BULETIN
EUGENIC ŞI BIOPOLITIC

VOL. VIII. Nr. 4–5.

APRILIE–MAI

1937

BCU Cluj / Central University Library Cluj

EDITAT DE

SUBSECŢIA EUGENICĂ ŞI BIOPOLITICĂ A „ASTREI"

ŞI DE

INSTITUTUL DE IGIENĂ ŞI IGIENĂ SOCIALĂ, CLUJ.

Starea de nutriţie şi alimentaţia ţăranilor din trei comune a judeţului Caraş.[1]

de

Dr. PETRU RÂMNEANŢU

Stării de nutriţie a populaţiei, până de prezent, la noi i s'a dat importanţă redusă. Cele câteva studii executate (Gomoiu—Râmneanţu, Banu—Râmneanţu, Costin, Râmneanţu, Nemoianu, Andronoviciu, Pruneş), care au arătat pe bază ştiinţifică proporţia mare de sub-nutriţi printre copiii preşcolari şi şcolari şi publicarea unor rezultate asupra frecvenţei debilităţii printre tineri prezentaţi la cercurile de recrutare (Banu), au rămas aproape fără niciun ecou. Autorităţile şcolare, serviciile sanitare şi nici Ministerul apărării naţionale, nu s'au sesizat, ca şi când problema aceasta nu ar exista sau nu ar merita atenţie. O supraveghere curentă a elevilor, în ce priveşte starea de nutriţie, prin ajutorul tabelelor standard pentru vârstă-înălţime-greutate, are acum loc în mod răzleţ în câteva judeţe, iar a tutulor copiilor numai în Plasa sanitară model Gilău, Centrul de sănătate din Bucureşti, în Municipiile Cluj, Timişoara, Arad şi în judeţul Braşov.

Situaţia aceasta nu există numai la noi. Bruce, delegatul Australiei, după efortul depus de Mc Dougall, a reuşit în adunarea Societăţii naţiunilor din Septemvrie 1935 să demonstreze conflictul dintre nevoile îmbunătăţirii nutriţiei şi a agriculturii. Propunerea „căsătoria sănătăţii şi agriculturii" a fost acceptată. Societatea în consecinţă a şi designat un comitet mixt, care să se ocupe paralel de problemele sănătăţii, nutriţiei şi ale agriculturii. Comitetul şi-a şi tipărit raportul în patru volume,[2] din care reiese, că în multe ţări exportatoare de grâu din Răsăritul Europei, consumaţia de grâu, pentru cap de locuitor este mai redusă, decât în ţările importatoare din Vestul continen-

---

[1] Cercetările din comunele Borlovenii-Vechi şi Pătaş, au fost executate în cadrul monografiei executată de Despărţământul „Astrei" din Oraviţa, de sub preşidenţia Dlui Prof. Ilie Rusmir, iar cele din Pojejena-Română, în cadrul monografiei făcută de Institutul Social Banat-Crişana de sub conducerea Dlui Prof. I. Teodorescu.

[2] W. C. Waite şi J. D. Black: Nutrition and Agricultural Policy The Annals, 1936, XI.

tului. S'a estimat „că în aceste ţări, din 80 de milioane de locuitori rurali cât au, 30—40 milioane trăesc într'o stare de permanentă sub-nutriţie" (M. Wszelaki).[3] Comisia technică a organizaţiunii sanitare a Societăţii naţiunilor, compusă din experţi cu reputaţie internaţională, s'a mai exprimat, că deficienţa în elemente nutritive importante se datoreşte mai mult lipsei de alimente bogate în săruri minerale şi vitamine, decât insuficienţei în alimente dătătoare de energie, adică de proteine, grăsimi şi hidraţi de carbon.

Natural, că rămânând nepăsători faţă de starea de sub-nutriţie a populaţiei, nici *problemei de alimentaţie* nu i s'a dat importanţa cuvenită, deşi studii în această materie, pe lângă cele recente (D. C. Georgescu,[4] Gr. Benetato[5]) avem şi unele chiar destul de vechi şi bine documentate (I. Felix, Gh. Proca, N. Lupu, A. Urleanu, G. Banu). Astfel putem înşira numai câteva realizări răzleţe. Pentru combatarea stării de sub-nutriţie a copiilor preşcolari şi şcolari, cunoaştem următoarele iniţiative destul de modeste: cantine şcolare pentru alimentaţia zilnică, pe lângă câteva şcoli din capitală; tot aici distribuirea de oleu de peşte, oferirea mesei dela prânz în azilele de zi din câteva municipii şi oraşe; trimiterea într'o proporţie destul de redusă a copiilor cu debilitate fizică în coloniile de vară, etc. In mediul rural, în câteva comune de Moţi, cu dispersiunea accentuată a locuinţelor s'a dat elevilor masa dela amiazi şi câteva judeţe trimit copii debilitaţi în coloniile de vară sau munte. Pentru populaţia adultă cu scopul de a combate pelagra, Plasa sanitară model Tomeşti, jud. Iaşi a realizat o operă serioasă de ameliorare a alimentaţiei. Astfel marea majoritate a populaţiei, continuă să trăiască în stare de sub-nutriţie fără niciun control şi îndrumare a alimentaţiei, deşi acestea ar trebui să constitue funcţiuni importante a statului sau mai precis a Ministerului sănătăţii.

Dar problema alimentaţiei nu e în funcţiune numai de cantitatea şi calitatea alimentelor. Ea prezintă aspecte mult mai variate. Depinde de climat, de situaţia geografică, de rasă, de ocupaţia locuitorilor, de progresul civilizaţiei care a influenţat fundamental, atât articolele de alimente, cât şi apetitul, care încă joacă un rol important, în păstrarea

---

[3] M. Wszelaki: In raportul Consiliului economic din Ministerul afacerilor streine al Poloniei.

[4] D. C. Georgesco: Considérations sur l'alimentation paysanne en Roumanie. Archives pour la Science et la Réforme Sociales 1936. I. Bucarest.

[5] Gr. Benetato: Ancheta asupra alimentaţiei ţăranului din munţii Apuseni. Clujul Medical, 1936, Nr. 11—12. Cluj.

echilibrului nutritiv. Astfel o grupă de indivizi, care în medie generală consumă alimente de o valoare energetică egală cu media generală stabilită, nu înseamnă că e şi în stare de nutriţie normală. Aceasta e o realitate de care trebue să ţinem seamă, mai ales când e vorba de a studia suficienţa sau insuficienţa alimentelor pe care le ingeră ţărănimea noastră. Un singur exemplu ne va clarifica: una este necesitatea calorică a unei femei din jud. Tulcea, care în medie naşte 12 copii şi lucrează toată ziua la munca câmpului şi cu siguranţă e alta a uneia din Banat, care naşte numai 1—2 copii şi lucrează o muncă relativ mai uşoară.

