159.6	154.0	168.7	223.7
1—4	Băieți	18.0	20.1	24.1	25.4	24.8	38.8	62.2	69.7	53.9	38.0	32.8	34.7
	Fete	18.5	20.1	23.1	26.3	24.7	37.8	61.0	70.6	52.9	37.9	32.2	34.4
5—9	Băieți	4.3	4.7	6.5	6.9	6.0	6.5	6.0	6.3	5.7	6.8	7.1	7.6
	Fete	4.8	4.4	6.5	7.0	6.4	5.9	5.5	5.2	5.5	6.6	7.0	7.6
10—14	Băieți	3.4	4.7	4.7	5.2	4.9	5.0	4.7	5.0	4.6	5.1	4.9	4.8
	Fete	3.5	5.0	5.7	6.6	5.7	5.9	5.7	4.2	4.5	5.5	5.3	4.6

a fetelor. Această diferență, o citim, de altfel, fără excepție în întreaga perioadă dela 1932—35, după cum reiese și din grafica următoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Grafica Nr. 4.

*Mortalitatea infantilă pe sex
în raport cu sezonul, în România în anii 1932—35.*



Clar, în nicio lună, mortalitatea băieților nu a devenit egală cu a fetelor. O lipsă a vitaminelor, care în sezonul de vară ar interveni mai ales la băieți, iar în timp de iarnă și posturile religioase la ambele sexe, egalându-le mortalitatea sau chiar urcându-o pe a fetelor

deasupra celei a băieților, după cum susține dl Prof. Popoviciu, — bazat pe 26 de decese, 12 băieți și 14 fete — că ar avea loc, nu se poate observa din sutele de mii de decese pe cari ni-le oferă țara în treagă în curs de patru ani.

Mortalitatea băieților se menține mai urcată decât a fetelor în orice lună de sezon și pentru copiii dela 1—4 ani, cu excepția lunilor August și Ianuarie, care nu ne dau dreptul să stabilim vreo regulă.

Pentru vârstele 5—9 ani și 10—14 ani, în legătură cu anotimpul, nu putem stabili, într'un senz sau altul, o diferență în mortalitățile sexelor.

B) Cauzele de deces a copiilor de 0—14 ani în România în 1934.

Cauzele de deces la copiii sub 15 ani, variază așa de mult în raport cu vârsta, anotimpul, dela un an la altul, cu sexul, situația geografică, mediul fizic, rasa și alți factori, în cât orice analiză care nu ține seamă de acești factori, ușor poate să ne dea rezultate false. Iată câteva deosebiri provenite mai ales din cauze geografice și mediul social. Cele trei anchete, făcute la noi în același an, în 1931, și după aceeași metodă propuse de organizațiunea de igienă a Societății Națiunilor, ne dau cauzele principale de deces din primul an al copiilor, sub trei ordine diferite. Dl Prof. Popoviciu⁸ le-a găsit în ordinea următoare: alte boli infecțioase, turburări digestive, debilitate congenitală, boli infecțioase specifice. Dl dr. Alexa¹⁰ le-a înșirat astfel: debilitate congenitală, boli ale aparatului respirator, turburări digestive, boli infecțioase, iar Dș dr. Negrescu¹¹ le-a găsit în felul următor: alte boli infecțioase, maladii infecțioase specifice, turburări digestive, debilitate congenitală.

Noi în ancheta prealabilă organizării plășii sanitare model din Gilău¹², pentru anii 1924—28, am obținut, tot în ordine descrescândă, următoarele cauze: debilitate congenitală, turburări digestive, maladiile aparatului respirator.

În aceeași plasă, în anii 1931—33¹³, principalele cauze de deces la vârsta de 0—1 au fost: boli ale aparatului respirator, debilitate congenitală, turburări gastrice.

Pentru a avea o orientare pe întreaga țară am întocmit pentru anul 1934, cinci tabele în cari ținem seamă de factorii cei mai importanți de vârstă și anotimp. Din lipsă de spațiu am renunțat să dăm date și pe mediul rural, sau urban. Ca să explicăm mecanismul producerii diferenței pe sex, am prelucrat datele și în raport cu

acesta. Pentru a ușura orientarea în atâtea proporții, dela început, dăm o schemă prin care evidențiem, variația cauzelor de deces în raport cu vârsta.

Cauzele de deces pe vârstă în ordine descrescândă.

Tabela Nr. 5.

0—1 zi	1—6 zile	7—29 zile	1—6 luni
Debilitate congenit. (158) Naștere prematură (159) Consecințele nașterii (160) Boli infecț. și parazit. (1—44) Cauze externe (172—195) Celelalte cauze	Debilitate congenitală Naștere prematură Boli infecț. și parazit. Boli ale aparat. resp. (104—114) Diaree și enterită (119) Vicii de conformație (157) Consecințele nașterii Cauze externe Celelalte cauze	Debilitate congenitală Naștere prematură Boli ale aparat. respirator Boli infecț. și parazit. Diaree și enterită Vicii de conformație Cauze externe Celelalte cauze	Debilitate congenitală Diaree și enterită Boli ale aparat. respirator Boli infecț. și parazit. Cauze externe Naștere prematură Vicii de conformație Celelalte cauze
7—11 luni	1—4 ani	5—9 ani	10—14 ani
Diaree și enterită Boli ale aparat. respirator Debilitate congenitală Boli infecț. și parazit. Cauze externe Vicii de conformație Naștere prematură Celelalte cauze	Boli ale aparat. respirator Diaree și enterită Boli infecț. și parazit. Diaree și enterită peste 2 ani (120) Cauze externe Celelalte cauze	Boli infecț. și parazit. Boli ale aparat. respirator Diaree și enterită Cauze externe Celelalte cauze	Boli infecț. și parazit. Boli ale aparat. respirator Cauze externe Diaree și enterită Celelalte cauze

Am crezut util, să dăm cauzele de deces pe sub diviziunile primului an, deoarece știm că activitatea sanitară, care se canalizează într-o anumită perioadă pentru combaterea mortalității din prima lună, are nevoie de aceste detalii, cari diferă fundamental de cele din lunile 7—12. Cauzele de deces din prima lună ne orientează asupra ocro-

Cauzele mortalității copiilor dela 0—14 ani pe vârstă și sex în România în 1934¹⁾.

Tabela Nr. 6.

(Cifre crude)

Vârsta	Cauzele de deces. Nr. din lista internaț. detaliată																	
	1—44		104—114		119		157		158		159		160		172—195		Celelalte cauze	
	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F
0—1 zi	36	11	3	2	3	5	6	6	1,035	732	358	291	32	16	11	13	20	15
1—6 zile	118	81	105	77	92	60	47	23	9,003	6,504	1,230	943	36	31	16	20	404	247
7—29 zile	384	311	468	331	361	299	32	21	10,389	8,543	509	405	2	1	25	21	375	311
1—6 luni	1,006	862	4,552	3,583	5,466	4,467	42	49	12,714	10,830	115	105	0	1	130	92	942	666
7—11 luni	971	932	2,934	2,621	4,446	3,939	12	16	2,548	2,205	6	13	0	0	67	52	416	295
1—4 ani	6,840	6,767	12,016	12,065	10,269	9,600	42	16	5,547	5,616	—	—	—	—	830	759	3,543	3,201
5—9 ani	2,707	2,709	2,496	2,512	—	—	7	17	456	415	—	—	—	—	360	242	1,119	1,028
10—14 ani	1,485	1,852	965	1,045	1*	—	5	4	88	96	—	—	—	—	339	126	785	749

(Proporții, pentru vârsta dela 0—1 la 1000 de născuți-vii (adjustate la 1 de vârstă), iar pentru celelalte vârste la 1000 din populația de aceeași categorie.)

0—1 zi	41.8	13.5	*	*	*	*	*	*	1,200.2	898.5	415.2	357.2	37.1	19.6	12.8	16.0	23.2	18.4
1—6 zile	22.8	16.6	20.3	15.8	17.8	12.3	9.1	4.7	1,740.0	1,330.4	237.7	192.9	7.0	6.3	3.1	4.1	78.1	50.5
7—29 zile	19.4	16.6	13.6	17.7	18.2	16.0	1.6	1.1	523.8	455.9	25.7	21.6	*	*	1.3	1.1	18.9	16.6
1—6 luni	7.7	7.0	34.7	28.8	41.7	36.0	0.3	0.4	97.0	87.4	9.9	0.8	0	*	1.0	0.7	7.2	5.4
7—11 luni	6.2	6.3	18.6	17.6	28.2	26.5	0.1	0.1	16.2	14.8	*	0.1	0	0	0.4	0.3	2.6	2.0
1—4 ani	6.5	6.5	11.4	11.7	9.7	9.3	0.0	0.0	5.2	5.4	—	—	—	—	0.8	0.7	3.4	3.1
5—9 ani	2.3	2.4	2.2	2.2	—	—	*	0.0	0.4	0.4	—	—	—	—	0.3	0.2	1.0	0.9
10—14 ani	1.9	2.5	1.3	1.4	*	—	*	*	0.1	0.1	—	—	—	—	0.4	0.2	1.0	1.0

* Din eroare în Bul. Demografic din Aug. 1934 a fost trecut aici.

* Cifrelor crude mai mici decât 10 nu le-am calculat proporții.

□ Corespund la cauza 120 (diaree și enterită peste 2 ani). Datele cauzelor 158, 159, 160 la vârstele dela 1—14 ani, sunt cuprinse la „celelalte cauze“.

tirii prenatale și intranatale, iar cele din restul primului an de viață ne indică calea apărării sănătății copilului.

Din schema de mai sus putem spune, în general, că fiecare vârstă de copii își are 2—3 cauze de deces specifice.

Cifrele crude și proporțiile pe baza cărora am întocmit schema de mai sus, le dăm în tabela care urmează. Tot din aceasta cifim și diferențele pe sex.

Mortalitatea infantilă, aproape fără excepție, în raport cu toate cauzele, la băieți a fost mai urcată decât la fete. Cele mai însemnate diferențe s'au produs datorită debilității congenitale, consecințelor nașterii premature și în urmă numai bolilor aparatului respirator. Formarea diferenței în acest fel, încă dovedește ceea ce amintim mai înainte, că în constituirea diferenței pe sex, factorul ereditar și constituțional joacă rolul cel mai de seamă. În mortalitatea vârstei de 1—4 ani, diferența pe sexe în favorul fetelor e constituită de decesele de diaree și enterită, iar la vârsta dela 5—9 ani de cauzele externe.

Vârsta dela 10—14 ani, prezintă mortalitate mai urcată la fete decât la băieți, datorită bolilor infecțioase și parazitare și celor ale aparatului respirator. Cauzele externe, cu toate că au proporție mai urcată la băieți, totuși nu reușesc să contrabalanseze proporțiile bolilor de mai sus.

După *anotimp*, în ce privește mortalitatea infantilă, conform tablei care urmează, constatăm, că proporțiile deceselor prin boli infecțioase și parazitare, prin debilitate congenitală, prin naștere prematură, prin cauze externe și prin celelalte cauze nu au suferit nicio modificare în cursul anului. (Vezi Tab. 7).

Diareea și enterita a avut exarcebațiuni în cursul verii, iar decesele prin bolile aparatului respirator în perioada de iarnă și primăvară. Aceste urcări sezoniere, sunt deja destul de bine cunoscute și la noi. Urcarea proporțiilor mortalității prin aceste două cauze din urmă nu a selecționat niciun sex. Cauzele de deces a copiilor de 1—4 ani în legătură cu anotimpul, au suferit următoarele modificări. (Tab. 8).

Decesele prin boli infecțioase și parazitare și-au urcat proporția, în Iulie și August datorită în special tusei convulsive și dizenteriei microbiene, iar în Noembrie și Decembrie datorită gripei.

Bolile aparatului respirator și cauzele externe s'au menținut în întreg anul la același nivel, exceptând Noembrie și Decembrie, când primele au marcat o ușoară tendință de urcare.

În ce privește sexul, cu câteva excepții, la toate cauzele, proporțiile băieților au fost superioare față de ale fetelor.

Cauzele mortalității infantile pe sex și anotimp în România 1934⁴

(Proporții calculate la 1000 născ. v.ii.)

Tab. Nr. 7.

Cauza de deces (Nr. din list. intern. det.)	Sexul	Ian.	Febr.	Mart.	April.	Mai	Iunie	Iulie	Aug.	Sept.	Oct.	Noem.	Dec.
Boli infecț. parazit. (1-44)	B	7.2	8.3	8.3	8.9	8.1	9.8	9.3	7.0	5.2	5.8	7.2	12.2
	F	6.0	7.5	8.8	8.3	8.0	8.8	8.5	7.1	5.2	4.8	6.1	10.0
Boli ale ap. resp. (104-114)	B	30.0	32.0	33.8	33.9	22.1	20.5	16.8	12.6	11.5	19.0	31.3	57.6
	F	30.3	27.2	27.5	27.6	20.2	17.8	14.8	11.7	11.4	16.3	26.6	45.7
Diaree și enterită (119 n. 0-1)	B	10.5	9.1	10.4	11.8	23.2	56.4	78.0	67.5	44.5	30.2	19.4	17.5
	F	8.5	8.4	8.0	10.3	19.1	50.5	72.8	63.1	40.1	25.0	17.8	15.6
Deb. cong. (158)	B	94.3	104.9	103.3	111.0	96.0	120.6	126.3	115.4	109.3	110.4	120.5	159.1
	F	84.2	86.8	82.6	92.3	80.7	97.5	112.0	103.3	91.7	97.3	105.6	137.0
Naștere prematură (159)	B	6.0	6.4	8.3	8.7	8.1	7.7	6.6	6.3	6.9	5.3	6.2	8.7
	F	5.7	5.8	5.8	6.0	6.5	6.4	6.1	6.3	5.5	4.8	5.2	7.1
Cauze externe (172-195)	B	0.8	0.8	0.5	0.8	0.9	0.9	0.7	1.1	0.6	0.9	0.9	0.8
	F	0.8	0.9	0.6	0.4	0.6	0.8	0.6	1.1	0.4	0.7	0.5	0.6
Celelalte cauze	B	7.1	7.4	9.1	7.9	6.8	7.4	8.4	6.4	6.6	6.1	7.6	10.3
	F	6.3	5.6	5.6	5.3	4.5	5.1	7.1	5.3	5.2	5.0	6.8	7.6

Cauzele mortalității copiilor de la 1-4 ani pe sex și anotimp în România în 1934⁴

(Proporții calculate la 1000 loc. de aceeași categorie).

Tabela Nr. 8.

Cauza de deces (Nr. din list. intern. det.)	Sexul	Ian.	Febr.	Mart.	April.	Mai	Iun.	Iul.	Aug.	Sept.	Oct.	Noem.	Dec.
Boli infecțioase și parazit. (1-44)	B	3.6	4.9	6.0	6.8	6.1	7.1	8.2	7.6	5.9	5.2	7.1	8.9
	F	4.0	4.9	6.0	7.0	6.1	7.4	8.2	8.6	5.8	5.4	6.3	8.6
Bolile ap. resp. (104-114)	B	9.3	10.1	12.2	12.5	10.2	10.0	9.3	10.0	9.6	11.4	13.9	18.0
	F	9.7	10.2	11.8	13.0	10.3	10.4	10.4	10.1	9.6	12.3	14.0	18.1
Diaree și enterită (119)	B	1.2	1.0	1.3	1.6	3.6	12.0	26.8	29.8	20.6	10.5	4.8	2.6
	F	1.1	1.0	1.3	1.7	3.2	11.2	25.3	28.9	19.8	9.7	4.8	2.6
Cauze externe (172-195)	B	0.7	0.8	0.6	0.8	0.7	0.8	0.6	1.0	1.0	1.0	0.8	0.8
	F	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.8	0.5	0.7	1.0	0.9	0.7
Celelalte cauze	B	3.2	3.3	3.9	3.7	4.2	8.9	17.3	21.2	16.8	9.9	6.3	4.5
	F	3.0	3.2	3.4	3.9	4.4	8.2	16.2	22.6	17.0	9.5	6.3	4.4

Mortalitatea copiilor de 5—9 ani dela un anotimp la altul, nu a suferit decât schimbări relativ reduse.

Cauzele mortalității copiilor de 5—9 ani pe sex și anotimp în România în 1934⁴.
(Proporții calculate la 1000 loc. de aceeași categorie).

Tabela Nr. 9.

Cauza de deces (Nr. din list. intern. det.)	Sexul	Jan.	Febr.	Mart.	April.	Mai	Jun.	Iul.	Aug.	Sept.	Oct.	Noem.	Dec.
		Boli infecț. parazit. (1—44)	B	1.4	1.8	2.6	2.8	2.6	2.4	2.2	2.0	2.0	2.6
	F	1.8	1.9	2.7	2.8	2.6	2.1	2.2	1.8	2.3	2.5	2.8	3.0
Bolile ap. resp. (104—114)	B	1.8	1.9	2.7	2.6	1.9	2.0	1.6	1.6	1.5	2.2	2.7	3.3
	F	2.2	1.6	2.6	3.0	2.4	2.0	1.4	1.5	1.4	2.3	2.8	3.1
Cauze externe (172—195)	B	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1
	F	0.1	*	0.1	0.2	0.2	0.4	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Celelalte cauze	B	0.9	0.8	1.0	1.2	1.2	1.6	1.8	2.2	1.8	1.7	1.4	1.3
	F	0.7	0.9	1.0	1.0	1.2	1.4	1.6	1.7	1.6	1.6	1.2	1.3

Bolile infecțioase și parazitare și-au urcat proporțiile primăvara și în ultimele două luni ale anului. La fel s'a comportat mortalitatea prin bolile aparatului respirator. „Cauzele celelalte” (cuprind și diareea și enterita) și-au urcat proporția în lunile de vară.

Pe sex, observăm, că mortalitatea băieților prin cauze externe și prin celelalte cauze, a fost senzibil mai urcată față de a fetelor, iar pentru bolile infecțioase și parazitare și bolile aparatului respirator, proporțiile au oscilat neregulat, încât nu le putem preciza nici un senz.

Considerațiunile acestea, aproape în întregime se suprapun și pentru vârsta de la 10—14 ani.

Cauzele mortalității copiilor de la 10—14 ani pe sex și anotimp în România în 1934⁴.
(Proporții calculate la 1000 loc. de aceeași categorie).

Tabela Nr. 10.

