

# BULETIN

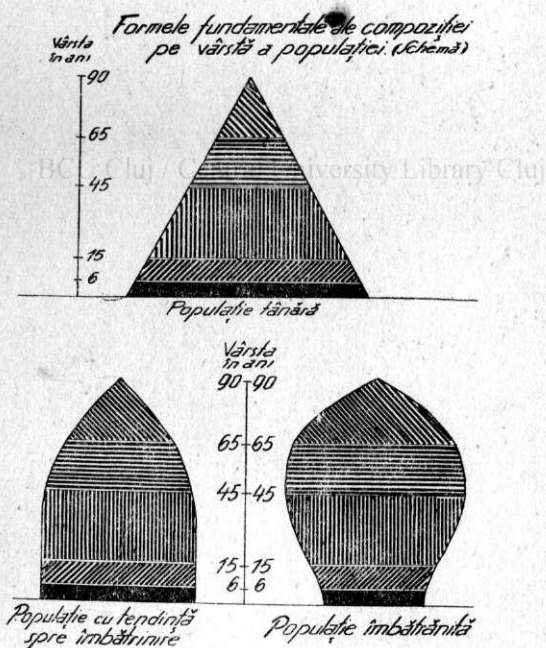
## EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. VIII.

Nr. 1-2-3.

IANUARIE-FEBRUARIE-MARTIE

1937



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

Biblioteca Universității „1 Decembrie 1918” Cluj

1173 28

EXEMPLAR LEGAL

# BULETIN

## EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. VIII.

1937.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

## Plasa sanitară model — Gilău.

Raport de activitate pe anii 1931—1936.

de

Agregat Dr. M. ZOLOG

și

Dr. I. PRODAN.

Plasa sanitară model Gilău a fost înființată pe ziua de 1 Ianuarie 1931, cu scopul de a servi, pe de o parte, ca teren de experiență și cercetări în vederea aplicării legii sanitare și de ocrotire din 1930, iar pe de altă parte, de a servi ca teren de aplicație practică pentru medicii igienisti, absolvenți ai cursurilor de specializare dela Institutul de Igienă și Sănătate Publică, pentru elevele Institutului Surorilor de ocrotire și absolvenții Facultății de medicină din Cluj.

Pe lângă acestea, Plasa mai are scopul de a studia, experimenta și adapta metodele noi, menite să îmbunătățească condițiunile sanitare rurale, de a sistematiza activitatea medicilor de circumscripție și a personalului sanitar auxiliar (surori de ocrotire, agenți sanitari și moașe), de a întocmi modele de fișe și rapoarte sanitare, de a desvolta tehnica sanitară în mediul rural și de a găsi metodele cele mai potrivite pentru educația igienică a populației rurale.

„Plasa sanitară“ este prevăzută de legea sanitară și de ocrotire din 1930, ca o nouă unitate sanitară între județ și circumscripție, care să cuprindă mai multe circumscripții, cu un total de cel mult 100.000 locuitori, potrivit cu densitatea populațiunii, situația geografică și posibilitățile de comunicație. Delimitarea ei se face, după posibilitate, în limitele plășilor administrative (una sau mai multe plăși), respectându-se totdeauna granițele județelor.

Rostul și justificarea creării plășilor sanitare reiese clar din multiplele îndatoriri preventive și curative pe cari trebuie să le îndeplinească serviciul sanitar rural, din necesitatea de a sistematiza și coordona activitatea diferitelor organe sanitare și în special din faptul, că medicul de circumscripție nu are nici competența tehnică, nici capacitatea de muncă, nici timpul necesar de a satisface toate atribuțiunile și obligațiunile cu care este însărcinat. Atâta vreme, cât el

rămâne singurul sau aproape singurul organ medical la țară, obligațiunea lui principală va fi de a trata bolnavii. Chiar și acestei îndatoriri el va putea corespunde numai parțial, având în vedere extinderea mare a circumscripțiilor, insuficiența căilor și mijloacelor de comunicație.

Medicul primar de județ, în a cărui sarcină cade conducerea și îndrumarea activității sanitare preventive din tot cuprinsul județului, având în vedere supraîncărcarea lui cu atribuții administrative, nu este în stare de a conduce în detaliu, de a îndruma și controla cu succes activitatea pe teren.

Cine cunoaște starea precară în care se află sănătatea publică la noi, caracterizată prin o scădere a natalității și prin o mortalitate generală și infantilă aproape staționară, își dă seama cât de urgent necesară este reorganizarea serviciului nostru sanitar rural, transformarea lui dintr'un serviciu administrativ și curativ într'un serviciu preventiv și tehnic.

Singura soluție, reală și logică, pentru atingerea acestui scop este formarea medicului igienist, cu o desăvârșită competență tehnică în materie de activitate sanitară preventivă și intercalarea unei noi unități sanitare între circumscripție și județ: plasa sanitară. Această unitate trebuie să fie mai mare decât circumscripția, poate cuprinde 3—6 sau chiar mai multe circumscripții, fiindcă pot fi deservite de un medic igienist, unele probleme se pot chiar mai bine rezolvi având de a face cu o populație mai numeroasă, iar costul serviciului, pe cap de locuitor și an, este mai redus. Nu poate însă să fie egală cu județul, distanțele prea mari și supraîncărcarea cu muncă a medicului igienist și a colaboratorilor lui, ar reduce prea mult promptitudinea dispozițiilor și măsurilor ce trebuie luate, precum și calitatea muncii.

### Organizarea Plasei sanitare model.

Plasa Gilău cuprinde 4 circumscripții sanitare și anume:

1. Circ. Gilău	cu 5 comune și	cu o populație de	8.696
2. Circ. Săvădisla	cu 8	" " "	7.523
3. Circ. Căpușul-Mare	cu 10	" " "	6.386
4. Circ. Rechetău	cu 3	" " "	5.113

---

Total	26 comune	cu o populație de	27.718
-------	-----------	-------------------	--------

---

după recensământul din 31 Dec. 1930. Numărul probabil al populației pe ziua de 1 Ianuarie 1937 este de 29.547.

Aceste comune sunt respirate pe o suprafață de 838 km<sup>2</sup>. cu o densitate mijlocie de 33 loc. pe 1 km<sup>2</sup>. Comunele din circumscripția Rechetău și o parte a comunelor din circumscripția Căpușul mare sunt situate pe culmea munților, la o înălțime uneori de peste 1100 m. Aceste comune, ca unități administrative, sunt constituite din mici grupuri de case, distanțate una de cealaltă, așa că uneori lungimea lor totală ajunge până la 10—16 km., fapt care îngreunează foarte mult orice activitate sanitară, atât preventivă cât și curativă. Restul comunelor sunt așezate pe șes sau dealuri mici, mai aproape una de cealaltă, mai închegate și mai compacte.

Toate comunele fac parte din Plasa administrativă a Moșilor, cu sediul în Gilău.

Pe lângă elementul românesc, care se află într-o proporție de 68,5% se mai găsesc maghiari (30,3%) și alte naționalități (1,2%).

Majoritatea populației românești trăește în comunele de munte, cu puțin teren fertil, ocupându-se îndeosebi cu tăiatul și transportul lemnului. Ea este săracă, cu o proporție de analfabeți care atinge în unele comune cifra de 70%. Maghiarii ocupă mai ales comunele de șes, dealungul șoselei naționale Cluj—Oradea, au o proporție mult mai redusă de analfabeți, ocupându-se intens cu agricultura și având un mare număr de mici meseriași.

Situația materială a populației este în general slabă, proprietățile agricole sunt mici, solul este de o calitate inferioară. Condițiunile de locuință, alimentație, îmbrăcăminte și igienă, în care trăește populația, în special o parte a populației românești, sunt deplorabile.

Bugetul celor 26 comune se ridică la 3—5 milioane lei, din care cu greu se încasează 50—60%.

În atari condițiuni ne putem imagina care a fost standardul sanitar și igienic al populației, cât de mari au fost piedicile care ne-au stat în cale și cât de mari au trebuit să fie eforturile depuse, pentru a ajunge la o ușoară îmbunătățire a stării sanitare a unei populații, din care o mare parte nu a beneficiat niciodată de o asistență medicală.

Din cele 4 circumscripții sanitare 3 existau deja la înființarea Plasei, iar a 4-a, cea din Rechetău, s'a înființat pe ziua de 1 Ianuarie 1931, în urma faptului că cele 3 comune, cari compun această circumscripție, se afla la o distanță foarte mare de sediul circumscripțiilor cărora aparțineau până la data de 1 Ian. 1931, iar căile de comunicație sunt aproape impracticabile.

Din aceste motive populația exclusiv românească, Moșii din aceste comune, erau lipsiți în sensul strict al cuvântului de orice asistență medicală. Prin înființarea acestei circumscripții distanța comunelor până la reședința medicului s'a redus cu 22—25 km., rămânând totuși încă o distanță de 12—13 km., în urma faptului că sediul circumscripției este cătunul Rechetău, așezat la punctul de întâlnire a celor 3 drumuri cari duc dela comune la Cluj.

Fiecare circumscripție este condusă de câte un medic, ajutat de câte o soră de ocrotire, iar ca instituție sanitară la sediul fiecărei circumscripții se află o casă de ocrotire, unde se concentrează toată activitatea sanitară, de ocrotire și de educație.

Plasa este condusă de un medic igienist full-time. El este ajutat de 3 medici de specialitate, (un puericultor, un specialist în tbc. și un dentist), angajați pe timp limitat, de o soră de ocrotire conducătoare, de un secretar pentru agendele administrative, de un agent sanitar, în lipsa unui oficiant sanitar prevăzut de lege și de personalul de serviciu necesar. La sediul Plasei este o casă de ocrotire centrală, mai mare și mai bine înzestrată ca cele dela sediul circumscripțiilor, fără a fi însă completată cu toate secțiile, așa cum prevede legea din 1930, din lipsă de buget.

Ca vehicule de comunicație Plasa are la dispoziție o mașină, 4 biciclete pentru surorile de ocrotire și agentul sanitar, și un cal de călărit la Rechetău, singura posibilitate de comunicație între comunele de munte.

### Personalul Plasei și atribuțiile lui.

Conducătorul serviciului sanitar al plasei este *medicul igienist*, care trebuie să fie un organ tehnic, executiv, bun cunoscător al problemelor de igienă aplicată, cu foarte puține atribuțiuni administrative, consacându-și tot timpul și toată energia exclusiv serviciului, neavând nicio clientelă particulară. El are conducerea în tot ceea ce privește sănătatea publică din plasă, organizează și sistematizează serviciul preventiv, împreună cu medicul de circumscripție face programul de activitate preventivă și de realizări în domeniul sanitației pentru circumscripții, participă și veghiază la executarea programului, intervine pe teren ori de câte ori cer împrejurările. E mai puțin șef și mai mult un colaborator tehnic al medicilor de circumscripție. Neavând clientelă în mod automat păstrează cele mai bune raporturi cu medicii de circumscripție, poate asigura realizarea planului de muncă

preventivă, descărcând de o bună parte a obligațiilor medicii de circumscripție. Faptul că nu face clientelă nu înseamnă că e un ignorant în medicină curativă. Medicul igienist trebuie să fie un bun cunoscător al bolilor infecțioase, al bolilor sociale, al pediatriei și puericulturii, altcum nici nu poate fi un bun medic igienist.

*Medicii de circumscripție* conduc casele de ocrotire dela sediul circumscripției, în care și prin care activează în toate ramurile sănătății publice, fiind ajutați de sora de ocrotire.

Principala lor îndatorire este tratarea bolnavilor. Prin consultațiile pe cari le dau la casa de ocrotire activează însă și în direcție preventivă. Casa de ocrotire nu servește numai pentru examinarea și tratarea bolnavilor, ci este un centru viu, dinamic, pentru toată activitatea sanitară și de ocrotire. De acolo pleacă toate inițiativaele, acolo se concentrează și se înregistrează toate observațiile. Consultațiile nu se fac exclusiv în vederea diagnosticului și a terapiei ce urmează, bolnavul nu interesează numai ca individ suferind, ci ca un simptom morbid în corpul populațiunii, ca indicator al unor stări cari trebuie îndreptate. În această ordine de idei la casele de ocrotire nu se fac consultații gratuite pentru toate bolile și toate categoriile de populație, numai pentru acele cari au și o valoare preventivă.

Preocuparea principală fiind ocrotirea mamei și a copilului, consultațiile încă se îndreaptă în primul rând în această direcție. Se fac deci consultații gratuite pentru gravide, noi născuși, preșcolari, școlari, boli infecțioase, și cele 2 boli sociale de importanță hotărâtoare: tuberculoză și venerii. Pentru orice boală se fac consultații gratuite numai săracilor.

În modul acesta am reușit să ne asigurăm colaborarea loială a medicilor de circumscripție, cari prin consultațiile gratuite făcute la casa de ocrotire nu pierd mult din clientela lor. În acești 6 ani de activitate ne-am putut convinge, că cu tot numărul mare de consultații gratuite, clientela particulară a medicilor de circumscripție nu a scăzut, ci în raport cu criza am putea spune că a crescut, în urma educației populației de ași aprecia mai mult sănătatea.

*Surorile de ocrotire* sunt colaboratoarele cele mai prețioase ale medicilor. Atribuțiile lor se extind asupra tuturor problemelor de sănătate publică, activând în mod deosebit pentru ocrotirea mamei și a copilului, în combaterea bolilor infecțioase și sociale și pentru educația igienică a populației. Ele asistă medicul la consultațiile dela casa de ocrotire, vizitează în mod sistematic familiile, fiecare vizită la domiciliu echivalând cu o demonstrație practică de igienă.

*Agentul sanitar*, care ține locul oficianului sanitar prevăzut de lege, este organul auxiliar în domeniul salubrității publice și a controlului alimentelor și băuturilor. Nu activează în familie, pregătirea lui, calitatea lui de bărbat și atribuțiile lui de poliție sanitară nu-l califică pentru acest scop. El poartă evidența localurilor publice, a fântânilor, latrinelor, culege despre toate aceste informațiuni, pe cari le raportează medicului igienist. După indicațiunile medicului igienist îndrumează și supraveghează construcțiile de fântâni și latrine publice, școlare și particulare, construcțiile de case noi, se ocupă de salubritatea curților și străzilor, îngrijește baia școlară și la caz de nevoie face desinfecția terminală. Inițiat și instruit în aceste probleme el a devenit perfect utilizabil. Avem un singur agent sanitar pentru toată plasa și nu simțim nevoia de a avea mai mulți.

*Medicii de specialitate*, 1 fiziolog, 1 puericultor și 1 stomatolog, sunt indispensabili unei plase bine organizate, fiindcă cerințele serviciului în aceste direcții întrec capacitatea de muncă și cunoștințele de specialitate ale medicilor de circumscripție. Ei nu au un singur centru de acțiune, ci după un program stabilit înainte activează la toate casele de ocrotire și în caz de nevoie în oricare comună a circumscripției. Această mobilitate a medicilor specialiști, în special a medicului puericultor, este de o importanță și de o utilitate deosebită. Ei lucrează totdeauna în colaborare cu medicii de circumscripție, îmbogățind astfel cunoștințele lor, ca ei la rândul lor se poată asigura continuitatea activității.

Restul personalului, secretarul, șoferul și 2 persoane de serviciu, au o activitate care nu se repercutează asupra mersului sănătății publice.

### Bugetul Plasei.

Plasa sanitară Gilău, conform unei convențiuni, a fost finanțată în primii 5 ani de existență de Fundațiunea Rockefeller, de Ministerul Sănătății și Județul Cluj. Contribuția Fundațiunei Rockefeller fiind din an în an mai redusă, sarcinile bugetare au trecut în aceeași măsură asupra Ministerului Sănătății și Județului. Contribuția județelor, prin legea din 1934, trecând asupra fondului de 2% asupra cotelor adiționale, toate sarcinile bugetare au trecut asupra Ministerului Sănătății, fiind prevăzute în parte în bugetul ordinar iar în parte în bugetul extraordinar.

În primii 4 ani plasa a avut un buget autonom, împărțit în următoarele capitol:



1. Salarii,
2. Cheltueli de transport,
3. Intreținerea caselor de ocrotire,
4. Cheltueli de birou,
5. Lucrări de sanitație.
6. Nprevăzute.

Azi încercăm să lucrăm tot după un buget autonom, valoarea lui este însă numai teoretică, fiind complex în sarcina Ministerului, lucrăm după resursele materiale pe cari ni le pune la dispoziție Ministerul și cari nu totdeauna sunt suficiente.

Calculând cheltuelile pe cap de locuitor și pe an, obținem următoarele cifre :

Pe anul	1931—	75	Lei
" "	1932—	72	"
" "	1933—	63	"
" "	1934—	60	"
" "	1935—	50	"
" "	1936—	45	"

BCU Cluj / Central University Library Cluj

În aceste sume sunt înglobate toate cheltuelile, indiferent de proveniența și utilizarea lor. Se cuprind prin urmare: salariile și diurnele de transport ale întregului personal, ca medic igienist, medici de circumscripție, medici de specialitate, surori de ocrotire, secretar, agent sanitar, șofer, personal de serviciu; prețul mașinei cumpărate precum și întreținerea ei, prețul și întreținerea calului, a trăsorii, bicicletelor; costul tuturor construcțiilor și reparațiilor făcute, așa repararea radicală a casei de ocrotire centrale din Gilău, înzestrarea ei cu tot mobilierul necesar, construirea garajului și magaziei, construirea unei case de ocrotire la Rechetău, compusă din 5 camere și dependințe, înzestrarea ei cu tot mobilierul, construirea și înzestrarea unei camere pentru servitor, a unui grajd și magazie la Rechetău, înzestrarea cu tot mobilierul a caselor de ocrotire dela Căpușul-mare și Săvădisla, toate cheltuelile de birou, fișe, registre, telefon, mașină de scris; sumele investite în lucrările de sanitație, ca baia școlară din Gilău, întreținerea ei; construirea sau participarea cu o cotă oarecare la construirea fântânilor și latrinelor igienice, publice, școlare și particulare, etc. Această sumă cuprinde prin urmare tot ce s'a cheltuit, sub orice formă, pentru scopuri sanitare pe teritoriul plasei și ne arată în acelaș timp că acuzele ce s'au adus legii sanitare din 1930, că realizarea ei necesită mai multe miliarde, dispar în fața unei experiențe reale și a unui

calcul cinstit. Nu-i mai puțin adevărat că o ameliorare a sănătății publice, fără investiții corespunzătoare, nu se poate obține.

### Programul de muncă al Plasei.

La întocmirea programului de muncă al plasei ne-am servit de o anchetă sanitară premergătoare înființării și organizării ei, făcută de Dnii Dri Râmneanțu și Gomoiu. Din această anchetă am desprins următoarele probleme, cari așteptau o rezolvare cât mai grabnică, înșirate în ordinea importanței:

1. Ocrotirea mamei și a copilului,
2. Combaterea tuberculozei și veneriilor,
3. Combaterea bolilor infecțioase.

Pentru a crea posibilitățile de muncă în aceste direcții, pentru a pregăti o atmosferă prielnică unei munci sistematice, am pus pe acelaș plan de importanță educația igienică a populației, care de fapt a constituit baza activității noastre în toate împrejurările.

Pentru îmbunătățirea condițiilor de salubritate publică în cari trăește populația, a căror importanță este de netăgăduit în declararea morbidității, am întreprins o muncă constructivă pentru îmbunătățirea locuințelor, construirea de fântâni, latrine, băi, asanarea întregului complex care este mediul fizic, grupând diversele activități din aceste domenii sub numele și capitolul de:

4. Sanitație.

Problemele înșirate la primele 3 puncte au fost rezolvite pe cale de consultațiuni date de medicul igienist, medicii de specialitate și medicii de circumscripție la casele de ocrotire, la zile și ore fixe, completate cu vizitele la domiciliu, făcute de surorile de ocrotire.

Educația igienică s'a făcut mai puțin prin conferințe și întruniri publice și mai mult prin vizitele la domiciliu ale surorilor de ocrotire, prin legătura și contactul permanent care s'a dezvoltat între casa de ocrotire și populație, folosindu-ne de orice ocaziune de a vorbi și mai cu seamă de a demonstra populației obiceiurile igienice.

Problemele de sanitație au fost exemplificate prin ameliorarea și curățirea locuințelor, prin construcții de fântâni și latrine publice și școlare.

La casele de ocrotire din Plasă s'au dat următoarele consultații gratuite:

## 1. Casa de ocrotire — Gilău.

Consultații prenatale:	2 la lună
„ pt. sugaci:	1 „ săptămână
„ „ preșcolari:	1 „ „
„ „ școlari:	1 „ „
„ „ ig. gurei:	1 „ „
„ „ tuberculoză:	1 „ „
„ „ venerii:	2 „ „

## 2. Casa de ocrotire — Săvădisla.

Consultații prenatale:	2 la lună
„ pt. sugaci:	1 „ săptămână
„ „ preșcolari:	1 „ „
„ „ școlari:	1 „ „
„ „ venerii:	2 „ „
„ „ tuberculoză:	1 „ „

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## 3. Casa de ocrotire — Căpuș-mare.

Consultații prenatale:	2 la lună
„ pt. sugaci:	1 „ săptămână
„ „ preșcolari:	1 „ „
„ „ școlari:	1 „ „
„ „ venerii:	2 „ „

## 4. Casa de ocrotire — Rechetău.

Consultații prenatale:	2 la lună
„ pt. sugaci:	1 „ săptămână
„ „ preșcolari:	1 „ „
„ „ școlari:	1 „ „
„ „ tuberculoză:	1 „ „
„ „ venerii:	2 „ „

Medicul puericilor și stomatolog au dat consultații și în afară de cele dela casele de ocrotire, lucrând după un plan stabilit în fiecare comună. Consultațiile pt. tuberculoză dela Gilău și Săvădisla au fost totdeauna completate cu examinări radiologice.

Toate aceste consultații au fost gratuite pentru întreaga populație, indiferent de starea socială și economică. Populația săracă a comunităților, care a avut nevoie de asistență medicală pentru alte probleme decât cele înșirate mai sus, a beneficiat deasemenea de consultații gratuite. Numărul acestor consultații însă nu este introdus în tabelele noastre care urmează, din cauza caracterului lor pur terapeutic.

Populația cu o stare economică mai bună, care a apelat la serviciile medicilor pentru alte probleme decât cele mai sus înșirate, a achitat taxa legală. Toate consultațiile cu plată s'au făcut însă exclusiv numai la domiciliul medicilor și nu la casele de ocrotire.

\* \* \*

În cele ce urmează expunem activitatea depusă, precum și rezultatele obținute în Plasă, pe capitole, conform programului de muncă.

## I. Ocrotirea mamei și a copilului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ocrotirea rațională a copilului și combaterea mortalității infantile nu se poate face fără ocrotirea mamei, ceea ce trebuie să înceapă cel mai târziu în timpul gravidității și se continue în tot timpul gravidității și lăuziei, iar ocrotirea copilului să înceapă imediat după naștere, cunoscut fiind faptul că mortalitatea infantilă e cea mai urcată în primele zile după naștere.

În această ordine de idei ne-am ocupat cu îngrijirea medicală și ocrotirea gravidelor, a mamelor și a copiilor, organizând consultațiile prenatale și consultațiile pentru copii, pe diferite categorii de vârstă, anume separat pentru copiii de sub 2 ani, pentru copiii preșcolari (2—6 ani), și școlari (7—12 ani).

### A) *Îngrijirea medicală și ocrotirea gravidelor.*

Când am organizat consultațiile prenatale, ne-am dat seamă dela început că o să întâmpinăm multe dificultăți, fiind o metodă de lucru cu care populația e absolut nefamiliarizată. Destoinicia și puterea de convingere a surorilor de ocrotire ne-a ajutat însă ca să învingem greutățile începutului și să obținem din an în an rezultate tot mai mulțumitoare.

Obiectivele urmărite de noi au fost următoarele:

1. Să depistăm cât mai multe gravide, într'o fază cât mai incipientă a gravidității.

2. Să le convingem să meargă la dispensar pentru a fi examinate (diametre, urină, lbc., venerii, etc.) și tratate în caz de necesitate.

3. Prin surorile de ocrotire să le supraveghem la domiciliu și să le educăm pentru formarea unor obiceiuri igienice elementare.

4. Să asigurăm condițiunile igienice minimale pe timpul nașterii și lăuziei.

5. Pe gravidele constatate cu stări patologice să le îndrumăm pe timpul nașterii la vreo instituție spitalicească sau să le asigurăm o asistență corespunzătoare la domiciliu.

Eforturile și munca depusă, după cum se poate constata din tabelă Nr. I., nu au rămas fără rezultat. Până când în anul 1931 procentul femeilor gravide luate sub supravegherea noastră a fost numai de 4.9% față de totalul nașterilor, treptat am reușit să urcăm acest procent, așa că în anul 1935 să ajungem la cifra de 21.6%, în anul 1936 înregistrând o ușoară scădere, procentul fiind de 19.6%.

TABELA Nr. I.

Îngrijirea medicală și ocrotirea gravidelor.

Anii	Nr. nașterilor	Nr. gravidelor în evidență	% gravidelor în evid.	Nr. consultațiilor medicale	Nr. consuli. pt. 1 gravidă din evid.	Nr. vizitelor la domiciliu	Nr. vizit. la dom. pt. 1 gravidă din evid.	Nr. vizitelor la dom. pe 1000 nașteri	% gravidelor cu stări patologice	Mort. maternă la 1000 nașteri	Mortalitatea la 1000 născ. vii
1931	892	44	4.9	61	1.3	166	3.7	204	8.6	3.3	6.6
1932	937	136	14.5	224	1.6	458	3.3	489	4.0	1.1	9.6
1933	849	156	18.3	242	1.5	656	4.2	778	6.0	1.1	11.8
1934	744	158	21.2	282	1.7	438	2.7	587	5.0	1.1	2.7
1935	784	169	21.6	270	1.5	534	3.1	689	8.8	2.5	18.1
1936	838	164	19.6	308	1.9	714	4.4	847	14.0	2.4	7.1
Total	—	827	—	1387	—	2966	—	—	—	—	—

După standardul american, mai înalt decât putem să avem noi pretenția să-l avem, acest procent ar trebui să fie de 25%.

Surorile de ocrotire au vizitat gravidele mai de multe ori la domiciliu, insistând pentru respectarea și urmarea sfaturilor medicului și pentru pregătirea celor necesare pentru naștere și noul născut.

Dacă condițiunile pentru naștere și îngrijirea noului născut erau cu totul necorespunzătoare, am venit în ajutorul familiei, împrumutând cearceafurile necesare pe timpul nașterii și confecționând lingerie noului născut, aceasta din urmă mai mult ca să servească de model pentru o îmbrăcăminte rațională.

După standardul american surorile trebuie să facă, la fiecare 1000 de noi născuți, 750 vizite la domiciliul gravidelor. După cum reiese din tabela alăturată, această cifră noi am atins-o și chiar am întrecut-o în doi ani, în 1933 și 1936. Diferența din ceilalți ani nu este prea mare și sperăm să ajungem acest standard și în viitor.

Credem că putem considera ca un rezultat al muncii noastre mortalitatea maternă scăzută. Nu avem termen de comparație pe timpul dinaintea înființării plasei, verificarea cauzei deceselor făcându-se în acel timp în mod cu totul rudimentar. Azi la noi acest lucru se face cu multă scrupulozitate și exactitate, cercelând fiecare caz, totuși mortalitatea maternă este redusă. Printre femeile gravide, prezentate la consultațiile noastre prenatale, am avut un singur caz mortal, survenit și acela în instituția spitalicească unde gravida a fost internată, cu toate că procentul gravidelor cu stări patologice a fost destul de mare, variind între 4% și 14%. Toate cazurile au fost însă sau internate la timp în spital, sau le-am asigurat o asistență corespunzătoare la domiciliu.

Mortinatalitatea, afară de un singur an, 1935, încă a fost foarte redusă.

Dacă privim aceste rezultate în lumina faptului, că pe toată plasa avem o singură moașă diplomată, care a terminat un curs de 2 ani, iar numai 9 cari au terminat un curs de 6 săptămâni, încă sub vechiul regim, toate celelalte, în număr de 27, fiind moașe empirice, ele apar și mai evidente și mai promițătoare pentru viitor. Surorile de ocrotire nu asistă la naștere, dar ele insistă la moașe, în special la cele empirice, ca să respecte condițiunile elementare de curățenie și asepse.

În total în 6 ani am avut sub supravegherea noastră 827 gravide, pentru cari s'au dat 1387 consultații, vizite la domiciliu s'au făcut 2.966, adică 4.6% din totalul vizitelor.