Aspectele aceastea multiple ne-a determinat, ca în cercetările noastre asupra alimentaţiei, executate în vara anului 1936, să fim mai compleţi decât autorii precedenţi şi să privim alimentaţia şi prin prizma stării de nutriţie a populaţiei, adică prin efectul ei. De altfel, comisia de experţi, de sub preşidenţia profesorului H. Laugier, delegată de Societatea naţiunilor pentru stabilirea metodelor de apreciere a stării de nutriţie a copiilor preşcolari, şcolari şi adolescenţi, în raportul din Decembrie 1936, a consfinţit, nu numai aplicarea tabelelor standard de vârstă-înălţime şi greutate, pentru determinarea stării de nutriţie, dar şi felul cum am privit şi noi această problemă.[6] Iată cum s'a exprimat această comisie: „il y aurait toujours intérêt à ce que les mesures effectuées fussent complétées par une enquête sur l'alimentation des sujets examinés". *Prin urmare numai analizând starea de nutriţie a populaţiei, vom reuşi să interpretăm exact suficienţa sau deficienţa alimentaţiei ei.*

A) Starea de nutriţie a populaţiei.

Cercetările noastre, atât asupra stării de nutriţie, cât şi asupra alimentaţiei, au fost executate într'o proporţie mai mare pe adulţi, decât pe copii.

Determinarea stării de nutriţie, în lipsă de tabele naţionale pentru toate vârstele, am executat-o diferit. Copiilor dela 6—15 ani le-am aplicat standardul naţional (Râmneanţu), iar pentru adolescenţi şi adulţi am folosit tabelele americane construite de Th. D. Wood şi transformate de noi din „inches" şi din „pounds" în cm şi kgr.[7]

---

[6] Rapport des experts réunis à Genève du 8 au 10 décembre 1936 pour discuter des méthodes d'appréciation de l'état de nutrition de la jeunesse. Biotypologie, 1936 Nr. 4. Paris.

[7] M. S. Rose: The foundations of nutrition. New-York, The MacMillan C. 1930.

Metoda determinării stării de nutriție a fost cea obișnuită. Am căutat persoanelor de o anumită vârstă, dacă la statura lor au greutatea corespunzătoare din tabele. Am considerat în stare de sub-nutriție persoanele cărora le-a lipsit din greutate 10% sau mai mult. Populația examinată, formată din Români, a fost constituită în felul următor:

Starea de nutriție a populației pe comune, vârstă și sex.

Tabela Nr. 1.

Comune	Grupe de vârstă	Populația examinată Cifre crude		Proporția locuitorilor, cu 10% și mai multe, sub-nutriți	
		Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
1	2	3	4	5	6
Borlovenii-Vechi	6—15	55	39	24.3	36.8
	16—19	23	16	14.2	13.5
	20—59	109	161	38.2	34.3
Pătaș	6—15	29	21	21.5	24.3
	16—19	17	16	16.4	19.5
	20—59	161	135	37.2	35.8
Pojejena-Rom.*	20—59	190	212	25.3	31.4

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* Măsurătorile dela Pojejena-Română au fost executate de Dl. Dr. *I. Pruneș.*

Coloanele nr. 5 și 6 evidențiază proporțiile urcate ale populației în stare de sub-nutriție. Pentru prima dată vedem la noi, că adulții sunt sub-nutriți într'o frecvență mai urcată chiar decât copiii dintre 6—15 ani. Natural, că unele din aceste rezultate fiind obținute prin ajutorul tabelelor standard americane, impun și o oarecare rezervă.

Pentru a avea însă o informație în plus, în tabela următoare, am expus și distribuția frecvenței populației, examinată în raport cu greutatea găsită.

În rezumat, putem conchide hotărît, că populația din comunele anchetate se prezintă într'o proporție destul de însemnată în stare de sub-nutriție. Inseși mediile aritmetice a greutății corporale ne demonstrează această realitate. Bărbații au greutatea medie de 61.2 kgr, iar

Frecvenţa greutăţii în kgr. a populaţiei de 20—59 de ani şi media staturii ei.

Tabela Nr. 2.

Greutatea în kgr.	Bărbaţi					Femei				
	Borlovenii-Vechi	Pătaş	Pojejena-Română	Total		Borlovenii-Vechi	Pătaş	Pojejena-Română	Total	
				Cifre	%				Cifre	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
35 şi sub.								1	1	0.2
36—37						1			1	0.2
38—39							3		3	0.6
40—41						1	2		3	0.6
42—43	1			1	0.2	4	4	2	10	2.0
44—45	1	1		2	0.4	10	6	21	37	7.3
46—47		3	2	5	1.1	13	16	15	44	8.7
48—49		6	2	8	1.8	17	13	19	49	9.6
50—51	4	5	2	11	2.[illegible]	13	14	27	54	10.6
52—53	7	13	5	25	5.5	25	16	32	73	14.4
54—55	12	8	10	30	6.6	17	19	28	64	12.6
56—57	15	13	15	43	9.4	11	8	19	38	7.5
58—59	19	23	19	61	13.3	17	11	15	43	8.5
60—61	14	16	19	49	10.7	10	8	12	30	5.9
62—63	18	23	31	72	15.7	10	5	8	23	4.5
64—65	7	11	22	40	8.7	5	4	4	13	2.5
66—67	10	4	28	42	9.2	5	3	1	9	1.8
68 - 69	9	6	9	24	5.2	1	3	2	6	1.2
70—71	3	3	9	15	3.3			1	1	0.2
72—73	3	3	6	12	2.6					
74—75	3	3	4	10	2.2			1	1	0.2
76 şi peste	1	2	5	8	1.8	1		4	5	1.0
TOTAL	127	143	188	458	100.1	161	135	212	508	100.1
Media	60.7	59.6	62.7	61.2		53.8	52.9	53.5	53.4	
σ (Dev. tip)				2.3					2.1	
STATURA										
Media	164.9	167.1	165.8	166.0		154.4	156.1	153.1	154 3	
σ (Dev. tip)				6.2					6.1	

femeile de 53.4 kgr., pe când în general, pentru bărbaţii europeni cei mai mulţi autori au găsit 70.0 de kgr., iar pentru femei 63 kgr. Această stare se poate datori mai multor factori: alimentaţiei defectuoase, lipsei de somn, surmenajului fizic sau psihic şi anumitor infecţiuni cronice. Cel mai important dintre aceştia, de sigur, îl constitue factorul alimentar, pe care îl studiem noi.

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII REGELE FERDINAND I CLUJ

B) Alimentaţia.