Cauza de deces (Nr. din lista internat. det.)	Sexul	Jan.	Febr.	Mart.	Apr.	Mai	Iunie	Iulie	Aug.	Sept.	Oct.	Noem.	Dec.
		Boli infecț. parazit. (1—44)	B	1.4	2.0	1.9	2.0	2.0	2.0	1.8	1.8	2.0	2.1
	F	1.6	2.5	2.5	3.0	3.1	3.0	2.7	2.0	2.0	2.8	2.5	1.9
Boli ap. resp. (104—114)	B	1.1	1.4	1.4	1.6	1.3	0.9	0.9	1.0	1.0	1.4	1.6	1.6
	F	1.2	1.5	1.7	2.2	1.2	1.3	1.1	0.8	1.1	1.3	1.6	1.7
Cauze externe (172—195)	B	0.3	*	0.2	0.4	0.5	0.7	0.8	0.8	0.4	0.4	0.3	0.2
	F	*	*	*	*	0.2	0.3	0.5	0.2	*	*	*	*
Celelalte cauze	B	0.7	1.1	1.1	1.2	1.0	1.3	1.3	1.4	1.3	1.2	1.0	1.1
	F	0.6	0.8	1.3	1.3	1.2	1.4	1.3	1.1	1.3	1.4	1.1	0.9

Unica deosebire pe care o constatăm, e că, fără excepție, în orice lună de sezon, cauzele de deces au avut proporții mai reduse decât la vârsta de 5—9 ani, din tabela precedentă și că fetele au avut o mortalitate prin boli infecțioase și parazitare întotdeauna mai urcate decât băieții.

Rezumat.

Prima parte a studiului de față ne-a înfățișat concluzii, care ne demonstrează, că:

a) *Starea civilă a copiilor sub un an, are o înrăurire însemnată în menținerea urcată a mortalității infantile; copiii nelegitimi dau o proporție mai urcată de decese, decât cei legitimi.*

b) *Mortalitatea infantilă din prima lună după naștere este disproporționat mai urcată, decât în celelalte luni ale copilului de un an.*

c) *Mortalitatea infantilă a băieților, în orice lună de sezon, dela 1932—35, întotdeauna a fost mai urcată față de a fetelor.*

d) *În timpul verii mortalitatea infantilă și a copiilor dela 1—4 ani a suferit ascensiuni mari, datorită diareei și enteritei care a atacat în primul an de viață, absolut egal, atât copiii nelegitimi, cât și pe cei legitimi.*

În a doua parte a lucrării, am evidențiat, că:

a) *Ordinea celor mai importante cauze de deces, variază foarte mult dela o vârstă la alta, mai ales la copiii sub 1 an.*

b) *Mortalitatea din prima lună a copiilor e atât de urcată, mai ales datorită debilității congenitale și nașterilor premature. Cauza de deces din urmă prezentând o valoare mai urcată în realitatea ei, decât debilitatea congenitală sub care, cu siguranță, se ascund și alte diagnostice, înseamnă, că trebuie să se dea o importanță specială în problema mortalității infantile, mai ales că momentele primare care o produc la noi, încă nu sunt studiate.*

c) *În ultimele 4 tabele ale lucrării, am calculat nivelul diferitelor cauze de deces pe vârstă, sex și anotimp.*

În lunile Noemvrie și Decemvrie, mortalitatea dela 0—1 și dela 1—4 ani s'a urcat datorită bolilor aparatului respirator și bolilor infecțioase și parazitare. Celelalte vârste, nu au marcat nicio modificare a proporțiilor cauzelor de deces, în raport cu anotimpul.

Din aceste concluzii reies fapte care vor servi cu multă certitudine canalizării luptei contra mortalității infantile și a copiilor sub 15 ani dela noi.

La rolul pe care trebuie să-l joace în ocrotirea prenatală, înregistrarea gravidelor și deci îndrumarea lor și la colaborarea dintre serviciul sanitar și oficiile de stare civilă, pe cari le-am semnalat în corpul lucrării, se va adăuga o atenție deosebită variației mortalității în raport cu principalele cauze de deces. Asupra declanșării muncii pe teren, de acord cu indicațiile acestor concluzii, vom insista detaliat, într-o lucrare viitoare, în care prealabil vom expune și unele din realizările obținute, în cursul cărora s'a finit seamă de multe constatări confirmate și de datele publicate aici.

Summary. — *The legal state of the children has an important bearing on the infant mortality; the illegitimate children give a higher mortality, than the legitimate.*

The infant mortality from the first month of life is incomparably greater, than in the following eleven months from the first year of life.

The infant mortality for boys in every season and month of the period 1932—35 was higher, than that for girls.

During the summer there occurred a high infant mortality from enteritis and diarrhoea not only for the children under 1 year, but also for those between 1 and 4 years of age. The infant mortality due to enteritis and diarrhoea was equal among the legitimate and the illegitimate children.

The high infant mortality from the first month of life is due to congenital debility and to premature births. The premature births give a higher mortality than the congenital debility, therefore it should be given to it a greater importance, because it is sure that we have other causes of death included under this diagnoses.

In the last four tables are calculated the different causes of death according to age, sex and season.

During the months of November and December the infant mortality for the ages 0—1, and 2—4 years of life gave a higher mortality due to the respiratory diseases, and to the communicable diseases. The other age groups did not show any marked variation in connection with the season.

Bibliografie.

1. Collins, D. S.: Infant mortality from different causes and at different ages in nine cities of the United States. Public Health Reports. Febr. 17, 1928, Washington.
2. Mortality in certain states in 1935 and in recent years. P. H. R. No. 18, 1936.
3. Mișcarea populațiunii, 1904—1905 și 1906—8. Direcțiunea generală a Statisticii. București.
4. Buletinul Demografic al României 1932—1935, Institutul Central de Statistică, București.
5. Râmneanșu și Ardeleanu: Gripa din iarna 1934—35, etc. Bul. Eug. și Biopolitic, Nr. 3—4 din 1936.
6. Popoviciu: Date și concluzii din ancheta internațională întreprinsă în plasa sanitară model Gilău în anul 1931. Cluj 1933.

7. *Woodbury*: Causal factors in infant mortality. Investigations in eight cities, Washington, 1926.

8. *Popoviciu*: Diferențele pe sexe în mortalitatea copiilor. Legături cu vitaminele. Clujul Medical Nr. 11, 1936.

9. *Popoviciu*: Elemente de pediatrie și puericultură. Cluj, Tipografia „Lumina”, 1936.

10. *Alexa, I.*: Ancheta internațională etc., Iași, Tip. „Brawo”, 1932.

11. *Negrescu, St.*: Date și concluzii din ancheta internațională, etc. Igiena Socială, Nr. 4, 1932.

12. *Gomoiu și Râmneanșu*: Raport asupra anchetei sanitare din circumscripția san. model Gilău. Sănătatea Publică, 1930.

13. *Zolog M. și colab.*: Activitatea plășii sanitare model Gilău, pe anii 1931—33, Bul. Eug. și Biopolitic, vol. V., 1934.

Combaterea specifică simultană a difteriei și scarlatinei în Turda.

Situația după 2 ani și jumătate dela începerea campaniei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de
Dr. TURCU T., Dr. RUSSU I., și Dr. C. NAPPENDRUCK

În iarna anilor 1933—34 se manifestă o tendință generală de creștere a morbidității prin scarlatină și difterie pe întreaga țară. Situația era destul de alarmantă în orașul Turda, îndeosebi în ce privește scarlatina, cu numeroasele îmbolnăviri pe care le-a dat în rândul adulților.

Sesizați de acest fapt am întreprins în primăvara anului 1934, o anchetă minuțioasă în vederea combaterii scarlatinei și a difteriei în acest oraș.

Situația epidemiologică a scarlatinei și difteriei în Turda, era următoarea: Orașul Turda, important centru industrial și comercial a evoluat încă dinaintea războiului, sporindu-și numărul locuitorilor într-un ritm precipitat. Cu o populație de 13.455 în anul 1910, ajunge în anul 1930 la 19.075, iar în anul 1933 la 20.084, iar azi numără 22.227 de locuitori.

Spitalul județean din Turda ospitaliza, pe lângă bolnavii orașului, un mare număr de scarlatinoși și difterici proveniți din întreg județul, iar izolarea lăsa mult de dorit. La acest inconvenient se mai adaugă și numărul mare al școlarilor proveniți de pe întreg teritoriul județului. În anul 1934 orașul Turda avea 16 școli cu 3273 elevi.

Cercetând trecutul epidemiologic al oraşului pe ultimii 25 ani, 1910—1934 s'a constatat o medie anuală calculată la 100.000 locuitori, o morbiditate de 279.6 pentru scarlatină și 143.3 pentru difterie.

o mortalitate	„	27.5	„	„	„	15.3	„	„
o fatalitate	„	9.3	„	„	„	10.8	„	„

Aceste cifre indică o stare endemoepidemică mult mai intensă ca acelea cunoscute în alte orașe similare din țară. În urma acestei situații măsura vaccinării a fost luată simultan față de difterie și scarlatină. Campania a durat din I—IV 1934.

Grupul populației supuse anchetei noastre a fost acela al copiilor de școală, fiindcă acest grup de copii prezenta maximul de garanție pentru o disciplină absolută, o executare sistematică, un control continuu și o evidență mai îndelungată.

Cele 16 școli numărau 3273 elevi în vârstă de 4 până la 20 de ani. Ca măsură imediată s'a interzis închiderea cursurilor după cazuri de boală. S'a impus controlul continuu și zilnic al copiilor veniți la școală, s'au ordonat gargarisme de 3 ori la zi cu hipermanganat de potasiu atât pentru elevi cât și pentru personalul didactic și personalul de serviciu.

Ca măsură specifică s'au executat la 80% din populația școlară cutireacțiile Dick și Schick simultan, aflând din :

2592 persoane 19% Dick pozitive iar din :

2628 „ 27% Schick pozitive. O serie de cutireacții, executate la vârstele de sub 7 ani, arătau o receptivitate de peste 50% pentru ambele infecțiuni. Astfel copiii, în număr de 263 de la grădinițe au fost vaccinați fără cutireacții prealabile, asociat cu ambele toxine formolate 1—3 doze. Copiii la vârsta de 7—10 ani au fost vaccinați după indicația cutireacțiilor și anume :

cu anatoxina Ramon 1—3 doze 679 copii ;

cu toxina Dick formolată 1—3 doze 202 copii, iar asociat cu ambele toxine formolate 1—3 doze 478 copii.

În total s'au vaccinat contra difteriei complet 1060 copii și incomplet 360 copii, contra scarlatinei complet 205 copii, incomplet 738 copii.

Numărul mare de 738 al celor incomplet vaccinați față de scarlatină, se datorește faptului că pe acele vremi nu era încă precizată doza completă de $3\frac{1}{2}$ cm³ toxină Dick formolată.

Copii de vârstă de peste 10 ani au fost vaccinați după indicația probei Moloney, cu toxine formolate integrale au diluate cu doze reduse.

Asfel s'a făcut proba Moloney la	101	pers.	cu	toxina	Dic	formolată
"	"	"	"	"	422	"
"	"	"	"	"	314	"

" " anatoxina Ramon
" " ambele anatoxine,
asociate.

La 5 luni după terminarea campaniei în Sept. 1934 s'au executat ambele cutireacții la 675 pers. aflate în primăvara anului 1934 Dick sau Schick pozitive și vaccinate în consecință, cu scopul de a controla efectul vaccinării în ce privește negativarea cutireacțiilor.

Asfel se constată după o vaccinare asociată 98,8% Dick negativi. La cei vaccinați cu o singură toxină formolată reacția arată 92,3% Dick negativi și 82,6% Schick negativi; iar cei vaccinați cu doze diluate arătau 92,8% Dick negativi și 76,5% Schick negativi.

Aceste rezultate de control, cadrau complet cu situația epidemiologică din orașul Turda, care a suferit mai mult de scarlatină și lămuresc negativările mult mai intense la reacția Dick decât la reacția Schick.

La un an după începerea campaniei, adică în Ian. 1935, se recapitulează evoluția postvaccinală a difteriei și scarlatinei în acest oraș, constatând că, deși starea endemo-epidemică se menține mai departe și orașul este incontinuu alimentat cu infecțiuni aduse de pe întreg teritoriul județului cu cei 88 bolnavi de scarlatină și 9 bolnavi de difterie, izolați în spitalul județean, totuși dintre cei complet vaccinați față de difterie și scarlatină, nu s'a îmbolnăvit nici unul, dintre cei incomplet vaccinați s'au îmbolnăvit foarte puțini și fără morți, față de martorii nevaccinați, cari dau un număr considerabil de îmbolnăviri cu 3 morți în difterie și 5 morți în scarlatină. În același timp se constată că dintre cei aflați în primăvara anului 1934 cu Dick sau Schick negativ, timp de un an de zile nu s'a îmbolnăvit nimeni.

Măsura de vaccinare ar fi trebuit continuată și completată în iarna din 1934—35, însă n'a putut fi dusă la bun sfârșit din motivul ordinului Min. M. S. O. S. care a oprit vaccinările antiscarlatinoase și îndeosebi cele asociate. Astfel, campania a trebuit să fie întreruptă.

La 2 ani dela începerea campaniei, adică în Ian. și Febr. 1936, s'a executat al 2-lea control prin cutireacții Schick-Dick aflându-se la 2385 școlari examinați, indiferent dacă au fost vaccinați sau nu, 7,6% Dick pozitivi și 11% Schick pozitivi. Cu această ocazie s'au cercetat peste 70% din populația școlară de 3120 pers. Ambele cutireacții au fost foarte bine suportate, cu toate că majoritatea copiilor au primit această reacție a 2-a oară, ba unii chiar a 3-a oară în interval de 2 ani.

Receptivitatea generală a finerimei școlare față de scarlatină și difterie a descrescut la 2 ani după aplicarea măsurii specifice la un grad atât de redus, cum n'a fost în stare să-l producă starea endemo-epidemică de cel puțin 25 de ani din acest oraș. Situația acestei stări endemo-epidemice a fost de 17 % receptivitate pentru scarlatină și 27 % pentru difterie, pe când campania vaccinatorie care a cuprins numai 80 % din populația școlară a fost în stare să reducă în decurs de 2 ani receptivitatea față de scarlatină la 7.6 % iar față de difterie la 11 %.

Al 2-lea control executat asupra celor aflați Dick sau Schick pozitivi și vaccinați în primăvara anului 1934, dă următoarele rezultate:

<i>Dick.</i>	Nr. cercetat	Incomplect vaccinați	Nr. cercetat	Complect vaccinați	Vaccinați cu doze reduse
Negativ	} 255	84.4%	} 233	90%	88.9%
Redus		10.5%		6%	8.0%
Staționari		2.7%		3%	0.0%
Intensificat		2.1%		1%	3.1%
Negative la 5 luni erau		86.3%		98%	

Schick

Negativ	} 419	86.4%	} 397	90.4%	89.0%
Redus		7.4%		5.7%	5.5%
Staționari		4.3%		2.9%	4.6%
Intensificat		1.0%		1%	0.9%
Negativele la 5 luni erau		58.2%		89.6%	

Cei necontrolați înainte de vaccinare și vaccinați direct cu ambele toxine formolate, dau după 2 ani următoarele rezultate:

	Complect Scarlat. Nr. cerc.	Incompl. Nr. cerc.	Complect Difterie Nr. cerc.	Incompl. Nr. cerc.
	119	179	119	179
Negativ	89.0%	89.3%	90.6%	89.9%
+	7.7%	7.3%	6.9%	7.2%
++	2.5%	2.9%	2.5%	1.2%
+++	0.8%	0.5%	0%	1.2%
++++	0%	0%	0%	0.0%

Deosebită importanță prezintă însă cutireacțiile Dick, Schick executate la 2 ani după prima cutireacție, fără ca persoana respectivă să fi fost vaccinată. Persoanele aflate negative cu 2 ani în urmă se prezintă actualmente în modul următor:

Scarlatină

Din 994 foști negativi la 2 ani
 957 = 95·7% rămași negativi
 și 37 = 4·3% devin **pozitivi**
 Din 8 foști pozitivi
 7 devin negativi și
 1 rămâne pozitiv.

Difterie

Din 656 foști negativi la 2 ani
 604 = 92% rămân negativi
 și 52 = 8% devin **pozitivi**
 Din 19 foști pozitivi
 13 devin negativi și
 6 rămân pozitivi.

În ce privește observațiunile epidemiologice pe teren în decurs de 2 ani și jumătate dela începutul campaniei s'au constatat următoarele:

	Foști negativi	Complet vacc.	Incomplet vaccin.	Martori nevac.	Imbolnăviri la extrașcolari nevac.
Difterie					
Nr.-ul	1327	1060	360	526	—
Imbolnăviți	2	1	3	14	33
Morți	—	—	—	3	3
Scarlatină					
Nr.-ul	1760	205	738	560	—
Imbolnăviți	1	2	12	26	55
Morți	—	—	—	5	5

Numărul școlărilor ținuți în evidență a fost 3273.

Aceste cifre verifică în primul rând valoarea cutireacțiilor Dick și Schick. Asemenea se verifică și efectul imunizant atât pentru anatoxina Ramon cât și pentru toxina Dick formolată, efectul menținându-se pe timp de 2¹/₂ ani după cât ne admite observația de până acuma.

Incomplect vaccinații se imbolnăvesc în proporții mult mai reduse ca nevaccinații, fenomenul fiind mai pronunțat la anatoxina Ramon decât la toxina Dick formolată.

Numeroasele imbolnăviri și cazuri de moarte pentru ambele infecțiuni între martorii nevaccinați ai populației școlare, cât și la persoanele nevaccinate ai populației extrașcolare subliniază și mai mult efectul imunizant al ambelor toxine formolate cari își mențin efectul timp de 2¹/₂ ani, dar credem și pe mai mult timp, într'un focar endemo-epidemic în permanență alimentat de infecțiuni scarlatinoase și difterice.

În acelaș timp trebuie să constatăm, că vaccinarea antidifterică, sau antiscarlatinoasă nu mărește puterea infecțiunii pentru restul populației nevaccinate, cum o prefinde *Dudley* pentru difterie, căci în anul 1935 și 1936 pentru difterie nu s'a înregistrat nici un caz mortal iar

pentru scarlatină 1 caz la un copil în vârstă de 2 ani, pentru anul 1935 și 1 caz, un copil de 2 ani în anul 1936.

Discuție.