B) *Îngrijirea medicală și ocrotirea copiilor sub 2 ani.*

Programul nostru de muncă prevede ca noul născut să fie văzut de surorile de ocrotire cât mai curând după naștere. Primele vizite se fac, în comunele de reședință și în comunele apropiate, de obicei la 1—3 zile după naștere, cu care ocaziune sora de ocrotire se interesează și de mamă și de noul născut. Lăuza continuă să stea și sub îngrijirea moașei, potrivit cu indicațiunile date de sora de ocrotire, iar copilul cade integral în sarcina sorei de ocrotire.

Scopul principal al vizitelor este de a învăța mama cum să-și crească copilul după norme igienice. Urmărim deci un scop sanitar prin mijloace educative, ceea ce caracterizează activitatea noastră nu numai pe acest teren, ci în toate ramurile de activitate.

Tabela Nr. II.

## Îngrijirea medicală și ocrotirea copiilor sub 2 ani.

Anii	Nr. copiilor sub 2 ani (calcul.)	Nr. consulta-țiunilor med.	Nr. copiilor nou consultați	Nr. copiilor în evid.	% copiilor sub 2 ani în evidență	Nr. consult. pt. 1 copil din evid.	Nr. vizitelor la domiciliu	Nr. vizit. la dom. pt. 1 copil din evid.	% copiilor aflați sănătoși la consult.	Nr. vizit. la dom. pe 1000 copii sub 2 ani
1931	1841	801	396	396	21.5	2.0	2508	6.3	24	1362
1932	1865	1756	537	734	39.3	2.4	5737	7.8	41	3076
1933	1889	1862	501	870	46.0	2.1	6800	7.8	46	3599
1934	1907	2214	456	804	42.1	2.7	5542	6.9	35	2906
1935	1922	1823	425	808	42.0	2.3	4990	6.2	38	2596
1936	1939	2688	574	1011	52.1	2.7	6637	6.6	30	3422
Total	—	11144	2889	—	—	—	32214	—	—	—

Vizitele la domiciliu sunt cu atât mai frecvente, cu cât copilul este mai finăr, sau cu cât condițiunile dela domiciliu periclitează mai mult sănătatea și viața copilului. Vizitele surorilor de ocrotire nu înseamnă numai sfaturi verbale, ci în primul rând fapte. Ea nu numai explică ci și demonstrează mamei cum să-și îngrijească copilul: îi face baie, îl îmbracă, etc. Fiecare vizită e deci o demonstrație practică de igienă. Ținem mai mult la calitatea, decât la cantitatea muncii, din

care motiv surorile noastre de obicei nu fac mai mult decât 8—10 vizite pe zi.

Dacă copilul crește și mama e bine instruită, vizitele se răresc, atenția sorie de ocrotire e îndreptată către alte familii, unde e nevoie mai mare de prezența ei. În timpul înfărcării, vizitele devin din nou mai frecvente. Pe teritoriul Plasei, alimentația la sân fiind o regulă generală, turburările digestive sunt mai frecvente în a doua jumătate de an a copilului. Scopul vizitelor în aceste cazuri este deci prepararea alimentelor adecvate copilului și normele alimentației artificiale. Ele rămân însă, tot practice, demonstrative și educative. Tot în scop educativ am înființat la Casa de ocrotire din Gilău o bucătărie, unde mamele, sub conducerea unei surori de ocrotire, învață în mod practic cum se prepară alimentele pentru copii.

În al doilea an de viață copiii sunt văzuți mai rar.

Dela prima vizită, pe care o face sora în familia noului născut, ea insistă ca să fie dus copilul la consultațiile infantile, să se arate copilul sănătos medicului puericultor, ca să rămână sănătos. Infiltrăm deci în fiecare familie ideea și avantajul prevenirii, ca să ne devină colaboratori activi pentru păstrarea sănătății și salvarea vieții copiilor.

Dacă se aduc copii bolnavi la consultații, se examinează, se prescrie tratamentul necesar, care apoi se execută sub supravegherea sorie de ocrotire.

Dacă analizăm tabela Nr. II, ea ne arată toate eforturile depuse de medicii și surorile de ocrotire din plasă pentru combaterea mortalității copiilor de sub 2 ani.

Numărul consultațiilor, precum și numărul copiilor de sub supravegherea noastră, a crescut din an în an. În anul 1936 am ajuns ca din toți copiii de sub 2 ani, 52.1% să stea sub îngrijirea și ocrotirea noastră. Această proporție, în actualele condițiuni de comunicație și cu actualul număr de surori de ocrotire, cu greu se mai poate mări. Poate nici nu e nevoie. Numărul mamelor instruite și educate în spirit nou crește din an în an, ele în mod automat descarcă de o parte a sarcinei surorile, cari la rândul lor se pot interesa de alte familii, mai neglijate până în prezent.

Numărul consultațiilor pentru un copil luat în evidență a fost pe an de 2.0—2.7; iar numărul vizitelor la domiciliu de 6.2—7.8. Atât din consultații, cât și din vizitele la domiciliu o proporție mai mare cade pe copiii mai mici de 1 an, și o proporție mai mică pe copiii de peste 1 an.



Proporția copiilor prezentați sănătoși la consultații a variat între 24%—46%. Ca termen de comparație a eforturilor depuse se consideră % copiilor luați în evidență, care la noi a crescut din an în an, și numărul vizitelor la domiciliu calculat pentru 1000 copii de sub 2 ani, standardul fiind de 3000 vizite pentru 1000 copii. După cum ne arată ultima coloană a tabelului Nr. II, acest standard a fost ajuns de noi în anii 1932, 1933 și 1936. În ceilalți 3 ani, afară de 1931, anul începutului, diferența e destul de neînsemnată, iar media pe 6 ani este de 2.834.

Rezultatele eforturilor noastre vor fi prezentate la capitolul mișcării populației. Dar peste aceste cifre rigide, putem să afirmăm că am schimbat obiceiurile unei bune părți a populației în ceea ce privește îngrijirea copiilor, iar roadele acestei munci trebuie să se arate în mod și mai evident în viitorul apropiat.

### C) *Îngrijirea medicală și ocrotirea preșcolariilor.*

Preșcolarii, copiii de 2—6 ani, formează categoria a cărei ocrotire este cea mai dificilă dintre toate categoriile de vârstă de copii. Problemele lor sunt altele decât ale copiilor de sub 2 ani, la ei scade importanța turburărilor digestive și se manifestă o predominanță tot mai crescândă a bolilor infecțioase. E vârsta când încep să se manifeste defectele și bolile de nas-gât-urechi, se produc în bună parte infecțiunile de tbc. etc. din care motiv trebuie să le dăm o importanță deosebită. Educația lor e încă dificilă, din cauza vârstei. Nu-i avem la dispoziție în grup ca pe elevii școlari, ei trebuie căutați din casă în casă. Pentru ocrotirea lor trebuie să ne adresăm părinților, să continuăm opera constructivă de educație.

Pentru ajungerea scopului urmărit ne-au stat la dispoziție 2 căi: consultațiile medicale la casa de ocrotire și vizitele la domiciliu făcute de surorile de ocrotire.

La consultațiile medicale, după cum ne arată tabela Nr. III., am reușit să aducem un număr mare de preșcolari, așa că în anul al 6-lea de activitate am avut deja sub supravegherea noastră 43.3% a copiilor de vârsta preșcolară. E un rezultat, care cu actualele mijloace ale plasei cu greu va mai putea fi îmbunătățit. Numărul consultațiilor pentru un copil din evidență a fost, cum era și de așteptat, mai redus ca și la copiii de sub 2 ani, și a variat între 0.9—1.3. Tendința a fost și la acest grup, ca de altcând la toate categoriile de copii, de a-i avea la consultații încă sănătoși. Procentul copiilor pre-

zențați sănătoși la consultații a crescut din an în an, ajungând maximul în 1935, de 38%, cu o ușoară scădere în 1936, când a fost de 36 %.

Vizitele la domiciliu, potrivit cu vârsta, încă s'au rărit, variind între 2.0—5.9 vizite pt. fiecare copil luat în evidență.

Tabela Nr. III.  
Îngrijirea medicală și ocrotirea preșcolărilor.

Ani	Nr. copiilor de 2—6 ani (calc.)	Nr. consultațiunilor med.	Nr. copiilor în evid.	% copiilor în evid.	Nr. consult. pt. 1 copil din evid.	Nr. vizitelor la dom.	Nr. vizit. la dom. pe 1 copil din evid.	% copiilor găsiți sănătoși la consult.	Nr. vizit. la dom. pe 1000 copii de 2—6 ani
1931	3620	241	190	5.2	1.3	1130	5.9	5	310
1932	3668	569	517	14.0	1.1	1218	2.3	30	332
1933	3715	742	790	21.2	0.9	2020	2.6	33	543
1934	3751	1433	1160	30.8	1.2	2759	2.4	31	735
1935	3779	1602	1417	37.4	1.1	3137	2.2	38	830
1936	3814	1946	1650	43.3	1.2	3355	2.0	36	879
Total	—	6533	—	—	—	13619	—	—	—

Ca termen de comparație luăm și aici standardul serviciului sanitar american, care prevede 100 vizite la domiciliu pt. 1000 copii de vârsta preșcolară. Noi nu numai că am ajuns acest standard, dar l-am și întrecut în fiecare an, făcând între 310 și 879 vizite pt. 1000 de copii preșcolari. Condițiunile dela noi au fost de așa natură, încât trebuia să insistăm mai mult pentru această categorie de copii, chiar cu riscul de a face concesii, în alte direcții.

Rezultatele activității noastre se manifestă deocamdată prin faptul că printre elevii școlari, cari au fost sub supravegherea noastră și în vârsta preșcolară, procentul celor sănătoși este în continuă urcare. Mortalitatea specifică pe vârsta respectivă încă arată o tendință de scădere.

În total în 6 ani s'au dat pentru preșcolari 6.533 consultații medicale și s'au făcut 13.619 vizite la domiciliu, adică 20.9% din totalul vizitelor la domiciliu.

D) *Îngrijirea medicală și ocrotirea copiilor de vârstă școlară (7—12 ani).*

Metodele noastre de muncă suferă o radicală schimbare, atunci când ne adresăm grupului de copii școlari. De și în această ramură de activitate mergem pe aceeași linie de educație constructivă, nu ne adresăm numai părinților, ci și copiilor, poate chiar mai mult copiilor, ei fiind deja la vârsta când pot fi bine modelați, instruiți și deprinși cu anumite reguli elementare de igienă. Ne adresăm în același timp și corpului didactic, pentru a ataca problema deodată din mai multe direcții. După 6 ani de experiență putem afirma, că această metodă de muncă dă rezultate foarte mulțumitoare. Am reușit nu numai să educăm o bună parte a școlărilor într'un spirit de igienă, apreciere a sănătății proprii și a sănătății colective, de a le imprima ideea și avantajul prevenirii bolilor, dar am reușit uneori ca prin elevi să reeducăm și părinții.

Numărul școlărilor în evidență, după cum ne arată tabela Nr. IV. a crescut destul de lent, ca abia numai în anul al 6-lea de activitate să avem sub supravegherea noastră 83.9%. Acest rezultat apare imediat mai mulțumitor dacă știm că frecvența școlară în plasa noastră, și probabil și în alte plase, este foarte redusă. În medie frecvența școlară nu se urcă niciodată peste 65—70%, iar în unele anotimpuri scade până la 50%. Noi deja în an 3-lea an de activitate am avut în evidență 56.5%, urcând această proporție din an în an până la 83.9%. Am reușit deci să avem sub supravegherea noastră un număr destul de mare de copii, cari de și de vârsta școlară, nu frecventează școala.

Consultațiunile pentru școlari aproape totdeauna să fac la școală și după cât e posibil în prezența corpului didactic, pe care căutăm să-l interesăm cât mai mult în problemele cari influențează sănătatea școlărilor. Consultațiunile sunt în realitate examinări fizice complete, cari sunt întregite și cu măsurătoarele antropometrice necesare aprecierii gradului de dezvoltare și sănătate a copiilor. Toate constatările și observațiunile referitor la copil și mediul lui familiar se înregistrează în fișe, cum se face de altcum la toate consultațiunile și vizitele la domiciliu din plasă. Seriozitatea examenului medical al elevilor se vede și din faptul că în termin mediu un examen a durat între 5.2—6.6 minute, în care timp nu este inclus timpul necesar pregătirii elevilor pentru examinare.

Tabela Nr. IV.  
Îngrijirea medicală și ocrotirea școlărilor.

Anii	Nr. copiilor de 7-12 ani (calculat)	Nr. copiilor în evid.	% copiilor în evidență	Nr. consultațiilor (examinări)	Nr. consultațiilor (tratament)	Nr. total al consultațiilor	Consultații pt. 1 copil din evid.	Vizite la domiciliu	% copiilor aflați săn. la consult.	Durata medie a unei examinări în minute	Vizite la domic. pe 1000 copii de 7-12 ani	Conferințe și inspecții școlare
1931	3344	1013	30.2	1637	1171	2808	2.8	478	6.6	6.6	142	41
1932	3388	1234	36.4	1040	1403	2443	2.0	416	17.0	6.6	123	110
1933	3432	1942	56.5	1665	1686	3351	1.7	539	29.7	5.2	157	86
1934	3465	2626	75.7	2075	1656	3731	1.4	580	37.7	5.2	167	109
1935	3491	2691	77.0	1467	2064	3531	1.3	525	34.6	5.6	150	165
1936	3523	2955	83.9	2519	2281	4800	1.6	496	40.6	5.4	140	237
Total	—	—	—	10.403	10.261	20.664	—	3034	—	—	—	748

După terminarea examinărilor fizice, medicul, dar mai cu seamă surorile de ocrotire, explică părinților importanța și consecințele defectelor și bolilor constatate la elevi și insistă pentru tratamentul medical și îngrijirea adecvată.

Nu lăsăm însă totul în sarcina părinților, fiindcă ei nu totdeauna sunt suficient de înțelegători, ci sub conducerea surorilor de ocrotire îi trimitem noi la tratamentul dentar și igienă bucală, și la alte mici tratamente făcute la casele noastre de ocrotire. Ar fi fost absolută nevoie și de un specialist în boli de nas-gât-urechi, dată fiind frecvența afecțiunilor acestor organe, dar cu toate încercările noastre nu am reușit să ne asigurăm unul, din lipsă de fonduri.

Numărul consultațiilor pt. 1 elev din evidență variază între 1.3-2.8. Elevii bolnavi au fost consultați mai de multe ori pe an, iar cei sănătoși numai odată.

Numărul vizitelor la domiciliu este mai redus ca și la celelalte categorii de copii, lucru explicabil prin faptul, că surorile au vizitat acasă numai pe cei bolnavi, educația celor sănătoși s'a făcut la școală. Din acest motiv noi nu am atins standardul de 200 vizite la domiciliu la 1000 elevi de 7-12 ani.

Numărul conferințelor și vizitelor școlare, făcute de surorile de ocrotire în scop de educație, în acești 6 ani e de 748. Este o cifră redusă, neîndestulătoare, se explică însă prin faptul că în primii ani de activitate nu a existat o dispoziție ministerială care să permită surorilor să facă mici conferințe de 10—15 min. și demonstrații de practică igienică cu elevii. După această dispoziție a fost dată în 1934, numărul lor s'a urcat, în anul 1935 s'au făcut 165 iar în 1936 un număr de 237 de astfel de vizite și avem intenția ca în viitor să urcăm acest număr și mai mult.

Tot pentru formarea obiceiurilor igienice ale elevilor școlari am instalat aproape în fiecare edificiu școlar, una sau mai multe dispozitive igienice pentru distribuția apei de băut și am construit baia școlară din Gilău, pentru copiii din Gilău și comunele din apropiere. Am intervenit pentru construirea unei băi școlare la Rechetău, din lipsă de fonduri însă planul nostru n'a putut fi realizat.

Roadele eforturilor noastre depuse pentru îmbunătățirea sănătății școlărilor ni le arată mai bine proporția crescândă a elevilor cari au fost găsiți sănătoși la consultațiuni. Până când în 1931 din totalul copiilor examinați numai 6.6% au fost complet sănătoși, fără nici un defect, această proporție a crescut an de an, ajungând ca în 1936 să avem deja 40.6% din copiii examinați fără defecte. La acest rezultat a contribuit, fără îndoială și activitatea noastră depusă la copiii preșcolari, dar a contribuit în mod special și corectarea micilor defecte, de ex. dinți, etc. și educația igienică a elevilor.

În total în 6 ani s'au dat pentru școlari 20,664 consultații, din care 10,403 au fost pentru examinări fizice, iar 10,261 pentru tratament.

Numărul vizitelor la domiciliu în același interval a fost de 3.034, adică 4.6% din totalul vizitelor făcute.

Conform programului nostru de muncă înainte schițat, principala noastră preocupare a fost copilul, pe care l'am urmărit în diferitele lui faze de dezvoltare, l'am îngrijit și ocrotit cu metode și mijloace diferite, potrivite fiecărei categorii de vârstă. Idealul nostru a fost de a avea toți copiii, de toate categoriile de vârstă sub supravegherea noastră.

Aceasta este însă un deziderat, care cu mijloacele de care dispune plasa, nu se poate obține. Ar trebui să avem un mai mare număr de medici și de surori de ocrotire.

Am fi putut obține rezultate mai bune, dacă plasa avea mai bune posibilități de comunicație, comunele ar fi fost mai compacte și mai apropiate una de cealaltă.

Scopul nostru însă nu a fost de a organiza o unitate sanitară ideală, indiferent de mijloacele pe cari le utilizăm și sumele pe care le investim în ea, ci de a arăta, că chiar cu mijloace modeste și cu cheltueli minimale, suma de 45—75 Lei pe an și pe cap de locuitor nu poate fi considerată decât o sumă minimală, numai prin o muncă organizată și sistematizată se pot obține rezultate incomparabil mai bune, decât prin vechiul sistem, inspirat din principiile perimate ale medicinei curative și a unei birocrații sanitare, care nu-i nici logică și nici justificată, atât doar că e tradițională.

## II. Combaterea bolilor sociale.

A doua mare preocupare a noastră a fost combaterea tuberculozei și a veneriilor. Deși în arhivele circumscripțiilor sanitare de pe teritoriul plasei am găsit un număr mic de tuberculoși și venerici și nuși în evidență, ancheta prealabilă care s'a făcut și experiența noastră din primul an, ne-au arătat că acele date nu corespund de loc cu realitatea și că situația este cu mult mai serioasă, decât o prezintă cifrele rapoartelor oficiale. / Central University Library Cluj

În realizarea programului nostru de muncă am fost avantajați puțin de faptul, că afară de tuberculoză și venerii, alte boli, cu o frecvență mai mare, nu au survenit. Pelagră, malarie și trachom, boli cari caracterizează multe din regiunile noastre rurale, survin în plasă numai în mod excepțional, sporadic, și nu constituie o problemă sanitară de importanță. Ne-am putut deci concentra toate eforturile asupra problemei tuberculozei și veneriilor.

### A) Combaterea tuberculozei.

O combatere rațională a tuberculozei nu poate începe cu altceva, decât cu depistarea cazurilor și anume, cu depistarea cazurilor incipiente pentru tratarea și îngrijirea lor adecvată și depistarea cazurilor mai avansate și deschise, pentru izolarea surselor de infecție și prevenirea infecțiilor noi.

În arhivele circumscripțiilor am găsit că pe teritoriul actual al Plasei în 1927 au fost 130 tuberculoși cu 36 decese, în anul 1928 un număr de 107 cazuri cu 22 decese, în anul 1929 un număr de 141 cazuri cu 44 decese, iar în 1930 un număr de 116 cazuri cu 27 decese. Nici o indicație mai apropiată însă nu am găsit, nu am

putut verifica dacă cazurile sunt noi, sau reprezintă totalul bolnavilor, nu am găsit indicat nici numele, nici comuna în care domiciliază bolnavii.

Consultațiile antituberculoase le-am putut organiza numai în jumătatea a doua a anului 1931, neavând înainte un local potrivit la dispoziție. Nu am avut nici aparat Roentgen, prin urmare am lucrat cu mijloace destul de primitive. Totuși am depistat 64 cazuri, dintre abia 457 persoane examinate. Pe sfârșitul anului al doilea am avut și Roentgen, așa că începând cu anul al 3-lea depistarea tuberculozei a putut lua un curs normal.

Punctul de plecare în depistare a fost totdeauna un caz de tuberculoză cunoscut. Cazurile mai avansate au fost ușor descoperite de surorile de ocrotire, iar diagnosticul odată pus, fie că a fost vorba de un focar închis sau deschis, am procedat la examinarea tuturor persoanelor de contact.

Nu am neglijat însă nici odată nicio ocaziune, de a depista cazuri noi. La consultațiile prenatale, infantile, preșcolare, școlare, venerii, cu ocaziunea vizitelor la domiciliu, dacă s'a observat cea mai mică indicațiune pentru tuberculoză, am invitat persoana respectivă și apoi membri de familie să se prezinte la casa de ocrotire pentru examinare și radioscopie.

În curs de 6 ani, după cum se vede din tabela Nr. V, s'au dat 9.252 consultații pentru tuberculoși și s'au făcut 6.301 radioscopii. Numărul persoanelor examinate a fost 5.697, adică 19.8% din totalul populației, descoperind 581 cazuri de tuberculoză, adică 10.1% din totalul examinațiilor, reușind ca în 1936 să avem în evidență 432 bolnavi de tuberculoză. Proporția cazurilor cunoscute de tbc. la 100.000 loc., a crescut dela 548 în 1931, la 1.470 în 1936. Nu ne facem nicio iluzie că am cunoaște exact toate cazurile de boală. Dar nu am putut face mai mult. Numai la 2 case de ocrotire am putut organiza consultații pt. tuberculoză, la Gilău și Săvădisla. Se fac consultații și la Rechetău, dar numai cu scop informativ, de triaj, cazurile descoperite acolo sunt îndrumate pentru confirmare la Gilău. Distanța dela comunele aparținătoare circumscripției Rechetău până la casa de ocrotire e mare, 10—12 km., se prezintă puține cazuri, iar dela acele comune până la Gilău, e o distanță de 30—34 km., prin urmare se prezintă și mai puțini. Aducerea la consultații a unui număr mai mare de persoane de contact, pe această distanță mare, pe drumuri impracticabile, este aproape o imposibilitate. Singura soluție ar fi achiziționarea unui Roentgen portabil, ceea ce încă nu am putut face din lipsă de fonduri.

Tabela Nr. V.

## Îngrijirea medicală și ocrotirea tuberculoșilor.

Anii	Nr. consultațiilor	Persoane nou examinate	Nr. examinărilor radiologice	Cazuri nou depistate	Nr. total al tbc. cur noscuți (vechi și noi)	Proportia boln. de tbc. la 100.000 loc.	Nr. vizitelor la domiciliu	Nr. sputeilor examinate	Nr. bolnavilor internați în sanator	Decese prin tbc.	Morti. prin tbc. la 100.000 loc.	Cazuri nou declarate la 1 caz de deces	Vizite la domiciliu pe 100 decese	Consultații pe 100 decese
1931	600	457	—	64	153	548	462	51	4	70	251	0.9	660	857
1932	1092	715	112	90	173	612	635	46	36	46	162	1.9	1380	2373
1933	1999	1281	1231	153	280	978	841	43	38	41	143	3.7	2051	4875
1934	1675	1078	1798	69	308	1065	490	83	33	32	111	2.2	1531	5234
1935	1721	1049	1546	138	414	1421	515	93	52	49	168	2.8	1051	3512
1936	2165	1119	1614	67	432	1470	592	256	46	53	180	1.3	1116	4084
Total	9252	5697	6301	581	—	—	3535	572	209	291	—	—	—	—

După depistarea cazurilor urmează faza a doua, asigurarea tratamentului și îngrijirii necesare. Surorile de ocrotire, prin vizite la domiciliu, au insistat pe deoparte pentru internarea bolnavilor în sanator, pe de altă parte pentru asigurarea îngrijirii adecvate și izolării la domiciliu. Date fiind însă condițiunile de locuințe din plasă, 46.0% din case dispunând de o singură încăpere, și 38.0% de 2 încăperi, rezultatele obținute în ceea ce privește izolarea la domiciliu au fost foarte nemulțumitoare.

În sanatoriul din Săvădisla am putut interna numai 209 cazuri în total. Cu toate dificultățile însă, mortalitatea prin tbc. s'a redus dela 251 la 100.000 loc., cât a fost în 1931, la 111 la 100.000 loc., în 1934. În 1935 și 1936 s'a urcat din nou la 168 resp. la 180 la 100.000 loc., ca urmare a epidemiei de gripă și probabil și a consecințelor mai îndepărtate a crizei economice, simțită mult de această populație și alțcum săracă.

Că eforturile noastre au fost îndrumate în direcție bună se vede și din faptul că raportul între cazurile de deces și cazurile nou depistate, este cel prevăzut în standardul american, în medie pe 6 ani având 2 cazuri nou depistate pe fiecare caz de deces.



Vizitele la domiciliu nu au atins standardul, care prevede 2000 vizite la bolnavi de tbc., pe 100 decese de tbc., numai într'un singur an, în 1933. Numărul relativ mic al surorilor față de necesitățile plasei, nu ne-a permis să intensificăm mai mult activitatea noastră în această direcție.

S'a atins și s'a întrecut chiar raportul prevăzut între numărul consultațiilor medicale și decesele de tbc., care este de 1000 consultații la 100 decese, noi având până la 5.234 consultații pe 100 decese.

Analize de spută pentru tbc., în special în primii ani, s'au făcut puține, în anii din urmă mai multe. În medie s'au făcut 2 analize pe 1 caz de deces, în loc de 5, câte prevede standardul.

Incheiem capitolul tuberculozei cu impresia că s'a muncit mult în direcția aceasta, dar mai avem încă mult de făcut.

### B) Combaterea venericilor.

Pentru combaterea veneriilor ne-am servit de aceleași metode de lucru, ca și pentru combaterea tuberculozei, adică în primul rând am încercat să depistăm cazurile de boală, iar în al doilea rând să tratăm bolnavii descoperiți și să împiedecăm infecțiunile noi.

Tabela Nr. VI.  
Îngrijirea medicală și ocrotirea venericilor.

Anii	Nr. consultațiilor	Nr. persoanelor nou examinate	Nr. venericilor de pistajați (cazuri noi)	Nr. venericilor în evidență (cazuri vechi și noi)	Nr. cazurilor noi la 100,000 loc.	Nr. venericilor în evidență la 100.000 locuit.	Nr. vizitelor la domiciliu	Injecții (tratament)	R. Wassermann	%o bolnavilor în evidență cari au urmat regulat tratam.
1931	987	105	51	51	182	182	130	807	107	43
1932	3499	1048	208	237	735	838	430	2573	962	87
1933	5864	1625	245	443	855	1547	864	4892	1634	72
1934	4502	1074	114	517	394	1728	564	4613	948	82
1935	3817	751	125	616	429	2115	662	4249	733	71
1936	3315	588	85	681	289	2317	731	3766	713	80
Total	21.984	5191	828	—	—	—	3381	20.900	5097	—

Datorită faptului că diagnosticul veneriilor se poate face fără instalații costisitoare, am organizat la fiecare casă de ocrotire 2 consultații pe săptămână, pentru depistarea cazurilor noi și pentru tratamentul cazurilor cunoscute.

În total s'au dat în 6 ani 21.984 consultații, examinându-se 5.191 persoane, adică 18,1% a populației și făcându-se 5.097 reacții serologice pentru diagnostic.

Numărul cazurilor nou descoperite în acest interval se urcă la 828, adică 15,9% din cei examinați, după cum ne arată însă tabela Nr. VI. proporția cazurilor noi la 100.000 loc., scade treptat în ultimii 3 ani, scade chiar sub 400, care este standardul, ceea ce înseamnă că suntem aproape de a cunoaște toate cazurile de venerii din plasă, rămânând ca de aici înainte să depistăm mai mult infecțiunile recente. În anii 1931—1936 proporția infecțiunilor noi din totalul cazurilor nou descoperite a variat între 8%—14%.

Numărul cazurilor în evidență crește an de an, ceea ce e explicabil prin faptul că nu scoatem din evidență nici o persoană, numai după 4 ani de tratament regulat, sau în caz de deces sau plecare din plasă. Așa se explică faptul că proporția persoanelor în evidență crește dela 182 în 1931, la 2.317 în 1936, la 100.000 loc.

Ceea ce privește tratamentul cazurilor nou descoperite, credem că am realizat aproape maximul ce se poate realiza în această direcție în mediul rural.

Toate infecțiunile noi (în stare de infecțiozitate) au fost supuse unui tratament sistematic.

Pentru a obține acest rezultat am utilizat, afară de câteva excepțiuni, numai puterea de convingere a surorilor de ocrotire.