Necesităţile nutriţiei organismului le putem evalua pe două căi: *a)* prin cunoaşterea caloriilor folosite de organism, determinare ce se poate executa, fie prin bilanţul nutritiv fie prin schimburile de gaze respiratorii, şi *b)* prin cantitatea de alimente ingerate, apreciată sau prin metoda statistică ori prin cantitatea unui aliment oarecare. Prima cale e mai ştiinţifică, dar fiind complexă, în cercetările în masă nu se aplică. A doua e mai simplă, dar e şi mai puţin precisă. Prin ea cântărind toate alimentele ingerate, determinăm raţia alimentară şi valoarea ei energetică exprimată în calorii. Astfel, aceasta se poate aplica, nu cu prea multe dificultăţi, atunci când facem cercetări în masa populaţiei. Metoda secundară a acestei căi, de apreciere a raţiei alimentare, numai după cunsumarea unui singur aliment, deşi nu e deloc precisă, totuşi încă se foloseşte, mai ales în serviciile de igienă a unor ţări, care au stabilit pentru copii un standard de consumare a laptelui. Standardul are la bază, presupunerea, că la o anumită cantitate de lapte se consumă de obiceiu şi o raţie alimentară corespunzătoare.

In cercetările de faţă noi am folosit metoda statistică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. *Raţia calorică.*

In cercetările făcute aiurea s'a constatat, că un bărbat adult de statură mijlocie, supus unui travaliu mijlociu, are zilnic nevoie de 3,000 de calorii. Această necesitate s'a obţinut atât prin determinarea metabolismului bazal, cât şi pe calea cântăririi alimentelor ingerate, adică pe calea statistică. Standardurile bine cunoscute, publicate de Voit, Atwater şi Rubner dau pentru un bărbat ocupat cu o muncă moderată 3,055, 3,315 şi 3,093 de calorii.[8] Cifra de 3,000 calorii a fost acceptată, de Comisia consultativă asupra alimentaţiei din Ministerul sănătăţii din Anglia, de Conferinţa de experţi a Societăţii naţiunilor (Roma, Sep. 1932), de v. Tyszka specialistul cu autoritate din Germania şi de alţi mulţi autori. Standardurile date de Voit, Atwater şi Rubner, se referă la cantităţi brute, adică la valoarea energetică a alimentelor, din care se mai pierde o anumită cantitate prin gătit şi prin digestie. Această pierdere poate fi considerată de circa 10%.

Muncitorii agricoli, prestând un lucru mai greu şi cu o durată pe zi mai lungă, au nevoie de o raţie alimentară mai urcată, ceeace şi reiese din cercetările făcute la această categorie de locuitori.

[8] Et. Burnet et W. R. Aykroyd: L'alimentation et l'hygiène publique. Bul. trim. de l'Org. d'hygiène, Soc. des Nations, 1935, No. 2. Genève.

Calitatea raţiei alimentare şi valoarea ei energetică la muncitorii agricol streini.

Tabela Nr. 3.

ŢĂRI AUTORI	Albumine gr.	Grăsime gr.	Hidraţi de carbon gr.	Calorii	Raport nutritiv.	Observaţ.
1	2	3	4	5	6	7
Franţa, Gautier	161	96	855	4,782	0.169	Adulţi
Germania, Ranke	143	108	788	4,811	0.160	„
Turcia, Ohlmüller	182	93	968	5,571	0.172	„
America, Pearl	102	131	506	3,610	0.160	„
America, C. Funk	128	—	—	4,260	—	„

Conferinţa de experţi, în paranteză, totuşi a făcut o rezervă asupra cifrei de 3,000 calorii brute, considerând-o prea urcată şi înclinând a crede că probabil e suficientă cifra de 2,700—2,800 calorii.

Rezultatele publicate asupra alimentaţiei ţăranului român, evidenţiază o diferenţă în minus, exceptând pe cei dela şes, cari consumă alimente în valoare energetică egală cu muncitorii agricoli din alte ţări.

Calitatea raţiei alimentare şi valoarea ei energetică la muncitorii agricoli Români.

Tabela Nr. 4.

LOCALITĂŢI AUTORI	Albumina gr.	Grăsimi gr.	Hidraţi de carbon gr.	Calorii	Raport nutritiv.	Observ.
1	2	3	4	5	6	7
Şes. Mezincescu[9]	104.0	179.0	713.0	4,783	0.117	Pers.
Deal. Mezincescu[9]	166.0	36.7	633.0	3,640	0.246	„
Munte. Mezincescu[9]	152.0	157.0	424.0	3,776	0.262	„
Drăguş. Georgescu[10]	99.9	67.6	645.3	3,456	0.140	„
Cornova. Georges.[1]	96.9	53.9	548.9	2,952	0.161	„
Măguri. Benetato[11]	99.3	89.0	587.6	3,420	0.147	Adulţi. lucru greu

[9] Banu: Biologia satelor. Arhiva pentru Ştiinţa şi Reforma Socială. Anul VII, Nr. 1—2, 1927, Bucureşti.

[10] D. E. Georgesco: loc. cit. p. 98

[11] Gr. Benetato: loc. cit. p. 98

Femeilor din populaţia industrială, necesitatea calorică le-a fost calculată de 0.8 din a bărbaţilor, iar celor din agricultură, care muncesc paralel cu bărbaţii, li se atribue o raţie egală cu a bărbaţilor, adică 3,000 calorii.

Pentru copii, Conferinţa de experţi a Societăţii naţiunilor, în raportul din 1932 a stabilit următoarea scară a coeficienţilor calorici, în raport cu cantitatea de 3,000 calorii necesară unui adult.

Coeficienţii calorici pe vârstă după Conferinţa de experţi.

Tabela Nr. 5.

VÂRSTA	COEFICIENŢI		
	M.	Ambe sexe	F.
0—2 ani		0.2	
2 şi 3 ani		0.3	
4 şi 5 ani		0.4	
6 şi 7 ani		0.5	
8 şi 9 ani		0.6	
10 şi 11 ani		0.7	
12 şi 13 ani		0.8	
14—59 ani	1.0		0.8
60 şi peste		0.8	

1 = 3,000 calorii brute.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetările din Borlovenii-Vechi, Pătaş şi Pojejena-Română au fost executate pe 210 persoane[12]. Numărul zilelor de supraveghere a alimentaţiei a fost în total de 387. Unele persoane au fost anchetate 2 zile, altele una sau 3 zile. Studiul s'a făcut în zile de lucru, de dulce şi de post. *Munca îndeplinită de persoanele dela 14—59 de ani a fost:* săpatul porumbului, cositul şi adunatul fânului şi secerişul; prin urmare *muncă grea.*

Copiii dela 8—13 ani şi bătrânii dela 60 de ani în sus au prestat muncă uşoară şi mijlocie.