Valoarea cutireacției Schick și a vaccinării antidifterice cu anatoxină Ramon este recunoscută de toată lumea. Ea se confirmă din nou și prin observațiile prezente, cari dovedesc că vaccinarea asociată cu anatoxină Ramon și toxină Dick formolată nu slăbește întru nimic efectul vaccinant al anatoxinei Ramon.

Se contestă însă valoarea imunizantă a toxinei Dick formolată. Acest material se condamnă de către o mare parte din medici, cari fără să fi făcut vaccinări în massă nu pot avea experiență proprie în această privință. Unii trag concluzii după păreri enunțate în străinătate, fără să țină cont de faptul că situația și factorii epidemiologici din țara noastră diferă de cei din apus. Astfel de păreri se enunță și din partea medicilor curanți, îndeosebi la spitalele mici de izolare, ca apoi cercetându-se situația mai de aproape să se constate că medicul a fost indus în eroare de pacient, sau aparținătorii lui, că acesta înainte de boală a primit vreo injecție de altă natură sau un oarecare antiser, sau în cel mai bun caz, a fost vaccinat cu doze insuficiente.

Concluziile trase după un timp prea scurt de observație nu se bazează pe comparații reale, mai ales când lipsesc și martorii doveditori, cum este cazul în recente lucrări ale lui *Hortopan* și *Ciulin*. Față de aceste constatări *Albescu*, face constatări cu totul contrare deși este vorba de același subiect, cercetat în aceeași capitală (București). *Albescu* dă toate detaliile și trage concluzii prin compararea celor vaccinați față de martori nevaccinați și aduce dovezi satisfăcătoare în favoarea toxinei Dick formolate, nu enunță totuși o concluzie definitivă.

Hortopan și *Ciulin* cu păreri cu totul opuse acelorale ale lui *Albescu* și părerilor noastre, cu toate că susține valoarea absolută a reacției Dick (deci specificitatea materialului) condamnă totuși valoarea toxinei formolate. Acești autori cred, că forța vaccinantă se datorește restului de toxină nealterată din material. *Hortopan* injectează în total 2.75 cc. și maximum 3 cc., ori, doza complectă pentru vaccinarea antiscarlatinoasă trebuie să fie 3 $\frac{1}{2}$ cc. toxină Dick formolată. Nici toxina reziduală în materialul formolat de 2000—5000 STD pe cc. de material, nu mai poate fi identică cu toxina Dick originală, căci la noi fiind injectat, la peste 45.000 copii, n'a produs după prima doză de $\frac{1}{2}$ cc. cu conținut de 500—2500 STD, intoxicații scarlatiniforme

aşa cum se observă la injecţia toxinei Dick cu ocazia primei doze de numai 500 STD.

Hortopan constată la 6870 copii vaccinaţi cu câte 2.75 sau 3 cc, (deci vaccinări incomplete) 13 bolnavi şi 1 mort, iar la cei nevaccinaţi 19 îmbolnăviri şi 1 mort. Nu specifică însă numărul celor din grupul nevaccinaţilor, indispensabil în aprecierea rezultatelor vaccinării. El emite concluzii definitive după abia 10 luni de observaţie.

După acelaşi timp de observaţie avem în altă parte rezultate foarte încurajatoare, fără a fi însă definitive.

Astfel *Nistor* în jud. Braşov, observă o morbiditate de 0.11% într'un grup de 16.703 copii vaccinaţi faţă de 0.92% morbiditate la un grup de 6538 nevaccinaţi martori.

Munteanu, la Timişoara observă la 10.076 copii complet vaccinaţi o morbiditate de 1% şi mortalitate de 0.049% faţă de 4% morbiditate şi 0.2% mortalitate calculat la 1000 copii nevaccinaţi martori şi de aceeaşi vârstă.

La Cluj, unde s'au vaccinat 11.964 copii, *Gavrilă* observă în spitalul epidemic între bolnavii de scarlatină internaţi, că bolnavii vaccinaţi contra scarlatinei aveau o letalitate de 8 ori mai mică decât cei nevaccinaţi.

Toate aceste observaţii s'au făcut pe un material de peste 40 mii copii, vaccinaţi asociat cu ambele toxine formolate. Cu toate acestea, concluziile, din cauza timpului prea scurt de observaţie, nu pot fi definitive. Ceea ce se poate constata de pe acum este reducerea absolută a morbidităţii şi mortalităţii în scarlatină la cei vaccinaţi cu toxină Dick formolată.

Vaccinarea antidifterică este obligatorie. Dacă asociem la această vaccinare şi cea antiscaletinoasă, nu se cheltuieşte nici energie şi nici bani în plus.

Într'un recent articol, *Pascal* argumentează foarte real, cu părerea lui *Debré*, în favoarea valorii reacţiei Dick şi a vaccinărilor antiscaletinoase cu toxină Dick formolată pe lângă alte măsuri de combatere.

Pascal, constată că „problema scarlatinei capătă aspectul unei probleme sociale, în rezolvarea căreia trebuie să intervină mijloace mai abundente şi superioare posibilităţilor actuale ale Ministerului Sănătăţii“.

Populaţia la noi începe să pretindă vaccinarea antiscaletinoasă;

s'au sesizat și societățile culturale pentru executarea acestei măsuri în massă oferind tot ajutorul moral și materialul necesar.

Pentru publicul laic, care dorește să scape de plaga scarlatinei este cu totul indiferent poziția streptococului Dick în etiologia scarlatinei. Este un adevăr că vaccinarea antifscarlatinoasă cu materialul care-l posedăm astăzi, este cea mai bună măsură pentru combaterea scarlatinei și nimic nu ne îndreptățește să mai așteptăm până la experimentarea unui nou material cum propune Hortopan. Cu aflarea unui material mai bun, evident că cel vechiu se abandonează dela sine.

Concluzii :

1. Efectul vaccinărilor antifscarlatinoase și antidifterice cu toxine formolate, se menține pe o durată de 2 $\frac{1}{2}$ ani și pare a se menține și pe mai departe.

2. Negativările postvaccinale după 2 ani dela vaccinare se mențin pentru scarlatină la 90.4%, pentru difterie la 90% (complet vaccinați).

3. Receptivitatea generală a populației școlare la 2 ani după combaterea specifică a scăzut pentru scarlatină la 7.6% iar pentru difterie la 11%.

4. Din cei aflați negativi la cutireacții cu 2 ani în urmă se pozitivază pentru scarlatină 4.3%, pentru difterie 8%.

5. Imbolnăvirea celor aflați negativi cu 2 ani în urmă este în jurul cifrei de 1% pentru ambele infecțiuni.

6. Cei complet, sau parțial vaccinați față de difterie sau scarlatină arată o morbiditate foarte redusă. În situația din Turda cei complet sau parțial vaccinați contra difteriei, sau scarlatinei n'au avut cazuri de deces.

7. Contrar părerii lui Dudley bacilul difteriei în Turda nu s'a exaltat pentru cei nevaccinați. Acelaș fenomen s'a constatat și pentru scarlatină.

8. Rezultatele fiind satisfătoare și încurajatoare, continuarea campaniei specifice contra scarlatinei și difteriei în special campania asociată este justificată pe deplin.

Resumé. — La lutte spécifique simultanée contre la diphtérie et la scarlatine à Turda. La situation après 2,5 ans depuis la campagne.

Les auteurs donnent un aperçu statistique sur les résultats de la vaccination simultanée contre la diphtérie et la scarlatine par la toxine Schick et Dick formolée. Ils aboutissent à la conclusion que :

1. L'effet de la vaccination contre la diphtérie et la scarlatine au moyen de la toxine formolée, se mentient encore après 2.5 ans.
2. La vaccination complète rend, après 2 ans, 90.4⁰/₀ des cas négatifs envers le scarlatine et 90⁰/₀ négatifs envers la diphtérie.
3. La réceptivité générale de la population écolière a diminué après deux ans : 7.6⁰/₀ pour la scarlatine et 11⁰/₀ pour la diphtérie.
4. Le pourcentage de sujets dont la réaction redevient positive après deux ans est de 4.3⁰/₀ pour la scarlatine et de 8⁰/₀ pour la diphtérie.
5. Parmi les sujets négatifs on ne recontre la maladie que en 1⁰/₀ des cas (scarlatine et diphtérie).
6. Les sujets vaccinés intégralement ou partiellement montrent une morbidité très réduite. On ne rencontre parmi eux aucun cas de décès.

Bibliografie :

1. Primul congres național de boli contagioase, Craiova, 1934. Turcu, Rusu, Nappendruck. Pg. 235 anul 1934.
2. Turcu, Rusu, Nappendruck și Kovacs ibidem p. 437,
3. Turcu, Buletin eugenic și biopolitic, vol. 5. pg. 268 anul 1934.
4. Turcu și Rusu, Comptes rendus de la Société de biologie T. CXIX anul 1935 pg. 451.
5. Turcu și Rusu, Comptes rendus de la Société de biologie, T. CXIX anul 1935, pg. 448.
6. Hortopan și Ciulin, Revue d'Hygiène vol. 58 pg. 273, 1936.
7. Albescu, Revue d'Hygiène, vol. 58 pg. 239 anul 1936.
8. Nistor, Sibiul Medical, vol. 3. pg. 33 1936.
9. Munteanu, Buletin eugenic și biopolitic, vol. 7. pg. 108 1936.
10. Gavrilă, Clujul Medical, Iunie 1936, la Soc. științelor medicale.

Vaccinările antidifterice și antiscarlatinoase în Municipiul Cluj, în anul 1935.

Primele constatări.

de
Dr. VLAD PETRE,
medic șef de municipiu.
și
Dr. DAVID PETRE

În anul 1935 am procedat în Municipiul Cluj, la vaccinări în masă după metoda preconizată de Institutul de Igienă Cluj, adică vaccinând simultan contra difteriei și scarlatinei cu anatoxina Ramon și cu toxina formolată Dick. Injecțiile au fost, în genere, trei; prima: 1 cc. (0.50 cc. + 50 cc.); a doua injecție am făcut-o după trei săptămâni cu doi cm³ material mixt (1 cc. + 1 cc.); iar a treia injecție după alte două săptămâni injectând 3.50 cc. din material mixt (1.50 anatoxină Ramon și 2 cc. anatoxină formolată Dick). Cu conducerea operațiunilor a fost însărcinat Dl Dr. P. David dela Institutul de Igienă. Am reușit să vaccinăm un total de 16,547 de copii contra

scarlatinei și 17,477 contra difteriei. Deosebirea acestor două cifre se explică prin faptul că la copii trecuți de 10 ani vaccinarea s'a făcut numai după un prealabil control cu reacția cutanată Schick și Dick. La acești copii am disociat vaccinările și i-am vaccinat pe fiecare numai contra acelei maladii față de care s'a dovedit receptiv.

Din totalul vaccinațiilor 13,345 au fost vaccinați complect contra scarlatinei, iar 14.168 complect contra difteriei. Ne-au rămas 3,202 la scarlatină și 3,309 la difterie vaccinați numai cu una sau cu 2 doze. Tot aici am înglobat și copiii care se prezentau cu certificate dela medici particulari și pe care i-am înscris sub titlul general de dubioși, deoarece medici particulari au vaccinat cu diferite vaccinuri nouă necunoscute, iar unii colegi au eliberat certificate fără ca noi să avem siguranța că vaccinarea într'adevăr s'a făcut. Totalul bolnavilor la această categorie a fost de 23.

Dacă încercăm să ne dăm seama de rezultatele vaccinărilor, ne lovim de mari dificultăți în exprimarea statistică a acestor rezultate. Dificultățile sunt produse de două împrejurări: 1. Noi am lucrat din Februarie până în Mai 1935 mai cu seamă la școlile primare, iar în a doua etapă de vaccinare (Noemvrie—Decemvrie) am lucrat cu vârstele preșcolare. În acest timp s'a ivit în Municipiul nostru o vehementă epidemie de scarlatină, care și-a ajuns culmea în Octomvrie, Noemvrie și Decemvrie 1935. Această epidemie a început a se potoli numai din Ianuarie 1936, iar valurile ei durează până azi. Cum noi nu vaccinaserăm înainte de epidemie decât o parte a copiilor: cei dela 7 ani în sus, a trebuit să despărțim în două, în calculațiile noastre, îmbolnăvirile ivite în acest an, ca nu cumva să tragem concluzii necomplect fondate, suprapunând două epoci de o intensitate epidemică așa de diferită. Operațiunea aceasta s'a impus mai cu seamă din cauza că numărul celor vaccinați până la începutul epidemiei a fost mic chiar la acele vârste, care sunt mai expuse epidemiei. (Știm că scarlatina atacă copii dela 2 ani în sus și în special între 4—6 ani frecvența îmbolnăvirilor este foarte mare).

2. Cealaltă împrejurare, producătoare de dificultăți, e următoarea: vaccinând noi în două etape s'au produs suprapuneri de vârste, în sensul că până toamna, un mare număr de copii înaintând în vârstă au ajuns să fie declarați și clasați la vârstele mai mari. Exemplul cel mai bun ni-l dă clasa I. primară, unde primăvara am avut o serie de copii de 7 ani, iar toamna o altă serie în majoritatea lor declarați tot de 7 ani. De aici dificultățile foarte mari în calcula-

larea copiilor rămași nevaccinați. Peste această greutate puteam trece ușor, dacă înglobam în tabelele noastre vârste foarte diferite. Cum însă intensitatea scarlatinei variază așa de considerabil la an la an, am grupat copiii în atari grupuri de vârste care ni se par a avea o importanță epidemiologică mai însemnată și care totuși ne-au permis să înglobăm un număr mai mare de persoane în o coloană, reducând riscul greșelilor.

Cifrele care le publicăm aici variază întrucâtva față de acele publicate în raportul nostru anual¹, deoarece în acel raport am lucrat cu toate îmbolnăvirile ivite dela 1 Ianuarie 1935, până la 1 Ianuarie 1936, iar contingentele vaccinate în toamnă, le eliminaserăm cu totul din calcule, deoarece terminarea vaccinărilor coincidea cu sfârșitul anului calendaristic.

Tabela Nr. 1.

Imbolnăviri și decese de scarlatină dela 1 V. 1935 până la 31 IV. 1936.
Scharlach-Erkrankungen und Todesfälle vom 1. V. 1935 bis 31. IV. 1936.

Grupuri de vârste <i>Altersgruppen</i>	VACCINAȚI COMPLECT <i>Vollständig geimpfte</i>				Decese <i>Todesfälle</i>
	dela von 1. V. 1935 până la bis 31. XII. 1935		dela von 1. I. 1936 până la bis 31. IV. 1936		
	Cifr. abs. <i>Abs. Zahl.</i>	Pro mile	Cifr. abs. <i>Abs. Zahl.</i>	Pro mile	Cifr. abs. <i>Abs. Zahl.</i>
0-1 an	—	—	—	—	—
1-3 ani	—	—	2	—	—
4-6 ani	5*	11,0*	14	4,0	—
7-10 ani	49	12,5	15	2,8	2
11-14 ani	10	6,0	8*	3,7*	1
15-19 ani	1	—	—	—	—
20-29 ani	1	—	—	—	—
peste 30 ani	—	—	—	—	—
Vârstele dela 1-14 ani <i>Von 1 bis 14 Jahren</i>	64	10,5	39	3,0	3
Total	66		39		3

* Cifre mici.

În tabela 1. și 2. dăm rezultatele la vaccinați, și la cei nevaccinați după grupuri de vârstă. Proportțiile la mie se referă — de sine înțeles — la mia de copii din vârstă și categorie.

¹ Dr. Vlad Petre: Probleme demografice clujene și raport de activitate în anul 1935. Cluj 1936.

Tabela Nr. 2.

Imbolnăviri și decese de scarlatină dela 1 V. 1935 până la 31 IV. 1936.
Scharlach-Erkrankungen und -Todesfälle vom 1. V. 1935 bis 31. IV. 1936.

Grupuri de vârste Altersgruppen	NEVACCINAȚI <i>Nichtgeimpfte</i>					Decese
	dela — von 1. V. 1935		dela — von 1. V. 1936		Pe anul întreg dela — von 1. V. 1935	Todes- fälle
	până la — bis 31. IV. 1936		până la — bis 31. IV. 1936		până la — bis 31. IV. 1936	Cifr. abs.
	Cifre abs. Abs. Zahl.	Pro mile	Cifre abs. Abs. Zahl.	Pro mile	Cifre abs. Abs. Zahl.	Abs. Zahl.
0—1 an	3	—	2	—	5	2
1—3 ani	49	11,2	16	7,1	65	12
4—6 ani	100	26,1	17	11,5	117	8
7—10 ani	38	16,5	9*	23,3*	47	1
11—14 ani	28	7,9	5*	2,2*	33	2
15—19 ani	20	1,5	11	—	31	3
20—29 ani	24	—	10	—	34	—
peste 30 ani	28	—	—	—	28	1
Vârstele dela 1—14 ani Von 1 bis 14 Jahren	215	14,8	47	9,3	262	29
Total	290		70		360	

* Cifre mici.

Din aceste tabele desprindem următoarele :

1. Vârsta dela 1—3 ani ne dă, în epoca marei epidemii, pentru mia de copii *nevaccinați* din acel grup 11,2 imbolnăviri, și 7,1 în primele patru luni ale anului 1936. La *vaccinați* numărul imbolnăvirilor este de 2 cazuri, cifră care nu admite calcularea proporțiilor.

2. La vârsta de 4—6 ani avem 26.1 și 11.5 în cele două epoci la copii *nevaccinați* și 11.0 respective 4.0 la cei *vaccinați* complet.

3. La următorul grup de vârste (7—10 ani), diferențele între cele două categorii sunt mai puțin accentuate. În epoca marei epidemii avem o deosebire de 4.0 la mie între cele două categorii. Proporțiile mari, care le găsim la *nevaccinați*, pentru anul 1936, trebuiesc cifite cu mullă rezervă, deoarece se sprijinesc pe o cifră de bază foarte mică.

4. Și mai mică este deosebirea între proporțiile *vaccinaților* și *nevaccinaților* la vârsta cea mai mare cu care lucrăm aici: 11—14

ani (abia 1,9 ia mie). Nici de data aceasta nu tragem concluzii din cifrele mici al epocii postepidemice (4 luni din 1936).