La cazurile de sifilis latent rezultatele sunt cu ceva mai slabe, dar afară de anul 1931, când abia 43% a cazurilor cunoscute au urmat regulat tratamentul, în ceilalți ani am obținut rezultate foarte mulțumitoare, tratamentul fiind urmat în mod regulat de 71—87% a bolnavilor cunoscuți. Aceste cifre se confirmă și prin faptul că în 6 ani s'a administrat în total 20.900 tratamente antisifilitice.

Vizite la domiciliu s'au făcut în total 3.381, majoritatea acestora au fost vizite de convingere, pentru urmarea tratamentului, iar o parte mai mică din ele s'au făcut în vederea împiedecării infecțiunei în familie.

Rezultatele obținute în combaterea veneriilor se datoresc în bună parte și tactului și discreției cu care au lucrat surorile noastre de ocrotire.

### III. Bolile infecto-contagioase.

Un capitol deosebit de important, dar în acelaș timp deosebit de dificil, l-a constituit pentru noi bolile infecto-contagioase.

Deși mortalitatea prin boli infecțioase în plasă, calculată la 100.000 loc., a fost pe anii 1932—35, pe cari am avut date de comparație, cu mult inferioară mortalității prin aceleași boli, (pe cari le înșirăm noi în tabela Nr. VII.) în mediul rural pe țară, trebuie să recunoaștem că nu am putut obține pentru toate bolile un raport normal între cazurile de deces și cazurile declarate.

Tabela Nr. VII.

Cazurile și decesele de boale infecto-contagioase.

BOALA	1931		1932		1933		1934		1935		1936		Total		Cazuri de boală pe 1 dec.	Fatalitatea la 100 cazuri
	Cazuri	Decese	Cazuri	Decese	Cazuri	Decese	Cazuri	Decese	Cazuri	Decese	Cazuri	Decese	Cazuri	Decese		
Scarlatină	13	2	1	—	—	—	5	1	93	5	57	10	169	18	9.3	10.6
Difterie	3	—	8	2	15	6	24	7	18	1	6	1	74	17	4.3	22.9
Rugeolă	—	—	5	—	304	—	155	4	1	—	24	—	489	4	122.0	0.8
Tusă conv.	43	—	62	1	24	—	16	—	119	3	183	10	447	14	31.0	3.1
Febra tif.	11	2	7	1	5	1	58	5	9	1	16	2	106	12	8.8	11.3
Dizenterie	—	—	2	—	54	3	159	11	16	1	15	2	246	17	14.4	6.9
Alte boale	25	—	6	—	39	—	9	—	53	—	73	—	205	—	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>4</b>	<b>91</b>	<b>4</b>	<b>441</b>	<b>10</b>	<b>426</b>	<b>28</b>	<b>309</b>	<b>11</b>	<b>374</b>	<b>25</b>	<b>1736</b>	<b>82</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Mort. prin boli inf. la 100.000 loc.	—	14.3	—	14.3	—	34.9	—	96.8	—	37.7	—	85.0	—	—	—	—

Nu am putut obține acest rezultat pentru scarlatină și difterie. Pentru scarlatină raportul ar trebui să fie de 50 cazuri de boală declarate pe fiecare caz de deces, iar pentru difterie de 15 cazuri declarate pentru fiecare caz de deces. Noi am avut 9.3 cazuri declarate la scarlatină și 4.3 cazuri declarate la difterie, pentru fiecare caz de deces. Am obținut raport normal pentru rugeolă, 122 cazuri

(standard 100 cazuri) pe 1 caz de deces, la tusa convulsivă, 31 cazuri (standard 25 cazuri) pe 1 caz de deces, și la febră tifoidă, 8.8 cazuri (standard 7.0 cazuri) pe 1 caz de deces. Am dat aceste raporturi în medie pe 6 ani, pe un singur an cifrele fiind prea mici, nu pot fi semnificative.

Explicația acestui fapt se găsește în distanța mare și comunicația dificilă pe care o avem cu 9 comune din plasă, și prin dispersiunea mare a comunelor de munte, în urma cărui fapt medicii și surorile nu pot vizita, chiar în anotimpul când predomină scarlatina și difteria, comunele respective.

Din această insuficiență rezultă și fatalitatea mare, care la scarlatină e de 10.6%, iar la difterie de 22.9%, ceea ce nu corespunde realității, nefiind toate cazurile de boală declarate.

O repercusiune asupra mersului bolilor infecto-contagioase, în special asupra febrei tifoide și a dizenteriei, a avut și faptul că în anii 1933—35 s'a construit șoseaua națională Cluj—Oradea, având în permanență în comunele de pe parcursul acestei șosele prin plasă 400—600 muncitori, în condițiuni cât se poate de rudimentare. Acest fapt de altcum a influențat nu numai mersul boalelor infecto-contagioase ci și al veneriilor.

Pentru combaterea bolilor infecto-contagioase ne-am servit, pe lângă metodele obișnuite, și de imunizarea activă, cu deosebire contra scarlatinei și difteriei.

Vaccinările și revaccinările antivariolice se execută în mod regulat.

Vaccinarea B. C. G. se face numai în comunele de reședință a surorilor de ocrotire și în comunele din apropiere, unde vaccinarea se poate face în mod regulat. În total în aceste comune s'a vaccinat complet 901 nou născuți, adică 17.8% a tuturor nou născuților.

Începând cu anul 1934 am dat o atenție deosebită vaccinărilor antidifterice și antiscarlatinoase. În anii 1934—36 am vaccinat în total 5.430 copii de 2—12 ani, contra difteriei și scarlatinei, în mod simultan. Vaccinarea completă (3 inj.) s'a putut face numai la 50% a copiilor, 25% primind 2 injecții, iar 25% numai o singură injecție. Afară de aceștia s'au mai vaccinat 301 copii numai față de difterie.

Utilizarea laboratorului pentru confirmarea diagnosticului și depistarea purtătorilor și excretorilor de germeni s'a făcut pe o scară destul de întinsă. Așa de ex. la 74 cazuri cunoscute de difterie s'au făcut în total 237 analize bacteriologice (frotiu și cultură), dintre cari 58 au dat rezultat pozitiv, iar 179 rezultat negativ.

Pentru 106 cazuri de febră tifoidă s'au făcut în total 4 hemo-culturi, 128 analize bacteriologice de fecale și 147 de reacții Widal.

Calculând raportul între numărul analizelor de laborator și cazurile mortale prin difterie, constatăm că la fiecare caz de deces se fac 14 analize, iar dacă luăm în considerare că 50% a bolnavilor au fost internați, în spital, prin urmare o parte a analizelor s'a făcut în spital, raportul va fi de aproape 28 analize pe 1 caz de deces. (Standardul prevede 100 analize la 1 caz de deces.)

Pentru febră tifoidă acest raport este de 23 analize pe 1 caz de deces; dacă luăm în considerare că 33% a bolnavilor au fost internați în spital, raportul se urcă la 31 analize pe 1 caz de deces. (Standardul prevede 30 analize pe 1 caz de deces.)

Ceea ce mai rămâne de îmbunătățit pentru viitor este depistarea și declararea cazurilor de scarlatină și difterie.

#### IV. Lucrări de sanitație.

Problemele sanitației, îndeosebi problema locuinței, a alimentației cu apă și a latrinelor, s'au găsit cu ocaziunea anchetei din 1929 într'o stare cu totul necorespunzătoare. Din 6.211 case, 4.770 (77.0%) erau construite din lemn, 759 (12.0%) din cărămidă, 600 (9.6%) din piatră și 89 (1.4%) din pământ bătut. Mai grav se prezintă însă situația dacă cercetăm aceste case din punct de vedere al încăperilor, cubajului și al ventilației.

Case cu 1 încăpere au fost 2.867 (46.0%), cu 2 încăperi 2.355 (38.0%), cu 3 încăperi 907 (14.6%) cu mai mult de 3 încăperi 82 (1.4%). Densitatea pe casă este de 4.66, iar densitatea pe cameră de 2.7. — Cubajul, luminația și ventilația sunt cu totul insuficiente. La cele mai multe case pardoseala este din pământ bătut. Chiar și în casele cu mai multe încăperi, aproape toți membrii familiei dorm în aceeaș cameră sau chiar în acelaș pat.

Aprovizionarea cu apă deasemenea se face în mod neigienic. S'au găsit în plasă 2.342 fântâni, cele mai multe construite din piatră, insuficient protejate, neacoperite, prea aproape de latrine, grajduri și grămezi de gunoiu, cu multe posibilități de impurificare și infecțiune. O parte a populației se aprovizionează cu apă din râurile și fluviile cari trec prin apropiere, alții din izvoare, iar un număr cu totul redus din fântâni cu pompă.

Problema latrinelor a fost deasemenea cât se poate de negli-

jală. O bună parte a populației nu avea latrină, iar chiar și cele care existau, erau cu totul primitive și neigienice.

Băi populare sau școlare nu au existat.

Fără de atâtea și așa de grave neajunsuri, la cari s'a mai adăugat și criza economică, realizările făcute de plasă nu au putut modifica radical situațiunea. Îmbunătățirea condițiunilor de salubritate publică cer jertfe materiale însemnate.

În bugetul plasei am prevăzut pe fiecare an o sumă în jurul cifrei de Lei 200.000 pentru lucrări de sanitație.

Pentru îmbunătățirea locuințelor am acordat solicitanților ajutoare în bani sau material lemnos, pentru înlocuirea pardoselei de pământ cu scânduri și mărirea ferestrelor, ajutoare cari au variat între 400—1000 lei.

Aceste subvenții s'au dat totdeauna cu condiția ca solicitatorul să investească cel puțin o sumă egală, iar executarea lucrărilor s'a făcut după indicațiile medicului igienist și sub controlul agentului sanitar.

Astfel de subvenții s'au dat în anii 1931—36, în total la 55 de solicitanți. Celora cari au construit case noi, le-am cerut să respecte anumite condițiuni igienice minimale.

Aceste lucrări au servit mai mult de demonstrație și ca propagandă, cu un succes mulțumitor, întrucât exemplele au fost imitate și de alții, fără nici un ajutor din partea noastră.

Pentru îmbunătățirea alimentării cu apă am introdus un model de fântână, construit din inele de beton, pompă și placă acoperitoare, corespunzător tuturor condițiunilor igienice.

Din suma prevăzută pentru lucrări de sanitație am construit în întregime sau am participat la construcții, cu o cotă de 50—60%, în cele mai multe cazuri în material (inele de beton, plăci de acoperire, pompă), mai multe fântâni publice (comunale sau școlare) și în câteva cazuri particulare. Construcțiile de fântâni s'au făcut totdeauna după indicațiile noastre și sub conducerea agentului sanitar. Costul unei fântâni igienice variază între 8000—10.000 lei.

În anii 1931—36 s'au construit în astfel de condițiuni 38 fântâni.

Nu există comună care să nu dispună de una sau mai multe fântâni igienice, comunale și școlare, construite cu scopul de a servi ca model. Cu toată criza economică de care a suferit populația exemplul dat de noi a fost de mai multeori imitat.

Deasemenea ne-am ocupat de îmbunătățirea fântânilor existente, reușind ca în mai multe cazuri să le ameliorăm, fără nici un concurs material din partea noastră.

În același timp ne-am ocupat nu numai de fântânile școlare ci și de distribuția apei între elevi, înlocuind tradiționalul ciubăr cu vas comun, cu un distribuitor de apă întocmit de Institutul nostru, furnizând apa dintr'un jet săritor, fără nici un pericol de transmiterea infecțiilor. Astfel de distribuitoare de apă am instalat 22 bucăți.

Cu același scop de demonstrație am construit și latrine, cele mai multe școlare. La construcția latrinelor, ca și de altcum la cea a fântânilor, am fost ajutați de populație cu mâna de lucru, primăriile, după posibilitățile lor materiale, ne-au ajutat cu material și bani, chiar și eforturile școlare, în unele cazuri, ne-au venit în ajutor cu sumele colectate de elevi, veniturile reprezentațiilor școlare făcute în acest scop, în așa măsură, că din costul total nu a trebuit să suportăm mai mult de 50—60%.

Tipul de latrină introdus constă dintr'un rezervor de beton impermeabil, un compartiment de lemn, inaccesibil pentru muște, rodenți, pasări, etc. prevăzut cu ventilație adecvată, cu mai multe scaune cu închidere automată, în raport cu numărul elevilor și prevăzut cu un urinar.

În anii 1931—36 am construit 24 de latrine, așa că azi aproape nu există comună care să nu dispună de una sau mai multe latrine igienice.

Concomitent cu campania de construcții de latrine ne-am ocupat și cu repararea latrinelor deja existente, reușind să îmbunătățim un număr mare de latrine.

Tot din bugetul pentru lucrări de sanitație am construit în comuna Gilău, o baie școlară cu 8 dușuri și 2 vane, pentru elevii școlari din Gilău și comunele vecine. Întreținerea ei este asigurată de primăria comunei. Elevii școlilor din comunele învecinate, sub conducerea personalului didactic, sunt aduși în mod regulat la Gilău, afară de anotimpurile prea reci sau ploioase, pentru a face baie, cu care ocaziune li se face și radioscoopia pulmonară, contribuind astfel la depistarea tuberculozei incipiente.

Baia școlară funcționează de 2 ori pe săptămână, oferind posibilitate de curățenie corporală la câte 100—120 elevi pe zi. Cu același scop de educație igienică, baia se pune și la dispoziția preșcolărilor.

Realizările noastre, ori cât de frumoase se par, sunt încă departe de a fi schimbat radical aspectul sanitației din plasă. Nici nu era scopul nostru de a face totul, nici nu puteam face. Am dorit să arătăm exemple și mai cu seamă am dorit ca generația școlară de azi să fie educată într'un spirit de igienă individuală și colectivă. Rezultatele muncii noastre nici nu le așteptăm acum. Credem însă că atunci, când generația școlară de azi va ajunge adultă, crescută fiind în altă mentalitate și alte obiceiuri, în mod automat se vor arăta și roadele eforturilor noastre. În sănătatea publică se lucrează aproape totdeauna pentru binele generației care vine.

### Plasa ca centru de instrucție.

Printre preocupările Plasei trebuie să amintim și aceea de a instrui personalul medical și auxiliar în problemele de administrație sanitară. Această obligație a răpit un timp foarte prețios personalului nostru, fapt care trebuie avut în vedere la aprecierea eforturilor și la interpretarea rezultatelor.

În anii 1931—1936, în Plasă au făcut câte un stagiu de 2 luni, 115 eleve de surori de ocrotire, câte un stagiu de 1 lună 58 medici igienisti, câte un stagiu de 2 săptămâni 414 medici absolvenți ai facultății de medicină din Cluj, și câte un stagiu de 1 lună 61 surori de ocrotire din seriile mai vechi.

Medicii și surorile noastre s'au ocupat cu fiecare stagiar în parte, introducându-l în sistemul de administrație de birou și de administrație sanitară practică în plasă. Pe lângă acești stagiași plasa a mai fost vizitată în fiecare an de mai multe zeci de persoane, medici, surori de ocrotire, etc. și un mare număr de vizitatori din alte țări (U. S. A., Anglia, Italia, Grecia, Albania etc.), cari s'au interesat de sistemul nostru de muncă.

Avem certitudinea că prin numărul mare de stagiași, în total 648, și prin numărul mare de vizitatori, Plasa a contribuit mult la sistematizarea și îmbunătățirea practicei de administrație sanitară din țară și a câștigat mulți aderenți principiului de medicină preventivă.

### Consultațiunile medicale.

În tabela Nr. VIII. am totalizat, pe categorii, numărul persoanelor nou examinate, iar în tabela Nr. IX, tot pe categorii, numărul



consultațiilor făcute de medicii Plasei în anii 1931—1936. Nu sunt cuprinși în aceste 2 tabele săracii examinați de medicii de circumscripție, pentru alte probleme decât cele înșirate, având în vedere că aceste consultații s'au făcut exclusiv cu scop terapeutic.

Analizând tabela Nr. VIII, constatăm că în fiecare an, afară de 1931, numărul celor cari s'au prezentat la diferitele categorii de consultații pentru întâia oară este de peste 10% a populației, au fost chiar ani, de ex. 1933, când numărul persoanelor nou examinate a fost 16.5% din totalul populației. Numărul total al persoanelor nou examinate este de 20,880, ceea ce înseamnă tot atâtea fișe medicale individuale. Proporția persoanelor nou examinate din totalul populației este de 72.7%. E adevărat că un număr oarecare dintre aceste persoane s'a prezentat la 2 sau 3 feluri de consultații, așa de exemplu o gravidă a putut fi examinată și în calitate de gravidă și în calitate de tuberculoasă sau venerică, totuși cazurile aceste sunt mai rare și credem că nu exagerăm de loc dacă afirmăm, că cel puțin 50% din populația Plasei a fost examinată, are una sau mai multe fișe completate la casele noastre de ocrotire, iar deodată cu fișa lui medicală și de ocrotire i s'a întocmit și fișa familiară.

Analizând tabela Nr. IX, constatăm că totalul consultațiilor făcute în anii 1931—36 este de 70.964, iar raportul între numărul

Tabela Nr. VIII.  
Numărul persoanelor nou examinate.

Anii	Gravide	Sugaci	Preșcolari	Școlari	Adulți		Nr. total al persoanelor nou exam.	% populației nou exam.
					Tbc.	Vener.		
1931	44	396	190	1013	457	105	2205	7.9
1932	136	537	349	369	715	1048	3154	11.2
1933	156	501	346	821	1281	1625	4730	16.5
1934	158	456	510	791	1078	1074	4067	14.1
1935	169	425	418	320	1049	751	3132	10.8
1936	164	574	474	675	1119	588	3594	12.2
Total	827	2889	2287	3989	5697	5191	20880	72.7

Tabela Nr. IX.  
Numărul consultațiilor medicale.

Anii	Consultații medicale pentru							
	Gravide	Sugaci	Preșcolari	Școlari		Tbc.	Venerii	Total
				Exam.	Trat.			
1931	61	801	241	1637	1171	600	987	5498
1932	224	1756	569	1040	1403	1092	3499	9583
1933	242	1862	742	1665	1686	1999	5864	14060
1934	282	2214	1433	2075	1656	1675	4502	13837
1935	270	1823	1602	1467	2064	1721	3817	12764
1936	308	2688	1946	2519	2281	2165	3315	15222
Total	1387	11144	6533	10403	10261	9252	21984	70964
% din total	2.0	15.7	9.2	14.6	14.4	13.1	31.0	100

BCU Cluj / Central University Library Cluj

persoanelor nou examinate și totalul consultațiilor este de 1 : 3.4, ceea ce înseamnă că pe fiecare persoană revin 3.4 consultații.

Mai reiasă din tabela Nr. IX. că proporția cea mai mare de consultații, 31.0%, revine pentru venerii, tratamentul antisifilitic fiind de lungă durată, a urcat foarte mult numărul consultațiilor. În al doilea rând vin consultațiile pentru sugaci, cu o proporție de 15.7%, apoi în ordine descrescândă vin consultațiile pentru școlari, tuberculoză, preșcolari și gravide.

### Activitatea surorilor de ocrotire.

Datorită sistemului de înregistrare și control introdus în Plasa noastră, suntem în situația de a avea date exacte asupra activității întregului nostru personal.

În cele ce urmează expunem activitatea surorilor de ocrotire, cu care ne-am ocupat în mod detaliat, în dorința de a sistematiza și raționaliza dela început serviciul lor. Tabela Nr. X. ne arată numărul vizitelor la domiciliu făcute de surorile de ocrotire, pe diferite categorii de probleme. Din această tabelă reiasă, că din totalul de 65.181

Tabela Nr. X.

Activitatea surorilor de ocrotire.

Anii	Nr. surorilor de ocr.	Totalul vizitelor la domiciliu								Conferințe și inspecții școlare	Intervenții	Distribuția orelor de lucru în %						
		Gravide	Sugaci	Preșcolari	Școlari	Tbc.	Venerii	Altele	Totalul orelor de lucru			Vizite la domiciliu	Consultații	Birou	Act. școlară și socială	Deplasări		
1931	5	4967	166	2508	1130	478	462	130	93	41	32	7668	25.3	20.4	33.6	2.4	18.3	
1932	5	10439	458	5737	1218	416	635	430	1545	110	54	14129	29.6	23.6	28.2	3.0	15.6	
1933	6	13294	656	6800	2020	539	841	864	1574	66	107	17453	30.9	27.8	24.8	2.6	14.0	
1934	5	11144	438	5542	2759	580	490	564	1271	109	278	16221	31.5	27.1	23.8	3.4	14.9	
1935	5	11242	534	4990	3137	525	515	662	879	165	709	15764	36.6	21.7	23.3	5.7	12.7	
1936	6	13995	714	6637	3355	496	592	731	1070	237	885	18244	36.2	21.2	24.6	4.6	13.4	
Total	—	65181	2966	32214	13619	3034	3535	3381	6432	748	2065	89479	28995	21438	22906	3348	12791	
% din total	—	100.0	4.6	49.4	20.9	4.6	5.4	5.2	9.9	—	—	—	32.4	24.0	25.6	3.7	14.3	

vizite, 49.4% s'au făcut pentru sugaci, iar 20.9% pentru preșcolari. Aceste două cifre evidențiază în mod destul de elocvent importanța care s'a dat problemei copiilor în Plasă.

La rubrica „altele“ găsim procentul de 9.9%, ceea ce înseamnă că din totalul vizitelor la domiciliu 9.9% s'au făcut la adulți, pentru alte motive decât cele înșirate în tabelă (gravide, tbc. și venerii), adică în scop terapeutic, îngrijind bolnavii după indicațiunile medicului.

Numărul conferințelor și inspecțiilor școlare a început să crească numai în ultimii ani, după ce prin o dispoziție ministerială s'a admis acest lucru surorilor de ocrotire.

După cum populația s'a familiarizat cu surorile de ocrotire așa a crescut numărul intervențiilor, sub cari înțelegem pe deoparte intervențiile surorilor la diferite autorități în favoarea ocrotiților (asistența juridică), iar pe de altă parte intervenția lor în familii, pentru aplanarea unor neînțelegeri, pentru soluționarea unor probleme cu scopul de a preveni desorganizarea familiei sau pentru a reface unitatea familiei, etc., adică în scop de asistență socială.

Partea a doua a tabelii Nr. X. ne arată totalul orelor de lucru a surorilor de ocrotire și distribuția procentuală a timpului de muncă pe diferite categorii de activitate: vizite la domiciliu, asistarea la consultațiile medicale, lucrări de birou, activitate școlară și socială și deplasări.

Această repartitie a orelor de muncă a fost studiată în mod detaliat pentru a raționaliza și sistematiza serviciul. Într'adevăr am reușit ca procentul orelor de lucru pentru vizitele la domiciliu să crească dela 25.3%, cât a fost în anul 1931, la peste 36% în anii 1935—36, iar procentul orelor de birou să scadă dela 33.6% în 1931, la 23.3% și 24.6% în 1935 și 1936.

Am reușit deci să organizăm activitatea surorilor în așa fel, că din acest punct de vedere suntem la acelaș nivel cu oricare serviciu similar din străinătate.

### Mișcarea populației în anii 1925—1936.

Aprecierea activității desfășurate de un serviciu sanitar se face prin măsurarea eforturilor depuse, adică prin măsurarea cantității și calității muncii, și prin măsurarea rezultatelor obținute. Prin tabelele prezentate până acum am încercat să măsurăm mai mult munca depusă și în mod parțial rezultatele. Rămâne ca în tabelele Nr. XI—XII—XIII, să măsurăm rezultatele definitive ale eforturilor depuse.

Efectele unei organizațiuni sanitare în ultima analiză se evidențiază prin reducerea mortalității generale și a mortalității infantile. Mortalitatea generală și mortalitatea infantilă sunt însă uneori determinate de factori cari nu totdeauna pot fi dominați și controlați de medic, iar pentru a obține reducerea mortalității generale și infantile prin mijloace medicale și educative, în mod definitiv și nu incidental, trebuie un timp oarecare, în care să se obțină alte rezultate, cari trebuie să premergească reducerii mortalității. Persoane cu mare competență în materie de organizare sanitară, cum este de ex. Sir Arthur Newsholme, fostul conducător și organizator al serviciului sanitar din Anglia, și C. F. A. Winslow, profesor de Igienă dela Universitatea Yale, susțin că rezultatele definitive ale unei organizațiuni sanitare nou introduse se pot obține numai după o perioadă de 10 ani.

Tabela Nr. XI.

Mișcarea populației în anii 1931—1936.

Anii	Populația probabilă la 1 Iulie	Cifre crude				Prop. la 1000 loc.			Proporții la 100 născuți vii
		Născuți vii	Decese	Excedent natural	Decese sub 1 an	Natalitate	Mortalit.	Excedent natural	
1925	25726	947	608	339	175	36.8	23.6	13.2	18.5
1926	26052	949	637	312	181	36.4	24.4	11.9	19.1
1927	26370	931	608	323	217	35.3	23.1	12.2	23.3
1928	26740	952	535	417	167	35.6	20.0	15.6	17.5
1929	27100	887	583	304	201	32.7	21.5	11.2	22.7
1930	27487	934	464	470	159	34.0	16.9	17.1	17.0
1931	27893	896	554	342	157	32.1	19.9	12.2	17.5
1932	28263	936	538	398	166	33.1	19.0	14.1	17.7
1933	28625	843	516	327	115	29.4	18.0	11.4	13.6
1934	28902	746	520	226	138	25.8	18.0	7.8	18.5
1935	29117	775	570	205	129	26.6	19.6	7.0	16.6
1936	29383	843	515	328	127	28.7	17.5	11.2	15.1

Rezultate premergătoare sau parțiale, altele decât reducerea mortalității, ca de ex. modificarea obiceiurilor populației, creșterea gradului de curățenie, aprecierea mai mare a sănătății, etc., se produc cu mult

înainte, aceste însă nu se pot măsura și aprecia preciz, iar descrierea lor nu are forța convingătoare a cifrelor.

Tabela Nr. XII.  
Mortalitatea specifică pe vârstă.

Anii	Populația pe 1 Iulie	Populația pe grupe de vârstă (ani)				Totalul deceselor	Decesele pe grupe de vârstă				Proporția la 1000 locuitori			
		0-4	5-19	20-59	60-		0-4	5-19	20-59	60-	0-4	5-19	20-59	60-
1931	27893	4033	8524	12920	2416	554	206	47	121	180	51.1	5.5	9.4	74.5
1932	28263	4087	8637	13091	2448	538	211	31	95	201	51.6	3.6	7.3	82.1
1933	28625	4139	8748	13259	2479	516	183	36	120	177	44.2	4.1	9.1	71.4
1934	28902	4179	8833	13387	2503	520	206	36	92	186	49.2	4.1	6.9	74.3
1935	29117	4210	8898	13487	2522	570	190	42	119	219	45.1	4.7	8.8	86.8
1936	29383	4249	8979	13610	2545	515	180	49	110	176	42.4	5.4	8.1	69.2

BCU Cluj / Tabela Nr. XIII. City Library Cluj  
Mortalitatea infantilă pe grupe de vârstă.

Anii	Născuți vii	Decese				Mort. inf. la 1000 născuți vii	Mort. la 1000 născuți vii		
		0-1 an	0-30 zile	1-3 luni	4-12 luni		0.30 zile	1-3 luni	4-12 luni
1925	947	175	82	40	53	184.8	86.6	42.2	56.0
1926	949	181	75	42	64	190.7	79.0	44.2	67.4
1927	931	217	83	48	86	233.1	89.2	51.6	92.4
1928	952	167	72	39	56	175.4	75.6	41.0	58.8
1929	887	201	75	48	78	226.6	84.6	54.1	87.9
1930	934	159	78	33	48	170.2	83.5	35.3	51.4
1931	896	157	53	46	58	175.2	59.2	51.3	64.7
1932	936	166	70	42	54	177.4	74.8	44.9	57.7
1933	843	115	51	18	46	136.4	60.5	21.4	54.6
1934	746	138	43	25	70	185.0	57.6	33.5	93.8
1935	775	129	51	28	50	166.4	65.8	36.1	64.5
1936	843	127	54	29	44	150.7	64.1	34.4	52.1

Noi vom lua deci în considerare numai reducerea mortalității generale și a mortalității infantile.

Analizând tabela Nr. XI, constatăm următoarele:

1. Natalitatea este în continuă scădere. Media natalității pe anii 1925—30 este de 35.1‰ loc., iar pe anii 1931—36 de 29.3‰ loc., ceea ce înseamnă o scădere destul de pronunțată.

2. Mortalitatea generală prezintă deasemenea o scădere. Media mortalității pe anii 1925—30 a fost de 21.5‰ loc., iar pe anii 1931—36 de 18.7‰ loc.

Analizând mortalitatea generală pe grupe de vârstă (tabela Nr. XII), constatăm o scădere treptată a mortalității pe grupul de 0—4 ani, de la 51.1 decese pe 1000 persoane de aceeași vârstă din 1931, la 42.4 în 1936, ceea ce justifică programul nostru de muncă, de a ne ocupa cu copiii în primul rând.