În zilele de anchetă, persoanele a căror alimentaţie am studiat-o, au fost ţinute sub supraveghere dela 5 dimineaţa până la 9 seara.

Intâiu am notat pe o tabelă familială greutatea corporală, sexul şi vârsta tuturor membrilor familiei, iar în urmă am trecut în dreptul fiecărei persoane cantitatea de alimente consumate în cursul zilei. Alimentele care au servit pregătirii mâncărilor pentru întreaga familie, le-am cântărit, atât prealabil gătitului, cât şi în momentul când persoanele s'au servit.

---

[12] Cântărirea alimentelor şi supravegherea alimentaţiei familiilor le-a executat Dşoara Olga Tuzenco, soră de ocrotire.

La prelucrare, am ţinut seamă de cantitatea alimentelor naturale consumate, indiferent de felul mâncării pe care a format-o. Cantităţile servite de o persoană din mâncarea pregătită pentru familia întreagă, ne-au indicat numai proporţia cât i-a revenit unei persoane din alimentul natural.

Compoziţia atimentelor principale a fost determinată de Dl. Filaret Cristea, chimist expert, în Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Cluj. Rezultatele obţinute sunt următoarele :

Compoziţia alimentelor principale.
(Proporţii la 100 gr.)
Tabela Nr. 6.

Componenţii	Pâine		Mămăligă		Mălaiu
	Borlovenii-Vechi	Pojejena Română	Borlovenii-Vechi	Pojejena Română	Borlovenii-Vechi
1	2	3	4	5	6
Proteine	7.34	6.02	3.50	2.46	4.26
Grăsimi	1.32	1.01	3.59	2.71	3.80
Hidraţi de carbon . . .	42.79	35.78	21.79	19.66	28.77
Celuloză	1.11	0.98	1.77	1.10	1.59
Cenuşă	0.93	2.12	0.62	1.57	1.45
Apă	46.51	54.09	68.73	72.50	60.13
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Atât în pâine, cât şi în mămăligă şi mălaiu, cantitatea de apă e neobişnuit de urcată, ceeace înseamnă că din aceste alimente trebue să se consume în general, mult mai multe, decât ar fi nevoie pentru aceleaşi calorii.

Compoziţia alimentelor secundare, am luat-o după diferiţi autori din tratatele lui J. König[13] şi Roger[14].

Valoarea energetică a raţiei alimentare am exprimat-o în calorii nete. Am socotit deci un gram de grăsime egal cu 8.65, unul de hidraţi de carbon cu 3.83 şi un gram de proteine egal cu 3.68 de calorii.

---

[13] J. König: Zusammensetzung der menschlichen Nahrungs- und Genussmittel. 1889, Berlin, Verlag v. Julius Springer.

[14] G. H. Roger: Traité de physiologie normal et pathologique. Tome II. Paris. Masson et Cie.

Valoarea energetică a alimentelor consumate într'o zi pe sex şi vârstă.

Tabela Nr. 7.

Grupe de vârstă	Masculin			Femenin		
	Nr. zilelor	Nr. caloriilor în total	Nr. caloriilor în pe 1 zi	Nr. zilelor	Nr. caloriilor în total	Nr. caloriilor în pe 1 zi
1	2	3	4	5	6	7
2—3	10	11,195.8	1,120	8	8,361.4	1,045
4—5	14	19,581.5	1,399	14	17,254.9	1,232
6—7	8	12,158.0	1,520	7	8,696.4	1,242
8—9	15	25,437.7	1,696	10	14,144.0	1,414
10—11	4	6,604.8	1,651	22	34,171.9	1,553
12—13	10	20,121.8	2,012	11	21,424.7	1,948
14—15	12	26,584.8	2,215	3	6,242.9	2,081
16—17	5	12,116.7	2,423	17	39,150.4	2,303
18—25	19	63,751.9	3,355	22	60,860.9	2,766
26—55	72	221,355.6	3,074	79	214,202.0	2,711
56 şi peste	18	47,460.0	2,637	7	17,007.5	2,430
TOTAL	187	466,368.6	—	200	441,517.0	—

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Considerând semnificative şi reale valorile energetice a vârstei dela 26—55 ani, pentru care avem şi cele mai multe cercetări, bărbaţi şi femei, constatăm că ele sunt mult inferioare, atât faţă de rezultatele din alte ţări, cât şi în comparaţie cu cele publicate de autorii români, unele obţinute în condiţii identice cu noi. Această diferenţă în minus există şi la copii, în special dela vârsta de 10 ani în sus, cum reiese din comparaţia tabelei nr. 5, cu coeficienţii calorici din tabela de mai jos, calculată pe baza rezultatelor noastre, şi după cum observăm şi din grafica care urmează.

Aceste diferenţe îşi accentuiază şi mai mult valorile, dacă ţinem seamă, că copiii români dela 14 ani în sus, sunt deja folosiţi la munca agricolă grea. Insuficienţa calorică a alimentaţiei din comunele studiate, nu se relevă numai prin comparaţia cu standardurile streine şi rezultatele româneşti, dar e în asociaţie strânsă şi cu starea de sub-nutriţie a populaţiei, pe care am demonstrat-o deja. Putem afirma deci, că alimentaţia, fiind redusă în energie calorică, constitue factorul principal, care men-

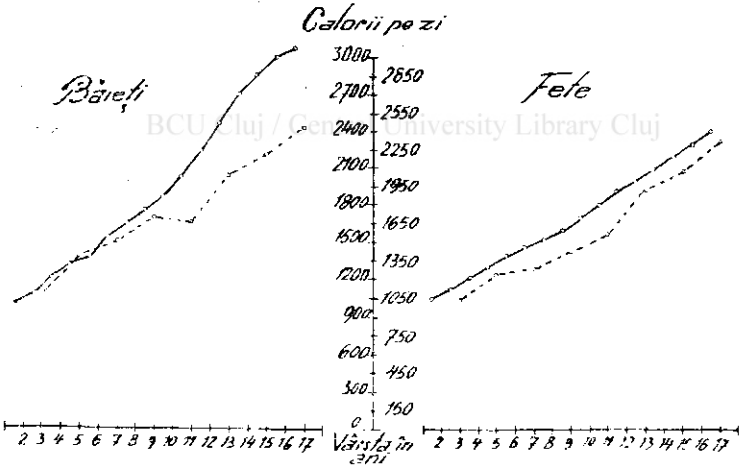
Coeficienţii calorici pe vârstă.

Tabela Nr. 8.