5. Chiar și dacă luăm totalitatea vârstelor între 1—14 ani, constatăm o diferență în favorul copiilor nevaccinați.

Din cele expuse până aici, concluziile noastre, trase cu cea mai mare precauțiune, nu pot fi decât *în favorul vaccinărilor antiscarlatinoase*. În acest fel ne alăturăm la cele publicate de *Dr. Turcu* pentru Turda, *Dr. Muntean* pentru Timișoara și *Dr. Nistor* pentru județul Brașov. Dar cifrele noastre ne îndreptătesc să deducem și un fapt nou, pe care ceilalți colegi nu l-au subliniat și anume: *eficacitatea vaccinărilor în scarlatină pare a fi mai mare în vârstele tinere; deosebirea între copiii vaccinați și nevaccinați se reduce paralel cu vârsta.*

Aceasta cadrează foarte bine cu impresia, pe care din observațiile de până acum, am avut-o împreună cu Profesorul Moldovan, și anume că vaccinările sunt mai eficiente, acolo unde epidemia este mai gravă, efectul vaccinărilor fiind în primul rând antitoxic. Deci și vârstele mai tinere, care fac, după cum e cunoscut, forme mai grave vor fi mai cu efect apărute.

Această concluzie pare a mai fi confirmată și prin împrejurarea că cele trei decese ivite la copiii vaccinați, sunt toate cazuri de vârstă mai înaintată: 9, 10 și 11 ani. Epidemia din acest an nu a fost numai extinsă, ci și destul de malignă, dând o letalitate considerabilă la copiii nevaccinați: 8,0 la sută. La copiii vaccinați nu putem calcula letalitatea, numărul lor fiind prea mic. Ne mulțumim să punem față în față cifrele brute: *3 decese la copiii vaccinați și 29 de decese la copiii nevaccinați.*

Teza pe care o susținem mai sus pare a se mai întări și prin observațiile Dr-ului *Muntean* din Timișoara publicate în Buletinul Eugenic și Biopolitic Nr. 3 și 4 din 1936. Găsim într'adevăr că Timișoara a avut în acest an și ea o epidemie de scarlatină, care a fost însă și ca intensitate și ca malignitate mai redusă decât aceea din Cluj. Timișoara, cu un număr de locuitori aproximativ egal cu Clujul, a avut în total 150 de bolnavi, cu 7 decese, la noi însă numărul îmbolnăviților a fost de 491 cu 32 de decese. Or ei au avut 5 decese la vaccinați, față de 3 ale noastre. *Deci în epidemia noastră mai gravă, rezultatele vaccinărilor sunt mai favorabile decât la ei.* Regret că nu am repartizarea după vârste a cazurilor lor. Ar fi bine ca pe viitor publicarea rezultatelor să se facă după categorii pe vârste unitare.

Tabela Nr. 3.

Îmbolnăviri și decese de scarlatină dela 1 V. 1935 până la 31 IV. 1936.
Scharlach-Erkrankungen und Todesfälle vom 1. V. 1935 bis 31. IV. 1936.

Câte luni au trecut dela vaccinare <i>Von der Impfung gerechnet, Monate:</i>	Vaccinați complet <i>Vollständig Geimpfte</i>		Vaccinați incomplect și dubioși <i>Unvollständig Geimpfte</i>		Nevaccinați <i>Nichtgeimpfte</i>	
	Îmbolnăviți <i>Erkrankte</i>	Decedați <i>Tote</i>	Îmbolnăviți <i>Erkrankte</i>	Decedați <i>Tote</i>	Îmbolnăviți <i>Erkrankte</i>	Decedați <i>Tote</i>
până la 2 luni	22	—	12	—	30	4
3-4 "	11	—	2	—	36	1
5-6 "	9	—	1	—	102	10
7-8 "	35	1	5	—	108	6
9-10 "	20	—	3	—	40	4
11-12 "	7	1	1	—	44	4
13-14 "	1	1	1	—	—	—
15-16 "	—	—	1	—	—	—
Total	105	3	26	—	360	29

La repartizarea îmbolnăvirilor după timpul trecut dela vaccinare, vedem în tabela Nr. 3 că valul epidemic la cele două categorii de copii nu se suprapune în mod precis. La vaccinați se pare că epidemia a fost întârziată cu una până la două luni, față de cei nevaccinați. Subliniem această constatare, însă ne ferim a trage orice concluzii, deoarece termenul dela care am calculat timpul scurs, nu este uniform la ambele categorii: pe când la cei nevaccinați am pornit dela data de 1 Mai 1935, la vaccinați am calculat totdeauna timpul dela ultima injecție.

O concluzie se desprinde însă și din această tabelă și anume că la vaccinați în primele două luni dela vaccinare am avut, relativ foarte multe îmbolnăviri.

Epoca pe care o considerăm ca cea mai proprie din punct de vedere al dezvoltării imunității: 6 luni dela vaccinare, s'a suprapus marelui val de epidemie din acest an, așa încât era fatal ca în aceste luni să avem și cele mai multe îmbolnăviri.

În ce privește *difteria* rezultatele vaccinărilor se văd în tab. Nr. 4. Constatăm din ea că am avut 6 cazuri de îmbolnăviri la vaccinați și 77 la nevaccinați. Cifra mică nu ne permite a face proporții.

Eficacitatea vaccinării antidifterice nu mai este discutată și putem afirma că procedura vaccinării simultane nu reduce eficacitatea vaccinării antidifterice ci poate chiar o stimulează. Pare și aici că vârstele tinere sunt relativ mai cu efect scutite de îmbolnăviri, de cât

Tabela Nr. 4.

Îmbolnăviri și decese de difterie dela 1 V. 1935 până la 31 IV. 1936.
*Difterie-Erkrankungen und *Todesfälle vom 1. V. 1935 bis 31. IV. 1936.*

Grupuri de vârste <i>Altersgruppen</i>	Vaccinați complet <i>Vollständig geimpfte</i>		Nevaccinați <i>Nichtgeimpfte</i>	
	Îmbolnăviți <i>Erkrankte</i>	Decedați <i>Tote</i>	Îmbolnăviți <i>Erkrankte</i>	Decedați <i>Tote</i>
0—1 an	—	—	1	—
1—3 ani	—	—	14	2
4—6 ani	2	—	18	1
7—10 ani	3	—	7	1
11—14 ani	1	—	9	—
15—19 ani	—	—	10	1
20—29 ani	—	—	12	—
peste 30 ani	—	—	5	1
Total	6	—	76	6

cele înaintate. Într'adevăr, din tabela de mai sus, putem constata că pe când la nevaccinați vârstele sub 4 ani dau 15 îmbolnăviri, la vaccinații din acest grup de vârstă nu avem nici o singură îmbolnăvire. La vârsta între 4—6 ani cifrele sunt: 17 nevaccinați și 2 vaccinați. Dela 1 la 14 ani am avut la nevaccinați 2.9 îmbolnăviri la mia de copii din grup. *Decese la copii vaccinați nu am avut nici un singur caz, iar la nevaccinați 6.*

Tabela Nr. 5.

Îmbolnăviri și decese de difterie dela 1 V. 1935 până la 31 IV. 1936.
*Difterie-Erkrankungen und *Todesfälle vom 1. V. 1935 bis 31. IV. 1936.*

Câte luni au trecut dela vaccinare <i>Von der Impfung gerechnet, Monate:</i>	Vaccinați complet <i>Vollständig Geimpfte</i>		Nevaccinați <i>Nichtgeimpfte</i>	
	Îmbolnăviți <i>Erkrankte</i>	Decedați <i>Tote</i>	Îmbolnăviți <i>Erkrankte</i>	Decedați <i>Tote</i>
0—2 luni	1	—	14	2
3—4 „	—	—	16	1
5—6 „	4	—	18	1
7—8 „	1	—	17	1
9—10 „	—	—	6	—
11—12 „	—	—	5	1
Total	6	—	76	6

În ce privește distanța, în timp, care s'a scurs dela vaccinare până la îmbolnăvire, ne este greu să ne pronunțăm, din cauza cifrelor mici de care dispunem. Doar atât putem afirma că 5—7 luni dela vaccinare am avut o frecvență mai mare de îmbolnăviri la ambele categorii. Această perioadă corespunde epocii de sfârșit de toamnă, în care totdeauna aveam îngrămădiri de cazuri în orașul nostru.

Concluziuni:

1. *Vaccinările simultane antidifterice și antiscarlatinoase nu prezintă nici un inconvenient.* Reacțiile postvaccinale nu sunt mai mari decât la vaccinările antidifterice. Nici unul din cei 17.000 copii vaccinați nu a prezentat vr'un accident mai serios.

2. *Ambele vaccinuri își păstrează puterea antigenică, poate chiar să stimulează între ele.*

3. *În difterie rezultatele sunt foarte favorabile.*

4. *Și în scarlatină vaccinările s'au dovedit a fi eficace.* Eficacitatea lor se pare a fi cu atât mai mare cu cât epidemia este mai gravă și cu cât individul vaccinat este mai tânăr.

5. *Dacă eficacitatea vaccinărilor antiscarlatinoase nu este egală cu cele antidifterice, totuși ele merită și trebuiesc să fie făcute deoarece prin ele ajungem la amânarea îmbolnăvirii, dela vârstele mici la vârstele mai înaintate și reducerea letalității la copiii vaccinați.*

6. *Preconizăm vaccinări mixte și din motivul că ele nu reclamă o muncă în plus față de cele antidifterice, azi declarate obligatorii.*

7. *Vaccinările să se facă la vârste mici, începând cu al 2-lea an de viață.*

Zusammenfassung. — *Im Laufe des Jahres 1935 wurden in Cluj 17.000 Kinder gleichzeitig gegen Scharlach und Diphtherie geimpft.*

Die Impfstoffe, d. i. das Anatoxin Ramon und das formolisierte Dicktoxin wurden gemischt und derart dosiert, dass für die erste Impfung je 0.50 cm³, für die zweite — nach 3 Wochen — je 1.0 cm³ der Impfstoffe, für die dritte Impfung — nach weiteren 2 Wochen — 1.50 cm³ Anatoxin Ramon und 2.0 formolisiertes Dicktoxin simultan injiziert wurden.

Die Einspritzungen wurden gut vertragen; die unmittelbaren Reaktionen waren jedenfalls nach den Simultanimpfungen nicht grösser, als nach isolierter Injektion mit dem einen oder dem anderen Impfstoff.

Die vorläufige Beurteilung des Resultates nach Ablauf eines Jahres ergibt insofern ein günstiges Resultat, als Diphtherieerkrankungen bei Geimpften 6 (mit 0 Todesfällen), bei Nichtgeimpften 76 (mit 6 Todesfällen) beobachtet wurden. Im

gleichen Zeitraum kamen Scharlacherkrankungen vor: bei Geimpften 105 (mit 3 Todesfällen), bei Nichtgeimpften 360 (mit 29 Todesfällen).

Der Schutz gegen Scharlach war bei Kindern bis zu 6 Jahren ausgeprägter als bei älteren geimpften Kindern.

Die Impfungen wurden in zwei Etappen, in einem Abstand von ca 6 Monaten durchgeführt. Die Erkrankungen erfolgten vorwiegend in diesem Zeitraum von 6 Monaten innerhalb dessen die Zahl der geimpften Kinder annähernd die gleiche war.

Calificarea medicilor de spitale.

de

Dr. CORNEL RADU

Însărcinat fiind de a face astăzi în fața D-Voastră o expunere sumară asupra problemei calificării medicilor de spitale, mă voi nizuî să schițez în linii generale modalitățile pe cari le cred în stare de a facilita o apreciere justă a calităților personalului medical din slujba așezămintelor noastre spitalicești. Necesitatea unei cunoașteri exacte a personalității și activității fiecărui element din cadrele organizației noastre sanitare, nu poate suferi nici o discuție. Ea se impune nu numai pentru a ne înlesni o dreaptă judecată asupra activității fiecărui dintre noi ci mai ales pentru a ne permite o echilabilă distribuție a funcțiilor, sarcinilor, ba chiar și a „onorurilor“ — căci în viața instituțiilor sanitare, așisderea în aceea a tuturor așezămintelor omenești, calitatea materialului uman joacă un rol cu totul covârșitor. Dar știm cu toșii, că până și cea mai echilibrată rațiune adeseori numai cu multă greutate reușește să se purifice de sgra influențelor de ordin sentimental. Asemenea influențe subiective sunt cu deosebire manifeste la noi, unde pasiunile politice exaltate de un temperament oriental și grefate pe o organizație politico-socială puțin consolidată își imprimă neconținut stigmatul lor pătimășe, suprimând aproape cu desăvârșire judecata obiectivă asupra oamenilor și lucrurilor deopotrivă.

Calificarea excesiv de subiectivă a medicilor e apreciabil facilitată și prin faptul că în prezent — cum foarte bine constată Dl. Agr.

* Referat citit în ziua de 20 Iunie 1936, în ședința subsecției de eugenie și biopolitică a Aștrei, Cluj.

Dr. Zolog în studiul său din No. 1—2/936 al Buletinului eugenic și biopolitic — nu avem norme fixe și uniforme pentru acest scop, căci foile calificative ce se întocmesc astăzi deși impun șefilor de serviciu să aprecieze: a) cunoștințele profesionale, b) aptitudinile personale, c) zelul și conștiințiozitatea în serviciu și d) purtarea în serviciu față de funcționari și public, lasă totuși la discreția acestora alegerea criteriilor cari să le servească la acordarea notelor de f. bun, bun, suficient, etc.

Astfel fiind, este firesc ca foile calificative redactate în asemenea condițiuni să nu ne poată servi nici măcar la cunoașterea aproximativă a personalității și activității celor calificați și cu atât mai puțin la stabilirea unei judecăți comparative între funcționarii tehnici de acest grad sau categorie. Or în cazul când admitem și cerem ca în selecționarea corpului medical fișa individuală a concurenților să aibă o egală influință cu aceea a examenului de capacitate — care în ultima analiză ne permite abia o relativă-obiectivă apreciere a cunoștințelor teoretice profesionale și nu ne servește nici pe departe o iconă fidelă a personalității medicului — suntem nevoiți să instituiem o serie de norme fixe și uniforme pentru calificarea medicilor de aceeași categorie.

Instituirea unor norme diferite pentru diversele categorii de medici se impune din cauza diferențierii din ce în ce mai pronunțată a funcțiilor sanitare, cari la rândul lor reclamă dela medici nu numai cunoștințe profesionale, dar și aptitudini personale deosebite. De aceea art. 218 a legii sanitare din anul 1930 atât de fericit inspirat, decretază și impune stabilirea unor norme uniforme pentru aceleași categorii de medici, iar datorită mea de astăzi este ca în spiritul acestui articol de lege cât și a celor următoare să încerc a întocmi un model de fișă individuală pentru medicii de spitale.

Dar corpul medicilor de spitale se diferențiază și el în două categorii distincte, atât din punctul de vedere al pregătirii lor profesionale cât și acela al aptitudinilor personale pe cari le reclamă funcțiunile pe cari le îndeplinesc.

În prima categorie intră medicii secundari și auxiliari, iar în cea a doua categorie medicii primari de specialitate și medicii primari directori de spitale. Până când cei din primul grup au un rol de preferință executiv, cei din al doilea grup au chemarea de a ține în mână conducerea tehnică, respective tehnică și administrativă a serviciilor. În atari condițiuni este perfect logic ca aceste două categorii de medici să fie apreciați după norme cari diferă în anumite puncte.

Ca principiu fundamental la redactarea modelului de foaie calificativă s'a impus dezideratul de a evidenția nu numai calitățile tehnice ale profesionistului ci în general toate însușirile, calitățile și aptitudinile caracteristice ale omului, căci, numai astfel vom fi în situația fericită de a ne forma o imagine aproximativ completă și reală a personalității funcționarilor tehnici. Tocmai de aceea pe lângă normele de judecată a cunoștințelor profesionale am stabilit încă o altă serie de criterii pentru aptitudinile personale, însușirile psihice (caracter), activitatea extraspitalicească, cât și pentru aceia a concepției filozofico-morale asupra vieții.

Relevarea aptitudinilor personale este imperios necesară chiar și pentru grupul I prin faptul, că medicii din acest grup nu sunt destinați a rămâne pentru totdeauna ajutoare simple cu rol exclusiv executant al medicilor primari, ci o bună parte din ei vor fi chemați să conducă în mod independent servicii importante.

Considerând apoi, că acțiunile omenești sunt stimulate în aceiaș măsură de rezorturile intime ale sufletului, ca și de acelea vizibile și invizibile ale mediului înconjurător, iar o apreciere justă a omului și a manifestărilor sale exterioare n'o putem face fără evidențierea în măsura posibilităților a unor particularități psihice proeminente, înregistrarea acestora este tot atât de utilă ca și aceia a cunoștințelor profesionale, sau a aptitudinilor.

Am rezervat un loc de seamă în fișa individuală și pentru activitatea extraspitalicească, dat fiind că merită să acordăm toată atențiunea acelor elemente ale corpului medical, cari înțeleg, ca pe lângă îndeplinirea îndatoririlor legate de funcțiunile lor, să contribuie prin priceperea și energia lor la prosperarea și consolidarea vieții sociale a țării noastre organizațiuni de stat.

Deasemenea nu este lipsită de importanță, ne pare și cunoașterea concepției filozofico-morale a medicului, căci prin aceasta se pot preveni multe întâmplări cu repercusiuni nefaste asupra bunului mers al serviciilor sanitare.

Conduc de aceste principii am compus următorul model de fișă individuală pentru I-ul grup de medici. Pentru a economisi timpul necesar cu revenirea la calificativele, ce urmează să le aplicăm tuturor punctelor din fișa individuală, în formularele tip pe care îmi permit a le prezenta în față D=voastră, voi fixa încă de acum și calificativele, pe care cred că le putem adopta, urmând ca lămuririle recerute să le dăm mai târziu.