3. Mortalitatea infantilă a scăzut de la media de 19.6‰ cât a fost în anii 1925—30, la 16.5‰ pe anii 1931—36.

Analizând mortalitatea infantilă pe grupe de vârste (tabela Nr. XIII), constatăm o scădere pronunțată la grupa de vârstă de 0—30 zile. Până când pe anii 1925—30 media mortalității specifice pentru vârsta de 0—30 zile a fost 83.0 la 1000 născuți vii, pe perioada 1931—36 a fost numai de 63.9‰ de născuți vii. Prin urmare consultațiile prenatale, consultațiile pentru sugaci și vizitele la domiciliu făcute de surorile de ocrotire, au redus mortalitatea infantilă chiar acolo unde ea era mai mare, reușind să salvăm în medie aproape 20 copii de vârsta 0—30 zile la fiecare 1000 de noi-născuți.

Mortalitatea infantilă pe grupe de vârstă.

Grupurile de vârstă	Media mortalității la 1000 noi-născuți	
	1925—30	1931—36
0—30 zile	83.0	63.9
1—3 luni	44.6	37.3
4—12 „	68.8	63.9

Pe grupele de vârstă de 1—3 luni și 4—12 luni, după cum reiasă din tabela de mai sus, încă s'au obținut rezultate, dar mai puțin pronunțate.

Dacă pe baza rezultatelor obținute în Plasa Gilău, în anii 1931—36, dorim să tragem concluzii asupra organizării sanitare rurale

preconizată de legea sanitară din 1930, și asupra felului muncii depuse, rezultatele mai sus expuse trebuie interpretate ținând cont de următoarele fapte:

1. Dificultățile de comunicație pe o parte a plasei (9 comune cu o populație de aproape 9000 locuitori) sunt atât de mari, încât pe timp îndelungat nici medicul, nici sora de ocrotire nu poate vizita aceste comune, prin urmare ele nu pot beneficia de serviciul nostru în măsura în care ar trebui să beneficieze. Singura soluție ar fi de a mai avea un medic de circumscripție și cel puțin 3 surori de ocrotire.

2. Comparația epocii 1925—30 cu epoca 1931—36, se face în desavantajul celei ulterioare. Epoca 1925—30 a fost bună din punct de vedere economic, până când în epoca 1931—1936 a culminat criza, cu toate consecințele ei asupra sănătății. De fapt anii cei mai răi pentru noi au fost 1935—36, când s'au manifestat mai mult consecințele crizei, populația fiind deja secătuită de toate rezervele materiale.

3. În desavantajul perioadei 1931—36 putem pune numărul mare al muncitorilor cari au lucrat la șoseaua națională Cluj—Oradea, influențând mersul bolilor infecțioase și al veneriilor. Aproape toate cazurile de disenterie și febră tifoidă au survenit în comunele în cari au staționat acești muncitori.

4. A influențat progresul serviciului nostru și prea frecvența schimbare a medicilor de circumscripție și a surorilor de ocrotire. Credem că aplicarea dispozițiilor legii sanitare din acest punct de vedere ar fi binevenită.

În circumscripția Căpușul-mare în 6 ani am avut 6 medici de circumscripție, cu o lipsă de activitate de 10 luni între plecarea unuia și venirea celui alt.

La circumscripția Rechetău am avut în 6 ani 4 medici de circumscripție, cu o lipsă de activitate de 2 luni.

La circumscripția Gilău, 2 medici cu o lipsă de activitate de 7 luni.

Numai la o singură circumscripție, la Săvădisla, am avut tot timpul același medic.

În total deci, afară de concediile legale și de odihnă, s'a produs o vacanță forțată de 19 luni.

Schimbarea medicilor puericultori ne-a adus o vacanță forțată de  $4\frac{1}{2}$  luni.

Prin schimbarea surorilor de ocrotire am ajuns la o vacanță forțată de 12 luni.



## Concluzii.

Experiența celor 6 ani de activitate, observarea și studierea atentă și detaliată a tuturor faptelor, ne îndreptățește să tragem următoarele concluzii generale :

1. Sistemul de organizare sanitară rurală, prevăzut în legea sanitară din 1930 și aplicat timp de 6 ani în Plasa sanitară model Gilău, cu toate că din motive independente de noi nu s'a putut aplica în perfecțiunea în care e legiferat, a dat rezultate foarte mulțumitoare, în timp relativ scurt.

2. Sistemul de organizare sanitară rurală bazat pe principiul medicinei preventive, reprezentat pe teren de medicul igienist de plasă și a educației igienice, reprezentată prin sora de ocrotire, poate fi aplicat în mediul nostru rural fără nicio dificultate, populația înțelege și chiar apreciază avantajii acestui sistem, iar cheltuielile necesare organizării sunt atât de reduse, încât pot fi ușor suportate de bugetul unei țări, a cărei conducători apreciază la valoarea ei justă sănătatea populației.

3. Unirea mai multor circumscripții într'o unitate sanitară mai mare, care e plasa sanitară, prezintă mai multe avantaje și anume : costul organizării și întreținerii serviciului este mai redus ; asigură unitatea și uniformitatea activității, deschide orizonturi mai largi și oferă posibilități de organizare și control mai bune.

4. În mediul rural e o necesitate categorică descentralizarea activității sanitare preventive și curative, în sensul de a ne apropia cât mai mult de populație, de a o cerceta în comună (medic) sau chiar în casa ei (sora de ocrotire), altcum ajung la medic numai cazurile desperate, grave, când nici medicina terapeutică și cu atât mai puțin cea preventivă îi pot fi utilă. Credem deci necesar ca în fiecare comună să se organizeze un mic dispensar, constând din o cameră de așteptare și de consultații, sau la caz de nevoie chiar numai din o cameră de consultații, cu mobilierul absolut necesar, unde la zile și ore fixe medicul să facă consultații.

5. Mutarea prea frecventă a medicilor de circumscripție cauzează grave perturbațiuni în mersul serviciului sanitar rural și paralizează aproape complet executarea oricărui program, reducând randamentul serviciului uneori aproape cu 90%. Noi, înregistrând zilnic activitatea medicului, am putut constata că trebuie o perioadă de adaptare de aprox. 3 luni, până când activitatea medicului nou venit atinge un nivel normal.

Ar trebui fixat un timp minimal, în interiorul căreia medicii nu pot cere transferarea sau mutarea lor, nici chiar prin învoire reciprocă, așa cum a fost prevăzut de legea din 1930.

### The Demonstration Health District of Gilău.

The demonstration health district of Gilău was established on the 1<sup>st</sup> of January 1931.

The health district is composed of 26 villages, divided into 4 rural sanitary circumscriptions; the total population being on the 1<sup>st</sup> of January 1931 of 27, 718 and on the 31<sup>st</sup> of December 1936, of 29.547.

The occupation of the population living in valleys and on small-hills is the agriculture, those living on mountains are forest workers.

Almost 70% are Rumanians, about 30% Hungarians, and very few Jews.

The economic situation and the standard of living of the population is lower than average, especially of those living on mountains.

The demonstration health district is under the direction of the Institute of Hygiene and Public Health of Cluj. In the first 5 years it was supported by the Rockefeller Foundation, the Ministry of Health and the județ of Cluj. Now it is supported only by the Ministry of health.

The district is run by a full-time health officer, aided by a head nurse, a clerk and a sanitary inspector. The district has 3 part-time physicians: 1 specialist in tbc., 1 in puericulture and 1 in dentistry.

Each circumscription is conducted by a circumscriptional physician, aided by a public health nurse.

The center of the district is the village of Gilău, where there is a health centre (casă de ocrotire=welfare house), which comprises the office of the district health officer, an office for the nurses, 4 rooms for dispensaries, 1 for x-rays, and a small demonstration kitchenette.

In the center of each circumscription there are smaller so-called welfare houses, comprising a waiting room, a consulting room and a room for the nurse.

The per capita cost in 1931 was 75 Leis, decreasing year by year to Leis 45 in 1936.

The working program of the district was based on a survey made in 1930 and on our field experience, and had the following outstanding problems:

1. Hygiene of maternity, infancy and childhood,
2. Control of tuberculosis and venereal diseases,
3. Control of communicable diseases,
4. Health education,
5. Sanitation.

The results are the following:

1. The birth rate is decreasing. The average birth rate for the years 1925–30 was 35.10‰ pop., for the years 1931–36 was 29.30‰ pop.
2. The general death rate is again decreasing. The average for the years 1925–30 was 21.50‰, for the years 1931–36 was 18.70‰ pop. If we analyse the general death rate by age groups, we find a greater decrease in the 0–4 years group.
3. The infant mortality fell from the average of 19.60‰ for the period 1925–30, to 16.50‰ for the period 1931–36.

## Perimetrul orizontal cefalic la români, săcui și unguri\*

de  
I. FĂCĂOARU

Studiul variațiilor perimetrului orizontal cefalic prezintă un dublu interes: a) mărimea capului<sup>1</sup> — ca și forma<sup>2, 3</sup>-lui — este ereditară. Fără a constitui un caracter rasial, perimetrul orizontal cefalic variază după rase<sup>4</sup>, grupe etnice<sup>5</sup>, straturi sociale<sup>6</sup>, și sex<sup>7</sup>.

b) Semnificația cea mai importantă a acestui caracter morfologic provine din corelația lui cu volumul cerebral. Cu cât perimetrul orizontal cefalic este mai mare, cu atât mai mare este masa cerebrală. Regula își păstrează valabilitatea numai pe serii statistice. În alți termeni, „media perimetrului orizontal cefalic la craniile fiecărui grup crește în mod regulat cu volumul lor”. (Le Bon<sup>8</sup>). În cazuri individuale, Le Bon a găsit pentru același perimetru cefalic diferențe de volum de aproape 250 cmc. Diferența e produsul a doi factori: la două perimetre egale putem avea valori variabile pentru înălțimea verticală auriculară cefalică și pentru lărgimea, resp. strâmtimea părții superioare a capului.

Cercetări numeroase au stabilit o corelație pozitivă între lungimea capului și inteligență, ca și între lărgimea capului și inteligență<sup>9, 10, 11</sup>. Cum cele două valori determină perimetrul orizontal cefalic, corelația pozitivă între inteligență și perimetrul cefalic este implicată. Într-un alt cercetător, Mac Donald<sup>12, 13</sup> afirmă — pe baza unui material bogat, — că nivelul inteligenței crește cu creșterea perimetrului orizontal cefalic. Elevii din clasele avute au un cap mai mare decât colegii lor din clasele mai sărace; elevii bine înzestrați au media perimetrului cefalic superioară elevilor mai slabi.

Oamenii mari au în general un cap mare. E cazul cu: Goethe (60 cm.), Schopenhauer (60 cm.), Bismarck (peste 60 cm.), apoi Napoleon, Beethoven, Wagner, Schubert, etc. Pentru Bayerthal<sup>14</sup>, geniul este exclus printre bărbații cu un perimetru cefalic sub 56 cm. În măsura în care scade media perimetrului cefalic — pe serii statistice — scade și nivelul inteligenței. Într'un material de 1200 indivizi normali, G. Le Bon n'a găsit niciunul cu un perimetru cefalic sub 52 cm. Sub 1000 gr. după Broca<sup>15</sup> sau sub 930 gr. după Berry<sup>16</sup>, nu mai găsim o inteligență umană normală. Limita valo-

\* Cu colaborarea Dnei Tilly Făcăoaru.

rilor perimetrului cefalic pe viu pentru inteligența normală este fixată la 52 cm. pentru bărbați și la 49 cm. pentru femei. (Le Bon, Ziehen, Hahnharl). Sub 46 cm. nu găsim decât idioși și imbecili.\* Idioșii au un perimetru cefalic între 43.2 și 45.7 cm. Capacitatea craniană a idioșilor masculini coboară sub aceea a idioșilor feminini. În unele cazuri extrem de rari capacitatea lor e de 350 cmc. (Gorila = 505 cmc.).

Foarte necesară ar fi o formulă, care să ne dea volumul sau greutatea creierului — cu o aproximație nu prea mare — din diametrele cefalice sau din perimetrul cefalic. Din păcate niciuna din aceste formule propuse de unii antropologi și biometricieni nu s'a validat. În lipsa unei formule care ne-ar înlesni stabilirea relațiilor între perimetru cefalic și volumul cerebral pe viu, redăm valorile lui Le Bon<sup>8</sup> stabilite pe cranii:

<u>Perim. cef. mediu.</u>	<u>Cap. cran.</u>
489 cm.	12 — 1300 cmc.
503 „	13 — 1400 „
512 „	14 — 1500 „
521 „	15 — 1600 „
531 „	16 — 1700 „
544 „	17 — 1800 „

Unui cm. mai mult pentru perimetrul cefalic îi corespunde o creștere de 100 cmc. în capacitatea craniană. Tot Le Bon<sup>8</sup> a încercat să stabilească pentru un mic nr. de valori unele raporturi între perimetrul cefalic pe viu, perimetrul cefalic pe craniu, volumul probabil și greutatea probabilă:

<u>Perim. cefalic mediu</u>	<u>Perim. cranian mediu</u>	<u>Volumul mediu probabil al craniului</u>	<u>Greutatea medie prob. a creierului</u>
55.0 cm.	50.3 cm.	1350 cmc.	1150 gr.
56.0 „	51.2 „	1450 „	1250 „
57.0 „	52.1 „	1550 „	1350 „
58.0 „	53.1 „	1650 „	1450 „

Asupra problemei raportului dintre perimetrul cefalic și nivelul inteligenței ne rezervăm o discuție mai întinsă la îndemâna datelor privind ambele aspecte ale individualității.

\* Excepții dela această regulă — oameni bine înzestrați cu un cap f. mic — n'ar fi cu totul excluse — deși autorul n'a întâlnit până acum asemenea cazuri, cu toată extinderea materialului, care cuprinde toate clasele sociale și mai toate neamurile dela noi.

Mărimea creerului nu dă exclusiv măsura vieții spirituale. Cercetările microscopice recente privitoare la anatomia creerului au stabilit, că rolul cel mai important în determinarea funcțiunilor psihice revine fineței structurale, mărimii și numărului centrilor asociați de pe suprafața corticală. O creștere de câțiva micromilimetri în grosimea scoarței corticale necesită mai multe milioane de cilindri axiali medulari. Asta trebuie să se exteriorizeze printr'un cap mai mare. La deficienții mintali și la alienați s'au stabilit neregularități în orânduirea neuronilor cerebrali și în dezvoltarea lor sau o hipertrofiere a masei sub-corticale. Un cap mare în atari condiții este de o însemnătate negativă și trebuie privit ca un simptom patologic.

\* \* \*

În comunicarea de față ne limităm a compara valorile stabilite pe un nr. suficient de persoane de ambele sexe la românii din Voșlăbeni (Ciuc), săcuii din Lăzarea (Ciuc) și ungurii din Pănet și Săbed (Mureș). Avem distribuția frecvenței pe neamuri și sexe în Tab. 1. Graficele reprezintă intuitiv aceeași situație: nr. 1 variația valorilor la bărbați, iar nr. 2 la femei. Tab. 2 conține parametrii statistici.

*Seria masculină.* Românii au media perimetrului cefalic superioară celorlalte două serii. Urmează imediat săcuii și cei mai distanțați sunt ungurii, cu valoarea cea mai mică. Curba cea mai regulată este a românilor, deși ei sunt în cel mai mic număr. Tot românii prezintă cea mai mare îngrămădire către valorile medii, în schimb curba se depărtează de extreme, de minus- ca și de plus-variante. Curba bărbaților săcui interesează nu atât pentru că ea este relativ mai regulată ca a ungarilor, luând o poziție intermediară, dar mai ales pentru că ea ocupă slab aria minus-variantelor în avantajul vădit al plus-variantelor. Curba ungarilor ocupă slab valorile medii, în schimb ocupă destul de bine extremele, cu tendința categorică față de români și săcui de a ocupa aria minus-variantelor în detrimentul plus-variantelor.

Chestiunea variantelor extreme merită a fi menționată. Precizăm, că din materialul nostru excludem regulat cazurile patologice — hidrocefalia, microcefalia, etc. În general, am stabilit că seriile cu plus-variante extrem de mari conțin minus-variante extrem de mici. Diferența între cele două extreme este după neam și sex:

	<u>Români</u>	<u>Săcui</u>	<u>Unguri</u>
Bărbați	6.5 cm.	8.1 cm.	7.6 cm.
Femei	7.2 „	7.8 „	7.7 „

Tab. Nr. 1. — Distribuția frecvenței românilor, săcuilor și ungarilor după mărimea perimetrului orizontal cefalic.\*

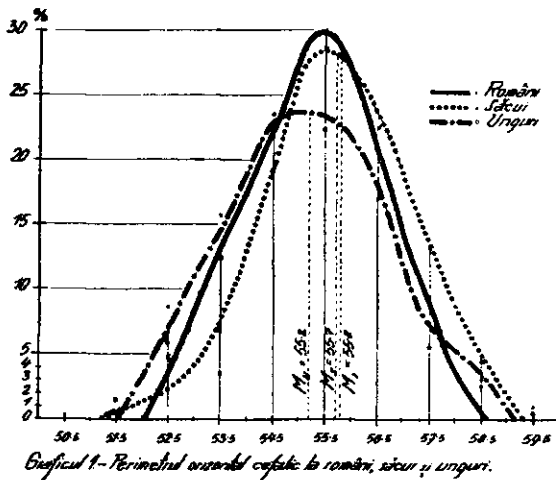
			50.0—50.9	51.0—51.9	52.0—52.9	53.0—53.9	54.0—54.9	55.0—55.9	56.0—56.9	57.0—57.9	58.0—58.9	59.0—59.9	Total
ROMÂNII (Voşlabeni)	Bărbați	n	—	—	9	24	31	46	26	12	4	—	152
		o/o	—	—	5. <sup>0</sup>	15. <sup>8</sup>	20. <sup>5</sup>	30. <sup>3</sup>	17. <sup>1</sup>	7. <sup>9</sup>	2. <sup>6</sup>	—	100
	Femei	n	2	4	25	36	41	28	11	2	—	—	149
		o/o	1. <sup>3</sup>	2. <sup>7</sup>	16. <sup>8</sup>	24. <sup>1</sup>	27. <sup>6</sup>	18. <sup>8</sup>	7. <sup>4</sup>	1. <sup>3</sup>	—	—	100
SĂCUI (Lăzarea)	Bărbați	n	—	1	9	7	37	54	43	30	6	2	189
		o/o	—	0. <sup>5</sup>	4. <sup>8</sup>	3. <sup>7</sup>	19. <sup>6</sup>	28. <sup>6</sup>	22. <sup>7</sup>	15. <sup>9</sup>	3. <sup>3</sup>	1. <sup>0</sup>	100
	Femei	n	2	16	33	62	83	47	25	9	7	1	285
		o/o	0. <sup>7</sup>	5. <sup>6</sup>	11. <sup>6</sup>	21. <sup>7</sup>	29. <sup>1</sup>	16. <sup>5</sup>	8. <sup>8</sup>	3. <sup>1</sup>	2. <sup>4</sup>	0. <sup>3</sup>	100
UNGURI (Pănet și Săbed)	Bărbați	n	—	4	23	34	63	60	55	15	12	2	268
		o/o	—	1. <sup>5</sup>	8. <sup>5</sup>	12. <sup>7</sup>	23. <sup>5</sup>	22. <sup>4</sup>	20. <sup>5</sup>	5. <sup>6</sup>	4. <sup>5</sup>	0. <sup>7</sup>	100
	Femei	n	2	16	42	63	48	49	18	7	3	—	248
		o/o	0. <sup>8</sup>	6. <sup>4</sup>	16. <sup>9</sup>	25. <sup>4</sup>	19. <sup>4</sup>	19. <sup>8</sup>	7. <sup>8</sup>	2. <sup>8</sup>	1. <sup>3</sup>	—	100

\* O mare parte din prelucrarea statistică o datoresc dăului Erich Ludwig.

Tabela Nr. 2.

Parametrii statistici pentru perimetrul orizontal cefalic la români, săcui și unguri.

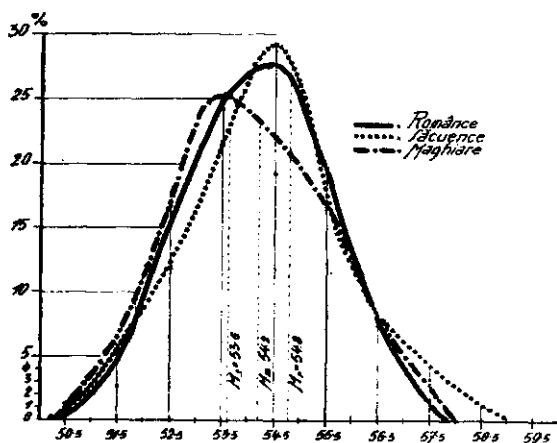
		n	Media	Me- diana	Moda	Valorile extreme $V_1 - V_3$	Abate- rea tip $\sigma$	Coefi- cientul de variație V	Cate- goria după medie
ROMĂNI (Voslăbeni)	Bărb.	152	55.8 $\pm$ 0.084	55.3	55.4	52.1—58.6	1.53	2.75	mijlociu
	Femei	149	54.8 $\pm$ 0.083	54.2	54.3	50.6—57.8	1.50	2.74	"
SĂCUI (Lăzarea)	Bărb.	189	55.7 $\pm$ 0.071	55.8	55.6	51.2—59.3	1.46	2.61	"
	Femei	285	53.6 $\pm$ 0.070	54.6	54.4	50.2—59.0	1.74	3.25	"
UNGURI (Pănet și Săbed)	Bărb.	268	55.2 $\pm$ 0.066	55.2	54.9	51.6—59.2	1.61	2.92	"
	Femei	248	54.2 $\pm$ 0.067	54.0	53.6	50.3—58.0	1.57	2.89	"



În seria feminină variația diferenței urmează de aproape variației din seria masculină. Săcuii sunt în primul loc, urmează ungurii și apoi românii.

Seria feminină. Româncele au media perimetrului orizontal cefalic cea mai mare. Urmează maghiarele, iar săcuencele indică cea

mai mică medie. Curba săcuencelor e cea mai regulată, curba românelor e intermediară, iar curba maghiarelor ocupă slab — ca și în seria masculină — valorile medii, tinzând către aria minus-variantelor.



Graficul 2.—Perimetrul orizontal cefalic la românce, săcuence și maghiare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Esențialul este, că în deosebire de săcui, săcuencele ocupă slab extrema plus-variantelor accentuând prin asta deosebirea dintre sexe, a cărei expresie o vom da imediat în cifre. Ele iau totuși plus-variantele maxime, întrecând pe românce și maghiare.

*Distribuția pe categorii* restrânse înlesnește comparația între neamuri. Cum în literatură lipsea o etalonare a valorilor perimetrului orizontal cefalic, am procedat la fixarea unor categorii pe baza diviziunii quintuple în felul bunăoară, în care am procedat pentru statură. Tab. 3 înfățișează seria masculină, Tab. 4 seria feminină.

Diferența între cele trei neamuri privind distribuția frecvențelor din aria plus-variantelor — care este de cea mai mare însemnătate — nu ne este înfățișată mai clar nicăeri, ca în Tab. 3<sup>a</sup> și 4<sup>a</sup>, unde am dat proporția plus-variantelor în comparație cu proporția minus-variantelor. Săcuencele în seria feminină și mai ales săcuii în seria masculină sunt foarte avantajați printr'o covârșitoare preponderență (la bărbați).

*Sexul și mărimea capului.* Valorile medii pentru femei sunt mai mici ca ale bărbaților pentru toate cele trei neamuri. Deosebirea cea mai mare o avem în seria săcuilor. Egalând media perimetrului orizontal cefalic la săcui cu 100, femeile ating proporția de 96.2. Pentru celelalte două serii, români și maghiari, proporția atinsă de



Tab. Nr. 3. — Distribuția frecvenței românilor, săcuilor și unguirilor după categoria perimetrului orizontal cefalic.

		1 f. mic	2 mic	3 mediu	4 mare	5 f. mare	TOTAL
		50.0—51.9	52.0—53.9	54.0—55.9	56.0—57.9	58.0—59.9	
ROMĂNI (Voșlăbeni)	n	—	33	77	38	4	152
	%	—	21. <sup>7</sup>	50. <sup>7</sup>	25. <sup>0</sup>	2. <sup>6</sup>	100
SĂCUI (Lăzarea)	n	1	16	91	73	8	189
	%	0. <sup>5</sup>	8. <sup>5</sup>	48. <sup>2</sup>	38. <sup>6</sup>	4. <sup>3</sup>	100
UNGUURI (Pânet și Săbed)	n	4	57	123	70	14	268
	%	1. <sup>5</sup>	21. <sup>9</sup>	45. <sup>9</sup>	26. <sup>1</sup>	5. <sup>3</sup>	100

Tabela Nr. 3/a.

		Valori sub medie	Valori medii	Valori deasupra mediei	TOTAL
		50.0—53.9	54.0—55.9	56.0—59.9	
ROMĂNI (Voșlăbeni)	n	33	77	42	152
	%	21. <sup>7</sup>	50. <sup>7</sup>	27. <sup>6</sup>	100
SĂCUI (Lăzarea)	n	17	91	81	189
	%	9. <sup>0</sup>	48. <sup>2</sup>	42. <sup>9</sup>	100
UNGUURI (Pânet și Săbed)	n	61	123	84	268
	%	22. <sup>9</sup>	45. <sup>9</sup>	31. <sup>3</sup>	100

Tab. Nr. 4. — Distribuția frecvenței româncelor, săcuțencelor și maghiarelor după categoria perimetrului orizontal cefalic.

		1 f. mic	2 mic	3 mediu	4 mare	5 f. mare	TOTAL
		49.0—50.9	51.0—52.9	53.0—54.9	55.0—56.9	57.0—58.9	
ROMĂNI (Voșlăbeni)	n	6	61	69	13	—	149
	%	4. <sup>0</sup>	41. <sup>0</sup>	46. <sup>8</sup>	8. <sup>7</sup>	—	100
SĂCUI (Lăzarea)	n	18	95	130	34	8	285
	%	6. <sup>3</sup>	33. <sup>4</sup>	45. <sup>6</sup>	11. <sup>0</sup>	2. <sup>8</sup>	100
UNGURI (Pănet și Săhed)	n	18	105	97	25	3	248
	%	7. <sup>3</sup>	42. <sup>3</sup>	39. <sup>1</sup>	10. <sup>1</sup>	1. <sup>3</sup>	100

Tab. Nr. 4/a.

		Valori sub medie	Valori medii	Valori deasupra mediei	TOTAL
		49.0—52.9	53.0—54.9	55.0—58.9	
ROMĂNI (Voșlăbeni)	n	67	69	13	149
	%	45. <sup>0</sup>	46. <sup>8</sup>	8. <sup>7</sup>	100
SĂCUI (Lăzarea)	n	113	130	42	285
	%	39. <sup>7</sup>	45. <sup>6</sup>	14. <sup>7</sup>	100
UNGURI (Pănet și Săhed)	n	123	97	28	248
	%	49. <sup>6</sup>	39. <sup>1</sup>	11. <sup>3</sup>	100

femei este de 98.2. În raport cu statura, capul femeilor este mai mare decât ne-am aștepta. Într'o comunicare la Soc. Rom. de Antropologie<sup>17</sup>, stabileam, că cea mai mare deosebire între sexe cu privire la statură era tot la săcui. Anume, săcuencele atingeau numai 92.5% din statura bărbaților, pe când maghiarele atingeau 93.1%, iar româncele 93.8%.

Deosebirile între sexe mai accentuate în eșantionul săcuilor nu trebuie să surprindă. În evoluția regnului animal volumul cerebral al femelei se deosebește din ce în ce mai mult de acel al masculului. La om deosebirea între sexe în privința mărimii creierului este cu atât mai mare, cu cât stadiul de civilizație este mai înaintat. Rezultatele cercetărilor sunt ca și unanime în stabilirea diferențelor între sexe. Pentru populația țărilor occidentale diferența între sexe e de 128—148 gr., cu o medie de 144 gr., iar perimetrele medii ale sexelor diferă cu 2 cm., tocmai diferența găsită la săcui (cu 1 cm. pentru români și unguri, cu 2.1 cm. pentru săcui). Această diferență nu poate fi considerată ca fiind asigurată din punct de vedere statistic, decât atunci când valoarea ei este de 3 ori sau de peste 3 ori mai mare ca eroarea diferenței. (Diferența  $D = M_1 - M_2$ , iar eroarea ei,  $m_D = \sqrt{m_1^2 + m_2^2}$ . Diferența e asigurată când  $D : m_D > 3$ ). Este în adevăr cazul cu materialul celor 3 neamuri. Între români și românce diferența este 8.5; între maghiari și maghiare, 9.2 și între săcui și săcuence 21.1.