VÂRSTA	Coeficientul	
	M.	F.
2— 3	0.36	0.34
4— 5	0.46	0.40
6— 7	0.49	0.40
8— 9	0.55	0.46
10—11	0.54	0.50
12—13	0.65	0.63
14—15	0.72	0.68
16—17	0.79	0.75
18—25	1.09	0.90
26—55	1.00	0.88
56 şi peste	0.86	0.79

1 : 3074 calorii nete

Totalul caloriilor pe zi pentru copii de vârstă diferită.



După L. M. Gillett:[15] _____ ; *Copiii din Jud. Caraş:* .....

ţine starea de sub-nutriţie. Ceilalţi factori, cum ar fi supra-activitatea, lipsa de odihnă şi recreaţie, credem, că constituesc numai cauze secundare.

Această insuficienţă de energie calorică a alimentaţiei, vom privi-o şi în ansamblul alimentaţiei, la sfârşit, după ce vom analiza şi calitatea alimentelor.

[15] Din S. M. Rose: loc. cit. p. 99.

2. Rația de proteine.

Substanțele proteice neformându-se în organismul animal, rația alimentară necondiționat trebue să le conțină. Rația optimă de substanțe proteice până de prezent însă, nu o cunoaștem. Experiențele de laborator și chimice se contrazic. Polvogt, McCollum și Simmonds, cu un regim de 30—40 % proteine, au constatat că șoarecii la sfârșitul experienței au fost încă sănătoși, prezentând la autopsie numai hipertrofie și congestie renală. Addiss, Mackay și Mackay, cu regim compus din 70 % proteine, nu au observat la șoareci nicio tulburare renală. In favoarea rațiilor mici de proteine încă sunt experiențe. Albertoni și Rossi, au constatat, că populația săracă din Italia meridională, nu consumă mai multe decât 60—70 gr. de proteine. Kumagawa la japonezi si A. Basler la soldați germani, au găsit aceleași cifre. Et. Burnet și W. R. Aycroyd se exprimă, că milioane de ființe umane nu consumă mai multe decât 50—70 gr. de proteine.

Hindhede a mers în experiențele făcute, până la cea mai mică rație proteică, care a fost de 32 gr. Totuși, el propune o rație de 60 gr. pe zi, la un regim alimentar de 2,500 calorii. Sherman propune 70 de grame pentru un om mijlociu, ca un standard practicabil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In Europa, sub autoritatea lui Voit, Rubner, Atwater și alți autori, e admis standardul de 100 gr. de proteină.

Cercetările făcute la noi în țară, dau rezultate în jurul acestei cifre. Populația dela deal și munte consumă chiar mai multe, 152—166 de gr. de proteine (Tabela Nr. 4).

Cantitatea necesară de proteine, fiind în funcțiune și de rația calorică, e bine să cunoaștem și raportul dintre proteine și grăsimi plus hidrații de carbon, adică raportul nutritiv. Acesta după autorii streini (Tabela Nr. 3) variază între 0.160—0.172, iar după cercetările din țară se întinde dela 0.117—0.262 (Tabela Nr. 4).

Rația de proteine, ca să aibă valoare biologică normală, trebue să fie compusă mai mult din proteine animale, decât din vegetale, deoarece ultimele sunt mai inferioare. Această acțiune a fost demonstrată experimental de McCollum. v. Tiszka propune 40 de gr. de proteine animale.

Necesitatea de proteine, de altfel ca și cea de substanțe minerale, fiind mai mare în perioada de creștere, decât la vârsta adultului, Hawley, a dat următoarea scară de coeficienți, în raport cu cantitatea de proteine consumată de bărbații dela 18—60 ani, pe care o consideră egală cu 1.

Coeficienţii de proteine, după Hawley.

Tabela Nr. 9.

VÂRSTA	Coeficienţi	
	Masc.	Fem.
Sub 6 ani	0.8	0.8
6— 9 „	1.0	1.0
10—12 „	—	1.2
10—14 „	1.3	—
13—14 „	—	1.3
15—17 „	1.5	1.2
18—60 „	1.0	0.8

Cantitativ, raţia de proteine consumată în timpul verii, când a avut loc ancheta noastră în cele trei comune din jud. Caraş, a fost de 96.8 gr., adică normală. Acest fapt e demonstrat şi de raportul nutritiv, care e 0.224.

Raţia alimentară.

Tabela Nr. 10.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VÂRSTA	Nr. zilelor de alim.	Cantitatea alimentelor şi compoziţia lor în gr.						Raport nutritiv
		Totală	Proteine		Grăsimi	Hidro-carbonate	Apă, săruri celuloză, acizi graşi, pectină	
			Animale	Vegetale				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Toate vârstele	387	602,410	12,175	25,270	26,863	140,398	397,704	
Medie pe o zi	1	1556.6	31.5	65.3	69.4	362.8	1027.7	0.224
2—17 ani	170	192,951	4,273	7,988	9,091	41,642	129,957	
Medie pe o zi	1	1135.0	25.1	47.0	53.5	245.0	764.4	0.242
18 şi peste	217	409,459	7,902	17,282	17,772	98,756	267,747	
Medie pe o zi	1	1886.9	36.4	79.6	81.9	455.1	1233.9	0.216

Copiii la rândul lor consumă, însă, proteine în cantităţi mult sub nivelul standardurilor cunoscute.

Coeficientul de proteine pentru vârsta, dela 2—17 ani, e numai de 0.62.

Această insuficienţă reiese şi din tabela următoare.

Felul alimentelor consumate în raport cu vârsta în jud. Caraş.

Tabela Nr. 11.

Nr. crt.	ALIMENTE	Valoarea energetică a alimentelor în calorii			
		Cifre		Proporţii la 100	
		2—17 ani	18 ani şi peste	2—17 ani	18 ani şi peste
1	2	3	4	5	6
1	Carne, diferită	14,403.3	41,295.6	5 08	6.61
2	Ouă	208.1	2,084.5	0.07	0.34
3	Lapte şi produs. lui	55,464.8	88,889.0	19.58	14.23
4	Cereale	165,719.3	403,968.4	58.51	64.67
5	Fasole, boabe	28,340 3	43,890.8	10.01	7.03
6	Cartofi	7,944.9	23,803.5	2.81	3.81
7	Legume şi zarzavaturi	6,355.3	15,949.6	2.24	2.55
8	Fructe	3,664.4	2,875.1	1.29	0.46
9	Unt de lemn	1,147.3	1,881.3	0.41	0.30
	TOTAL	283,247.7	624,637.8	100.00	100.00

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Copiii nu consumă alimente în proporţii diferite decât adulţii, excepând laptele. Acesta e consumat numai într'o proporţie cu ceva mai urcată de copii, decât de adulţi.

Dar substanţele proteice chiar la adulţi, deşi sunt consumate în cantităţi suficiente, totuşi constituesc o problemă de nutriţie importantă. Anume, proteinele animale, atât proporţional, faţă de cele vegetale considerate inferioare din punct de vedere biologic, cât şi cantitativ, au fost consumate atât de adulţi, cât mai ales de copii în raţii insuficiente.