**Fișă individuală și foaie calificativă pentru medicii secundari
și auxiliari de spital.**

I. Cunoștințe profesionale :	I. Practice :	1. Condițiunile în cari examinează bolnavul și fixează diagnosticul : precis....., corespunzător....., superficial..... 2. Condițiunile în care sunt redactate foile de observație : precis....., corespunzător....., superficial..... 3. Condițiunile în care sunt executate lucrările de laborator : precis....., corespunzător....., superficial.....
		II. Teoretice :
II. Aptitudini personale :	1. Inițiativă : puternică....., mediocră....., slabă..... 2. Capacitatea de organizare : puternică....., mediocră....., slabă..... 3. Putere de muncă : puternică....., mediocră....., slabă..... 4. Autoritatea în serviciu : puternică....., mediocră....., slabă.....	
	III. Insușiri psihice, caracter :	1. Devotament : { față de serviciu : ferm....., labil..... { față de șef și colegi : ferm....., labil.....
2. Temperament : { Calm. { impulsiv.		
IV. Activitatea extraspitalicească :	1. În ce domeniu a vieții sociale activează de preferință : politic....., economic....., cultural....., religios..... 2. Cari sunt societățile în cari activează : 3. Ce rol deține în aceste societăți : 4. Activitatea desfășurată :	
	1. { a) Idealistă..... { b) materialistă 2. Manifestările practice ale acestei concepții : a) desinteresat b) interesat c) darnic d) cumpătat e) avar	
V. Concepția filozofică morală asupra vieții :	1. { a) Idealistă..... { b) materialistă	
	2. Manifestările practice ale acestei concepții : a) desinteresat b) interesat c) darnic d) cumpătat e) avar	

Răspunsul la capitolele I-II-III și V se dau cu da, sau nu, iar la punctele 2 și 3 a cap. IV se vor înregistra cu numele societăților în cari activează și titlurile pe cari le deține în aceste societăți, iar la punctul 4 a cap. IV se vor anexa certificatele de activitate eliberate de către societățile, sau organizațiile în care activează.

În ce privește grupul medicilor primari de specialitate putem menține în întregime capitolele II-III-IV și V din fișa individuală, aducând modificări numai punctelor din capitolul I. Acesta va primi o redactare cu totul diferită, din motivul că alte sunt preocupările regulamentare ale medicului primar și ca urmare altele trebuie să fie și criteriile de judecată, după care va fi apreciat. Pentru acest grup propun următorul formular a cap. I din foaia individuală:

I. Cunoștințe profesionale :

1. Practice
- a) Este în curent cu noile metode de investigații clinice ?
- Le și aplică ?
- b) Cunoaște noile metode de tratament ?
- Le aplică ?
- c) Ce eforturi a depus pentru adaptarea serviciului la progresele științei medicale ?
- Ce rezultate a obținut, (realizări) ?
2. Teoretice : Lucrări științifice, comunicări, publicațiuni, tratate, conferințe etc.

Se va alătura o listă cuprinzând titlurile lucrărilor, revistele în cari s'au publicat, societatea în cadrele căreia s'au ținut comunicările sau conferințele și data acestora.

Medicii primari, directori și conducători mai trebuiesc apreciați și din punctul de vedere al calităților de gospodar. De aceea formularul adoptat pentru medicii primari se va completa cu :

- | | | |
|---|---|--|
| <p>VI. Cunoștințe de ordin administrativ, calități de gospodar.</p> | } | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cunoaște legile și regulamentele sanitare cari privesc serviciul său ? 2. Cum se prezintă ordinea și disciplina internă ? a) Prin ce mijloace le menține : <li style="padding-left: 2em;">autoritate personală ? <li style="padding-left: 2em;">sanțiuni ? <li style="padding-left: 2em;">persuasiune ? 3. Realizări și progrese de ordin gospodăresc în fapturi și în cursul anului 4. De ce prestigiu se bucură instituțiunea în afară ? |
|---|---|--|

Prin aceasta am terminat lucrările privitoare la întocmirea formularelor fișelor individuale (sau foilor calificative). Evident n'am pre-

tențiunea de a fi redactat ceva perfect și ceace n'ar putea suferi modificări. Am încercat să îmbrac în o haină mai mult, sau mai puțin bine croită câteva principii și norme de judecată asupra calităților profesionale, spirituale și morale a colegilor mei.

Unul din obiectivele principale urmărite de mine și anume de a lumina din toate laturile personalitatea insului, eliminând astfel o judecată unilaterală, cred că a fost în întregime atins. În schimb am suferit o înfrângere în lupta pe care am dat-o în căutarea unor formule matematice, cari să ne permită eliminarea definitivă a influențelor de ordin subiectiv la acordarea notelor calificative. Tocmai pentru a corecta aceasta înfrângere am ales asemenea norme de apreciere unde furișarea elementului subiectiv, să poată fi observat și controlat de o terță persoană, iar calificativele le-am căutat să fie cât mai simple, dar în același timp și expresive.

Formulate în majoritatea lor sub forma unor întrebări ele primesc un răspuns precis, da, sau ba și ca urmare pot servi de criterii sigure pentru o apreciere comparativă. Dar chiar în ciuda influențelor subiective, cari se pot exercita la complectarea fișelor individuale, credem că la selecționarea medicilor ne va putea servi cu referințe foarte prețioase asupra personalității concurentului, în tot cazul mult mai complete, decât acelea pe cari le poate furniza examenul concurs pentru medici secundari și primari. Deacea fișa individuală în aceste cazuri trebuie să joace de aci încolo un rol mai hotărâtor chiar decât examenul, la numirea în aceste funcțiuni. S'ar putea stabili chiar unele norme fixe privitoare la poziția pe care trebuie să o aibă fișa individuală în fața examenului.

(De ex. un medic, care la examen obține media 18 în schimb la capitolele celelalte mai ales la cap. II și III se prezintă cu totul mediocru, va trebui să cedeze în fața concurentului care la examene a obținut abia nota 16 în schimb are aptitudini personale deosebit de favorabil concurate etc.)

Nu pot încheia expunerea de față fără ca să nu mă opresc și dacă numai în treacăt, asupra persoanelor chemate a aprecia activitatea personalului medical în discuție. Conform legilor și regulamentelor în vigoare, foaia calificativă o redactează anual șeful de serviciu, în specie pe aceea a medicilor secundari medicul primar de secție, iar pe aceea a medicilor primari și a medicilor primari directori inspectorul general sanitar al regiunii. În ce privește medicii secundari și auxiliari, e firesc să fie așa. În schimb în aprecierea medicilor primari și medicilor primari directori trebuie să ne oprim la alte soluții.

Am convingerea că inspectorii generali sanitari de regiune orice pregătire enciclopedică ar avea, nu au posibilitatea de a verifica cunoștințele tehnice ale medicilor primari. Deasemenea nu pot aprecia nici celelalte aptitudini și însușiri personale, căci contactul său cu medicii primari se rezumă de obicei la o scurtă întâlnire în cursul unei inspecțiuni. Or se poate cunoaște un om după o singură întrevvedere? Mă indoiesc.

Având în vedere aceste considerații, cred că aprecierea cunoștințelor profesionale a medicilor primari trebuie date în sarcina unor inspectorii generali sanitari tehnici — aleși dintre profesori de specialitate și medicii primari cu o activitate recunoscută în domeniul specialității sale — iar capitolele celelalte ale formularului să fie completate de către medicul primar director, zilnic în contact direct cu medicii săi primari și astfel mai în măsură să-i cunoască mai bine.

Inspectorul general sanitar al regiunii în schimb va avea de constatat și de judecat calitățile de gospodar și aptitudinile personale ale medicului primar director cu care este mereu în contact apropiat atât prin corespondența oficială, cât și personal cu diverse ocazii prilejuite de interesul serviciului.

Concluziuni.

1. Actualele foi calificative în uz sunt cu totul insuficiente pentru caracterizarea personalităților și cunoștințelor profesionale a unui medic de spital de orice grad.

2. Foile calificative, care ar putea fi numite și fișe individuale se cere ca să fie întocmite pe baza unor norme fixe și uniforme, cari numai astfel ne permit o apreciere comparativă.

3. Aceste norme totuși — așa cum ne impune art. 218 al legii sanitare din 1930 —, trebuie să difere dela o categorie de medici la alta, deoarece este firesc, ca funcțiuni cari cer cunoștințe și aptitudini personale diferite, să fie apreciate după criterii deosebite.

4. Normele sau criteriile de judecată din foile calificative vor fi stabilite astfel, încât să excludă în limita posibilităților, influențele și aprecierile subiective.

5. Formularele întocmite de mine, cari evident pot suferi încă modificări și rețușeri, corespund întocmai principiilor enunțate, având totuși scăderea de a nu fi putut elimina complet elementul subiectiv.

6. Complectarea formularelor pentru medicii secundari și auxiliari să fie dată în sarcina medicilor primari respectivi, până când cu-

noștințele profesionale ale medicilor primari și medicilor primari directori nu pot fi judecate decât de medicii inspectori generali de specialitate. În rest foaia calificativă a medicilor primari va fi redactată de către medicii primari directori, iar a acestora de către inspectorii generali sanitari de regiune.

7. Fișa individuală întocmită pe baza unor asemenea criterii va trebui să joace un rol mai covârșitor ca examenul concurs la numire în funcțiune, avansări etc.

Summary. — Considerations and proposals, are discussed, for the appraisal and selection of the state hospital physicians. The appraisal is to be adapted for the different types of physicians. The appraisal must take in consideration the medico-technical knowledge of the physician, as his personality.

Constatări și discuții în jurul vaccinărilor asociate anti-difterice și antiscarlatinoase în municipiul Cluj în anul 1935.

de

Dr. PETRU DAVID și Dr. PETRE VLAD

Partea I.

Față de recrudescența geniului epidemic tot mai amenințător al scarlatinei și pentru a preînlămpina, în periodicitatea ei, valul epidemic al difteriei, Serviciul Sanitar al Municipiului Cluj, la îndemnul Institutului de Igienă și Sănătate Publică, în anul 1935, a pășit la imunizarea activă antiscarlatinoasă și antidifterică cu anatoxină Dick și Ramon, furnizate de către Institutul Dr. I. Cantacuzino, conducătorilor căruii le exprimăm mulțumirile noastre pentru felul cum am fost serviți.

S'au vaccinat copiii și elevi, în etatea dela 2 până la 18 (20) ani. Hotărîrea s'a luat îndeosebi în baza experiențelor favorabile obținute de Dl Dr. T. Turcu, cu ocazia vaccinărilor asociate antidifterice și antiscarlatinoase în orașul Turda, în 1934.

Obiectivele operațiunilor de vaccinare au fost eşalonate în următoarele etape:

1. Categoria vârstei de 7—10 ani: vaccinarea mixtă directă (asociată) fără altă probă de selecționare.

2. Categoria vârstei de 11—18 (20) ani: selecționare cu ajutorul probelor imun-biologice Dick și Schick, stabilirea toleranței individuale față de fiecare anatoxină în parte, prin reacțiunea Moloney, fixarea dozelor individualizate și apoi vaccinarea.

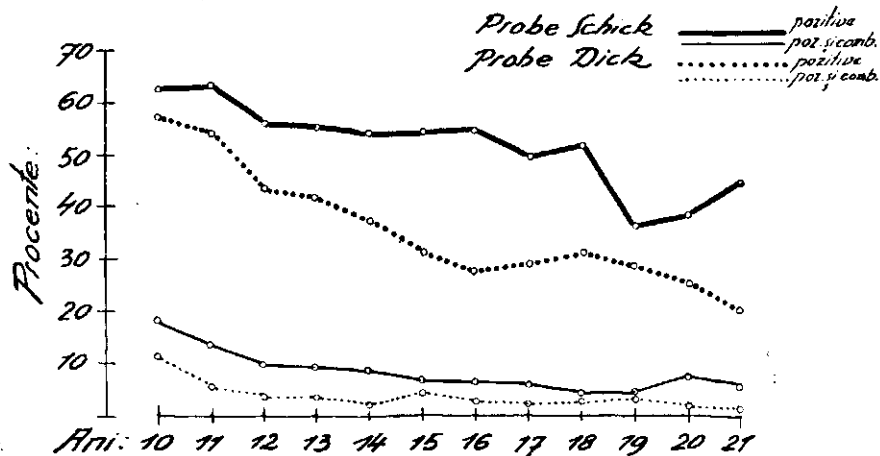
3. Categoria vârstei (preșcolare) de 2—6 ani, vaccinarea mixtă directă (asociată), fără altă probă prealabilă.

Probele Schick și Dick.

La elevii din categoria a doua, adică la cei de 11—18 (20) ani, s'au provocat câte 8961 probe Schick și Dick. Technica a fost executată cu cea mai mare rigoare, iar cetirea lor la 24; 48; 72 ore, ba uneori chiar și la 5 zile, pentru a se elimina posibilitatea erorilor subiective, a fost interpretată de aceeași persoană. La cetirea de 24 ore s'a acordat o deosebită atenție probelor Dick, cari evoluează și dispar repede, iar la 48 ore s'a insistat mai mult asupra probelor Schick. După 48—72 ore și mai târziu s'a clarificat și valorificat falsele reacții.

Pentru a putea studia în raport cu vârsta, frecvența probelor găsite pozitive, alăturat dăm reprezentarea lor grafică. (Grafica Nr. 1).

Frecvența probelor Schick și Dick pozitive și pozitive combinate. (Selecționarea receptivilor)



Grafica Nr. 1.

Tabela Nr. 1.

Repartizarea reacțiilor Schick și Dick obținute se prezintă astfel :

Réactions Schick et Dick chez les enfants de 10—18 ans, avant la vaccination.

R E A C Ț I I				
DENUMIREA	SCHICK		DICK	
	cifr. abs.	%	cifr. abs.	%
Negative	3769	42,1	5090	56,8
Neg. pseudo	55	0,6	69	0,8
Total negative	3824	42,7	5159	57,6
Dubioase (de graniță)	125	1,4	109	1,2
Pozitive	4097	45,7	3269	36,5
Poz. combinate	915	10,2	424	4,7
Total pozitive	5012	55,9	3693	41,2

Aceste 8961 persoane în ce privește rezultatul probelor, au prezentat următoarea repartizare :

D + S +	: 2007 (22,4%)
D + S -	: 1686 (18,6%)
D - S +	: 3005 (33,7%)
D - S -	: 2138 (23,8%)
Dubioase	: 125 (1,5%)

Dacă eliminăm probele negative repartizarea celor 6698 probe pozitive, se prezintă astfel :

D + S +	: 2007 (30,0%)
D + S -	: 1686 (25,1%)
D - S +	: 3005 (44,8%)

Deși, prin cercetările noastre nu dispunem decât de un sector (10—20 ani) dintr'o întreagă grafică, care să prezinte frecvența și evoluția probelor în toate vârstele, totuși, credem necesar de a face unele constatări, în legătură cu experiența din Cluj.

a) Frecvența probelor *Schick și Dick pozitive* este invers proporțională cu vârsta.

b) Media probelor *Schick pozitive* (55,9%) e mai ridicată decât a probelor *Dick pozitive* (41,2%).

c) Frecvența probelor *pozitive-combinate*, este numai ușor influențată de creșterea vârstei.

d) Probele Schick pozitive-combinate sunt în medie de 10,2 %. Prezintă față de totalul probelor pozitive o proporție de 18,3.

e) Probele Dick pozitive-combinate fiind în medie de 4,7% acestea, față de totalul probelor pozitive prezintă o proporție de numai 11,4.

f) Deci probele Schick pozitive-combinate, prezintă un plus de 7,9% frecvență, față de probele Dick pozitive-combinate.

g) Probele dubioase — neclasificabile — numite și de graniță, sunt rare și de o proporție aproape egală (1,4% la Schick și 1,2% la Dick). Pentru orice eventualitate persoanele cu reacții dubioase au fost supuse vaccinării.

h) Probele pseudo-negative, fiind la Schick de 0,6% și la Dick de 0,8%, au frecvența aproape identică.

Coincidența ambelor probe (Dick și Schick) pozitive, raportată la totalul (8961), a probelor, are o proporție de 22,4 și raportată numai față de cele pozitive (6698) ea să ridică la 30,0%.

Dacă rezultatele noastre nu ar avea darul de a fi la unison cu cele obținute în țară sau străinătate, motivele pot fi multe :

În interesul cercetărilor am exclus orice posibilitate de a se lucra fără rufină și experiență.

Am evitat utilizarea de toxină Dick, al cărui termen de întrebuințare se apropia de expirare, întrucât acest material rămâne deficitar în provocarea reacțiilor pozitive și fiindcă favorizează producerea reacțiilor false.

Apoi, nu credem ca bună tehnica, care prevede volumul de 0,1 și nu 0,2 cc. pentru provocarea probelor. Întrucât cantitatea de 0,1 cc. este atât de mică, încât, dacă numai o singură picătură se pierde, cantitatea antigenului să reducă cu 50%. Ori aceasta neplăcere e foarte posibilă. Cauzele: mai ales lipsa de etanșeitate a pistonului sau o tehnică greșită în timpul executării, când se încăleacă epidermul, ori întrebuințarea acelor model mare No. 14 sau 16, care la scoatere (mai ales când vârful e turtit), produc orificiu mare, prin care, în lipsa unei acțiuni de elasticitate a pielii, diluția de toxină se scurge în afară; apoi o anumită cantitate rămâne chiar în lumenul acului.

N'am crezut nici odată într'o analogie între timpul de apariție și dispariție acelor două probe imun-biologice și de aceea nu am prefins o evoluție și intensitate egală, simultan interpretabilă. Deoarece în timp ce probele Schick în medie se mențin 2—3 zile, ori și mai mult, probele Dick, numai dacă sunt intense, le mai găsim la acest timp. Prin urmare, pentru o bună valorificare a probelor, tratamentul în interpretarea lor va fi deosebit.

De obicei, pe un teren vaccinat ori și după epidemii, reacțiunile false devin mai numeroase. În cazurile acestea, în lipsa celui din urmă cu rutină, valoarea unităților statistice colectate, devine dubioasă. Fiindcă în atari situații nu e vorbă numai de extindere sau de roșată, ci și de acel imponderabil care se numește experiență.

Reacțiunea Moloney.

Elevilor de 10—20 ani — înainte de a-i vaccina — le-am provocat reacția Moloney. Datorită acestei reacții, a fost posibilă de terminarea toleranței individuale, față de fiecare anatoxină în parte și terminarea operațiunilor de vaccinare, fără vreun accident într'un mediu social relativ sensibil, cum e cel din Cluj.

Reacția Moloney, constă din administrarea subcutană a unei $\frac{1}{25}$ parte din prima doză (0.50 cc.) de anatoxină, care ar urma să fie administrată la vaccinare.

Tehnica: la serul fiziologic repartizat în eprubete în cantități de câte 9 sau 18 cc., adăugăm cu ajutorul seringii, fiecareia câte unul, respective doi cm.³ de anatoxină și amestecăm. Prin aceasta se obține o soluție de $\frac{1}{10}$, bine omogenizată.