*Deosebiri după neam.* Normele pentru stabilirea diferențelor între neamuri sunt aceleași ca pentru sexe. Valorile diferențelor sunt:

Români—Unguri: 5.6	Românce—Maghiare: 5.6
Români—Săcui: 0.9	Românce—Săcuence: 11.1
Săcui—Unguri: 5.2	Săcuence—Maghiare: 50.9

Diferența este semnificativă peste tot, cu excepția românilor și săcuilor. Și pe această cale săcuii apar din punctul de vedere al valorii perimetrului orizontal cefalic ca fiind foarte apropiați de români. Diferența pentru bărbați între români și săcui este dispărentă. Diferența între români și unguri este identică în ambele serii, masculină și feminină și echivalentă cu diferența dintre săcui și maghiari. Cea mai mare diferență pe întregul material este între săcuence și maghiare. În fine, precizăm ca de obicei, că concluziile privesc eșantioanele din materialul nostru și nu le generalizăm pentru totalitatea celor trei neamuri.



*Perimetrul orizontal cefalic în raport cu statura.* Folosim datele cu privire la statura ambelor sexe în cele 3 grupe etnice dintr'o comunicare anterioară,<sup>17</sup> spre a exprima perimetrul orizontal cefalic în procente ale staturii:

	Români		Săcui		Unguri	
	B	F	B	F	B	F
Statura medie:	164.9	<u>154.6</u>	165.6	<u>153.2</u>	165.8	<u>154.4</u>
Perim. oriz. cef. mediu:	55.8	<u>54.8</u>	55.7	<u>53.6</u>	55.2	<u>54.2</u>
Perim. oriz. cef. med. în % ale staturii:	33.8	<u>35.4</u>	33.6	<u>35.0</u>	33.3	<u>35.1</u>

În raport cu statura medie, perimetrul orizontal cefalic mediu ia cea mai mare valoare în seria feminină. În frunte sunt româncele. În ordine descrescândă urmează: maghiarele, săcuencele; apoi seria masculină: românii, săcuii și relativ distanțați, ungurii.

#### In rezumat:

1. În seriile ambelor sexe, românii și româncele au cea mai mare medie a perimetrului orizontal cefalic. Pentru celelalte două neamuri, în seria masculină urmează săcuii, imediat după români, iar ungurii la urmă; în seria feminină, maghiarele sunt înaintea săcuencelor.

2. Diferențele între populația de ambe sexe în privința perimetrului orizontal cefalic sunt semnificative pentru tustrele neamurilor. Cea mai mare deosebire între ambele sexe o găsim la săcui.

3. Diferențele între cele trei neamuri sunt semnificative pentru ambele sexe, cu excepția bărbaților români și săcui. Diferența cea mai mare e între săcuence și maghiare, iar asemănarea cea mai mare e între români și săcui.

#### Zusammenfassend:

1. In den Kollektiven beider Geschlechter weisen die Rumänen und Rumäninnen die grössten Mittelwerte des horizontalen Kopfumfanges auf. Bei den beiden anderen Völkern folgen in den Kollektiven der Männer die Sekler gleich nach den Rumänen, während die Ungarn am Ende stehen. In den Kollektiven der Frauen jedoch stehen die Ungarinnen vor den Seklerinnen.

2. Die Unterschiede zwischen den Bevölkerungen beider Geschlechter bezüglich des horizontalen Kopfumfanges sind für alle drei Völker als statistisch gesichert zu betrachten. Den grössten Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern haben wir bei den Seklern festgestellt.

3. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Völkern sind statistisch als gesichert zu betrachten mit Ausnahme der Rumänen und Sekler. Der grösste Unterschied findet sich zwischen den Seklerinnen und Ungarinnen und die grösste Ähnlichkeit zwischen den Rumänen und den Seklern.

#### Bibliografie.

1. Schreiner Alette: Zur Erblichkeit der Kopfform *Genetica*, Bd. 5. (S. 385—453).
2. Frets, G. B.: Heredity of the Cephalic Index. 's Gravenhaye. Ref. Scheidt *A. f. R. Ges.-Biol.* Bd. 17. 1925—26 (S. 334).
3. Fischer, E.: Rehoboter Bastarden, Berlin, 1913.
4. Nicolucci, Giust.: Sul peso del Cervello dell'uomo. Neapoli.
5. Welcker, H.: Capazität und die drei Hauptdurchmesser der Schädelkapsel bei den verschiedenen Nationen.
6. Spitzka, E. A.: A study of the Brain-Weight of man notable in the profession arts and science. *Philad. med. Journ.* 1903.
7. Făcăoaru, I.: Soziale Auslese. Cluj, 1933, pg. 154—157.
8. Gustave Le Bon: Recherches anthropologiques et mathématiques sur les lois des variations du volume du cerveau et sur leur relations avec l'intelligence. *Revue d'Anthropologie*, 1879.
9. Röse, C.: Beiträge zur europäischen Rassenkunde. *A. f. R. Ges.-Biol.* Bd. 3. (S. 42—134).
10. Porter, W. T.: Untersuchungen der Schulkinder in bezug auf die psychischen Grundlagen ihrer geistigen Entwicklung *Z. f. Ethnol.* Bd. 25. S. 337.
11. Pearson, K.: On the Relationship of intelligence to size and shape of head, and to other physical and mental Characters. *Biometrika*, V. 5. (P. 105—146).
12. Mac Donald, A.: Experimental Study of Children. *U. S. Bureau of Educ.* Ch. XXI, a. XXV.
13. Mac Donald, A.: Measurements of Girls in private schools and of university students. *Boston Med. a Surg. J.* Bd. 145. (P. 127).
14. Bayerthal, J.: Über den gegenwärtigen Stand meiner Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Kopfgrösse und Intellekt im schulpflichtigen Alter. *Int. Archiv. für Schulhyg.* Bd. 7. (S. 244).
15. Broca, P.: Sur la capacité des crânes parisiens des divers époques. *Bull. Soc. Anthr.* Bd. III. (P. 102—116).
16. Berry, R. J. A.: Brain and Mind of the Nervous System of Man. New-York, 1928.
17. Dare de seamă asupra Ședințelor Societății Române de Antropologie din Cluj, pe 1934—1935, șed. din 21. XII. 1934.

## Evoluția structurii pe vârstă a populației din România.

de  
Dr. PETRU RÂMNEANȚU

Ținând seamă, că în deceniul actual, problemele de populație, au devenit, fără excepție în toate statele, preocupări de primul ordin, de care se interesează cu multă atenție, nu numai specialiștii, dar toți oamenii de cultură, ba chiar și oamenii de politică, cari vor dintr'o privire scurtă să citească nu atât prezentul, cât mai ales viitorul populației, ne-am decis să intensificăm și chiar să mergem în detaliu cu analizele statistice, pentru a lămurii aspectele populației noastre.

O importantă contribuție ne-o oferă analiza compoziției pe vârstă a populației și calcularea populației viitoare, pe baza structurii pe vârstă a populației și pe forța ei de natalitate și mortalitate.

Aceasta din urmă o vom face într'un studiu viitor.

Acum prin descrierea structurii populației pe vârstă, așa cum a fost găsită la recensământul din 1930<sup>1</sup>, prin comparația ei cu datele recensământului din Vechiul Regat dela 1912<sup>2</sup>, ținând seamă și de evoluția numerică a născuților-vii dela 1921—1935, ne vom năzuî să desprindem modificările care vor avea loc în compoziția populației de acum înainte.

Evoluția compoziției pe vârstă a unei aceeași populații sau structura pe vârstă dela un moment dat, a mai multor populații din regiuni și state diferite nu e aceeași. Această variație a fost larg exemplificată de Lundborg și mai ales de Burgdörfer<sup>3</sup>. Autorul din urmă, după care împrumutăm grafica următoare, a descris, în raport cu compoziția pe vârstă a populației, trei forme principale.

*Populație tânără* sau în creștere, numită de Lundborg *tip progresiv*. (Fig. 1). Reprezentarea grafică a proporțiilor pe vârstă a acestei populații ia forma unei piramide.

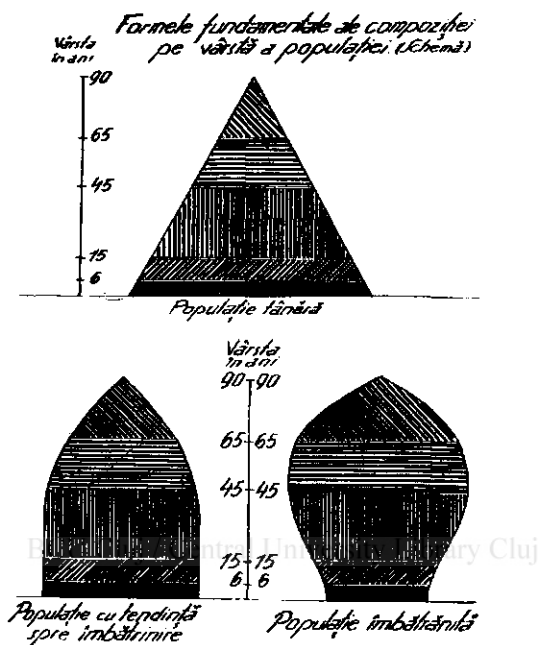
*Populație cu tendință spre îmbătrânire* sau staționară, după autorul din urmă numită *tip staționar*. (Fig. 2.) Aceasta are forma unui clopot.

<sup>1</sup> *Manuilă S.*: Populația României la 29 Dec. 1930, repartizată pe sex și grupe de vârstă. Buletinul Demografic al României, 1936, Nr. 12, pag. 712.

<sup>2</sup> *Colescu L.*: Recensământul populației din România, dela 1912. Buletinul Statistic, 1921, Nr. 6—7.

<sup>3</sup> *Burgdörfer Fr.*: Aufbau und Bewegung der Bevölkerung. Verlag v. J. A. Barth, Leipzig, 1935.

Populație îmbătrânită sau zbârcită, numită de Lundborg tip regresiv. (Fig. 3.) Proporțiile acesteia îmbracă forma unei pere.



Grafica Nr. 1.

a) Se înțelege, că un neam sau o populație, care în structura ei pe vârstă e tânără, adică e compusă din mulți copii și adolescenți și relativ din puțini bătrâni, are atât din punct de vedere cultural și social, cât mai ales din cel politic, alte perspective, decât o populație care îmbătrânește sau care deja e îmbătrânită. E tipul populației în plină ascensiune culturală și expansiune teritorială.

Reprezentanta cea mai tipică a populației tănăre, o constituie astăzi Olanda, deși poporul olandez, din punct de vedere istoric, are o vechime respectabilă. Amintim, că și Germania la 1910, a avut exact această formă a populației. Acest exemplu ne servește și la demonstrarea vitezei, cu care poate îmbătrâni o populație.

b) Populația de tip staționar, are aproape până la vârsta de 45 de ani, în fiecare an de vârstă, aceeași proporție de locuitori. Adulții au aceleași proporții ca și copiii și adolescenții, deși prin decesele dela naștere până la această vârstă, au pierdut un număr însemnat de persoane. Aceasta s'a produs datorită faptului, că număr

rul lor la naștere a fost mult mai mare, decât al adolescenților și al copiilor, când natalitatea a devenit din ce în ce mai redusă.

Forma aceasta o îmbracă populația Franței, la noi a Banatului, după cum reiese din cercetările noastre executate în această provincie.

Pentru un neam cu o asemenea structură pe vârstă, deobiceiu nu urmează decât declinul și amestecul cu alte neamuri.

c) Populația de tip regresiv, având relativ mult mai mulți adulți și bătrâni decât copiii și adolescenți, treptat își cedează locul neamurilor înconjurătoare care sunt tănăre. La aceasta îmbătrânire, se ajunge într'un interval de timp relativ scurt, când scăderea natalității se produce brusc și după o epocă de creștere naturală însemnată a populației. Aceasta a fost perspectiva sigură a Germaniei în 1930—33, care a și zguduit pe toți intelectualii și conducătorii ei politici. După calculele făcute de către serviciul statistic al Reichului, populația Germaniei în 1945—1960, ar fi îmbrăcat forma regresivă, dacă nu s'ar fi luat măsurile energice legislative pe care le cunoaștem și care știm, că în ultimii trei ani și-au și arătat roadele, urcând natalitatea.

### Tipul populației din România la 1930.

Compoziția pe vârstă a populației noastre, la recensământul din 1930, după cum observăm din tabela și din cele două grafice care urmează, constatăm că a fost de tip progresiv.

Privită însă pe mediu, vedem că între mediul rural și cel urban, sunt deosebiri destul de mari. Populația din mediul rural e tânăra, prezentând numai o proporție mai redusă la vârsta dela 10—14 ani. Această reducere se datorește războiului, când știm, că natalitatea a fost scăzută sub nivelul obișnuit. Copiii aceștia, acum (1937) devenind de 17—21 de ani, etate la care are loc cele mai multe căsătorii și consecutiv care are cea mai urcă fertilitate, determină ca în cei 4—5 ani cari vor urma, să ne așteptăm la o natalitate mai scăzută decât cea de acum.

În mediul urban tipul populației e cel staționar, cu o tendință serioasă de îmbătrânire.

Această îmbătrânire se produce foarte repede. Urbanizarea dela noi își trăiește acum epoca de viteză însemnată, demonstrată evident prin coloana bărbaților de 20—24 de ani, iar familiile recent venite dela sate, în mod brusc își reduc fertilitatea.

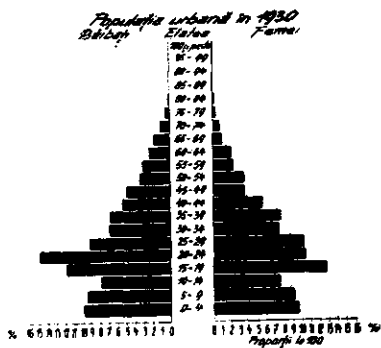
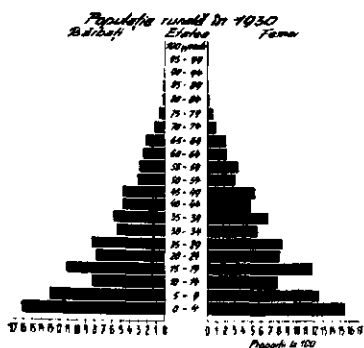
Urbanizarea constituie deci un factor important, care determină,



## Populația Românci la 1930 repartizată pe sexe, grupe de vârstă și mediu.

Tabela Nr. 1.

Grupe de vârstă	Mediul rural		Mediul urban	
	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin
<b>TOTAL</b>	7,069,693	7,351,025	1,801,085	1,831,093
0-4	1,148,235	1,126,898	178,838	176,064
5-9	932,626	920,791	169,662	169,584
10-14	591,141	578,883	140,598	134,306
15-19	794,001	864,217	214,570	235,484
20-24	560,650	600,042	266,218	189,280
25-29	592,049	613,454	164,734	187,223
30-34	401,618	417,698	124,294	134,578
35-39	411,663	500,668	120,632	139,498
40-44	339,240	365,233	96,783	102,063
45-49	338,899	391,609	89,312	100,204
50-54	225,720	227,930	63,048	65,512
55-59	211,442	252,473	54,751	64,282
60-64	172,627	160,417	40,271	43,532
65-69	154,960	154,299	31,087	38,976
70-74	85,209	71,205	18,641	20,594
75-79	54,571	48,747	10,706	13,682
80-84	17,897	15,008	3,821	4,892
85-89	7,789	7,642	1,589	2,564
90-94	1,760	1,938	426	656
95-99	1,209	1,408	242	391
100 și peste	361	492	88	133
<b>Nedecl.</b>	26,026	29,973	9,874	7,595



Graficele Nr. 2 și 3.

(Populația cu vârstă nedeclarată am repartizat-o proporțional grupelor de vârstă cunoscută.)

ca populația noastră să ajungă la saturație deja când va avea numai cifra de 36,500,000 de locuitori. <sup>4</sup>

Natural, că inaugurarea unei politici demografice serioase, care ar avea în vedere urcarea numărului de căsătorii și ridicarea cantitativă a născuților-vii din orașe, poate să schimbe și să urce această cifră.

### Compararea compoziției pe vârstă a populației din 1930 (România) cu a celei din 1912 (Vechiul-Regat).

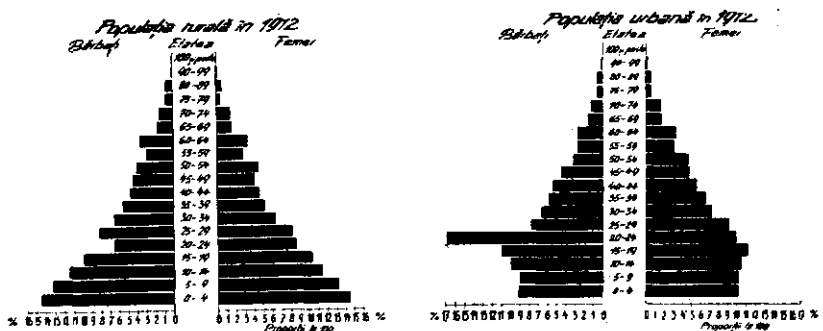
Cei 7,234,920 de locuitori din Regatul României, la 1912 s'au repartizat pe vârstă, atât în mediul rural, cât și în cel urban, aproape identic cu cei 18,052,896 din România dela 1930.

Populația României la 1912 repartizată pe sexe, grupe de vârstă și mediu.

Tabela Nr. 2.

Grupe de vârstă	Mediul rural		Mediul urban	
	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin
TOTAL	2,953,970	2,950,817	701,604	628,529
0-5	429,399	426,224	63,892	63,726
5-9	394,284	389,262	63,066	63,427
10-14	336,137	334,178	70,483	64,913
15-19	291,897	304,003	77,363	69,717
20-24	193,151	253,338	118,756	61,438
25-29	238,148	239,741	55,034	57,401
30-34	192,228	181,280	46,341	45,210
35-39	161,588	151,641	41,035	40,544
40-44	139,100	133,934	37,433	34,936
45-49	128,292	116,451	31,829	29,728
50-54	117,577	125,452	29,261	29,036
55-59	85,401	83,587	18,720	18,646
60-64	104,870	94,809	19,090	20,159
65-69	51,542	43,056	10,622	10,789
70-74	45,268	42,173	9,385	10,080
75-79	19,276	12,705	4,427	3,709
80-89	20,718	14,961	3,921	3,892
90-99	3,221	2,426	483	613
100 și peste	723	69	91	162
Nedecl.	1.150	905	372	403

<sup>4</sup> Râmneanțu P.: The growth of the population, London, November 1935.



Graficele Nr. 4 și 5.

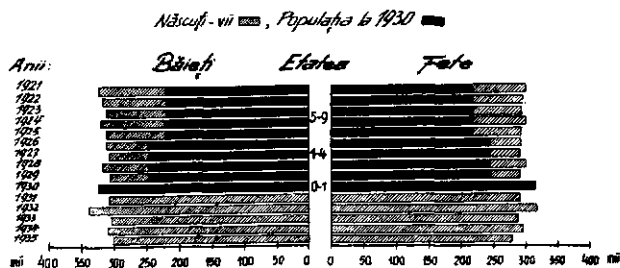
(Populația cu vârstă nedeclarată am repartizat-o, proporțional, grupelor de vârstă cunoscută).

Unele diferențe, cum sunt cele dela vârsta dela 0—4 ani și natural cele dela 10—14, sunt în favorul recensământului din 1912. E și firesc să fie așa fiindcă până la ultimul recensământ, natalitatea din România abia a început să se reducă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

### Numărul născuților-vii.

Cifra acestora dela 1930 incoace scăzând destul de pronunțat, după cum reiese din grafica următoare, (natalitatea a scăzut și mai mult, deoarece populația și-a urcat cifra), iar mortalitatea înfașă și cea generală rămânând nemodificată, putem prevedea cu siguranță, că la recensământul care va avea loc în 1940, populația din grupele de vârstă 0—4 și 5—9 va avea proporții mult sub cele din 1912 și 1930.



Grafica Nr. 6.

Grafica aceasta, în care am reprezentat numărul născuților-vii dela 1921—1935 și populația din grupele de vârstă dela 0—1 an,

1—4 și 5—9 ani, dela recensământul din 1930 în mod suprapus, ne evidențiază această situație. Numărul copiilor cari intră în populație, dela 1930—1940, nu va fi suficient, ca la recensământul din 1940, populația să aibe aceeași proporții de copii ca la cel din 1930.

*Prin urmare, populația noastră în deceniul actual tinde să devină de tip staționar.*

Această transformare poate să aibe loc repede, așa cum am văzut din exemplul pe care l-am dat referitor la Germania, dacă nu se încearcă ca scăderea natalității să fie determinată să se producă în timp lung.

Pentru împiedicarea îmbătrânirii populației, noi mai dispunem de un remediu, de care nu s'a putut uza în alte state, în care populația a îmbătrânit.

Acesta e mortalitatea, care având încă o proporție extrem de urcată, înseamnă, că printr'un efort relativ mic o putem reduce considerabil.

Evoluția compoziției pe vârstă a populației noastre, ne indică deci, ca și alți factori demografici de altfel, că în deceniul actual trebuie să facem maximum de efort pentru reducerea mortalității și pentru menținerea proporției actuale a natalității, fiindcă mai târziu, când populația va fi îmbătrânită, efortul va fi inutil iar declinul fatal.

#### Summary

*The census of 1930 showed that the rural population of Rumania indicated by its age distribution was of a progressiv type and that from the urban areas was of stationary type.*

*Due to the decreasing birth rate from the actual decade, at the census from 1940 the proportions for children shall be smaller, than those from 1930. This is the indication that the population is going to become of stationary type.*

*During the years 1937—40 the birth rate shall have a further decrease. This is to be attributed to the fact, that the birth rate during the world-war period was very low, and the persons born at that time, now are in their fertility period.*

---

## Psihopatologia gemenilor — Schizofrenia la gemeni —

de

Dr. L. IONAȘIU, Dr. C. LUNGU și S. CUPCEA

Sindromele mintale în actuala stare a științei sunt considerate ca rezultând din acțiunea unui factor patogen ocazional asupra unui substrat constituțional. Aspectul clinic în cele mai multe psihoze depinde tot atât sau chiar mai mult de tipul de personalitate preexistent, decât de factorul patogen supraadăugat (22). Dar a stabili care e contribuția factorului constituțional și care este contribuția mediului (peristasa) este foarte dificil. Cea mai sigură metodă pentru determinarea raportului dintre acești doi factori fundamentali este studiul gemenilor.

Gemenii univitelini (monozigoți), — spre deosebire de cei bivitelini — sunt rezultați dintr'un singur ou, ale cărui celule provenite din prima segmentație în loc ca să rămână lipite, cum rămân în mod normal, s'au depărtat una de alta, comportându-se pentru segmentările ulterioare fiecare ca un ou izolat. „S'au dezvoltat două ființe, ele provin însă din unul și acelaș ou; ele au o compoziție intimă, un patrimoniu ereditar absolut identic, avem — ca să spunem așa — o singură ființă scoasă în două exemplare (1). Gemenii univitelini având deci ereditate identică, diferențele dintre ei sunt datorite factorilor exogeni, peristatici.“ „Frecvență cu care apar variațiuni ale unui caracter la perechile de gemeni cu ereditate identică (univitelini) este măsura variabilității peristatice a acelu caracter“. (47).

Cele mai frapante asemănări între gemenii univitelini le găsim în ceea ce privește morfologia lor. Aceste asemănări morfologice servesc — în afara datelor asupra membranelor și datelor asupra grupelor sanguine — pentru stabilirea identității gemenilor. — Gemenii univitelini pe lângă o asemănare neobicinuită a fizionomiei (cei bivitelini ne asemănându-se mult mai mult decât frații obișnuiți) prezintă și aproape o identitate a unor caractere ereditare (culoarea și structura părului, culoarea ochilor, culoarea pielii, efelidele etc.) De importanță deosebită sunt: stabilirea grupei sanguine, ampretele digitale, forma capilarelor (44).

Această asemănare putem să o exprimăm cantitativ prin coe-

ficientul de corelație. Calculul de corelație ne dă coeficientul  $+ 1,00$  dacă cele două fenomene măsurate variază concomitent și în același sens; ne dă  $- 1,00$  dacă variază concomitent dar în sens contrar și ne dă  $0,00$  dacă variația unuia nu are nici o legătură cu variația celuilalt. „Dacă un caracter ar depinde numai de factorul ereditar, ar trebui să obținem la gemenii univitelini corelația  $+ 1,00$ . Dacă mediul adaugă o acțiune de favorizare sau de inhibare a acestui caracter, coeficientul de corelație va scădea în mod natural“ (Lenz).

Încă în anul 1905, Thorndike (46) a arătat că asemănările dintre gemeni nu sunt numai morfologice, ci găsim coeficienți de corelație înalți comparând caracterele psihice și funcțiunile mintale la gemeni. Făcând examinări psihologice și antropometrice el a găsit următoarele corelațiuni între caracterele măsurate la gemeni:

Testul A.	0.68	Indicele cefalic	0.76
„ de cuvinte	0.71	Statura	0.78
„ de cuvinte amestec.	0.80	Inălțimea trunchiului	0.83
„ de adunare	0.75	Circonf. oriz. cefalic	0.75
„ de înmulțire	0.84	Diam. transvers. cefalic	0.86
„ de opoziții	0.90	Lungimea membr. sup.	0.72
		Lungimea degetelor	0.71

Desvoltarea metodelor obiective psihologice a permis ca cercetările din acest domeniu să fie din ce în ce mai numeroase.

Vom expune în linii generale cercetările mai importante referitoare la psihologia și psihopatologia gemenilor.

Iată corelațiile găsite de diferiți autori în ceea ce privește rezultatul obținut cu testele de inteligență la gemeni, după Herrman, Lancel și Hogben (23):

	<i>Bivitelini</i>	<i>Univitelini</i>
Meriman (Binet-Simon 5—9 ani)	0.77	0.88
(Binet-Simon 10—16 ani)	0.30	0.86
(Army-Beta 5—9 ani)	0.52	0.92
(Army-Beta 10—16 ani)	0.64	0.84
Lauterbach (Terman)	0.56	0.77
Wiengfield	0.59	0.82
Holzinger (Binet-Simon)	0.63	0.88
(Otis)	0.62	0.92
Herrman și Hogben (Otis)	0.48	0.86
Rife (Stanford-Binet)	0.78	0.95
Herrman, Lancel, Hogben	0.51	0.84

Media corelațiilor stabilite între inteligența gemenilor este 0.58 la bivitelini și 0.86 la univitelini. Aceste corelații sunt mai slabe între frați sau surori negemeni sau între părinți și copii. E. S. Dexter (13) cu testele Army Alpha a obținut între mamă și fiică un coeficient de corelație de 0.28, iar între surori 0.41, iar R. W. Wilcocks găsește cu testele de inteligență sud-africane aplicate la 396 perechi de frați corelația de 0.50. Herrman, Lancel și Hogben găesc între cupluri fraternal corelația de 0.32 la testele de inteligență. Aceste date au fost verificate în țara noastră prin cercetările făcute de Prof. Ștefănescu-Goangă și G. Oancea (45).

Din datele expuse mai sus constatăm că în cece privește inteligența găsim în medie următoarele corelații, care sunt cu atât mai mari cu cât e vorba de masă ereditară mai apropiată:

Intre gemeni univitelini	0.86
Intre gemeni bivitelini	0.58
Intre frați, surori	0.45
Intre părinți și copii	0.28

Dar nu numai inteligența propriu zisă, ci și randamentul școlar al gemenilor univitelini este foarte asemănător, conform cercetărilor făcute de Frischeisen-Köhler (17).

O corelație destul de semnificativă s'a obținut și în domeniul temperamentului, deși aici metodele obiective sunt mai puțin precise decât în domeniul inteligenței. Iată cifrele obținute de H. D. Carter (9,10).

	<i>Gemeni bivitelini</i>		<i>Gemeni univitelini</i>
	<i>sex opus</i>	<i>acelaș sex</i>	
Tendințe neuropatice	0.18	0.32	0.61
Suficiența de sine	0.12	0.14	0.59
Introversiunea	0.18	0.40	0.43
Tendința spre dominare	0.18	0.34	0.75

Bakwin M. (2) studiind 20 perechi gemeni găsește că rezultatele la testele de emotivitate — deși nu atât de asemănătoare ca în domeniul inteligenței — sunt comparabile. În privința perseverenței E. P. Yule (49), utilizând testele lui Stephenson la 115 perechi gemeni, arată că gemenii univitelini prezintă o mai mare asemănare în perseverență decât cei bivitelini, iar bivitelinii de acelaș sex prezintă o mai mare asemănare decât bivitelinii de sex opus. Metoda psiho-diagnosticului lui Rorschach utilizată de M. Kerr (28) a demonstrat

că gemenii au tendința ușoară de a aparține aceleiași tip Rorschach. O asemănare a gemenilor în dinamismul scoarței cerebrale găsește Prof. Marinescu (33) cu ajutorul aceleiași metode, iar Carmena (8) găsește o asemănare importantă a reflexului psihogalvanic la 60 perechi gemeni, demonstrând astfel că nervozitatea și stabilitatea emoțională sunt în mare parte proprietăți ereditare.