Bazându-ne pe cercetările făcute de Rubner, Süsskind, cari demonstrează că proteinele din lapte nu sunt suficiente, ca să urce acţiunea biologică a proteinelor din cereale, în măsura de care organismul are nevoie, avem convingerea, că cantitatea insuficientă de proteine în general şi în special cea de provenienţă animală, consumată de copii şi cantitatea de proteină animală, luată de adulţi sub media obişnuită, se repercută în mod grav asupra creşterii copiilor şi în general asupra stării de nutriţie a populaţiei. (Tabela Nr. 10.)

3. *Raţia de hidraţi de carbon şi grăsimi.*

Standardurile pentru aceşti principii alimentari, variază destul de

mult, mai ales că şi raportul dintre hidraţii de carbon şi grăsimi poate varia între limite largi, fără să producă tulburări de nutriţie. Totuşi alimentaţia prea abundentă în grăsimi, poate duce la oxidaţiuni incomplete, iar cea prea săracă, mai ales că grăsimile sunt bogate în vitamine, poate determina stări de pre-carenţă.

Standardurile propuse de diverşi autori pentru oamenii cu greutate mijlocie şi cari prestează un travaliu moderat, sunt următoarele:

Stadarduri streine pentru principii alimentari.

Tabela Nr. 12.

Autori	Proteine	Grăsimi	Hidr. de car.	Calorii
Voit	118	56	500	3,055
Rubner	127	52	509	3,092
Atwater	125	125	450	3,520
Comis. englez.	100*	100	400	3,000
Playfair	119	51	531	3,340
Tyszka	80—100**	60— 80	500	3,000

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* Din cari 37 gr. sunt proteine animale.
** Din cari 40 gr. sunt proteine animale.

Comparând rezultatele obţinute de noi (Tabela Nr. 10) cu standardurile streine şi cu datele autorilor români (Tabela Nr. 3, 4) putem să explicăm acum insuficienţa raţiei calorice. Ea se datoreşte cantităţii scăzute, din alimentaţie, a hidraţilor de carbon, care se explică prin conţinutul enorm de bogat în apă al pâinei, mălaiului şi mămăligei, pe care populaţia anchetată le consumă. In medie, un copil de vârstă dela 2—17 ani, consumă zilnic alimente în greutate de 1,135 gr, iar un adult de 1,886.9 gr, din care aproape 764.4 gr şi 1233.9 gr. e apă. Astfel un adult, ca să consume o raţie alimentară, care să conţină 500 de gr de hidraţi de carbon, ar trebui să mănânce, după ce se simte săturat, la fiecare din cele trei mese pe zi, încă o anumită cantitate de mălaiu sau mămăligă.

4. *Raţia de substanţe minerale.*

Se ştie, că anumite elemente minerale se elimină încontinuu din organism, ceeace atrage după sine înlocuirea lor. Dintre aceste elemente minerale, cu rol mai important sunt: fosforul, calciu, fierul

şi iodul, dar dintr'o raţie alimentară normală nu poate lipsi nici: K, S, Na, Cl, Mg, Fl, Si, şi Mn. Ca să demonstrăm cantităţile de alimente pe care trebue să le consume o persoană pentru aşi asigura raţia de fosfor, calciu şi fier, dăm mai jos o tabelă calculată de noi după datele lui Rose.[16]

Conţinutul în fosfor, calciu şi fier într'o cantitate de aliment producător de 100 colorii.

Tabela Nr. 13.

Nr. crt.	ALIMENTUL	Conţinutul în gr.		
		Fosfor	Calciu	Fier
1	2	3	4	5
1	Carne de porc	0.087	0.005	0.0006
2	Carne de pasăre	0.215	0.012	0.0032
3	Carne de miel	0.073	0.004	0.0010
4	Peşte	0.201	0.019	0.0010
5	Slănină	0 089	0.004	0.0011
6	Untură	0.000	0.000	0.0000
7	Ouă	0 121	0.045	0.0021
8	Lapte	0.134	0.174	0.0004
9	Smântână	0.044	0.050	0.0001
10	Brânză	0.156	0.212	0 0003
11	Făină de grâu	0.066	0.009	0.0007
12	Făină de porumb	0.053	0.005	0.0003
13	Pâine	0.058	0 007	0.0006
14	Mălaiu	0.021	0.002	0.0001
15	Mămăligă	0.016	0.002	0.0001
16	Orez	0.027	0.001	0.0003
17	Fasole, boabe	0.143	0.040	0.0022
18	Cartofi	0.069	0.016	0.0016
19	Fasole verde	0.126	0.110	0.0027
20	Mazăre verde	0.128	0.026	0.0017
21	Varză	0.092	0.143	0.0035
22	Castraveţi	0.191	0.090	0.0011
23	Pătlăgele roşii	0.113	0.050	0.0018
24	Salată, lăptuci	0.224	0.224	0.0037
25	Gulie	0.186	0 249	0.0019
26	Ceapă	0.093	0.069	0 0010
27	Pătrunjei	0.117	0.091	0.0009
28	Ardei verzi	0.145	0.034	0.0022
29	Morcovi	0.100	0.124	0 0013
30	Cireşe	0.039	0.025	0.0005
31	Struguri	0.032	0.019	0.0003
32	Piersece	0.057	0.038	0.0007
33	Prune	0.035	0.018	0.0010
34	Unt de lemn	0.004	0.041	0.0010

[16] M. S. Rose: Loc citat. p. 99.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fosforul. Cantitatea de fosfor stabilită de Sherman,[17] ca necesară unui adult de 70 de kg, într'o zi, e de 0.88 gr, la care dacă mai adăugăm 50% drept „factor de siguranță" obținem 1.32 gr. Pentru copii această cantitate, după Sherman și Hawley, e mai urcată, la vârsta dela 3—13 ani e de 1.16—1.46 gr.

Pe baza cantităților de fosfor, calciu și fier, din tabela nr. 13, în conținutul unei cantități de aliment producător de 100 calorii, am calculat în tabela următoare, cantitățile din aceste materii minerale luate într'o zi de o persoană anchetată.

In cele 387 de zile, s'a consumat 639.47 gr de fosfor, ceeace revine pentru o persoană într'o zi 1.65 gr. Cifra aceasta la aparență e cu puțin mai urcată față de standardul aplicat astăzi. O putem considera chiar egală dacă ținem seamă, că din cele 387 de zile, 170 au fost urmărite pe copii dela 2—17 ani, cari necesită o cantitate de fosfor mai mare decât adulții. Bruce și Callow, demonstrând, că fosforul din cereale se găsește sub o formă foarte puțin utilizabilă, credem, că populația totuși duce într'o măsură redusă lipsă de fosfor. Scăzând din 640 de gr de fosfor total, 218 gr de fosfor de proveniență din cereale, ne rămâne numai 422 gr, adică numai 1.09 gr de persoană pe zi, care cu siguranță e insuficient.