În manopera de preparare a soluției se vor respecta regulile de sterilitate. Din diluția aceasta se va injecta câte 0.2 cc. *subcutan.* Seringile vor fi cele de 2.0 cc. Locul de injecție va fi, fie brațul, fie regiunea scapulo-vertebrală. Conduita recomandată în repartizarea anotoxinelor va fi; *Ramon la dreapta și Dick la stânga.* Ca desinfecțant al pielii, înainte și după administrare, se va întrebuința alcool sau benzină iodată și nu finctură de iod, deoarece finctura de iod maschează interpretarea reacțiilor. Controlul reacțiilor se va face după trecerea alor 2 zile libere, adică la 72 ore.

Criteriile după care reacțiile, la cetirea lor, au fost clasificate în cele patru categorii de grade sunt după clasificarea făcută de noi:

Gradul I. sau lipsă de reacție; când în locul de injecție nu se prezintă nici un semn.

Gradul II. se exprimă printr'un eritem superficial până la 3×3 cm. diametri.

Gradul III. se manifestă printr'un eritem cu substrat edemațiat și ușor infiltrat, cu o întindere, care ajunge la 5×5 cm. diametri.

Gradul IV. este un infiltrat eritematos, a cărui mărime trece peste 5×5 cm. diametri. Are edem exprimat, iar ca fenomene generale, persoana prezintă: subfebrilitate, greață, vărsături, etc.

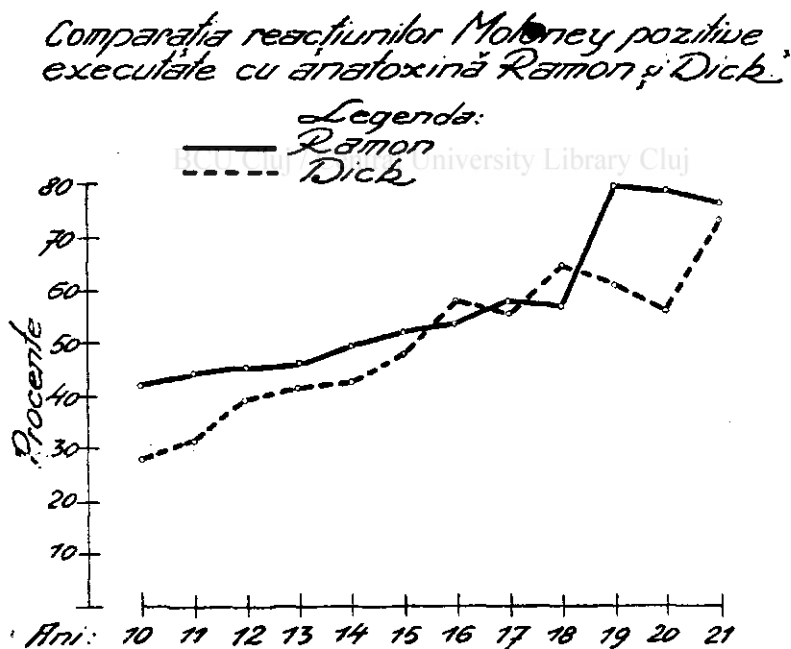
După cetirea reacțiilor Moloney, elevii sub raportul sensibilității lor față de anotoxine, au fost repartizați în patru grupe. Fiecărui grup, îi corespunde un anumit grad, care indică toleranța individuală.

O reacție Moloney pronunțată, denotă o sensibilitate mare, deci o toleranță individuală mică a persoanei față de anotoxina respectivă. Iar lipsa totală a reacției demonstrează, că organismul va suporta administrarea dozei complete.

Prin urmare, lipsa ori prezența reacțiilor, ierarhizate prin gradele

intensității acestora, ne-a permis ca pentru fiecare elev, să putem determina și fixa doza optimă și individualizată, care trebuie să i se administreze. Doza este optimă, când deține o putere antigenă dorită și individualizată, întrucât acomodată fiind organismului respectiv, va elimina șocurile brutale ale reacțiilor mari.

Cu toate acestea, valorificarea reacției Moloney nu a fost ușoară. Deoarece Ramon mult anterior, fixase cantitatea minimă de antigen necesară pentru conferirea imunității și anume: cel puțin 60 unități anatoxine. Desigur, că doctrina lui Ramon, rămâne lege bine stabilită, dar cu valabilitatea numai în anumite împrejurări. Dat fiind, că valabilitatea este legată de starea de sensibilitate a individului, care are o frecvență și intensitate progresivă cu vârsta. Dovada o oferim prin reprezentarea grafică alăturată:



Grafica Nr. 2.

Examinând numai elementar înregistrările de mai sus, se desprind următoarele:

1. Sensibilitatea față de anatoxine, este progresivă cu vârsta.
2. Sensibilitatea este mai frecventă față de anatoxina Ramon, decât față de anatoxina Dick.

Revenind la valabilitatea celor 60 unități anatoxice, din cele de mai sus rezultă că prin vaccinarea cu doze integrale, a unei persoane care are de ex. 18 ani și care la proba Moloney, prezintă o reacție exprimată de gradul IV,, am acționa cu risc și inutilitate. Riscul, ar rezulta prin obținerea unei reacții mari, nedorite, consecutivă sensibilității nebănuite ori nesocotite. Inutilitatea ar fi, deoarece având de a face cu un organism care deține o alergie celulară, pentru a-i conferi imunitatea, nu se recer doze integrale. Intrucât în aceste cazuri, toleranța dificilă a anatoxinei, este cu prisosință compensată prin puterea reacționantă a organismului, ceea ce are drept consecință tot protecția individului.

În fixarea dozelor integrale și la nevoie fracționate, care urmează a fi administrate, pe lângă gradul reacției Moloney, — ca indicatoare de toleranță — am mai ținut cont și de diferența de 0.5 cc în plus, pe care o are anatoxina Dick la doza III^a, față de anatoxina Ramon. Diferența aceasta se datorește faptului, că în vederea unei potențări a imunității antiscarlatinoase, la doza III^a, în loc de 1.5 cc anatoxină Dick, am administrat 2.0 cc.

În tabela care urmează redăm dozele adecuate gradelor de toleranță, întocmite de unul dintre noi (Dr. David P.) în urma experiențelor din Cluj. (Vezi tab. Nr. 2).

Deși dozele din tabelă revenite gradelor IV sau III Moloney, dețin numai un număr redus, de 16 U. A. sau 19.500 S. T. D. respective 30 U. A. sau 45.500 S. T. D. Ramon și Dick, totuși această cantitate este capabilă, ca persoanei sensibilizate și cu o stare de imunitate potențială să-i confere o stare de imunitate activă, față de toxinele respective. Spre deosebire de persoanele hiposensibile, la care procesul de imunizare este o problemă dificilă, persoanele cu sensibilitate celulară ar putea fi considerate ca unele, care fac parte din categoria de trecere dela starea de receptivitate, spre imunitate. Dacă acestor persoane sensibile față de anatoxină li-se administrează minima lor doză de antigen, sau așa zis-a doză de declanșare, organismul lor dotat fiind cu o stare de imunitate potențială, va trece într-o stare de imunitate activă.

Deci, în stabilirea dozelor fracționate, am avut în vedere existența unor persoane sensibile, dar ierarhizabile cu ajutorul reacției Moloney.

Tehnica vaccinărilor.

Sub 10 ani fiecărui copil i-s-a administrat simultan, în trei etape, câte 3 injecții subcutane, anatoxină (difterică) Ramon, amestecată cu anatoxină (scarlatinoasă) Dick, primind acest procedeu numele de vaccinare mixtă sau asociată.

Dozajul este următorul: a) La anatoxina Ramon :

I-a injecție	0.5 cc.
a II-a	"	1.0 cc.
a III-a	"	1.5 cc.

b) La anatoxina Dick :

I-a injecție	0.5 cc.
a II-a	"	1.0 cc.
a III-a	"	2.0 cc.

Tab. Nr. 2.

Tabel indicator de doze pentru vaccinarea individualizată.

Tableau pour doses fractionnées et individualisées au dessus de l'âge de 10 ans

Simptomele probei Moloney provocate prin injectarea subcut. à 0,2 cc. din dil. $\frac{1}{10}$ de anatoxină și ser fiziologic	Clasificarea reacțiilor după grade	DOZE DE ANATOXINE IN CC. Metodă asociată ori disociată												Unități anatoxice S. T. D. și revenite dozei globale		
		Doza I			Doza II			Doza III			Doza IV			Ramon	Dick	Mixte
		Ramon	Dick	Mixte	Ramon	Dick	Mixte	Ramon	Dick	Mixte	Ramon	Dick	Mixte			
Lipsă de reacție, când în locul de injecție nu se manifestă niciun semn.	I.*	0,50	0,50	1,00	1,00	1,00	2,00	1,50	2,00	3,50	nu este			75	105,000	75 U. A. + 105,000 S. T. D.
Eritem superficial cu dimensiunea până la 3×3 cm. diametri.	II.**	0,25	0,25	0,50	0,50	0,50	1,00	0,70	0,90	1,60	1,10	1,40	2,50	63	91,500	63 U. A. + 91,000 S. T. D.
Eritem edemațiat și ușor infiltrațat, cu întinderea între 3×3 și 5×5 cm. diametri.	III.**	0,10	0,10	0,20	0,20	0,20	0,40	0,30	0,40	0,70	0,60	0,80	1,40	30	45,000	30 U. A. + 45,000 S. T. D.
Infiltrat, eritematos și edemațiat de mărimea peste 5×5 cm. diametri, iar ca fenomene generale: subfebrilitate, greață, vărsături etc.	IV.**	0,10	0,10	0,20	0,10	0,10	0,20	0,15	0,20	0,35	0,30	0,40	0,70	16	19,500	16 U. A. + 19,500 S. T. D.

* Injectare cu doze integrale.

** Injectare cu doze fracționate.

¹ Un cc. = cu 25 U. A.² Un cc. = cu 30,000 S. T. D.

Intervalele de vaccinare au fost: între prima și a doua injecție 3 săptămâni, iar între a doua și a treia, 2 săptămâni. (În ce privește dozele fracționate: vezi dosarul în tabela Nr. 2 ; a 4-a injecție după 2 săptămâni).

Badionarea s'a executat numai cu tinctura de iod. Locul de injecție fiind brațul stâng, la jumătate distanță pe linia acromio-olecraniană.

Nu s'au vaccinat copiii suferinzi de: nefrită, turburări cardiace, tuberculoză, coree, histerie, tetanie, epilepsie, piodermii, febricitanții, deasemenca și cei care anterior au fost vaccinați cu anatoxină, dacă acestia au făcut dovada valabilă.

În executarea operațiunilor de vaccinare am ținut cont de următoarele:

a) Fiolele conținătoare de anatoxină, înainte de întrebuițare s'au controlat, dacă sunt ermetice închise și dacă prezintă claritatea necesară.

b) Seringile și acele s'au sterilizat numai prin fierbere. E contraindicată sterilizarea prin ținerea lor în alcool (precipitațiuni !)

c) Se recomandă a lucra cu seringi mari. Amestecul se face în baloane Erlenmayer — prealabil sterilizate — pe lângă al căror dop de vată se introduce un ac model Douglas lung de 18—20 cm., având biseau-ul tăiat. Datorită acestui ac încărcarea seringilor se face expeditiv și steril. Pentru evitarea oricărei posibilități de infecție a materialului, armatura externă a acului se acopere — după flambare —, cu capatul obținut din deschiderea fiolei.

d) Pentru doza a III-a, în care administrăm 2,0 cc. anatoxină Dick față de 1,5 cc. Ramon, amestecul se face: 3 fiole Ramon și 4 fiole Dick.

e) Acele cele mai potrivite dozelor I și II, vor fi de Nr. 14, iar pentru doza III, Nr. 12.

Copiii după vaccinare nu vor face eforturi fizice timp de 24 ore. Pentru calmarea eventualelor reacții: comprese reci.

Pentru a ne convinge de avantajele vaccinărilor asociate, prezentăm următoarea situație: (Vezi Tabela No. 3).

Tab. Nr. 3.

Totalitatea dozelor de anatoxină Ramon și Dick administrate și repartizate după procedeele de executare.

Numero des dozes administrées pendant la vaccination.

Denumirea	CALITATEA materialului	D O Z E		
		numărul	integrale	fracționate
Asociat	doze mixte de anatoxine Ramon și Dick	42.654	38.846	3.808
Disociat	anatoxină Ramon	8.157	3.249	4.908
	anatoxină Dick	4.709	2.609	2.100
Doze total general		55.520	44.704	10.816

Tabela Nr. 4.

Copii și elevi de 2—20 ani, vaccinați direct cu doze integrale și cu doze fracționate.

Ont être vaccinés complètement et incomplètement :

Procedul urmat		Copii între 2—20 ani	Vaccinați complet						Vaccinați incomplet											
			Total		3		4		Total		doze integrale				doze fracționate					
					doze integrale		doze fracționate				2		1		3		2		1	
			C.	%	C.	%	C.	%	C.	%	C.	%	C.	%	C.	%	C.	%	C.	%
Asocial	receptivi neselectionați	13.059	11524	88,2	11524	100,0	—	—	1535	11,8	790	51,5	745	48,5	—	—	—	—	—	—
	receptivi selecționați, prin probele Dick și Schick	¹⁾ 2.043	1803	88,2	963	95,7	840	4,3	240	11,8	50	20,8	10	4,2	113	47,1	42	17,5	25	10,4
	Total	15.102	13327	88,2	12487	93,7	840	6,3	1775	11,8	840	47,3	755	42,5	113	6,6	42	2,3	25	1,3
Disocial	antidifteric cu proba Schick pozitivă	²⁾ 2.375	2142	90,2	1029	48,0	1113	52,0	233	9,8	50	21,5	10	4,3	110	47,2	42	18,0	21	9,0
	antiscarlatinos cu proba Dick pozitivă	³⁾ 1.445	1330	92,0	841	63,2	489	36,8	115	8,0	34	29,6	18	15,7	32	27,8	17	14,8	14	12,1
Totalul copiilor și elevilor vaccinați		18.922	16799	88,8	14357	85,5	2442	14,5	2123	11,2	924	43,5	783	36,9	255	12,0	101	4,8	60	2,8

¹⁾, ²⁾ și ³⁾ aparțin vârstei de : 10—20 ani.

Tabela Nr. 5.

Cifra totală a vaccinărilor antidifterice și antiscarlatinoase repartizate după maladie.
Vaccinations par maladie.

Felul vaccinărilor	Cifra vaccinărilor	Vaccinări complete					
		Total		3 doze integrale		4 doze fracționate	
		C.	%	C.	%	C.	%
Antidifterice	17.477	15469	85,5	13516	87,4	1953	12,6
Antiscarlatinoase	16.547	14567	88,6	13328	90,9	1329	9,1
Total antidifterice și antiscarlatinoase	34.024	30126	88,5	26844	89,1	3282	10,9

V a c c i n ă r i i n c o m p l e t e											
TOTAL		doze integrale				doze fracționate					
		2		1		3		2		1	
C.	%	C.	%	C.	%	C.	%	C.	%	C.	%
2008	11,5	890	44,3	765	38,1	223	11,1	84	4,2	46	2,3
1890	11,4	874	46,2	773	40,8	145	7,8	59	3,1	39	2,1
3898	11,5	1764	45,3	1538	39,4	368	9,4	143	3,7	85	2,2

După cum se vede din tabelă, vaccinărilor asociate le revine un număr de 42,654 injecții prin cari s'au administrat 84,708 doze din anatoxina Ramon și Dick. Aceasta înseamnă o economie de muncă de 100⁰/₀.

*

Pentru a putea aprecia valoarea organizării vaccinărilor din Cluj, precum și a pierderilor înregistrate prin neprezentarea elevilor la dozele următoare, prezentăm tabela No. 4.

Concluzia este, că din cei prezentați la prima doză am reușit să vaccinăm complet 88,8⁰/₀, incomplet 11,2⁰/₀.

*

Tabela No. 5 ne arată repartizarea vaccinărilor efectuate după felul materialului.

Vaccinarea antiscarlatinoasă mai redusă e datorită receptivității mai scăzute. (Vezi și tab. Nr. 1).

Concluziuni.

Probele Schick și Dick înainte de vaccinare (la selecționare)

1. Intrucât, peste vârsta de 10 ani, cifra imunilor față de difterie e de 42.2%, iar la scarlatină 57.6%, în vederea vaccinărilor peste această vârstă, și recomandă o prealabilă selecționare a receptivilor, prin probele imun-biologice: *Schick și Dick*.

2. Frecvența probelor pozitive Schick și Dick diminuează direct proporțional cu vârsta; scăderea e mai mare la Dick.

3. Proporțional, probele Schick pozitive-combinate sunt mai numeroase, decât probele Dick pozitive-combinate.

4. Probele pseudo-neg. au frecvență aproape identică, (Schick 0.6% iar Dick 0.8%).

5. Proportia ambelor probe (*Schick și Dick*) pozitive, raportată la totalul probelor pozitive e de 30%.

6. La probe se recomandă utilizarea unei toxine cât se poate de proaspătă.

7. Să se întrebuițeze numai ace fiine (Nr. 18—20) și cu ascuțiș perfect.

8. S. T. D. să se cuprindă în 0.20 cc. și nu în 0,10 cc.

9. Cefirea să se facă de una și aceeași persoană, rufinată.

10. Pentru a avea rezultate precise e nevoie ca probele să se cefască la 24, 48 și 72 de oare. Pentru eliminarea reacțiilor false se indică — uneori — cefirea la Schick, chiar și mai târziu. Dick apare și dispare repede, Schick apare mai târziu și perzistă.

Reacția Moloney.

11. Dupăce copii de peste 10 ani s'au selecționat prin probele Schick și Dick în receptivi și imuni, în vederea operațiunilor de vaccinare, e neapărată nevoie ca să se procedeze la depistarea sensibilității individuale — față de anatoxine — prin reacția Moloney.

12. Sensibilitatea față de ambele anatoxine se mărește direct proporțional cu vârsta.

13. Se dă o tabelă (Dr. David), despre dozele optime individuale și fracționate, la sensibili cari nu pot fi tratați cu doze integrale.