În domeniul caracterului corelațiile de asemenea sunt remarcabile. W. Köhn (29) analizând — la gemeni — caracterul după schema lui Klages găsește că 50%, dintre gemenii univitelini prezintă concordanță caracteristică iar 50% concordanță parțială, pe când între gemenii bivitelini găsim în 50% concordanță moderată, iar în 50% discordanță pronunțată. Ereditatea este deci factorul esențial în determinarea caracterului, mediul nefiind decât un factor subsidiar. De altfel pentru această teză pledează și datele lui Lange (31) care a găsit criminalitate concordanță în 10 din 13 cazuri de gemeni univitelini, și statistica lui v. Verschuer după care criminalitatea concordă 70% la gemenii univitelini, corelând numai 32% la gemenii bivitelini.

Aptitudinile manuale de asemenea sunt determinate în mare parte de ereditate, după cum ne arată corelațiile puternice găsite la gemenii univitelini. Dăm rezultatele lui Q. Mc. Nemar (34):

	Gemeni	
	Bivitelini	Univitelini
Testul lui Koertl	0.51	0.95
Testul lui Whipple	0.43	0.83
Rapiditatea mișcărilor (Miles)	0.56	0.82
Coordonarea mâinilor (Brown)	0.44	0.71
Sortarea cartoanelor	0.39	0.85

Chiar grafologic asemănările sunt destul de importante la gemenii univitelini, cum ne arată Hartge (19).

\* \* \*

Datele expuse mai sus ne arată că gemenii univitelini pot fi considerați ca având ereditate identică, diferențele dintre ei fiind produsul influenței mediului extern. Acest fapt este evident nu numai sub aspect morfologic: fondul ereditar comun se manifestă și în viața psihică a gemenilor. Faptul că găsim în cecece privește caracterele fizice corelații aproape perfecte (de ex. + 1.00 pentru grupele sanguine), iar în domeniul psihic găsim corelații mai mici, se explică prin slaba



influență a mediului în ceea ce privește unele caractere fizice și prin influența incontestabilă a mediului asupra caracterelor psihice. Tabela comparativă de mai jos înlesnește aprecierea raportului de influență a eredității și a mediului asupra unor caractere (47).

	<i>Mediu:</i>	<i>Ereditate</i>
Greutatea corporală	1 :	2
Circonfereința toracică	1 :	2.4
Înălțimea	1 :	10.4
Lungimea corpului	1 :	5.6

În domeniul psihic valoarea influenței mediului este mai însemnată: de ex. după Shuttleworth (42) variațiile individuale ale inteligenței sunt datorite în 62.6%—66% unei diferențe ereditare, restul depinzând de influența mediului.

Atunci când un agent patogen din acest mediu își exercită acțiunea asupra organismului, este foarte dificil să analizăm și să stabilim importanța acestui factor în raport cu rolul terenului pe care s'a grefat. La gemenii univitelini natura s'a îngrijit ca să ne dea un martor: orice boală care e datorită 100% eredității, va trebui să o găsim totdeauna la ambii gemeni (deci și la martor) univitelini, ereditatea lor fiind aceeași, și va trebui să concorde mult mai puțin la gemenii bivitelini, ale căror asemănări ereditare nu sunt mult deosebite de ale fraților obișnuți. Discordanța va fi cu atât mai mare la gemenii univitelini (sau cifre mai apropiate de cele găsite la gemenii bivitelini) cu cât boala depinde mai puțin de ereditate și mai mult de factorul exogen. De ex. debilitatea mintală concordă la univitelini 88%, la bivitelini 7%. Pojarul concordă la univitelini 96% la bivitelini 90%. În cazul debilității mintale avem un caracter prin excelență ereditar — concordanța este mult mai mare între gemenii cu ereditate egală. Pojarul este maladie exogenă și ne va da aproape aceeași concordanță, indiferent de faptul că gemenii sunt univitelini sau bivitelini.

Tabela care urmează (47) demonstrează acest lucru:

	<i>Univitelini</i>	<i>Bivitelini</i>
Debilitatea mintală	88%	7%
Criminalitatea	70%	32%
Tuberculoza	70%	25%
Scarlatina	59%	45%
Pneumonia	25%	18%
Pojarul	96%	90%

În patologia mintală studiul gemenilor este de o deosebită importanță, valoarea reciprocă a terenului și a mediului aici cunoscându-se mai puțin. Importanța factorului constituțional este tot mai mult accentuată; chiar și în sindromele cu etiologie binecunoscută (paralizia generală, tabes) se stăruiește tot mai mult asupra rolului acestui factor constituțional. (4,18).

Sindromul mintal este considerat mai mult ca o modalitate reacțională a unei constituții definite, în fața unui agent patogen, și această concepție este sprijinită pe rezultatele cercetărilor făcute asupra gemenilor. Cu cât e mai apropiat gradul de înrudire, cu atât avem o mai mare concordanță a manifestărilor patologice mintale. În această privință cercetările lui Humm (26) sunt edificatoare. Acest autor a căutat frecvența turburărilor mintale în familiile bolnavilor mintali (debilitate mintală, epilepsie, demență precoce, psihoză maniaco-depresivă și criminalitate), constatând următoarele: la gemenii univitelini concordanța de boale mintale este de 93.5%. (Concordanța internărilor este de 69.8%); între gemenii bivitelini concordanța de turburări mintale este de 24%, între frați și surori negemeni avem o concordanță de 17.8% (internări 3.5%), în timp ce în populația generală respectivă proporția internațiilor era de 0.56%.

În ceea ce privește cazuislica patologiei mintale între primele studii trebuie amintite cercetările lui Ball (3), apoi statistica mai extinsă a lui Demaye (12) care din 41 cazuri „de nebunie gemelară” n'a găsit decât 3 cazuri de psihoze disimilare, ceea ce dă 93% psihoze similare.

A. Rosanoff (37) publică o statistică care utilizează 107 cazuri de gemeni dintre care unul sau ambii aveau epilepsie. Aceștia se grupează în felul următor :

	<i>Unul epileptic</i>	<i>Ambii epileptici</i>
Univitelini bărb.	4	5
„ fem.	5	9
Bivitelini bărb.	12	3
„ fem.	20	4
„ sex opus	32	13

Chiar și la acei dintre gemenii univitelini care — având fratele gemen epileptic — totuși nu prezintă epilepsie, autorii cred (W. Freeman) [16] că se găsește factorul X al lui Lennox și Cobb, factor constituțional necesar dezvoltării epilepsiei, fie chiar epilepsie jacksoniană, și care se manifestă prin caracterul epileptoid.

Menționăm apoi statistica lui Smith asupra debilității mintale, care grupează 66 perechi gemeni în felul următor (după v. Ver-schuer 47).

	<i>Univitelini</i>	<i>Bivitelini</i>
Concordanți	14	4
Discordanți	2	46

În psihoza maniaco-depresivă o statistică de-a lui Luxenburger arată că din 33 perechi gemeni univitelini au prezentat ambii psihoză maniaco-depresivă în 31 cazuri, nefiind discordanță decât în 2 cazuri. La gemenii bivitelini (16 cazuri), Luxenburger n'a găsit concordanță decât într'un caz, restul de 15 cazuri fiind discordante.

În domeniul schizofreniei cercetările asupra gemenilor au avut acelaș scop: stabilirea raportului dintre factorul ereditar și mediul extern în determinarea psihozei. Cazurile adunate de Siemens din literatură și publicate în lucrarea sa devenită clasică (43) ne arată concordanța schizofreniei în 9 din 10 cazuri de gemeni univitelini.

Dintre cazurile descrise după data publicării statisticeii lui Siemens, sunt mai interesante schizofreniile gemelare concordante prezentate de Hartman și Stumpf (trei perechi) (20, 21), J. Sanchis Banus și D. Nieto (40), G. Heuyer și Longuet (25) precum și cazurile discordante studiate de H. Burkhardt (7), J. Kasanin (27) și F. Wigers (48).

Mult mai demonstrative decât enumerarea cazurilor descrise sunt statisticele mai mari din acest domeniu, dintre care cele mai importante sunt: a lui Luxenburger și a lui Rosanoff.

Statistica lui Luxenburger (1928—1930) o cităm după v. Verschuer (47). Iată cazurile de schizofrenie gemelară adunate de acest autor:

	<i>Univitelini</i>		<i>Bivitelini</i>	
	<i>concordanți</i>	<i>discordanți</i>	<i>concordanți</i>	<i>discordanți</i>
Din literatură	31	3	3	5
După o anchetă	7	1	—	5
Din serii neselect.	14	7	—	37
Total	52	11	3	47

După statistica lui Luxenburger deci în cazul gemenilor univitelini schizofrenia s'a declarat la ambii frați în 82.53% a cazurilor, fiind discordante numai 17.46% din cazuri.

O statistică și mai bogată prezintă Rosanoff, etc. (38). Acești autori au studiat 142 perechi gemeni cu manifestări schizofrenice dintre care 41 perechi univitelini, 53 perechi bivitelini de acelaș sex și 48 perechi bivitelini de sex opus. Concordanța (deci prezența schizofreniei la ambii gemeni) este de 68.3% în grupul gemenilor univitelini și numai de 14.9% în grupul gemenilor bivitelini. Potrivit materialului autorilor menționați schizofrenia apare la ambii gemeni univitelini (concordant) în 75.41% a cazurilor publicate, în timp ce această concordanță o găsim la gemenii bivitelini numai în 6% după Luxenburger și în 14.9% după Rosanoff (în medie 10.45%). Valoarea factorului ereditar este evidențiată în mod deosebit prin comparația acestor date cu statisticile școalei dela München (Rüdin etc.) și de la Basel (Burgger etc.), care găsec (6) că în populația generală expectanța apariției schizofreniei (Erkrankungswahrscheinlichkeit) este de cca. 0.85% (în anumite regiuni), iar la frații și surorile (negemeni) ai schizofrenicilor frecvența schizofreniei este de 6.16%—7.50%. Cuprindem toate aceste date într'o tabelă sinoptică:

BCU Cluj / Central University Library Cluj *Frecvența schizofreniei*

In populația generală (unele regiuni) . . . . .	0.85%
La frați și surori (negemeni) ai schizofrenicilor . . . . .	7.00%
La frați și surori (gemeni bivitelini) ai schizofrenicilor . . . . .	10.45%
La frați și surori (gemeni univitelini) ai schizofrenicilor . . . . .	75.41%

Dacă mai adaugăm faptul că un singur părinte fiind schizofrenic va da în descendență 9—10% copii schizofrenici și 34—42% schizofrenoizi (deci 50% descendenți patologici), iar dintr'o pereche de părinți schizofrenici obținem 53% a copiilor schizofrenici și 29% schizofrenoizi (82% copii patologici) (Rüdin 39) nu am putea nega că în etiologia psihozelor zise schizofrenice ereditatea joacă un rol fundamental. (În trecere notăm că cercetările de până acum tind să demonstreze că în modul de transmitere al schizofreniei avem ceea ce teoria mendeliană numește o tară dimeră recesivă) (5) Totuși acești factori ereditari nu explică complet apariția schizofreniei; mai intervin factori care produc discordanțe chiar la gemenii univitelini în cca 14.59% a cazurilor.

Discordanța de 14.59% găsită în medie la gemenii univitelini poate să fie explicată prin trei serii de fapte:

1. Stările zise „de schizofrenie“ nu pot încă să fie considerate ca entități morbide; probabil că sindrome cu etiologia multiplă

evoluează în aceeași linie ereditară sau chiar la același bolnav, cum spune H. Ey. (14)

2. În general apariția schizofreniei necesită un substrat constituțional. Totuși unii autori accentuează faptul, că într'un procent redus avem schizofrenii de origine predominant exogenă (traumatică, infecțioasă, psihogenă — Rosanoff) care pot să se producă pe o constituție picnic-ciclotimică. (De ex. un caz al lui Hartman și Stumpf 21).

3. Genotipul „schizoid“ nu se manifestă totdeauna printr'o schizofrenie net patologică, adeseori manifestarea acestei stări ereditare este schizotimia. Ori, între temperamentul schizotimic adaptabil în societate și schizofrenie nu există o diferență de natură ci de grad, o trecere insensibilă (30). Unele dintre cazuistici consideră însă ca discordante cazurile de gemeni la care unul din gemeni este schizofrenic internat și celălalt este neinternat. Criteriul internării este însă arbitrar în judecarea stării patologice a unui individ. O examinare psihologică ne arată că la gemenul care după criteriul internării trebuie să-l considerăm normal și deci discordant, găsim adesea — cum e și în cazul nostru — un accentuat temperament schizotimic, care ne indică net prezența factorului ereditar comun, schizoid. Dacă vom considera concordantă manifestarea patologică gemelară caracterizată la unul din gemeni prin schizofrenie, la celălalt prin temperament schizotimic, procentul concordanței la gemenii univitelini va crește probabil peste 75.41%, accentuând importanța deosebită a factorului ereditar.

Cazul pe care-l publicăm prezintă un interes și din acest punct de vedere: este un caz discordant în ceiace privește internarea unul din gemeni fiind internat, celălalt nu, este încă concordant dacă luăm în considerare faptul că fratele gemen neinternat, la examinarea psihiatrică și psihologică experimentală s'a prezentat ca un schizotimic accentuat.

\* \* \*

M. Traian, născut la 29 Aprilie 1921, este internat în spital în Martie 1935. Întăile manifestări patologice le prezintă din luna Noembrie 1933. (Deci la vârsta 12  $\frac{1}{2}$  ani). Aceste manifestațiuni se caracterizează la început prin stare de excitație psihomotorică și turburări de caracter (nu învață, înjură, iritabil), pentru ca mai târziu să se instaleze tabloul tipic de schizofrenie: inafectivitate, disociație intrapsihică, autism, halucinații, bizarerii, negativism, manierisme, stereotipii, și în special pierderea contactului afectiv și pragmatic cu

anturajul, simptom care după Potter (35) este trăsătura fundamentală a schizofreniei la copil.

Fiind informați că pacientul are un frate gemen (Ioan), am examinat și acest frate din punct de vedere somato-psihic. Asemănarea dintre cei doi gemeni este foarte pronunțată, cu dificultate pot fi diferențiați.

Părinții ne spun că și pentru ei identificarea copiilor gemeni a prezentat dificultăți. Ambii gemeni au constituție athletică, forma capului de pentagon plat (după tipurile date de Kretschmer), culoarea părului, ochilor și pielii identice. Tesutul adipos puțin mai scăzut la fratele internat.

Statura: Traian 149.5 cm. Ioan: 150.5 cm.

Greutatea: Traian 39.600 Kgr., Ioan 43.300 Kgr. Ampretele digitale foarte asemănătoare, datele asupra placentei lipsesc. Probabil e vorba de gemeni univitelini.

În ceea ce privește caracterul lui Traian înainte de declararea boalei mintale, părinții ne spun că „era nervos, primul în școală, se supăra ușor și nu era prea prietenos.“ Fratele său Ioan: „foarte tăcut, retras, nu se juca niciodată, învăța bine“. Aplicând fratelui neinternat chestionarul psihoneurotic Woodworth adaptat de Heuyer (24) am găsit că acesta prezintă un schizoidism accentuat (trăsăturile schizoide fiind predominante în răspunsurile date). Din punct de vedere psihologic deci, deși unul dintre gemeni este net bolnav mintal, celălalt putând încă să se adapteze în societate, credem că perechea aceasta de gemeni este concordantă, ambii având același fond constituțional: schizotimia.

Același chestionar psihoneurotic Woodworth—Heuyer fiind aplicat părinților s'a stabilit că mama este schizotimică accentuată, tatăl fiind ciclotimic accentuat (aproape hipomaniac).

După informațiile date de tatăl gemenilor, am schițat un pedigriu al familiei M. stăruiind numai asupra caracterelor psihopaticе și asupra tarelor care au o oarecare importanță în neuropsihiatrie.

La schițarea acestui pedigriu simplu ne-am condus după indicațiunile date de I. Făcăoaru (15). Decierea personală o dăm abia schițată:

III. — 1. M. Ion, mort la 66 ani, „urâcios, nu se imprietenia cu nimeni etc.“ *schizoid*.

III. — 2. M. Marina moartă la 32 ani (?). Uneori prea veselă, alteori prea tristă, sociabilă, se ținea de petreceri, *ciclotimică*.

III. — 3. G. Ilie, mort la 76 ani, cancer. Om „asupra, uricios, nu avea prieteni, rar râdea“, *schizoid*.

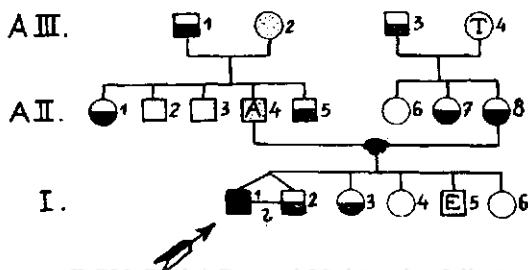
III. — 4. G. Ioana moartă la 52 ani, tuberculoză pulmonară. Psihic nimic deosebit.

II. — 1. M. Rafla, moartă la 60 ani, semăna cu tatăl (III—I) și la fizic și la fire: nesociabilă, retrasă, *schizoidă*.

II. — 2. M. Vasile, mort în războiu, nimic deosebit.

II. — 3. M. Ilie, psihicește nimic deosebit.

II. — 4. M. Gheorghe, tatăl probandului, examinat clinic și psihologic s'a constatat o *ciclotimie accentuată*. *Alcoolic*.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

□ bărb. T tuberc. A alcool. ■ schizotim

○ fem. E epileps. ■ schizofren □ ciclotim

II. — 5. M. Iosif, foarte rău, retras, nesociabil: *schizoid*.

II. — 6. Ana, psihic nimic deosebit.

II. — 7. Rafla, retrasă, nesociabilă, nervoasă: *schizoidă*.

II. — 8. Maria: mama probandului examinată clinic și psihologic: *schizotimie accentuată*.

I. — 1. Probandul: *schizofrenie*.

I. — 2. Fratele gemen al probandului: *schizoidism accentuat*.

I. — 3. M. Oana născ. 1922 neprietenoasă, retrasă, nesociabilă: *schizoidism*.

I. — 4. M. Susana n. 1925 nimic deosebit.

I. — 5. M. Iosif n. 1928 *Epilepsie*.

I. — 6. M. Maria n. 1931 nimic deosebit.

\* \* \*

Concluzia care se impune din datele de mai sus este următoarea: Statisticile diferiților autori arată o concordanță de cca 75%

a schizofreniei la gemenii univitelini, proporție care — credem, bazându-ne pe cazul nostru — ar fi chiar mai importantă dacă în toate cazurile s'ar determina constituția psihică a gemenului neînterminat (și deci adesea considerat ca discordant). Aceasta demonstrează rolul fundamental al factorului ereditar în producerea schizofreniei.

Individualitatea noastră psihofizică este determinată de suma dispozițiilor ereditare ancestrale (15). Aceste dispozițiuni nu le putem modifica în esența lor. Orice măsură de profilaxie mintală trebuie să se bazeze în prima linie pe dirijarea științifică a fenomenelor de ereditate.

Teoretic putem spera să vindecăm sau să ameliorăm manifestările schizofreniei. — „Genotipul însă” spune Rüdin (39) „rămâne și se transmite”. „Dispoziția la schizofrenie va rămâne în cea mai mare parte, va fi transmisă generațiilor următoare, și tratamentul va trebui reinceput din nou și din nou. Această dispoziție nu este curabilă: ea trebuie eliminată prin eugenie” (39). Oricâtă dezvoltare ar lua științele care se ocupă cu ameliorarea condițiilor de mediu (științele eutenice), trebuie să recunoaștem — și studiul gemenilor ne demonstrează aceasta pe deplin — că „mediul nu face decât să actualizeze ceea ce factorul ereditar a determinat ca potențialitate (11)”.

Orice măsură de ameliorare a mediului nu va fi eficace decât dacă se va adresa unui organism cu o ereditate bună, iar această ereditate ne-o asigură eugenia. Eugenia pregătește terenul pe care igiena mintală, medicina și celelalte științe eutenice pot să-și aplice principiile cu maximum de profit.

#### Summary.

*The authors are analysing the heredity of schizophrenia at twins. They present a family in which this nervous disorder is present. They conclude, that the transmission of this disorder may be prevented only by eugenical measures.*

#### Bibliografie.

1. *Apert E.*: „Les Jumeaux”. Paris — Flammarion 1923.
2. *Bakwin M.*: „Similarities and differences in identical twins” J. of genet. Ps. 1930. p. 373—397.
3. *Ball*: „De la folie gémellaire ou aliénation mental chez les jumeaux” L'Encéphale 1884 (citată după 32).
4. *Benvenuti*: Il problema della costituzione in rapporto alle forme luetiche del Sistema nervoso centrale”. Riv. sp. di Freniatria 1931.



5. *Boven* : „L'hérédité des affections schizophréniques“. *L'Encéphale* 1936. vol. 2. p. 284—287.
6. *Bumke* : „Handbuch der Geisteskranken V. Die Schizophrenie“ Berlin Springer 1932.
7. *Burkhardt* : „Über ein diskordantes eineiiges Zwillingpaar“ *Z. für g. Neur.* 1929. p. 277—282.
8. *Carmena* : „Es la afectividad o nervosidad personal una propiedad de origen hereditario?“ *Arch. Neurobiol.* 1935. p. 79—92 (după o recenzie).
9. *Carter H. D.* : „Twin similarities in emotional traits“. *Charact. et Pers.* 1935. p. 61—78.
10. *Carter H. D.* : „Twin similarities in personality traits“. *J. of genet. Ps.* 1933. p. 312—321.
11. *Conklin E.* : „L'hérédité et le milieu“ (Trad.) Paris — Flammarion.
12. *Demaye G.* : „Des psychoses familiales“ Thèse. Paris 1913.
13. *Dexter E. S.* : „On resemblance between mother — daughter and sister — sister Pavis“. *S. and S.* 1932 p. 640.
14. *Ey. H.* : „Disc. Congresul țărilor cu limba franceză“. *Ann. méd. psychol.* 1936 vol. II. p. 271.
15. *Făcăoaru I.* : „Antropologia familiei“ *Bul. eug. și biopol.* V. 1934. p. 309—319.
16. *Freeman W.* : „Symptomatic epilepsy in one of identical twins“ *J. of Neur. and Psychopath.* 1935. p. 210—218.
17. *Frischeisen—Köhler.* : „Untersuchungen an Schulzeugnissen von Zwillingen“. *Z. f. angew. Ps.* 1930. p.385—416.
18. *Guirdham A.* : „The Body Type of the General Paralytic“ *The J. of Neur. and Psychopath.* 1936. p. 363.
19. *Hartge M.* : „Eine graphologische Untersuchung von Handschriften ein-eiiger und zweieiiger Zwillinge“ *Z. f. angew. Ps.* 1936. p. 129—148.
20. *Hartman H., Stumpf T.* : „Psychosen bei eineiigen Zwillingen“. *Ztschrift. f. g. Neur.* 1929—30. p. 251—298.
21. *Hartman H. Stumpf T.* : „Zwillingprobleme der Schizophrenie u. s. w.“. *Ztschrift. f. g. Nr. u. Ps.* 1933. p. 349—380.
22. *Henderson and Gillespie* : „Textbook of Psychiatry“ London—Oxford University Press. 1927.
23. *Hermann, Lancel, Hogben* : „The intellectual resemblance of twins“ *Proc. of R. Soc. Educ.* 1933. p. 105—129.
24. *Heuyer, Courthial, Doublincau, Neron* : „Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile“. *Ann. Méd. Psych.* 1934. p. 162—214.
25. *Heuyer, Longuet* : „Psychose gémellaire“. *Ann. Méd. Psych.* 1936. vol. II. p. 220—228.
26. *Humm D. S.* : „Mental disorders in siblings“ *Am. J. of Ps.* 1932. p. 239—283.
27. *Kasanin J.* : „A case of schizophrenia in only one of identical twins“ *Am. J. of Ps.* 1934. p. 21—28.
28. *Kerr M.* : „Temperamental differences in twins“ *Brit. J. Psychol.* 1936. p. 51—59.

29. Köhn W.: „Die Vererbung des Charakters. Studien an Zwillingen.“ Arch. Rass. u. Ges. Biol. 1935. p. 1—26.
30. Kretschmer E.: „Manuel théorique et pratique de Psychologie médicale“ (trad) Paris—Payot 1927.
31. Lange J.: „Verbrechen als Schicksal: Studien an kriminellen Zwillingen“ (după trad. engleză: Crime and Destiny 1930).
32. Leroy, Schutzenberger: „Contribution à l'étude de la folie gémellaire“ Ann. Méd. Psych. 1924 p. 42 și 123.
33. Marinescu, Kreindler, Copelman: Essai d'une interpretation physiologique du test psychologique de Rorschach. Son aplicatiön à l'étude de la dynamique cérébrale des jumeaux.“ Analele de psihologie 1934 p. 14—27.
34. Mc. Nemar: „Twin resemblances in motor skills and the effect of practice thereon“ J. of. genet. Ps. 1933 p. 70—99.
35. Potter H. W.: „Schizophrenia in Children“ Am. J. of. Ps. 1933 p. 1254—1270.
36. Rife D. C.: „Twin differences in intelligence“ J. of educ. Psych. 1935. p. 709—712.
37. Rosanoff, Handy and Rosanoff: „Etiology of epilepsy with special reference to its oncurrence in twins“ Arch. Neur. and Psychiatr. 1934. p. 1165.
38. Rosanoff, Handy, Rosanoff and S. Brush: „The etiology of so-called schizophrenic psychoses“ Am. J. of. Ps. 1934. 247—286.
39. Rüdin E.: „The significance of eugenics and genetics for Mental Hygiene“. Proc of the first Internat. Congr. on Mental Hygiene (1930) New-York 1932 I. p. 471—488.
40. Sanchis Banus J., Nieto D.: „Contribucion casuistica al estudio de las psychosis gemelares“ Arch. de Neurobiol. 1931 (după o recenzie).
41. Segers J. E.; „Examen psychologique de deux jumeaux identiques.“ J de Neur. et de Psych. 1931 p. 335.
42. Shuttleworth F. K. „The nature versus nurture problem“ J. of. educ. Psychol. 1935 p. 655—681.
43. Siemens H. W.: „Die Zwillingspathologie“. Berlin. — Springer 1924.
44. Siemens H. W.: „Grundzüge der Vererbungslehre der Rassenhygiene und der Bevölkerungspolitik.“ Lehmanns-Verlag, München 1926.
45. Ștefănescu-Goangă F., Oancea G.: „Psihologia gemenilor“ Comunicare la Congr. Soc. de Psihiatr. Neurol. Psychol. 1934.
46. Thorndike E. L.: „Measurements of twins“ Arch. of. Phil. Psych. and Sc. methods. No. 1. Sept. 1905.
47. v. Verschuer: „Erbpathologie“ Steinkopff • Dresden und Leipzig. 1934.
48. Wigors F.: „Ein eineiiges, bezüglich Schizophrenie diskordantes Zwillingspaar“. Acta Psych. et Neurol. 1934.
49. Yule E. P.: „The resemblance of twins with regard to perseveration“. J. ment. Sci. 1935 p. 489—501.

## Criteria pentru determinarea valorii eredo-biologice.

### Incercare metodologică.

de

Dr. I. FĂCĂOARU și Dr. O. COMȘIA.

Selecțiunea socială trebuie așezată pe baze științifice. Lucrul implică cunoașterea integrală a omului ca unitate psiho-fizică. Aspectele individualității umane sunt numeroase, dar cel mai interesant, mai greu de precizat și în același timp mai necesar scopului urmărit în aplicarea principiului selectiv, este fără îndoială determinarea valorii eredo-biologice a individului. Contribuția la statornicirea câtorva criterii proprii pentru precizarea valorii genotipice a individului, formează obiectul rândurilor de față. Incercarea noastră a fost precedată de o altă a unuia dintre noi (*Făcăoaru*), cu scopul de a stabili un procedeu pentru cantificarea aspectului descriptiv somatic: armonia sau dizarmonia proporțiilor corporale, trăsăturilor fiziognomice, etc. și ea va fi urmată de alte încercări metodologice în același scop și anume: creierea unui sistem adecvat determinării cantitative din complexul însușirilor fizice și psihice.