Calciu. Standardul de calciu, stabilit, tot de Sherman și Hawley, e de 0.68 gr pe zi pentru un adult și de două ori atât pentru copii.

Multiplicând această medie cu zilele de alimentație observate de noi și ținând seamă de compoziția pe vârstă a populației, obținem ca necesare 378.70 gr de calciu. Ori, cantitatea de calciu consumat, citită din tabela nr. 14, col. 7, a fost de 381.8 gr, adică exact cea necesară menținerii unui echilibru de calciu normal.

Fierul. Cantitatea de fier necesară unei persoane adulte pe zi, de acord cu cele mai multe cercetări și mai ales cu cele executate de Sherman e de 15 mgr. Femeile gravide, cele care alăptează și copiii au nevoie de cantități mai urcate, cu circa 20%.

In raport cu aceste cifre, constatăm, că cele 5.9 gr de fier total, care a fost consumat în 387 de zile, adică 15 mgr de persoană, pe zi, a fost suficient.

Ținând seama însă de cercetările mai recente, care atrag atenția, că fierul din legume și zarzavaturi bogate la rândul lor și în vitamine, e mai favorabil diferitelor funcțiuni ale organismului, decât

---

[17] H. C. Sherman: Chemistry of Food and Nutrition. Ed. III. 1926. Mac Millan Co.

Cantitatea alimentelor, valoarea energetică, cantitatea de Ph, Ca şi Fe* consumate de 210 persoane în 387 de zile.

Tabela Nr. 14.

Nr. crt	Alimentul	Valoarea energetică a 100 gr.	Alimente consumate în grame	Valoarea alimentelor în calorii	Conţinutul în grame		
					Fosfor	Calciu	Fier
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Carne de porc săr. şi af.	163.02	1,520	2,477.9	2 156	0.124	0.015
2	Carne de pasăre	89.72	2,920	2,619.8	5.633	0.314	0.084
3	Carne de miel	112.88	3,430	3,871.8	2.826	0.155	0.039
4	Peşte, păstrăv	70.88	1,795	1,272.3	2 557	0.229	0.013
5	Slănină sărată	691.01	5,450	37,660.1	33.518	0.506	0.414
6	Untură topită şi sărată	897.76	909	7,797.0	0.0	0.0	0.0
7	Ouă	153.04	1,498	2,292.7	2.774	1.032	0.048
8	Lapte	63.24	52,160	32,986.0	44.201	57.396	0.132
9	Smântână	226.05	499	1,128.0	0.496	0,564	0.001
10	Brânză de oaie	364.97	28,935	105,604.1	164 742	223,881	0.317
11	Caş de vacă	339.78	1,300	4,417.1	6.891	9.364	0.013
12	Urdă de oaie	145.73	150	218.6	0.341	0.463	0.001
13	Făină de grâu	331.80	22,953	76,191.2	50.286	6.857	0.533
14	Făină de porumb	334.76	50	167.4	0 089	0.078	0.001
15	Pâine, Borlovenii-V.	202 32	2,150	4,349.9	2 523	0.304	0.026
15'	Pâine, Pojejena-R.	167.93	116,875	196,268.2	103.836	13.739	1.178
16	Mălaiu	158.74	58,520	92,894.6	19.508	1.858	0.093
17	Mămăligă Borlv.-V.	127.39	142,410	181,416.1	29.027	3.628	0.181
17'	Mămăligă, Poj.-R.	107.79	16,920	18,238.1	2.918	0.365	0.018
18	Orez	324.35	50	162.2	0.044	0.002	0.001
19	Fasole, boabe	316.97	22,788	73,231.1	103.290	18.892	1.589
20	Cartofi	88.70	35,793	31,748.4	21.906	5.080	0.508
21	Fasole, verde	36.50	34,800	12,702.0	16.004	13.972	0.343
22	Mazăre verde	73.91	920	680.0	0.870	0.177	0.116
23	Varză	27.34	9,930	2,714.9	2.498	3.882	0.095
24	Castraveţi	13.97	4,890	683.1	1.305	0.615	0.008
25	Pătlăgele roşii	17.93	11,826	2,120.4	2.396	1.060	0.038
26	Salată, lăptuci	16.26	1,790	291.0	0.652	0.652	0.011
27	Gulie	39.24	700	274.7	1.510	0.684	0.005
28	Ceapă	48.49	5,514	2,673.7	2.086	1.845	0.027
29	Ardei	48.19	19	9.2	0.011	0.008	0.0001
30	Pătrunjei verzi	68.50	140	95.9	0.139	0.033	1.002
31	Morcovi	42.24	142	60.0	0.060	0.074	0.001
32	Cireşe	50.37	1,000	503.7	0.196	0.126	0.003
33	Struguri	66.40	4,225	2,807.4	0.898	0.533	0.001
34	Piersice	49.02	5,868	2872.6	1.637	1.092	0.020
35	Prune	36.30	980	355.8	0.124	0.064	0.0034
36	Unt de lemn	516.82	586	3,028.6	0.121	1.242	0.030
			602,410	907,885.6	639 469	381.820	5.906

* Calculate după valorile din tabela nr. 13.

fierul luat din alte alimente, bănuim că totuşi populaţia din comunele anchetate, nu îşi ia din alimentele consumate cantitatea de fier de

care are nevoie, mai ales că însăşi cantitatea de fier total consumat a fost la limită.

Asupra *iodului* din alimente şi apă nu mai insistăm, deoarece guşa atât de frecventă din Borlovenii-Vechi şi Pătaş, ne demonstrează insuficienţa lui.

5. *Echilibrul acido-bazic.*

Acesta e menţinut prin raportul dintre următoarele substanţe minerale, care se găsesc în alimente:

(A. Desgrez şi H. Bierry)[18]

Acizi	Baze
K_2O	P_2O_5
Na_2O	SO_3
CaO	SO_2
MgO	Cl.
Fe_2O_3	CO_2

Substanţele acide găsindu-se mai mult în cereale, din care populaţia consumă din abundenţă, iar cele alcaline mai ales în fructe şi în legume, care intrând într'o proporţie redusă în raţia alimentară, determină o predominare a reacţiei acide.

Creşterea copiilor este influenţată în bine, mai ales de substanţele alcaline. Astfel senzul echilibrului acido-bazic de mai sus, ne explică că într'o măsură oarecare şi el împiedică desvoltarea normală a copiilor.