Résumé. — *Les auteurs ont vacciné dans la ville de Cluj, contre la fièvre scarlatine et la diphtérie plus de 17.000 enfants de 2 à 18 (et vingt) ans. Ceux qui ne surpassaient pas encore les 10 ans recevaient la vaccination simultanée et mixte; ceux qui étaient plus âgés furent sélectionnés par épreuves cutanées Schick et Dick. Les Schick et Dick positifs ont reçu le vaccin mixte; aux positifs unilatéraux on a inoculé à chacun l'antigène respectif. Les Schick et Dick se montrent négatifs progressant avec l'âge: les Dick positifs sont moins fréquents que les Schick (voir le graphique). Les Schick positif combinés sont aussi plus nombreux.*

Les auteurs insistent sur la nécessité de contrôler trois fois les épreuves: à 24, 48 et 72 heures. Les épreuves Schick sont plus persistantes que les Dick qui le sont beaucoup moins.

Dès 10 ans on est obligé de faire une nouvelle sélection par l'épreuve Moloney, pour éviter les réactions trop graves.

Aussi, cette épreuve permet-elle de fixer des doses fractionnées et individuelles.

La sensibilisation s'accroît avec l'âge et elle est presque parallèle pour les deux antigènes.

Ensuite les auteurs donnent les détails sur la technique des épreuves Schick, Dick et Moloney et sur l'organisation de la vaccination en masse. Ils recommandent de faire la mixture dans des balons Erlenmeyer stérilisés pourvus d'une canule Douglas de 18 cm., pour pouvoir aspirer directement dans la seringue.

Familii degenerate și costul lor pentru societate și stat.

de

I. FĂCĂOARU

Într'un articol anterior¹ ne-am ocupat de „Inmulțirea disgenicilor și costul lor pentru societate și stat“. În rândurile ce urmează privim un aspect al aceleiași probleme și înfățișăm câteva familii inferioare celebre, în cari un mare număr de degenerați, câteva sute sau câteva mii, se reduc uneori la o singură pereche în care unul din părinți sau ambii sunt ereditari tarași. Reproducerea nestingherită a doi degenerați este punctul de plecare al unui convoi nesfârșit de ființe condamnate fără vină la o existență inumană plină de suferințe pentru ei, inutilă sau primejdioasă pentru comunitate.

Familia Kallikak, este dintre cele mai bine studiate familii disgenice. Este poate cea mai indicată familie pentru studiul eredității deficienței mintale și constituie prin exactitatea datelor și a originii

¹ „Bul. Eug. și Biop.“. 1935. Nr. 4-6.

acestei familii o vastă experiență de genetică umană. Studiul acestei familii s'a făcut sub direcția lui Goddard, directorul unui Institut de Anormali din Vineland (New Jersey). O împrejurare întâmplătoare făcu să se descopere familia Kallikak. Școala de debili mintali voia să afle date precise asupra unei fete anormale internate în 1897 la vârsta de 8 ani. În acest scop instituția și-a pregătit un personal feminin cu vii interese sociale și cunoaștere de oameni. Aceste ajutoare — „field workers“ sau „rechercheurs“ — au identificat rudenia unui mare număr de familii atinse de anomalii mintale. Cercetările au fost extinse în trecut asupra mai multor generații: se bănuia anume existența vreunui strămoș comun afins de o anomalie similară, care ar fi lămurit fenomenul din p. d. v. ereditar. Ajunse la câte un punct mort, când orice altă informație părea imposibilă, asistentele erau nevoite să-și întrerupă investigațiile. Ajutate de vreo întâmplare, ele găseau un nou drum. S'au luat cu mare grijă date amănunțite despre fiecare persoană, despre toți indivizii unei generații; constituția, ascendența, descendența. „Surprinzător și spăimântător“ — raportează o echipă — „era faptul, că ori încotro ne-am îndreptat pașii, în speluncile marelor orașe, în care unii erau aciuaji sau în munți îndepărtați; indiferent dacă era vorba de a doua sau a șasea generație, — peste tot s'a găsit o îngrozitoare defectivitate“. Cercetările au stabilit existența aceleiași familii cu două ramuri: o ramură normală ai cărei membri s'au distins în domeniul cultural și politic și o altă ramură inferioară cu membri disgenici în toate generațiile.

Strămoșul comun al acestor familii este Martin Kallikak. În timpul războiului american de independență (1775) Martin — care era un tânăr normal și sănătos — avu relații nelegitime cu o deficientă mintală, fiica unui cârciumar. Copilul nelegitim rezultat, primi numele întreg al tatălui său natural. Acest Martin Kallikak junior era imbecil ca și mama lui și a fost identificat ca răs-străbunicul imbecilei, care a servit ca punct de plecare al cercetărilor. După terminarea războiului, Martin senior s'a căsătorit cu o tânără dintr'o familie bună. Ramura normală cuprinde 496 de urmași în 6 generații. Toți sunt cetățeni cu vază, pe toate treptele vieții sociale. Sunt printre ei: comercianți, avocați, moșieri, medici, pedagogi și magistrați. „Printre aceștia nu se găsește niciun imbecil, niciun copil nelegitim, nicio prostituată, niciun om depravat, niciun epileptic, niciun criminal, niciun proxenet“. Din acești 496 descendenți, 15 copii au murit la o etate timpurie, 2 indivizi erau dedați băuturii, iar unul a suferit de manie religioasă.

Din căsătoria lui Martin junior cu o femeie normală, au rezultat 10 copii, dintre cari normali erau numai 2. Alți 2 au murit de timpuriu, iar despre unul nu se știe nimic. Ceilalți 5 au fost deficienți mintali¹, imbecili, alcoolici, depravați sau epileptici. Unele din familiile ramurei degenerare au fost foarte mari — într'un caz 15 copii. Din cei 480 de urmași din ramura degenerată s'au obținut date privind 378 de indivizi. Din aceștia 72 (21.7%) au murit de timpuriu, iar 46 (12.2%) erau normali. Restul, adică 250 (66.1%) indivizi erau degenerați.

143 (57.2%) imbecili	8 (3.2%) proxeneți
36 (14.4%) nelegitimi	3 (1.2%) epileptici
33 (13.2%) prostituate	3 (1.2%) criminali
23 (9.6%) alcoolici	

Interesant pentru intensitatea eredității deficienței mintale este faptul stabilit de Goddard din 222 de copii, cari proveneau din 41 perechi cu ambii părinți deficienți mintali, numai 2 erau considerați normali; aproape totalitatea copiilor (99.1%) erau deficienți mintali (2).

Familia Jukes (Statele Unite) a fost studiată de Dugdale până în anul 1877, iar după acest an până în 1915 de către Estabrook. Punctul de plecare al acestei familii de degenerați este Ada Jukes — „mama criminalilor“. Doi frați Jukes au luat în căsătorie 5 surori degenerare. Printre cei 2094 de urmași în 9 generații găsim toate simptomele degenerării. În acest număr intră și cei 726 indivizi de sânge x — streini de clan. Distribuția membrilor clanului este următoarea:

¹ Lămurim conceptul „deficiență mintală“, care ar putea să fie neclar pentru nespecialiști. Noțiunea nu se referă numai la nivelul intelectual, ci și la finja morală. Echivalentul englez este „moral insanity“, cel german este „moralischer Schwachsinn“. Näcke — citat de G u d d e n, înglobează în „moral insanity“ imbecilitatea, anomiile dispoziționale ciclice și debilitatea mintală propriu zisă caracterizată prin: slăbiciunea judecăți, superficialitate, gândire fantastică și o pronunțată înclinare pentru minciună; irascibilitate exagerată, determinabilitate ușoară, lipsa afecțiunii și devotamentului pentru părinți și frați, lipsa sentimentelor superioare: a sentimentului datoriei, a simțului pentru bunăstarea comunității, a simțului patriotic, a compătimirii. Apoi egoism, vanitate, hipertrofiată conștiință de sine și needucabilitate. Multe din aceste trăsături se întâlnesc la negrii din Statele-Unite, iar personal am găsit că ele caracterizează majoritatea Țiganilor dintr'o colonie de lângă Cluj.

378 (25.5%)	morți în copilărie
366 (24.9%)	pauperi profesioniști
282 (19.0%)	depravați
272 (18.4%)	prostituate
171 (11.5%)	criminali
10 (0.7%)	uciși de alți criminali
<hr/>	
1479	

Școlăritatea a 974 indivizi din familia Jukes era: 62 bine (6.4%), 288 (29.6%) suficient, 458 (47.0%) erau întârziți mintali cu 2 sau mai mulți ani, iar 166 (17.0%) n'au frecventat deloc nicio școală. Jumătate din indivizii acestei familii sunt anormali, incapabili de a viețui în mijlocul societății, răspunzând scopurilor ei, lipsiți de ambiții și ideal în viață. Toți criminalii din această familie sunt deficienți mintali și influența instituțiilor penale este neînsemnată. În schimb sunt de reținut concluziile privitoare la influențele de ordin educativ: prin schimbarea mediului intervine oarecare ameliorare. Din 4 copii educați în instituțiile publice, 1 se îndreaptă: este un rezultat foarte bun, în comparație cu alte încercări asemănătoare complet negative. Dugdale evaluează la peste 1000 dolari suma cheltuită de stat cu fiecare din membrii familiei. Statul New-York a cheltuit în 75 de ani peste 1,700.000 dolari cu acești degenerați.

Familia Zero din Xand (Elveția), studiată de Jörger, descinde din morarul Andreas Zero, născut în 1639. Soția lui era o rudă de sânge cu el și descindea dintr'o familie, în care exista o alienată prin 1713, care a sfârșit prin sinucidere. Din cele trei linii ale acestei familii, două sunt normale, iar a treia este degenerată prin căsătorii cu persoane de calitate biologică inferioară. Din căsătoria unui bărbat cu o italiancă, vagabondă degradată, rezultă un fiu, care moștenise defectele mamei și care la rândul său se căsătorește cu o femeie dintr'o familie germană vagabondă. Această pereche de defectivi este punctul de plecare al mai multor generații cu peste 300 de degenerați: vagabonzi, cerșetori, alcoolici, criminali, imbecili și alienați. În 1905 erau în viață și cunoscuți 190 indivizi din această familie.

Sunt înclinați către nomadism, cosmopoliți, fără simțul onoarei, neprevăzători, leneși, dedați cerșetoriei, alcoolismului și exceselor sexuale. Lipsiți de simțul de familie, copiii n'au afecțiune și respect pentru părinți, iar mamele își neglijează copiii. Mincinoși și lipsiți de căință în urma unei crime. Din cei 300 de indivizi, 62 (20%) sunt copii nelegitimi. Mortalitatea infantilă printre copiii nelegitimi este de

50%. De reținut este experiența educativă făcută cu copiii din familiile Zero. Prin 1861—63 un energic preot din ordinul Capucinilor întreprinse o radicală îndreptare a lor. El a adunat două categorii de copii: unii erau copii de săteni săraci, sau rămași orfani și alții erau copii din familia Zero, pe cari el i-a luat uneori cu forța dela părinți, dându-i pentru creștere locuitorilor mai înstăriți din parohia lui, sau din satul vecin.

Rezultatul: copiii din prima categorie au rămas la părinții adoptivi devenind buni gospodari. Copiii familiilor Zero, sau au fugit după scurtă vreme, sau au fost ademeniți de ai lor. „Unul singur din acești copii (Zero) adoptați rămase până la ieșirea din școală la părinții lui adoptivi, dar nu s'a ales mai pe urmă nimic din el“. Nu există un singur caz de îndreptare în această familie (3).

Familia descrisă de Poellmann provine dintr'o bețivă, care în 5—6 generații a produs 834 de descendenți. Din aceștia este cunoscută istoria a 709. Acești 709 erau:

107 (15.4%)	nelegitimi;
162 (23.4%)	cerșetori;
164 (23.6%)	prostituate;
130 (18.7%)	criminali;
64 (9.2%)	internați în azile;
60 (8.7%)	hoți;
7 (1.0%)	ucigași.

Niciunul dintre ei n'avea școala primară. Numai 20 învățaseră o meserie, iar 10 dintre ei învățaseră meseria în închisoare. Acești degenerați au pricinuit statului american cheltueli de peste 1,250.000 dolari (4).

Familia „L“ (Pennsylvania) indică aceeaș dispoziție nomadică și iresponsabilă. Despre nici unul din membrii acestei familii nu se poate spune că este pozitiv rău, sau că e un turburător al ordinii în regiunea în care locuiește. În schimb, unii sunt epileptici și imbecili. Perechea inițială era inferioară: tatăl era bețiv, iar mama era incapabilă să se îngrijească de copii. Ei și cei 12 copii ai lor au trăit din ofrande publice. Din acești copii, 10 au devenit adulți; 9 s'au căsătorit având la rândul lor numeroși urmași. Nimeni dintre ei n'a avut ocupație statornică: au trăit din mila publicului, având grijă, ca în peregrinările lor să se stabilească în regiunile cu o populație milostivă. Prin moartea fiului mai în vârstă (din cei 9) au rămas 7 copii orfani.

Toți au fost luați în îngrijire de către streini generoși. Deși au fost dați la școală, niciunul din ei n'a făcut progres: trei din ei n'au putut învăța să citească, iar restul au ajuns să citească cu mare greutate. Dintre ei numai doi au rămas celibatari, ceilalți au produs a 4-a generație. Copiii celorlalte familii sunt întârziși, defectivi sau bolnavi, iar familia celui de al 4-lea fiu era în momentul cercetării în sarcina districtului.

Stocul biologic inferior al familiei „L” constituie un exemplu de acumularea unor defecte, cari fără a face din purtătorii lor o amenințare pentru societate, fac din ei un balast social. Cei doi dependenți din prima generație au produs 32 de dependenți și semi-dependenți până în a 3-a generație. Societății îi rămâne perspectiva de a vedea măritându-se numărul defectivilor dela o generație la alta cu creșterea corespunzătoare a sarcinilor materiale ce i se impun (4).

Lista familiilor degenerate e lungă. Menționăm după Sodler (4) *tribul lui Ishmael*, cu 1692 de indivizi în 6 generații: vagabonzi, ucigași, hoți și 121 prostituate cunoscute. Este acelaș tablou al „degenerării și parazitismului social” extins între strămoșii criminali din sec. XVII și „hoardele de criminali vagabonzi și descendenții defectivi de azi”.

Familia Owen numără 1750 de indivizi disgenici printre cari 121 prostituate cu un mare număr de delincvenți și ucigași.

Familia Nam — studiată de Estabrook și Davenport — cuprinde 1795 de indivizi. Jumătate din aceștia sunt tarași ereditari: deficiență mintală, diverse boli, criminali, etc. Degenerații acestei familii au impus statului New-York până la data studiului „cheltuială de 1,500.000 dolari.

Familia Hill — studiată de Danielson și Davenport — trăește într'o regiune mănoasă, împrejurare care nu ameliorează pauperismul membrilor ei: Cam 50% din indivizi sunt deficienți mintali și delincvenți: $\frac{1}{3}$ din totalul delictelor întregului district sunt făptuite de către indivizi din această familie.

Tablouri asemănătoare ne oferă numeroase alte familii disgenice ca Dacks, Hickory, Piney, Sixty, etc. Dacă s'ar întreprinde cercetări amănunțite și în alte țări, s'ar găsi situații analoage aceloră din Statele Unite și Elveția. Lundborg a descoperit un trunchiu de 377 familii în Suedia cu 2232 de indivizi disgenici, pe cari i-a urmărit în șapte generații (1).

Din cercetările personale făcute asupra delincvenților dela închisoarea tribunalului din Cluj (ale căror rezultate parțiale au fost co-

muncate în Congresul național de psihiatrie din 1934) reiese, că în aproape totalitatea cazurilor, un criminal periculos (recidivist) nu este singurul disgenic într'o familie. Găsim simptome patologice variate și la ceilalți membri din familiile înrudite colateral. În câteva cazuri, în cari era vorba de familii domiciliate în Cluj, n-a fost posibil să urmărim 5—6 generații în ascendență. Cu cât simptomul degenerării e mai grav (mai primejdios) cu atât numărul rudelor disgenice este mai mare și simptomele acestora mai grave.

Urmărind tarele ereditare și proporțiile de disgenici în familiile delincvenților din închisoarea Cluj (constatări comunicate la congresul național de psihiatrie 1934) și în familiile inferioare celebre, reies câteva *concluzii* de reținut:

1. Din considerarea celor trei familii disgenice, Jukes, Zero și „L”, cu ai căror copii s'au făcut fără intenția autorilor lor adevărate experiențe pentru a stabili forța factorului mediu-educație față de forța factorului ereditate, rezultă, că ereditatea este într'o mult mai mare măsură ca mediul, factorul determinant al individualității și al soartei omului. Asupra copiilor din ultimele două familii, schimbarea mediului n'a avut nicio influență. O ușoară ameliorare avem în cazul copiilor din familia Jukes: 25% dintre ei s'au îndreptat¹.

2. Cum e și firesc, toate familiile disgenice — fără excepție — constituie un balast social, care împiedică progresul prin aceea că: frăesc pe socoteala comunității, impun statului sarcini financiare grele, sustrăgându-le altor scopuri de interes național și micșorează eficiența și vitalitatea națiunii, deteriorând corpul etnic.

3. Cu toată mortalitatea mai mare în aceste familii, prolificitatea lor este cu mult mai mare față de aceea a familiilor înzestrate, iar înmulțirea lor este mai accelerată ca a populației generale și cu totul disproporționată față de înmulțirea familiilor bine înzestrate. Dar despre prolificitatea disgenicilor — care va constitui a treia parte a problemei disgenicilor — ne vom ocupa cu alt prilej.

¹ După părerea mea această „îndreptare” nu trebuie interpretată în sensul că copiii deși erau purtători de dispoziții ereditare antisociale educația i-a schimbat totuși în elemente sociale. Dacă acest fapt ar corespunde adevărului, ar fi trebuit ca toți copiii să se fi îndreptat. În realitate, cei 25% copii îndreptați n'aveau dispoziții naturale inferioare și sau erau buni din capul locului sau „căutatea” lor era aparentă, urmare a mediului rău. În mediul normal de mai apoi — reacțiune normală.

4. Simptomele printre urmași sunt similare simptomelor înaintașilor. În familiile Kallikak și „L” spre pildă, nu sunt criminali, cum e cazul cu familia Jukes, sau cu aceea descrisă de Poellmann. Lucru pe deplin explicabil: în primele două cazuri capii liniilor disgenice sunt deficienți mintali, în celelalte două cazuri strămoșii sunt criminali.