Dacă problema determinării valorii genotipice a individului nu s'a rezolvat în țările, în care selecțiunea socială intră în programele de guvernământ de multă vreme, este nu pentru că lucrul n'ar prezenta interes. Dimpotrivă. Selecțiunea socială activă, în înțelesul de eliminare sau cel puțin de comprimare a elementelor negative și de favorizare a elementelor valoroase prin utilizarea maximă a aptitudinilor lor, alcătuește în mâna statului pârghia cea mai puternică pentru a asigura societății maximul de progres de care este capabil în virtutea dispozițiilor naturale specifice etniei. O asemenea concepție nu este un simplu deziderat între atâtea altele, ci o axiomă biopolitică. Discuția asupra oportunității selecțiunii sociale ar fi banală și inutilă. Ea ar putea privi cel mult metodele ei de aplicare.

Selecțiunea socială trebuie să plece dela individ, deși nu individual este scopul. Nu individul în sensul atomisticii sociale interesează, ci individul ca verigă în lanțul nesfârșit al generațiilor. Nu individul ca finalitate, ci individul ca instrument de realizare a finalității neamului, a corpului etnic din care face parte, reînnoit și eternizat prin celula biologică și socială: familia.

Nu individul singuratec interesează, cu existența lui anonimă, trecătoare și limitată, ci individul ca posibilitate de prelungire a prezentului. Nu interesează însă atât de mult în ceea ce are el achiziționat din mediul social, ci prin ceea ce el însuși poate aduce acestui mediu social. Fiecare ins adăugat corpului etnic cu care se confundă, aduce cu sine una din aceste trei posibilități de căpetenie: Sau el se confundă cu marea masă, prin însușirile medii proprii ei și deci neutrale din punct de vedere al regresului ca și al progresului colectiv. Dinamismul acestei categorii de indivizi nu se orientează în nicio direcție. Departe de gândul de a deprecia rolul masei, dar aceasta se rezumă la asigurarea vieții corpului etnic. Corpul masiv al acestui lot din populație, alcătuiește trunchiul care asigură echilibrul și trăinicia unui neam. Prin însușirile ei, această masă nu-i nici negativă nici pozitivă, raportată la propriul ei destin.

2. Sau individul se clasează în minoritatea alcătuită din elemente de valoare negativă: delincvenții, bolnavii, inadaptabilii sociali și toate categoriile de disgenici. Acest balast biologic și social are rolul de a frâna progresul și dacă nu reușește în toate societățile să încetineze mersul ascendent al colectivității, apoi peste tot reușește să imobilizeze corpul etnic la un nivel inferior.

3. Sau în fine, individul poate fi clasat în minoritatea elementelor superioare. Acestea constituie corpul de regenerare biologică și efervescentă socială și culturală. Sunt elementele sănătoase și de inițiativă, indiferent de stralul social în care trăesc și de cultura lor. Sunt elementele care jos sau sus turbură inerțiile, dau sfaturi și exemple de imitat, deschid gândului și faptei noi orizonturi, iar pe treapta cea mai de sus contribuie la realizarea finalității supreme: crearea bunurilor culturale artistice și științifice.

Omul este predestinat din naștere uneia din cele 3 categorii. Mediul nu poate decât rețușa destinul făurit în esența lui, din clipa concepțională, de către constelația biologică a ascendenților. Individul reprezintă suma valorilor pozitive sau negative ale înaintașilor lui, în modelarea fenotipică pe care i-o imprimă ambianța. Viitorul apropiat ne va îngădui, poate, să precizăm anticipat structura morfologică, morală și spirituală a progenitului, din datele biologice complete ale procreatorilor și cunoașterea anticipată a mediului. Societatea va dispune atunci de mijloace suficiente spre a exprima cantitativ și cu multă exactitate potențialitatea biologică închisă în fiecare membru al ei. Ea va avea la îndemână mijloacele de a inversa situația defavorabilă de astăzi și va putea spori lotul etnic superior pedeparte, redu-

când lotul populației inferioare, pe de alta. Orientarea vieții naționale către o politică selectivă a valorilor sociale va fi un drum, pe care vor pășii mai întâi popoarele ajunse la conștiința de sine, convinse de propria lor superioritate. Discriminarea a tot ce e bun și rău, frumos și urit, sănătos și bolnav, puternic și slab, nobil și josnic, este prin definiție, proprie numai superiorităților individuale sau etnice.

Inercarea de a considera pe individ ca pe o necunoscută într'o ecuație, ar putea să pară cel puțin hazardată și pretențioasă. Cu toată limitarea muncii noastre numai la aspectul genotipic al individului, ne dăm bine seama de dificultățile temei ce ne-am propus. Nu ne ascundem nici nota de arbitrar în fixarea categoriilor de valori biologice. Și mai ales nu pierdem din vedere, că țările mai frecvente de care ne ocupăm, n'au un mers ereditar bine precizat în toate cazurile. Nevoia de a dispune totuși de unele criterii, apoi cunoștințele noastre desprinse din stadiul suficient de înaintat în domeniul eredității patologice, ne îndreptățesc să nu dăm îndărăt în fața acestor dificultăți.

Luând ca punct de plecare fenomenul variabilității propriu întregii lumi organice, am socotit că diviziunea quintuplă e suficientă pentru a cuprinde întreaga serie genotipică, dela cea mai gravă încărcare ereditară, pe care am notat-o cu cifra 1 până la sănătatea ereditară cea mai perfectă notată cu 5. La distanță egală de cele două extreme avem media exprimată prin cifra 3, care însumează desigur, grosul oricărei populațiuni. Celelalte două categorii se referă: 2 la indivizii care rămân sub medie din punct de vedere al sănătății constituționale, dar nu sunt disgenici; 4 însumează indivizii situați deasupra mediei, cari totuși nu sunt cu desăvârșire scutiți de orice defect sau anomalie ereditară.

Redăm categoriile genotipice bazați pe câteva din tarele, bolile, defectele și anomaliile ereditare cele mai frecvente. Majoritatea lor au un mers ereditar precizat și sunt dominante, recesive, câteva recesive legate de sex, iar altele apar uneori cu o dominanță neregulată, cu o recesivitate la fel sau alteori apar când dominante când recesive. Pentru un număr de însușiri negative am întrebuițat termenul de ereditate polimorfă.

Menționăm unele dintre tarele cele mai frecvente sau mai obișnuite, grupate pe categorii după importanța lor. Pentru prescurtare dăm numai inițialele:

*D* = dominant sigur.

*R* = recesiv sigur.

d și r = dominant și recesiv nesigur.  
 D & R = când dominant, când recesiv.  
 R. l. s. = recesiv legat de sex.  
 E. p. = ereditate polimorfă.

*Categoria 1. Debilitate mintală gravă / R. & D.*

Psihoză maniaco-depresivă / D.

Schizofrenie / R.

Surdo-muție / R.

Epilepsie / R. mai rar D.

Orbirea ereditară / E. p.

Nanismul ipofizar / D.

Gigantismul și Acromegalia / R.

Atrofia nervului optic / R. l. s.

Demența amaurotică / r.

Neuro-fibromatoza / d.

Microcefalia / r.

Etc., etc. / Central University Library Cluj

*Categoria 2.*

Debilitate mintală ușoară / R.	Anomalii ale mâinilor și picioarelor / D.
Neurastenie gravă / d.	Scolioza / D.
Anomalii și perversiuni sex. / E. p.	Piept în pâlnie / D.
Temperament schizoid pronunțat / R.	Atrofie musculară / D.
Coreea lui Huntington / D.	Buză de iepure / R.
Isterie / D.	Ichtioză / D.
Surzenie progresivă / D.	Nistagm / D.
Daltonism / R. l. sex.	Sterilitate ereditară / R.
Glaucum / D.	Infantilism / r.
Anoftalmie monolaterală / r.	Brachidactilie / D.
Gușa / d.	Sindactilie / D.
Basedow / D.	Hipofalangie / d.
Diabetul / D.	Rachitismul / d.
Debilitate fizică / D.	Encondrome / d.
Artritisul grav / D.	Exostoze / d.
Emofilie / R. l. sex.	Absența rotulei / d.
Luxația coxo-femorală / r.	Etc., etc.

### Categoria 3.

Neurastenie ușoară / d.	Chelie / D.
Miopie / d.	Cărunțire timpurie D.
Presbifism / D.	Hidroa estivală / r.
Ptoza pleoapei superioare / D.	Pistrui / D.
Hernie / D.	Picior plat / R.
Ulcer / d.	Poziția anormală a organelor / R.
Prurit / d.	Indiosincrazie / d.
Urticaria / d.	Ticul cronic / d.
Icter / D.	Etc., etc.
Albinism / R. l. s.	

### Categoria 4.

Pedigriul probandului clasificat în cat. 4 trebuie să fie liber de orice boală ereditară până la ascendenții și colateralii cu un patrimoniu ereditar comun de 25 %. Subiectul poate fi purtătorul uneia sau a mai multor anomalii (ușoare) — vizibile sau invizibile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

### Categoria 5.

Pedigriul probandului trebuie să fie liber de orice tară până la ascendenții și colateralii cu un patrimoniu ereditar comun de 6.25% inclusiv. Trebuie, ca după toate aparențele și rezultatele investigațiilor să se poată afirma cu maximul de probabilitate, că probandul și ascendenții lui sunt perfect sănătoși.

Clasificarea eredo-biologică a unui individ, am preconiza-o în modul următor: se stabilește prezența, natura și pregnanța tarei, bolii, etc., persoanei cercetate<sup>1)</sup>. Se notează valoarea numerică corespunzătoare, aflată în tabloul de mai sus sau în lista precedentă pe categorii. În cazul când nu găsim decât o singură însușire negativă, valoarea eredo-biologică a individului e reprezentată prin cifra respectivă. Dacă se stabilește prezența și a altor defecte, valoarea eredo-biologică va fi reprezentată prin cifra cea mai mică (prin tara cea mai gravă). Exemplu: debilitatea mintală gravă o notăm cu 1, ineducabilitatea cu 2, ptoza pleoapei superioare cu 3 și piciorul plat cu 3. Valoarea genotopică a individului este 1.

<sup>1)</sup> Am menționat o mică parte din tările bolile defectele și anomaliile cele mai frecvente. Din sutele de altele asemenea nemenționate, examinatorul poate asimila și însuma pe acele întâlnite uneia din cele 4 categorii.

Examinatorul poate fi pus în fața uneia din următoarele cazuri :

I. Subiectul e bolnav aparent și pedigriul corespunde așteptărilor, — deci rău.

II. Subiectul e bolnav aparent, dar nu se găsește nimic în pedigriul lui. În asemenea situație avem una din următoarele explicații :

1. informații lacunare ;
2. mersul ereditar al defectului este discontinuu (recesivitate sau dominanță nerăgulată, etc.) ;
3. nelegitimitate ;
4. tară spontană, apărută prima dată ca o modificare mendeliană a plasmei germinale.

Cauzele acestor modificări rămân uneori necunoscute, alteori se reduc la acțiunea unor agenți de natură toxică sau infecțioasă. Asemenea schimbări bruște sau mutațiuni factoriale pot fi provocate de un întreg complex de agenți externi : raze Roentgen, radium, temperatură înaltă, otrăvuri de plumb, nicotină, alcool, iod, arsenic, fosfor, etc. În categoria modificărilor de ordin infecțios menționăm sifilisul.

III. Subiectul poate fi aparent sănătos, dar cu un pedigriu rău. Cu multă probabilitate genotipul este devalorizat. Într-o atare situație, clasificarea subiectului depinde de pregătirea științifică, de experiența și perspicacitatea cercetătorului. Acestuia îi revine datoria de a ține seamă cu toată conștiințiozitatea de natura, pregnanța și distribuția defectelor în pedigriu, de mersul ereditar al acestora, cum și de relațiile de rudenie ale membrilor țarași cu subiectul. Dependența clasificării subiectului de personalitatea cercetătorului și imposibilitatea unei metode, care ne-ar permite determinarea genotipului cu exactitatea înlesnită de măsurători, nu implică numai decât în așa măsură arbitrarul și lipsa oricăror norme, încât să poată fi îndreptățită renunțarea la orice criterii de clasificare a genotipului. Coeficientul de probabilitate cu care se transmite unele tare, anomalii, etc., trebuie considerat nu în sensul vag al totalei problematizări a fenomenului, ci în accepțiunea lui statistică. Tipizări și prescripțiuni genetice valabile nu sunt posibile din cauza infimelor variații dela caz la caz, dar sunt posibile pronosticuri pe baza calculului de probabilitate. Într-o asemenea situație trebuie să considerăm raportul rudeniei de sânge (rudenie plasmatică) dintre proband și ceilalți membri ai pedigriului, purtători ai defectelor, etc. În prima parte se consideră faptele în raportul lor strict genetic, iar în a doua parte se dă interpretarea oarecum filozofică a destinului probandului. Pentrucă judecata de valoare formulată cu privire la



destinul lui și al urmașilor lui depășește într-o măsură schematicismul faptului simplu de experiență. Interpretarea „filosofică” departe de a implica concluzii pur speculative, este dimpotrivă constrânsă să țină seamă de un întreg complex de fapte :

1. frecvența tarelor sau proporția indivizilor țarași față de cei aparent netarași sau sănătoși ;

2. gravitatea tarelor ;

3. corolarul rezultat din considerarea probabilităților cu care e stabilită numeric transmiterea tarelor găsite ;

4. gradul rudeniei plasmifice.

Deoarece primele 3 împrejurări rezultă din paginile anterioare, ne rămâne să menționăm gradul de rudenie biologică.

Au un patrimoniu comun în proporție de :

Gradul I. peste 50% — probandul cu frații și surorile lui ;

Gradul II. de 50% — părinții și nepoții ;

Gradul III. de 25% — bunicii și nepoții de bunici, unchii și mătușele (fr. și sur. părinților și nepoții de unchi și mătuși), veri și verișoarele primare ;

Gradul IV. de 12.5% — străbunicii și strănepoții și colateralii în gradul succesiv.

Pentru o suficientă precizare a normelor de clasificare, completăm criteriile precedente cu altele noi, din seria lungă a situațiilor posibile. Propunem a se nota de asemenea cu 1 valoarea genotipică și a probandului, ai cărui ambii părinți sau majoritatea fraților și surorilor prezintă manifest tarele menționate în grupul 2 : debilitate mentală ușoară, neurastenii gravă, insanitate morală, temperament cicloid și schizoid pronunțat, coreea lui Huntington, surzenia progresivă, glaucom, anoftalmie monolaterală, acromegalie și emofilie. În cazurile în cari întâlnim aceste tare numai la bunici sau la colaterali de grad mai îndepărtat e indicată prudența, clasificarea depinzând în asemenea împrejurări de experiența și priceperea examinatorului.

O situație dintre cele mai frecvente în care ar mai putea fi pus observatorul, este și cazul când subiectul ar fi depozitar cumulativ de tare sau anomalii manifeste din categoria 2 ; el poate fi încadrat în categoria 1. Când subiectul prezintă o acumulare de efecte din cat. 3, observatorul îl va putea clasifica după circumstanțe, în categoria 2.

Una din obiecțiunile ce ni s'ar putea face este și chestiunea psihopașilor geniali. Valabilitatea normelor noastre metodologice ne

constrânge a nu ocoli nici această problemă. Oricum ar fi simțul puținătății mijloacelor noastre și oricare ar fi sentimentul — am zice — de evlavie față de ceea ce este mai mare și mai înalt, credem că știința trebuie să rămână ca și natura: acceptă realitatea în sine și-i consemnează esența fără sentimentalism. Sufletul întraripat al geniului poate sălășlui în înălțimile stelelor, dar statura lui măsoară atât și „mâna de țărână” cântărește atât. Legile biologice rămân aceleași. Boala nu-și schimbă natura sau gravitatea, când îi stabilim prezența la geniu sau la talent, — geniu fiind o apariție extrem de rară.

### Zusammenfassung.

Dr. Făcăoaru I. und Dr. Comșia O.: Zur erbbiologischen Wertbestimmung. Metodologische Untersuchung.

Die Autoren sind sich dessen bewusst, dass eine quantitative Wertbestimmung nicht ohne Schwierigkeiten vorgenommen werden kann. Da nun aber einer derartigen Wertbestimmung bei der sozialen Auslese einerseits und bei der Anwendung von rassenhygienischen Massnahmen andererseits, eine besondere praktische Bedeutung zukäme, unternehmen die Verfasser den Versuch, die Individuen auf Grund ihres erbbiologischen Wertes folgendermassen einzuteilen:

In Anbetracht des allgemeinen Variabilitätsgesetzes glauben die Autoren in eine aus 5 Kategorien bestehende Einteilung sämtlicher Zustände von dem der völligen Gesundheit (Kategorie 5) bis zu der schwersten Belastung (Kategorie 1) einreihen zu können. In Kategorie 3 wurden Individuen, die einen mittleren erbbiologischen Wert umfassen und die gewiss auch die Mehrzahl der Bevölkerung ausmachen, eingereiht. Kategorie 2 umfasst diejenigen mit unterdurchschnittlicher erbbiologischer Verfassung, Kategorie 4 hochwertige Elemente, die dennoch einen leichten in der Erbmasse verankerten Fehler aufweisen.

## Reglementarea profesiei medicale în Germania, Danemarca și Ungaria.

de

Dr. LEON PRODAN.

În decursul anului 1935 au apărut în Germania, Danemarca și Ungaria legi noi cu privire la reglementarea profesiei medicale.

Această problemă fiind de actualitate și pentru țara noastră credem util a reda normele de organizare, îndatoririle și încadrarea profesiei medicale în concepția nouă de organizație de stat.

Să luăm fiecare lege în parte.

## a) Legea germană.

**Organizare.** În Germania s'a menținut vechea organizație a camerelor medicale. Prima cameră medicală s'a înființat în Prusia în anul 1887, căreia i-au urmat alte camere medicale în celelalte state. În 1926 s'a făcut o lege unitară a camerelor medicale pentru întreaga Germanie. Legea din 1935 aduce modificări importante întregii legi din 1926, punând-o pe bazele noi ale concepției de stat național-socialist.

Toată legea germană are de bază principiul enunțat în articolul 1. al legii, în care se spune: „Medicul este în serviciul sănătății persoanelor particulare și a întregului popor. El îndeplinește o îndatorire publică reglementată prin legea prezentă”. În urma acestui fapt, fiecare medic trebuie să fie înscris în asociația medicală respectivă și trebuie să posede o autorizație (numire) pe baza căreia poate exercita profesiunea medicală, atât pe cont propriu, cât și în serviciile publice. În ordinea ierarhică avem următoarele organe: camera medicală centrală, camerele medicale regionale și asociațiile medicale districtuale. Camera medicală centrală reprezintă corpul medical german și este persoană juridică. Ea organizează, sub rezerva aprobării ministerului de interne \* camerele medicale regionale și asociațiile medicale districtuale. Asociația medicilor din asigurările sociale germane este încorporată în camera medicală centrală, iar conducătorul acestei camere este și conducătorul acestei asociații.

**Personalul:** În fruntea camerei medicale centrale stă un conducător (Leiter), care este numit și revocat de Führer. Numirea și revocarea lui se face la propunerea ministerului de interne, de acord cu locșitorul Führerului.

El exercită funcțiunile camerei medicale centrale și o reprezintă în justiție și înafară. Conducătorul camerei medicale centrale are un locșitor permanent, care e numit de el, cu rezerva aprobării ministerului de interne și a locșitorului Führerului. Conducătorul e asistat de un consiliu, a cărui membri sunt numiți și revocați de el. El este obligat să consulte acest consiliu înainte de a lua orice decizie importantă. În compoziția camerei medicale centrale intră: conducătorul, locșitorul său permanent, locșitorul permanent al șefului asociației medicale din asigurările sociale, membrii consiliului camerei medicale centrale și câte un reprezentant de fiecare cameră medicală. Deasemenea trebuie să aibă în sânul ei cel puțin un medic funcționar și un alt medic funcționar, ca supleant permanent al celui dintâi. Reprezentanții camerelor medicale și supleanții lor sunt aleși din partea conducătorului camerei medicale centrale după o listă cu 5 membrii propuși de camera medicală respectivă.

**Camerele medicale regionale** au câte un conducător și un locșitor permanent al acestuia, cari sunt numiți și revocați de camera medicală centrală. Numirea și revocarea lor trebuie adusă la cunoștința ministerului de interne dela caz la caz. Conducătorul camerei medicale este asistat de un consiliu, care se numește tot din partea camerei medicale centrale. În compoziția unei camere medicale regionale intră: conducătorul, locșitorul său permanent, membrii consiliului, câte un reprezentant de fiecare asociație medicală dependentă de camera medicală respectivă, un reprezentant de fiecare facultate de medicină de pe teritoriul camerei respective și cel puțin un medic funcționar cu locșitorul său permanent. Reprezentanții asociațiilor medicale și ai facultăților de medicină și supleanții lor sunt numiți de camera medicală centrală, după o listă de cinci membrii propuși de către ele. Camera medicală centrală poate șterge de pe listă membrii propuși, însă în aceste cazuri trebuie să anunțe ministerul de interne despre acest lucru.

\* În Germania nu există minister al sănătății.

**Asociațiile medicale districtuale** sunt organizate în mod similar cu conducere numită de camera centrală după o listă de 5 membri aleși de adunarea asociației respective. În compoziția asociațiilor medicale intră toți medicii din districtul respectiv.

Afară de aceste organizații pur medicale, camera medicală centrală poate stabili în diferite locuri, după necesitate, centre de administrație (Verwaltungsstellen) care sunt dependente numai de ea.

Conducătorii diferitelor camere și asociații medicale activează în cadrul legilor, după conștiința și judecata lor proprie. Ei nu sunt obligați a ține cont de hotărârile camerelor, sau asociațiilor medicale, însă în acest caz încunoștințează despre acest fapt camera medicală centrală, făcând și motivările necesare.

**Indatoririle camerei medicale centrale.** Camera medicală centrală se întrunește la convocarea conducătorului. Tot el poate convoca o dietă a medicilor din Reich, care cuprinde pe toți membrii camerelor medicale și la nevoie și alte persoane. Toți medicii din Reich cad sub autoritatea camerei medicale centrale, cu excepția medicilor militari activi și a medicilor civili, pe durata serviciului militar activ. Toate prescripțiunile camerei medicale centrale sunt obligatorii pentru medici. Aceste prescripțiuni, însă nu se pot referi la activitatea medicilor funcționari, sau angajați de Reich, de comune, de asociațiile comunale, sau de organele asigurărilor sociale. Medicii funcționari și angajații amintiți mai sus, participă la activitatea camerelor medicale și a organelor în subordine în măsura în care serviciul lor nu-i împiedică dela această participare.

Corpul medical german este chemat a lucra pentru binele populației Reichului, pentru păstrarea și ameliorarea sănătății și a valorii ereditare și rasiale a poporului german. Camera medicală centrală are în special următoarele îndatoriri:

1. Să asigure păstrarea profesiei medicale la un nivel moral și științific ridicat.
2. Să asigure păstrarea onoarei profesionale și a îndatoririlor profesionale a medicilor.
3. Să contribuie la formarea medicilor.
4. Să contribuie la educația practică și perfecționarea medicilor și să creeze instituțiile necesare acestui scop. Deciziunile camerei medicale centrale în acest sens au putere de lege pentru medici, cu excepția medicilor funcționari.
5. Să asigure raporturi bune între medici.
6. Să lucreze la repartizarea medicilor pe teritoriul Reichului în raport cu interesele populației și cu interesele corpului medical. Camera medicală centrală poate decide, că medicii nu se pot stabili în anumite localități sau regiuni, decât cu autorizarea ei. Deciziunea în acest sens trebuie să aibă aprobarea ministerului de interne.
7. Să stabilească împreună cu instituțiile asigurărilor sociale activitatea medicală a acestor instituții, să fixeze condițiunile în cari pot fi admiși medicii în acest domeniu de activitate, și să fixeze norme obligatorii pentru medici în ce privește regulile de economie cerute de medicina publică și mijloacele de control pentru observarea acestor reguli. Toate convențiunile în această privință dinte camera medicală centrală și asigurările sociale, trebuie supuse aprobării ministerului de interne.

Mai departe camera medicală centrală poate:

1. Să aleagă instituția unde să fie asigurați medicii și urmașii lor.
2. Să stabilească prescripțiuni speciale în ce privește participarea unui medic la îndatoriri cu privire la păstrarea și ameliorarea valorii ereditare și rasiale a poporului german.

3. Să elaboreze în colaborare cu serviciul sanitar și oficiul statistic al Reichului, diferite lucrări de ansamblu și da indicațiuni principale pentru păstrarea sănătății și a valorii ereditare a poporului german.

4. Să oblige medicii în cazuri date, să intre în funcțiune la diferitele instituții a serviciului sanitar al Reichului.

*In ce privește aplicarea acestor îndatoriri pe teren, camera medicală centrală, trebuie să secondeze toate serviciile, statele, comunele și instituțiile publice, precum și partidul muncitoresc național socialist, în toate problemele de interes sanitar. La rândul lor toate acestea trebuie să colaboreze cu camera medicală centrală și organele în subordine și sunt obligate a cere avizul prealabil în toate chestiunile sanitare de interes general.*

Camera medicală centrală cu aprobarea ministerului de interne va fixa pe cale de regulament profesional, îndatoririle profesionale ale medicului, dispozițiuni cu privire la păstrarea onoarei profesionale și cu privire la practica ilicită a medicinei. Ea fixează și colizația membrilor. Tot ministerul de interne, de acord cu camera medicală va stabili un tarif al onorariului medical.

**Medicul și exercitarea profesiei medicale.** Medicul trebuie să servească ca un apărător al sănătății individuale și colective. În acest sens el îndeplinește un serviciu public, chiar și în practica lui privată. Sunt admiși a practica medicina toți medicii înscrși în asociațiile medicale respective. Se pot înscrie în asociațiile medicale persoanele prevăzute în ordonanța ministerului de interne, elaborată în colaborare cu camera medicală centrală. Înscrierea se refuză în următoarele cazuri :

1. Dacă postulantul nu se bucură de drepturile civile.
2. Dacă s'a stabilit, că postulantul nu prezintă garanțiile cerute din punct de vedere național, moral, și în special dacă are la activul său abateri de ordin penal.
3. Dacă postulantul a fost declarat nedemn de a profesa medicina printr'o sentință a tribunalului medical profesional.

4. Dacă postulantul, din cauza defectelor corporale, sau din cauza slăbiciunii facultăților mintale, sau fizice, sau din cauza unei boli grave, nu-i capabil sau nu prezintă garanțiile necesare pentru a exercita profesia medicală.

5. Dacă postulantul din cauza originii sale etnice sau a soției sale nu poate deveni funcționar public sau dacă în momentul cererii lui, proporția medicilor străini în raport cu numărul total de medici germani depășește proporția populației negermane raportată la populația totală a Reichului. Față de această rigoare ministerul de interne de acord cu camera medicală a Reichului poate face excepțiuni. În cazuri de judecată penală în curs contra postulântului, decizia referitor la cererea lui de o practica medicina se amână, până la sentința definitivă. Pierderea dreptului de liberă practică survine în urma pierderii cetățeniei germane sau dacă a survenit una din cauzele sus amintite care nu dau dreptul de înscriere în corpul medical. Renunțarea și revenirea la libera practică a medicinei este admisă, însă trebuie să fie autorizată de camera medicală a Reichului. În caz de refuzare a renunțării sau a revenirii în practica medicală se poate face apel la ministerul de interne. Medicii cu diploma din străinătate pot obține liberă practică a medicinei definitiv sau pe timp limitat, în urma îndeplinirii dispozițiunilor speciale care se referă la ei. Aceștia odată admiși în corpul medical german, sunt supuși aceluiași reguli ca medicii germani. Medicul trebuie să-și exercite profesia în mod conștiincios, să aibă o ființă demnă, care să inspire încrederea necesară exercitării profesiei medicale. Divulgarea secretului profesional poate fi amendat sau pedepsit cu închisoare până la un an. Păstrarea secre-

tului profesional este obligator și pentru personalul ajutător. Divulgarea secretului profesional este admisă în cazuri de necesități juridice sau morale și în toate cazurile unde interesul în joc este de importanță preponderantă. Urmărirea pentru această contravenție se face numai la cererea lezăturii. Medicii n'au dreptul să indice pe tabla de anunț, pe imprimatul de rețete, în anunțurile de ziare, sau sub orice altă formă, poziția lor anterioară (fost asistent, etc) ministerul de interne de acord cu camera medicală centrală pot permite excepțiuni la acest capitol.

**Sancțiuni.** Toți medicii, contravenienți, sau neglijenți în ce privește îndatoririle lor profesionale sunt pasibili de sancțiunile următoare :

1. avertisment ; 2. mustrare ; 3. amendă până la 10.000 R. M. ; 4. excluderea temporară, sau definitivă din medicina curativă, sau din instituțiile sanitare publice ; 5. sau prin sentință se declară nedemni de exercitarea profesiei medicale.