5. Eugenistii, cari au studiat familiile disgenice menționate consideră ca o pată a civilizației noastre incapacitatea statului modern de a stăvili înmulțirea acestor desmoșteniși ai soartei. Ocrotirea disgenicilor este de așa natură, încât societatea și statul le înlesnește direct înmulțirea. Pentru remedierea acestor stări de lucruri nu există decât o singură soluție: să se facă imposibilă reproducerea degenerațiilor indiferent pe ce cale, prin izolarea lor sau prin sterilizarea lor eugenică.

Zusammenfassung. — Der Verfasser behandelt das biologische und soziale Schicksal einiger berühmter minderwertiger Familien. Er führt die Anzahl der erblich belasteten Mitglieder an, das Wesen ihrer Minderwertigkeit und die durch sie verursachten Kosten für Staat und Allgemeinheit.

Bibliografie.

1. Făcăoaru, I.: Soziale Auslese, Cluj, 1933.
2. Holmes, S. J.: The eugenic predicament. N. Y. 1933.
3. Jö rger, J.: Die Familie Zero. Arch. f. R. • Ges. • Biol. Bd. 2 (S. 494—559).
4. Sadler, W. S.: Race Decadence, London, 1923.

O anchetă socială asupra frecvenței tuberculozei în mediul școlar rural din Județul Mureș.

de
Dr. BECULESCU-PASCU MARGARETA
și
Dr. PASCU DUMITRU

Alarmați de numărul mare al copiilor bolnavi cu tuberculoză ce s'au prezentat la consultațiile noastre ca medici de circumscripții rurale, am hotărât să facem o anchetă socială printre copiii de școală, spre a vedea dacă în întreaga circumscripție sunt același procent de copii bolnavi, sau numai în anumite comune.

Ancheta s'a făcut pe un număr de 222 copii, cari frecventează școalele primare din comuna Șincai și Râciu jud. Mureș. Mijloacele prin cari am depistat copiii cu focare active sau latente de tuberculoză au fost: Reacția Mantoux, examenul radiologic și clinic.

Reacția Mantoux am făcut-o cu tuberculină, ce am primit-o dela Institutul de Igienă din București, în stare brută, am folosit-o în soluție de 1 : 6000, injectând fiecărui elev 0,2 cm. intradermic. Soluția a fost preparată proaspăt și cititul rezultatului s'a făcut după 24 și 48 ore. Drept maror am folosit bulion concentrat și diluat în soluție de 1 ; 6000.

Examenul radiologic l-am făcut împreună cu Dr. Ursache specialist în radiologie și radiolog al Spitalului de stat din Tg-Mureș, aducându-i prin aceasta mulțumirile noastre. Transportul copiilor s'a făcut cu mașina-camionetă, cu care deobicei se transportă bolnavi la Spitalul epidemic, bineînțeles că prealabil a fost desinfectată.

Soluția de tuberculină 1 : 6000 credem că a fost prea concentrată și ar trebui la punerea în evidență a focarelor latente să se întrebuințeze o soluție mai diluată, căci la câțiva copii am observat exacerbări ale focarelor latente de tuberculoză.

În același timp s'au făcut și examinări asupra gradului de nutriție al copiilor.

Reacția Mantoux la școlarii din comuna Șincai în 1935.

Tabela Nr. 1.

VÂRSTA	Nr. copiilor						
	Total	Positivi		Sexul		Positivi	
		Cifra	%	Băieți	Fete	Băieți	Fete
1-6	10	4	40,0	9	1	4	—
7	4	2	50,0	2	2	1	1
8	10	4	40,0	3	7	1	3
9	15	8	53,3	8	7	6	2
10	21	7	33,3	10	11	5	2
11	22	14	69,0	12	10	9	5
12	15	8	53,3	10	5	6	2
13	14	10	71,4	9	5	8	2
14	8	6	75,0	6	2	4	2
Total	119	63	52,9	69	50	44	19
						69,8%	30,2%

Privind tabloul cu reacția Mantoux la școlarii din comuna Șincai, observăm un procent de 69,8 reacții Mantoux pozitive la băieți și numai 30,2 reacții pozitive la fete. Explicația acestui fapt îl găsim privind tabloul cu subnutriția acestor copii.

Reacția Mantoux la școlarii din comuna Râciu în 1935.

Tabela Nr. 2.

VÂRSTA	Nr. copiilor						
	Total	Pozitivi		Sexul		Pozitivi	
		Cifra	%	Băieți	Fete	Băieți	Fete
1—6	5	1	20,0	1	4	—	1
7	8	3	37,5	7	1	3	—
8	7	4	57,1	3	4	2	2
9	16	11	68,7	10	6	6	5
10	16	6	37,5	7	9	3	3
11	21	15	71,4	11	10	9	6
12	16	13	81,2	10	6	8	5
13	9	6	66,6	4	5	3	3
14	5	4	80,0	4	1	3	1
Total	103	63	61,16	57	46	37	26
						58,7%	41,3%

Acelaș fenomen îl găsim privind și tabloul cu reacția Mantoux la elevii din comuna Râciu. Aci găsim între băieți un procent de 57,7 reacții pozitive și între fete 41,3.

Dacă totalizăm rezultatele din cele două comune vom avea pentru întreaga grupă de copii cercetați, un procent de 64,2 reacții Mantoux pozitive pentru băieți și 35,8 pentru fete.

Dr. Tătăreanu în articolul său „Studiul infecției tuberculoase într-o comună rurală de munte” a ajuns la alte rezultate, ca: Procentul reacției Mantoux pozitive e mai mare la fete ca la băieți, tot astfel și Godias—Drohlet în New-York a constatat la copii între 0—15 ani procentul reacției Mantoux pozitive la fete de 14,9, iar la băieți de 12,7.

Cu ajutorul calculelor asupra subnutriției la aceiași școlari din comunele Râciu și Șincai am constatat, că băieții sunt mai subnutriți, decât fetele.

S'a considerat subnutrit copilul, care are sub 10% greutate dela normal. Greutatea normală am luat-o după tabelele americane propuse de Baldwin și Wood.

Dacă studiem starea economică a sătenilor din aceste două comune, observăm, că ei își pun băieții la munci grele (arat, prășit), pe când fetele sunt lăsate acasă să vadă de frățiorii mai mici și casă. În aceste regiuni un băiat de 9—14 ani lucrează la rând cu adulții, iar hrana ce o primește este minimă, chiar și băieții de 5—9 ani sunt trimiși cum se desprimăvărează la câmp cu oile, găștele și vitele de parte de casă și dându-li-se drept hrană o bucată de pâine, sau mălăigă fără altă hrană mai substanțială sau felurită.

Numai astfel ne-am explica procentul de reacții Mantoux pozitive mai mare la băieți (64,2), decât la fete (35,8).

Copiii fiind subalimentați și puși la munci necorespunzătoare vârstei lor, sunt expuși infecției bacilare.

Tablou cu gradul de subnutriție și reacția Mantoux la școlarii din comuna Șincai.

Tabela Nr. 4.

	Băieți ‰	Fete ‰	Total ‰	Reacț. Mantoux posit.		
				Băieți ‰	Fete ‰	Total ‰
Supranutriți .	16,3	—	8,7	—	—	—
Normali . .	55,8	72,9	63,8	50,0	37,0	43,1
Subnutriți .	27,9	27,1	27,5	75,0	80,0	77,2

Observând tabloul la aceiași copii din comună Șincai vedem că băieții sunt mai subnutriți decât fetele, asemenea se vede și privind tabloul din comună Râciu.

Elevii din grupa subnutrițiilor au reacționat la tuberculină într'un procent mai mare, decât din grupa celor normali sau supranutriții. Noi am observat o corelație între gradul de subnutriție și procentul infecției tuberculoase. Susținem aceasta privind fiecare tablou separat din fiecare comună.

Tablou cu gradul de subnutriție și reacția Mantoux la școlarii din comuna Râciu.

Tabela Nr. 5.

	Băieți ‰	Fete ‰	Total ‰	Reacț. Mantoux posit.		
				Băieți ‰	Fete ‰	Total ‰
Supranutriți .	2,5	2,6	2,5	—	—	—
Normali . .	70,7	71,1	70,9	62,0	55,5	58,9
Subnutriți .	26,8	26,3	26,6	72,7	70,0	71,4

Dr. Râmneanțu în articolul său „Subnutriția la copiii de școală și infecția tuberculoasă”, găsește băieți subnutriți 24,3% și fete 45,1% și între ei 52,1% cu tuberculoză latentă.

Noi după cum reese din tabloul alăturat găsim între subnutriți băieți un procent de 73,9 cu tuberculoză latentă și între fete 75,0, în total un procent de 74,4, iar la cei normali și supranutriți un procent de 51,4 și 44,4.

Tablou cu gradul de subnutriție și reacția Mantoux la școlarii din comunele Șincai și Răciu.

Tabela Nr. 6.

	Băieți %	Fete %	Total %	Reacț. Mantoux posit.		
				Băieți %	Fete %	Total %
Supranutriți .	9,5	1,3	5,7	—	—	44,4
Normali . .	63,1	72,0	67,3	56,6	46,3	51,4
Subnutriți .	27,4	26,7	27,0	73,9	75,0	74,4

Din tablourile noastre mai reiese cât de mare este frecvența tuberculozei la școlarii din mediul rural. Comparând cu alte rezultate ca cele ale lui Godias—Drohlet (the indice of tuberculosis infection among children in New-York City) am constatat că la noi procentul reacției Mantoux este mai ridicat (56,6).

Prof. Dr. Hațieganu și Dr. Daniello la Liceul de Fete din Cluj la eleve între 12—17 ani găsește cufi reacții pozitive 92,5%.

Dr. Banu dă:

36,6% reacții pozitive la copii între 10—11 ani

64,1 „ „ „ „ „ 12—13 „

75,2 „ „ „ „ „ 14—22 „

Din tabloul copiilor cu reacție Mantoux pozitivă 27 elevi au avut în familii contact sigur tuberculos.

Examenul radiologic al câmpurilor pleuro-pulmonare la totalul elevilor îl arătăm mai jos specificând leziunile găsite:

Focare cu Tbc. și anume:

Tabela Nr. 7.

Normali	Pleurezii	Reacții hilare	Reacții hilare cu calcifieri	Reacții hilare cu scleroză	Tuberculoză fibrocazeoasă	Scizurită	Cardiopatii
50,4%	3,1%	20,57%	15%	5,5%	3,9%	1,6%	4,8%

Din acest tablou rezultă că avem 49,6% reacții radiologice de tuberculoză, din care o cifră de 3,9 cu tuberculoză evolutivă.

Dr. Igna în o anchetă făcută la Liceul Mihai Viteazu din Alba-Iulia găsește în medie 39,7% leziuni radiologice de tuberculoză latentă, între copiii de 11—19 ani.

Prof. Dr. Hațieganu și Dr. Daniello la Liceul de Fete din Cluj găsește 39,09% din eleve cu leziuni radiologice de tuberculoză.

În ancheta socială întreprinsă am recurs la reacția Mantoux deoarece am avut impresia, că e mai sensibilă. Aceasta parere ne-a fost confirmată de altfel prin compararea rezultatelor noastre cu cele obținute din ancheta făcută în comună Banloc din Timiș-Torontal de către dr. Râmneamțu cu reacția von Pirquet.

Concluziile anchetei:

1. Se constată între elevii școalelor primare din regiunea Câmpiei Transilvaniei un procent de 56,6 reacții Mantoux pozitive și 48,6 tuberculoze pleuro-pulmonare la examenul radiologic, dintre cari 7,9% în evoluție.

2. Procentul reacției Mantoux pozitive în aceasta regiune este mai mare la băieți (64,2) ca la fete (35,8), datorită subnutriției și efortului fizic la care sunt supuși băieții.

3. Există o corelație între gradul de subnutriție și procentul reacției Mantoux pozitive.

4. Pentru punerea în evidență a infecțiunii tuberculoase reacția Mantoux este mai sensibilă și mai practică decât reacția von Pirquet.

Résumé. — L'auteur a examiné 222 enfants d'école rurale afin de se rendre compte de l'infection tuberculeuse. Le pourcentage des réactions Mantoux positives a été de 56,6%, celui des tuberculoses pleuro-pulmonaires dépisté par l'examen radiologique, de 48,6%, parmi lesquelles 7,9% en état évolutif.

Cronica Eugenică.

* **Nupțialitatea profesioniștilor.** Cum se știe, este o mare pierdere pentru patrimoniul biologic național, faptul că tocmai profesioniștii, cari implică o înzestrare naturală deasupra mediei populațiunii generale, rămân celibatari. Spranger a stabilit că cei mai mulți celibatari sunt printre medici, artiști, actori și ofițeri. Cam $\frac{1}{4}$ din ei rămân necăsătoriți. Printre funcționarii superiori sunt 17% celibatari, printre dascăli sunt 14.6%. Cei mai puțini celibatari sunt printre conducători de tramvae, autobuze, etc. cu 3.21%.

* **În Suedia** se introdusese de mulți ani eugenia, ereditatea și antropologia în învățământul secundar. Guvernul social-democrat actual a scos de curând aceste obiecte din învățământ. Profesorii de biologia rasei cu ajutorul savanților suedezi din aceste domenii au început o vie acțiune pentru reintroducerea acestor obiecte și lărgirea cadrelor lor.

* **Eugenia în Letonia.** Directorul oficiului stării civile din Riga a supus Ministerului de justiție planul unei cartoteci familiale. Într'o asemenea carte ar urma să se țină evidența candidaților la căsătorie cum și datele genetice asupra părinților și a viitorilor lor copii.

* **Marile orașe sunt cavoul națiunii.** În Octombrie 1935 cifra mortalității a fost în Viena de $2\frac{1}{2}$ ori mai mare ca cifra năcușilor vii.

* **Adevărata politică a populației este aceea aplicată de Germania în deosebire de aceea aplicată în Franța și Italia.** În ambele țări și cu deosebire în Franța, politica de încurajare a nașterilor se inspiră exclusiv din nevoia numărului, a cantității în detrimentul calității. Se împart ajutoare bănești fixe în raport cu nr. copiilor, fără a se considera aparținerea etnică, valoarea sau non-valoarea biologică a părinților. Ori e știut că asemenea ajutoare fixe au un efect cu atât mai mare cu cât e vorba de familii mai sărace, dar tocmai familiile sărace și cu deosebire familiile degenerate sunt în mod normal mai prolifiche decât populația generală și cu mult mai prolifiche față cu clasele superioare. Germania merge pe alt drum. Prima condițiune este originea ariană a părinților; a doua, absența în familie (nu numai la părinți) a oricăror defecte ereditare, încâl cei tarași sunt din capul locului cu desăvârșire excluși. Un examen eredo-biologic sever premerge fiecărui caz.

Pentru ajutorarea familiilor prolifiche s'au prevăzut sume importante de 3—5 milioane lunar pentru anul 1936. În prezent se ajută familiile cu 6 sau mai mulți copii, în curând însă, ajutorul se va extinde și asupra celor cu 4 și 5 copii. Cu începere dela 1 Iulie 1936 se va acorda un ajutor de 10 mărci de fiecare copil, începând cu cel de al 5-lea, dacă venitul părinților nu trece de 150 mărci lunar.

* **Comunele ajută familiile sănătoase prolifiche.** Autoritățile comunale din Mittenwald au orânduit ca familiile sănătoase cu 6, sau mai mulți copii să fie scutite de toate impozitele și dările către comună, dacă venitul lunar nu trece de 400 mărci.

* **Nürnberg introduce ereditatea familială** cu începere dela 8 Aprilie prin oficiul stării civile.

* **Dovedirea ascendenței ariene.** După cum se știe funcționarii de stat din Germania sunt obligați să facă dovada originii lor ariene, până la 1800, fără de cari

sunt concediați din serviciu. În cazurile când o asemenea dovadă este incompletă prin lipsa documentelor, *Oficiul național pentru studiul vișei biologice* poate orândui ca cercetarea să fie înlocuită prin avizul întemeiat al unui Institut antropologic din orașele: Berlin, München, Breslau, Hamburg, Frankfurt și Oficiul rasial din Weimar.

* **Congresul Medicilor** din Kowno a hotărât să propună guvernului sterilizarea forțată a criminalilor, a alcoolicilor și a demenților.

* **„Kommentare zur deutschen Rassengesetzgebung“**, de Stuckart și Globke a apărut în editura C. H. Beck. Lucrarea conține regulamentul, lămuririle și comentariile privitoare la aplicarea legii pentru apărarea sângelui german și a onoarei germane.

* **Demografia Statelor-Unite.** Cu începere din anul 1945 se prevede o scădere a numărului locuitorilor din Statele-Unite. Din 1921 la 1934 numărul noilor născuți vii a scăzut dela 3,000.000 anual la 2,300.000. În ultimii 5 ani numărul copiilor mici a scăzut cu 10⁰/₀, pe când numărul adulților de peste 65 de ani a crescut cu 17⁰/₀.

* **Expediția germană în Hindukuș** a stabilit prin Dr. Herrlich, conducătorul secției antropologice, existența în Nuristan a unui mare procent de locuitori cu părul blond și ochii albaștri.

* **Investigațiile antropologice** întreprinse în Silezia de către Institutul antropologic din Breslau de sub conducerea Prof. Egon Baron de Eickstedt sunt în progres. Silezia superioară este complet terminată, iar din Silezia mijlocie cam ¹/₂. Materialul de până acum cuprinde 20 de districte cu 365 de sate și 32.500 de persoane.

* **Antropologia în alte țări.** Prof. Dr. K. O. Henckel, Concepcion, a fost însărcinat de guvernul statului Chile cu cercetarea antropologică a insulei Oster.

* **Conducerea Institutului de Anatomie** din Varșovia a decis ca studenții evrei să disece numai pe cadavre evrești. Pentru că asemenea cadavre sunt insuficiente, s'au redus lucrările practice.

* **Evreii își păstrează puritatea rasei.** După „Berliner Lokalanzeiger“ din 8 Ianuarie 1936, rabinatul din Varșovia a interzis căsătoria unei evreice cu un polonez catolic, deși acesta s'a declarat dispus să treacă la judaism.

* **Chemare.** Prof. H. Mandel a primit însărcinarea unor cursuri despre „istoria spirituală a științei raselor“.

* **Un nou institut pentru igiena rasei și igiena eredității** a fost creat pe lângă universitatea din Giessen sub conducerea Prof. Dr. Kranz.

* **Mortalitatea în urma maternității** este foarte ridicată cu 6.7⁰/₀₀ printre indianele din Pueblo, dacă ținem seama că mortalitatea albelor din aceleași cauze este de numai 1.6⁰/₀₀.