Sancțiunile se pronunță de tribunalele medicale profesionale. iar acele de sub punctele 1, 2 și 4 și amenziile de sub 1.000 R. M. pot fi date și de camera medicală a Reichului.

Pentru judecarea profesională sunt următoarele organe :

1. Comisiuni permanente de arbitraj pe lângă fiecare asociație medicală de district, care conciliază conflictele dintre medici, și terțe persoane. Astfel de comisiuni de arbitraj pot exista și pe lângă camera medicală centrală și la celelalte camere.

2. Tribunale medicale la sediul fiecărei camere medicale. Ele se compun dintr'un judecător, ca președinte și doi asesori medici.

3. Una curte medicală supremă pentru întreg Reichul, a cărei sediu se fixează de către ministerul de interne de acord cu camera medicală centrală. În compoziția ei intră un judecător, ca președinte, un grefier și trei medici.

**Controlul statului.** Ministerul de interne exercită controlul asupra camerelor medicale și asupra tribunalelor medicale profesionale. El poate transmite și altor autorități dreptul său de control în ce privește camerele medicale regionale și asociațiile medicale districtuale. În cazurile acestea, autoritățile respective pot cere instrucțiuni și informațiuni dela camera medicală centrală, cu referire la aceste camere și asociații medicale.

## b) Legea ungară.

Prin legea ungară se creiază camera medicală centrală și mai multe camere medicale regionale, cu dreptul de persoane juridice.

**Organizare.** Camera medicală centrală se compune din presidiu, comitet și adunarea generală. Din presidiu fac parte : președintele, vicepreședintele, un secretar, un consilier juridic, un casier și un controlor. Consilierul juridic este un avocat și are vot consultativ. Președintele trebuie să fie confirmat de ministerul de interne. Comitetul constă din membrii presidiului și cel puțin opt medici aleși de adunarea generală. Adunarea generală a camerei medicale centrale constă din : presidiu, comitetul camerei centrale, și câte un delegat după fiecare 100 medici a camerelor districtuale.

Camerele medicale regionale au organizația absolut similară cu cea centrală și cuprind toți medicii din regiunea lor. Fiecare cameră medicală regională trebuie să aibă cel puțin 100 medici membrii.

Membrii din comitetul și presidiul camerelor medicale se aleg de adunările plenare respective prin vot secret.

**Indatoririle camerelor medicale, se pot rezuma în următoarele:**

1. Să vegheze asupra simțului național și a ținutei morale a corpului medical.
2. Să reprezinte interesele etice și economice ale medicilor.
3. Să supravegheze practica medicinei.
4. Să coopereze la jurisdicția profesională a medicinei.
5. Să facă propuneri la toate problemele de sănătate.
6. Să contribuie la educația medicală.
7. Să fixeze statutele camerelor medicale.
8. Să întocmească regulamentele profesionale și tariful medical.
9. Să creeze diferite instituții pentru ajutorarea și ocrotirea medicilor și urmașilor lor.
10. Să întocmească bugetul anual.
11. Să stabilească colizația membrilor.
12. Să administreze averea camerei.

**Medicul și exercitarea profesiei medicale.** Pentru a putea exercita profesia trebuie să îndeplinească condițiunile regulamentului profesional și să fie înscris în camera medicală respectivă. Fiecare medic este supus controlului profesional al camerelor medicale, cu excepția medicilor militari și civili.

Nu pot fi membri ai camerelor medicale medicii:

1. care au fost condamnați la închisoare,
2. cari și-au pierdut serviciul prin judecată,
3. cei cărora li s'a retras libera practică a medicinei,
4. cei contra cărora există procedură de judecată pentru crimă, pentru delict contra ordinii de stat sau alt delict referitor la ordinea socială.

Dreptul de membru se pierde dacă medicul pierde cetățenia, dreptul de vot, dreptul de libera practică a medicinei prin judecată profesională, sau dacă medicul renunță de bună voie; însă în aceste cazuri n'are drept la exercitarea profesiei.

În ce privește medicii funcționari ei stau sub controlul ministerului respectiv unde fac serviciul.

Sunt interzise următoarele:

1. Practica medicinei în mod ambulant, cu excepția medicilor balneari, cari pot da consultațiuni și în stațiunile balneare.
2. A da consultațiuni simultan în mai multe localități.
3. A da consultațiuni în prăvălii sau în legătură cu o afacere comercială.
4. Exercițarea unei profesii, care împiedică exercițarea conștiințioasă a medicinei sau ar strica bunul renume al medicului.
5. Divulgarea secretului profesional, care se admite numai în fața instanțelor judecătorești. Publicarea datelor în reviste, este admisă cu condiția, ca acest lucru să se facă în așa fel, ca persoana respectivă să nu poată fi recunoscută. În ce privește exercițarea unei specialități și condițiunile cerute pentru acest scop se vor face în cadrul unui regulament înlocuit de ministerul de interne.

**Sanctiuni.** Prin legea ungară s'au instituit două instanțe de judecată profesională. Prima instanță este pur medicală cu sediul la camerele medicale de circumscripție și are trei membrii. Președintele camerei respective este și președintele juriului de judecată profesională. Toți membrii juriului de judecată profesională trebuie să fie aleși cu majoritate absolută. A doua instanță, este curtea medicală de apel, care este instalată la curtea centrală de justiție administrativă. Aceasta constă din preșe-

dintele curții centrale de justiție administrativă, sau locuitorul lui, ca președinte, doi medici și doi juriști. Membrii medici se numesc de ministerul de interne. Pedepsele sunt: admonestare, pedeapsă în bani dela 10—1000 pengő și interdicția exercitării profesiunii pe timp de un an, sau pentru totdeauna. Pedepsele se aplică în urma contravențiunilor la obligațiunile profesionale, sau dacă prin purtarea sau activitatea sa medicul a adus prejudicii profesiunii medicale.

**Controlul statului.** Ministerul de interne are controlul asupra camerelor medicale. El aprobă statutele, bugetul, ordonanțele profesionale, tariful medical și fundațiunile de ajutor și ocrotire a medicilor și familiei lor. Dacă conducătorii camerelor medicale violează legile sau contravin dispozițiunilor în vigoare, ministerul de interne îi poate destitui și numi un comisar în locul lor, până la noua constituire legală.

### c) **Legea daneză.**

Legea din Danemarca se referă numai la exercitarea profesiunii medicale. Prin ea nu se creiază un organ oficial de stat, cum sunt camerele medicale, ci se limitează la reglementarea profesiunii medicale, prin regruparea tuturor dispozițiunilor legale anterioare. Dreptul de liberă practică a medicinei se obține prin trecerea examenului final la facultatea de medicină și depunerea jurământului. După îndeplinirea acestor lucruri, *medicul este obligat să funcționeze în mod efectiv, ca asistent în domeniul medicinei interne, timp de un an, înainte de începerea practicii medicale în mod independent.* În serviciile sănătății publice și în asigurările sociale nu pot ocupa post decât medicii aprobați. Medicii cu libera practică a medicinei sunt finiți în evidență din partea serviciului sanitar danez.

Libera practică a medicinei se refuză, sau se retrage în caz de:

1. Pierderea drepturilor cetățenești, 2. Defecte corporale sau mintale, 3. În caz de toxomanie (morfinomanie etc.), 4. Dacă e periculos pentru alții, 5. Dacă e de neîncredere și acest lucru se poate dovedi.

**Îndatoririle medicului.** Medicul are următoarele îndatoriri principale:

1. Să lucreze conștiincios.
2. Să păstreze secretul profesional, întrucât nu este în joc un interes mai important.
3. Să raporteze la serviciul sanitar toate pericolele pentru sănătatea publică.
4. Să anunțe pe formulare, bolile infecțioase.
5. Să fie cruțători în prescrierea medicamentelor.
6. Să nu refuze ajutorul medical.

Specialitatea în diferitele ramuri medicale se recunoaște pe baza propunerii unei comisiuni compusă din șase membrii. În această comisie intră: 1. un reprezentant al facultății de medicină, 2. un specialist în ramura respectivă, 3. un medic de spital, 4. un medic practician din Kopenhaga, 5. un medic din provincie și 6. un medic oficial. Afară de această condițiune mai e nevoie de angajamentul formal al câtorva medici specialiști, care garantează pentru pregătirea profesională a medicului în ramura respectivă a medicinei.

**Controlul statului.** Controlul medicinei o face serviciul sanitar de stat. El poate amenda, sau retrage dreptul de liberă practică a medicinei dela 1—5 ani în caz de abateri. Libera practică a medicinei se retrage în urma unei proceduri de judecată, pe baza unor greșeli profesionale grave. Amendele se aplică pentru contra-



venții mai ușoare ca : neglijență în exercitarea profesiei medicale, pentru reclamă deșantată, nesupunere la ordonanțele medicale și altele. Ministerul de interne poate emite, la propunerea serviciului sanitar de stat, prescripțiuni și ordonanțe cu referire la practica medicinei, atât în mod particular, cât și în instituțiile sanitare de stat. Legea nu fixează tariful medical, dar prevede că el trebuie să fie în limite acceptabile.

\* \* \*

Dacă comentăm aceste legi rezumate atât de succint, vedem că ele tind să reglementeze profesiunea medicală din toate punctele de vedere. În special legea germană aproape nu lasă nimic de dorit. Prin această lege sunt bine apărute, atât interesele statului, cât și acelea ale corpului medical. Camera medicală a Reichului dispune pentru îndeplinirea îndatoririlor sale pe deoparte de întreg corpul medical, iar pe de altă parte de colaborarea tuturor instituțiilor și ale organelor administrative. Este de relevat în mod special dispoziția unică și fără precedent a legii germane, în care camera medicală este chemată să lucreze la repartizarea medicilor de pe întreg teritoriul Reichului, putând limita numărul medicilor din anumite localități sau regiuni. Această dispoziție va înlesni dispariția pletoarei și va remedia lipsa de medici din anumite localități sau regiuni.

Legea ungară este similară cu cea germană, fără a fi atât de completă.

Legea daneză se deosebește fundamental de cea germană și ungară. Ea se limitează la reglementarea practicii medicale mai mult din punct de vedere etic și profesional, evitând intervenționismul pronunțat al statului, existent în celelalte două legi. Această lege între altele conține o dispoziție foarte importantă, care ar fi bine să fie adoptată și în țara noastră. Așadar prevede pentru fiecare medic după obținerea titlului de doctor în medicină obligația de a lucra în mod efectiv timp de un an în domeniul medicinei interne, înainte de practicarea medicinei.

Referindu-ne la situația de la noi se impune reorganizarea corpului medical, pentru al transforma într'un organ mai activ pe terenul biopolitic național. Aceasta nu sub imperativul legilor comentate, ci a necesităților reale.

Legea din 1930 a pus pe baze noi întreaga organizație sanitară a țării, totuși corpul medical nu s'a identificat cu aceste necesități, decât într'o măsură prea mică. Acest lucru este adevărat și în ce privește interesele materiale și personale ale medicilor.

În situația dată nu rămâne altceva decât intervenția statului, pentru organizarea și utilizarea mai eficientă a corpului medical.

Această intervenție va trebui să se refere în mod special la următoarele :

1. Formarea tehnică a corpului medical în conformitate cu interesele biopolitice ale țării. Acest lucru se va îndeplini prin :
  - a) Educația universitară a medicilor adecvată acestui scop.
  - b) Organizarea cursurilor de specializare.
  - c) Organizarea cursurilor de perfecționare obligatorii la intervale bine determinate pentru fiecare specialitate.
  - d) Educația eugenică și biopolitică a medicilor.
2. Reglementarea specialităților.
3. Reglementarea repartizării medicilor de pe întreg teritoriul țării.
4. Armonizarea tuturor legilor pentru asigurarea întregului curs administrativ și financiar a tuturor autorităților întru realizarea imperativelor biopolitice ale națiunii.

Înfăptuirea acestor deziderate ar însemna un pas înainte, care ar contribui la ameliorarea calităților biologice ale națiunii și ar asigura corpului medical locul de frunte în administrarea celui mai mare bun al țării, care este omul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Résumé.

*L'auteur envisage la réglementation de la profession médicale dans l'Allemagne, la Danemark e l'Hongrie, par les lois de 1935 parues dans ces payses. Il donne quelques suggestions à propos de l'organisations de la profession médicale en Roumanie.*

## Proba Dick și Schick la vaccinații cu anatoxină difterică și scarlatinoasă din județul Brașov.

de  
Dr. POMPILIU NISTOR  
medic primar județean.

1. În 1935 s'a făcut în 46 comune rurale, (din 47), ale județului Brașov, vaccinații mixte cu anatoxină difterică și scarlatinoasă, la copiii între 1 și 10 ani, fără a face în prealabil proba cu toxină.

Au fost conșcriși 25024 de copii, din cari au fost vaccinați 21310 copii, și anume cu toate trei dozele 16703, cu numai 2 doze 1834 și numai cu 1 doză 2773.

Despre întreaga acțiune și rezultatele ei imediate am publicat o dare de seamă în Sibiul Medical No. 1—3/1936.

Ne propunem a face o nouă dare de seamă despre rezultatul epidemiologic ulterior la congresul viitor de boale contagioase.

2. Pentru a afla gradul de imunitate al vaccinaților după 1 an dela vaccinare, la îndemnul și cu ajutorul Institutului de Igienă din Cluj, am introdus facerea unor probe cu toxina Dick și Schick.

Acestea s'au făcut în luna Octomvrie 1936 la copiii cari au fost complet vaccinați în 1935 cu ambele anatoxine.

Cum în comunele în cari s'a făcut proba, vaccinările cu anatoxină fuseseră făcute în lunile Mai—Iulie 1935, proba privea deci pe copii vaccinați la 1 an și 2—3 luni dela ultima doză primită.

S'a făcut proba la copiii de școală, deci la etățile între 7 și 10 ani, cari erau strânși gata în școală și mai ușor de controlat. Nu știm întrucât faptul că proba s'a făcut numai la etăți mai mici și nu la toate etățile vaccinate, ar fi putut influența rezultatele. Probabil însă că probele negative ar fi fost mai multe, dacă luăm în considerare rezultatele descrise de Dr. Vlad și Gavrilă. (Clujul Med. No. 12—1936.

3. Probele s'au făcut conform instrucțiilor Institutului de Igienă Cluj, și anume proba Dick pe antebrațul stâng, iar Schick pe cel drept. Toxina s'a făcut intracutan în freimea proximală, martorul mai jos.

Cantitățile: câte 0.2 c. c. din toxină și martor, diluate în fiole, primite gata dela Institutul de seruri Cantacuzino.

S'au respectat termenele de eficacitate înscrise pe fiole pentru toxină. Chiar faptul că toxina Schick se afla la primire aproape de termenul eficacității ei, a împiedecat ca să se facă probe și mai multe decât s'au făcut.

4. Probele s'au făcut pe acelaș copil și pentru Dick și pentru Schick. Excepție face circ. Prejmer, unde proba Dick s'a făcut la școala primară săsească, iar Schick la școala primară de stat, la copiii români. Deasemenea în parte și la circ. Codlea.

5. Probele s'au efectuat în 7 circumscripții — după cum se va vedea în tablou — și în 14 comune, împrăștiate pe întreg teritoriul județului. Astfel că nu se poate spune că cei vaccinați ar fi trăit în acelaș mediu, în aceeași atmosferă epidemiologică.

Mai menționăm că nici un copil la care s'a făcut proba, nu avusese scarlatină sau difterie după vaccinare din 1935, care înboală să le fi putut da o imunitate.

Mai ținem să menționăm — deși nu putem crede că ar avea vre-o importanță din punct de vedere al imunității, — că probele sunt

făcute atât la populația românească, cât și la cea săsească și maghiară.

6. Citirea rezultatelor s'a făcut după 24 de ore, și controlată și la 48 și 72 ore.

După cum se vede din tabelă, rezultatele diferă dela un medic la altul. Deși instrucțiile de citire a rezultatelor au fost uniforme, totuși se poate că la aceste destul de mari diferențe de rezultate a contribuit și subiectivismul aprecierilor.

În tot cazul însă citirea de acelaș medic a ambelor probe, a egalizat eventualul subiectivism de apreciere, dând rezultatelor comparate o valoare care nu mai poate fi contestată.

Dar în afară de posibila diferență de apreciere a rezultatelor din partea respectivilor medici, totuși această diferență este prea mare pentru a nu conchide că trebuie să existe de fapt o deosebire reală în imunitatea câștigată de vaccinați.

Cui are a se datori această deosebire reală? O întrebare la care nu putem răspunde. Menționăm că vaccinările la timpul lor s'au făcut cu material dat de Institutul Cantacuzino, după aceleași norme și aceeași cantitate.

7. Dăm în tabelele ce urmează numărul și rezultatul probelor.

(Vezi tabelele anexate.)

Constatăm din tabele că:

a) În circ. Codlea și Prejmer s'a aflat cel mai mare număr de negativi, până la 96% pentru Dick și 92% pentru Schick; iar în circ. Râșnov și Zărnești cel mai mic număr de negativi (până la 61% pentru Dick și 78.8% pentru Schick). (Facem abstracție dela rezultatele din Satulung cari dau un număr mare de pozitivi, din cauza micului număr de probe.)

b) În medie avem la proba Schick 84.5% negativi, iar la Dick 83.3% negativi.

c) Un paralelism între rezultatele Dick și Schick la aceeași medici, în sensul că cei ce arată un procentaj mare de negativi la proba Dick, o arată și la Schick; și cei ce dau un procent mic la Schick, îl dau și la Dick. Ceea ce denotă că notările s'au făcut la ambele probe după acelaș criteriu de acelaș medic.

d) În genere proba Schick dă un număr mai mare de negativi decât Dick. Totuși la Codlea, Budila și Târlungeni avem raportul inversat, fiind mai mulți Dick negativi decât Schick.

În ce privește intensitatea reacției pozitive, toți medicii ne dau un număr mare de reacții slab pozitive, (+) și un număr mai mic de

T A B L O U

de rezultatul probelor cu toxina Schick și Dick, la copiii vaccinați complet în 1935 cu anatoxină difterică și scarlatinoasă, făcute în comunele rurale ale județului Brașov în Octombrie 1936.

COMUNA	Medicul de circ. care a făcut proba	PROBA CU TOXINA SCHICK										PROBA DICK											
		Numărul probelor	Rezultate										Numărul probelor	Rezultate									
			Global				Total pozitiv	Procentual				Total pozitiv		Global				Total pozitiv	Procentual				Total pozitiv
			-	+	++	+++		-	-	++	+++			-	+	++	+++		-	+	++	+++	
Codlea Hălchiu	Dr. Stoia Ioan Codlea	311	286	13	9	3	25	92.0	4.2	2.9	0.9	8.0	265	254	7	3	1	11	95.85	2.64	1.13	0.38	4.15
Râșnov Cristian	Dr. Neguș Gh. Râșnov	225	190	26	9	-	35	84.5	11.5	4.0	-	15.5	225	137	52	26	10	88	61.0	23.0	11.6	4.4	39.0
Budila Purcăreni Zizin	Dr. Mirău Alex. Târlungeni	332	297	35	-	-	35	89.5	10.5	-	-	10.5	332	307	25	-	-	25	92.5	7.5	-	-	7.5
Turcheș Baciu Cernafu	Dr. Cojocariu A. Turcheș	272	215	34	17	6	57	79.0	12.5	6.3	2.2	21.0	272	233	28	9	2	39	85.7	10.3	3.3	0.7	14.3
Zărnești Tohan V.	Dr. Gogonea A. Zărnești	446	351	69	18	8	95	78.8	15.4	4.0	1.8	21.2	446	323	86	26	11	123	72.4	19.3	5.8	2.5	27.6
Prejmer	Dr. Secheli V. Prejmer	134	116	6	7	5	18	86.6	4.5	5.2	3.7	13.4	245	239	3	3	-	6	97.5	1.25	1.25	-	2.5
Satulung	Dr. Crăciunel Satulung	32	24	5	2	1	8	75.0	15.6	6.3	3.1	25.0	32	21	6	3	2	11	65.6	18.8	9.4	6.2	34.4
TOTAL . . .		1479	188	188	62	23	273	84.5	10.7	3.5	1.3	15.5	1817	1514	207	70	26	303	83.3	11.4	3.9	1.4	16.7

pozitive (++) și intens pozitive (+++). Proporția între slab pozitive, pozitive și intens pozitive este de 11 : 4 : 1.5.

La Târlungeni ni se dau rezultate numai slab pozitive.

8. În afară de probele la foștii vaccinați s'au făcut la Prejmer și câteva probe la elevi de școală din cl. VI—VII, cari nu fuseseră vaccinați, adică la copii între 12—13 ani.

Acestea au dat următorul rezultat:

Schick, din 34 cazuri sunt negative 22 = 64.7%, pozitive 12 = 35.3%.

Din cele pozitive sunt: 5 + (14.7%) , 3 ++ (8.8%) și 4 +++ (11.8%).

Proba Dick, din 75 cazuri sunt negative 51 = 68%, pozitive 24 = 32%.

Din cele pozitive sunt 19 + (24%) și 5 ++ (8%).

Reacțiile pozitive sunt deci cu mult mai mari decât la vaccinați, cari la Prejmer au fost de 2.5% Dick și 13.4% Schick. Și sunt corăspunzătoare cu datele diferiților autori pentru acea vârstă (vezi Rev. Sființ. Med. 11—1935 Vacc. antidiferică Ciucă—Marbe.)

Regretăm că nu am făcut mai multe probe pentru a evidenția și mai bine eficacitatea vaccinărilor cu anatoxină, chiar după 15 luni dela vaccinări.

9. Comparând datele noastre cu ale altora, aflăm că procentul reacțiilor negative este mai mic.

Dăm câteva date comparative, amintind numai pe cei ce au făcut vaccinarea mixtă cu anatoxină diferică și scarlatinăoasă.

Diferința credem că este a se datora timpului mai îndelungat trecut dela vaccinări, când e natural ca imunitatea să fi scăzut.

A u t o r u l	Data probei după vaccinare	Procent de imunitate	
		Schick	Dick
Turcu și colaboratorii	5 luni	89.6	98.9
Vlad—David . . . . .	2 „	98.0	94.1
Idem . . . . .	8—10 „	94.7	88.7
Varnali . . . . .	15 „	99.36	100
Hortopan—Ciulen . .	1 lună	98.4	—
Sonea—Ștefan . . . .	3—4 luni	98.5	95.5
Nistor . . . . .	15 „	84.5	83.3

#### 10. Concluzii:

Imunitatea prin vaccinări cu anatoxină se menține și după 1 an, la 83—85% din vaccinați.

Imunitatea contra difteriei este mai mare, ca la scarlatină.

In acelas mediu, reacțiile Dick și Schick pozitive sunt de 2 ori mai mari la nevaccinați decât la vaccinați.

#### Résumé.

Dr. Nistor P.: La réaction Dick et Schick chez les sujets vaccinés au moyen de l'anatoxine diphtérique et scarlatineuse département Braşov.

Après avoir mentionné les résultats obtenues au moyen de la vaccination mixte contra la diphtérie et la scarlatine dans les arrondissements du département Braşov, l'auteur constate que l'immunité conféré au vaccinés se maintient encore après une année à une pourcentage de 83-85. L'immunité est plus accentuée pour la diphtérie que pour la scarlatine.

Dans la même milieu les réactions Dick et Schick sont deux fois plus fréquentes chez les nonvaccinés que chez les vaccinés.

## Actualități sanitare.

de

I. MOLDOVAN

**Migrațiunea medicilor de circumscripție.** Poate niciodată instabilitatea medicilor de circumscripție și proporția celor ce și schimbă în scurte intervale postul, nu a fost atât de mare ca în ultimii ani. Creierea unui număr considerabil de noi posturi de medici de circumscripție, deci de noi posibilități de așezare, faptul că o mare parte a medicilor privesc postul exclusiv din punctul de vedere al intereselor lor personale și se interesează puțin de cerințele reale ale serviciului, faptul în sfârșit, că Ministerul nu pune nicio stavilă în calea migrațiunii medicilor de circumscripție, ci o încurajează chiar, iată o parte a motivelor, cari determină acel fenomen atât de regretabil și atât de dăunător sănătății publice. O parte a posturilor de medici rurali, și chiar acele unde continuitatea unei devotate activități medicale și sanitare se resimte mai mult, sunt considerate ca posturi de traaziție, pe cari medicii le primesc nu pentru a se așeza acolo și pentru a se devota obligațiunilor cerute de serviciu și de bolnavi, ci pentru a avea un salariu pentru timpul de așteptarea unui post mai bun. Ei întârzie cât se poate de mult ocuparea acelor posturi de tranziție, nu se interesează decât în mod superficial de serviciu, penitruca după câteva săptămâni sau luni să înceapă din nou prin intervențiuni și deplasări, goana după postul nou. Și dacă un post mai bun nu este vacant, pot începe tratativele și târguile pentru o transferare „cu consimțământ reciproc”, transferări determinate și ele exclusiv de interese personale și niciodată de acele ale serviciului.

În circumscripția Căpușul-Mare din județul Cluj, s'au perindat în timpul ultimilor șapte ani 7 medici de circumscripție și din acei șapte ani 12 luni postul a fost oficial lipsit de medic, după cum reiesă din articolul Dlui Agr. Dr. Zolog și al colaboratorilor săi din acest buletin. Dar câte atari exemple nu s'ar putea cita!

Dacă ne mai gândim că un procent destul de considerabil al medicilor rurali nu locuiesc la sediul circumscripției, că migrațiunea medicilor de circumscripție a început să aște imitatori și la alte categorii de medici și chiar și la surorile de ocrotire, iată o racilă, care trebuie combătută cu toată hotărârea în limitele dictate de interesele reale ale serviciului.

Art. 202, al. 2. al legii sanitare și de ocrotire prevede că medicul comunal (de circumscripție) nu poate cere numirea în alt post similar decât după 2 ani de funcționare în postul pe care îl părăsește. Există deci o dispoziție legală, menită să stăvilească prea frecventul schimb de posturi. Pe de altă parte Ministrul actual al sănătății a reușit să sporească în mod neașteptat de considerabil leafa medicilor de circumscripție (ca și a surorilor de ocrotire) și va putea cu atât mai mult insista, ca interesele serviciului sanitar rural să fie respectate.

## Cronica demografică.

1. Știința de carte a populației României. Dl. Dr. S. Manuilă, directorul general al Institutului Central de Statistică, într'o lucrare substanțială, ne arată, că în România, populația dela 7 ani în sus, într'o proporție de 57.0%, a fost la recensământul din 1930, știutoare de carte. Pe provincii, Banatul a avut cea mai urcată proporția de populație știutoare de carte, 72.6%, iar cea mai redusă, de 38.1% a avut-o Basarabia. Dintre județe, Brașov-ul stă în frunte cu 86.9%, iar la urmă Hotin-ul cu 29.7%.

2. Populația globului întreg, după estimarea făcută de Liga Națiunilor, la 1930, a fost de 2,028,200,000 locuitori, dintre cari Europa a avut 504,600,000.

3. Într'un studiu așteptat cu viu interes de specialiști, K. A. Edin, arată, că în Stockholm, în 1917—1930, fertilitatea diferențială, a fost în raport direct cu starea social-economică a populației. Aceasta demonstrează, că în Svedia, prima țară din lume, populația printr'o fertilitate mai urcată a clasei superioare și mijlocii tinde în mod vădit către ideal.

Dr P. R.

## Cronica eugenică.

\* **Eugenia în Jugoslavia.** Pe lângă Institutul central de Igienă din Belgrad există o secțiune pentru biometrie și igiena rasei. Un centru mai important pentru mișcarea eugenică este Ljubliana. Pe lângă Institutul de Igienă al Statului de aici există o secție pentru antropologie, inclusiv eugenie, sub conducerea antropologului Bôzo Škerlj. Dr. Škerlj predă eugenia în cadrul cursului său de antropologie criminală. Tot acest cercetător reditează periodica de specialitate „Eugenika” consacrată problemelor de eugenie, genetică, antropologie, genealogie etc. În Zagreb funcționează pe lângă Skola narodnog zdravlja Dr. F. Mikič ca statistician și biometrician. La fel ne-au luat înaintea vecinii noștri și în domeniul legiferării eugenice, menționată altă dată.

\* **Natalitatea diferențiată.** La congresul natalității din Lyon s'a comparat natalitatea Franței cu a celorlalte țări. La 1 copil născut în Franța se nasc în Germania 2, în Japonia 3, în Rusia 7, și în China 20.

\* **Castrarea criminalilor sexuali** în Germania se ridică după ani la cifrele: în 1934—672; în 1935—324; în 1936—120. Din aceste 1116 castrări, 313 au fost executate numai în Berlin.

I. F.