6. *Vitaminele.*

Până de prezent nu există niciun argument, că excesul de vitamine ar produce vreo tulburare de nutriţie, de aceea nu vom reflecta, decât asupra lipsei sau insuficienţei lor din alimentaţia obişnuită.

Ţinând seamă de conţinutul alimentelor în vitamine, calculat pe baza următoarelor cantităţi, reproduse după W. Stepp, J. Kühnau, H. Schroeder[19] şi Rose,[20] am putut să obţinem, bine înţeles cu aproximaţie, cantitatea de vitamine pe care a consumat-o populaţia anchetată în 387 de zile.

[18] După Prof. G. H. Roger, loc. cit. p. 105.

[19] W. Stepp, J. Kühnau, H. Schroeder: Die Vitamine und ihre Klinische Anwendung. 1936. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

[20] M. S. Rose: Loc citat. pag. 99.

Conţinutul de vitamine în 100 gr. de alimente.

Tabela Nr. 15.

Nr. curent	Alimentul	A+ carotină în mgr.	B_1 în γ	B_2 în unităţi şoareci	C în mgr.	D în γ	E Activitate relativă Doze
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Carne de porc	—?	580	++	—	—	+
2	Carne de pasăre	?	70	30—35	?	—	+
3	Carne de miel	+	340	++	—	+	+
4	Peşte	+	55*	+	—	+	—
5	Slănină	—	++	++	—	—	20
6	Untură	—	++	++	—	—	20
7	Ouă	2—10	125	35	—	10	—
8	Lapte	0.2—0.8	40	10	0.5—1	0.2—0.4	+
9	Smântână	+++	55*	++	?	++	—
10	Brânză	1.6—3.2	55*	++	?	++	—
11	Făină de grâu	++	415—610	++	—	+	—
12	Făină de porumb	++	++	++	?	+	—
13	Pâine	+	++	++	?	+	—
14	Mălaiu	+	++	++	?	+	—
15	Mămăligă	+	++	++	?	+	—
16	Orez	—	—	—	—	—	++
17	Fasole, boabe	+	220*	+++	?	+	—
18	Cartofi	—	70	5—10	5—10	—	—
19	Fasole verde	1,4	++	++	1—4	+	+
20	Mazăre verde	+	++	—	8	+	+
21	Varză	4	++	15	2	+	+
22	Castraveţi	—	55*	+	+	—	—
23	Pătlăgele roşii	1,6	70	5—10	10	+	—
24	Salată, lăptuci	20	160	++	8	+	40
25	Gulie	—	125	+	16	—	+
26	Ceapă	—?	70	—	+	?	—
27	Pătrunjei	—?	++	+	?	?	+
28	Ardei verzi	++	++	++	++	+	+
29	Morcovi	8	70	++	++	+	—
30	Cireşe	0,6	?	?	5	+	—
31	Struguri	+	+	+	+	+	—
32	Piersece	+	+	+	8	+	—
33	Prune	++	70	++	8	++	—
34	Unt de lemn	?	?	?	?	?	+

Conţinutul în vitamine.

Cantitativ e exprimat după Stepp W. etc.; * înseamnă aproximativ.

Calitativ după Rose, cu următoarele semnificaţii: + Conţine vitamină; ++ Sursă bună de vitamină; +++ Sursă excelentă de vitamină; ? Sursă nesigură de vitamină; — Nu conţine vitamină.

Transformarea cantităţilor de vitamine, în unităţi internaţionale, am executat-o după standardurile recomandate de a doua Conferinţă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a Comisiei permanente pentru standardizarea biologică din Organizaţia de igienă a Societăţii naţiunilor (Londra 1934).[21]

Comisia a stabilit standarduri numai pentru vitaminele A, B_1, C şi D.

O unitate internaţională din:

vitamina A e egală cu 0.6 γ (gamma) carotină B,
vitamina B_1 e egală cu 1.8 γ (gamma) substanţă crist.,
vitamina C e egală cu 0.05 mgr de substanţă, în stare pură,
vitamina D e egală cu 0.025 γ (gamma) substanţă crist.

Vitamina A. Din aceasta în loc de 4,200 unităţi internaţionale, câte a stabilit ca necesare conferinţa de standardizare biologică, noi în alimentele din care vitamina A se poate cantitativ determina, nu am găsit decât 1,000 de unităţi, conform tabelei de mai jos.

Se înţelege, că la aceste 1,000 de unităţi pentru o persoană, se mai adaugă o anumită cantitate din alimentele a căror conţinut încă nu e precis dozat. Nici cu această cantitate însă, nu ajungem la raţia de vitamină A, egală cu necesităţile organismului.

Insuficienţa aceasta de vitamină A, explică îndeajuns rezistenţa diminuată a populaţiei, faţă de bolile infecţioase şi morbiditatea urcată, pe care o înregistrează comunele din Banat, deoarece astăzi este aproape unanim recunoscut, că lipsa sau insuficienţa vitaminei A, în Europa, favorizează infecţiunile.

Vitamina B_1, din care un adult are nevoe pe zi de 300 de unităţi internaţionale, fiind prezentă mai ales în pericarpul cerealelor şi în boabele leguminoaselor, din care populaţia consumă din abundenţă, am găsit-o în cantitate suficientă. Din tabela precedentă reiese, că pe zi o persoană ia din această vitamină 390 de unităţi internaţionale.

Vitamina C. Standardul necesar unui adult e de 500—600 unităţi internaţionale. Se găseşte abundentă în fructele şi vegetalele proaspete, pe care le consumă populaţia şi într'o cantitate mai redusă în lapte, carne, cereale şi boabele leguminoaselor, din care, în cursul gătirii mâncărilor cu siguranţă cea mai mare parte se distruge; vitamina C fiind sensibilă la temperatură. Cantitatea de care rămâne să beneficieze populaţia, e totuşi de vreo 410 unităţi internaţionale, adică apropiată de standardul stabilit.

---

[21] R. Gautier: L'organisation d'hygiéne et la standardisation biologique Bul. de l'Org. d'hygiene, Soc. des Nations, Genève, 1935. No. 3.

Cantitatea de vitamine consumate în 387 de zile.

Tabela Nr. 16.

Nr. crt.	ALIMENTUL	A+ carotină mgr.	B_1 γ	C mgr.	D γ
1	2	3	4	5	6
1	Carne de porc		8,816		
2	Carne de pasăre		2,044		
3	Carne de miel		11,662		
4	Peşte		987		
5	Ouă	75	1,872		150
6	Lapte	261	20,864	417	156
7	Smântână		274		
8	Brânză	550	15,914		
9	Făină de grâu		114,815		
10	Fasole, boabe		50,134		
11	Cartofi		25,055	4,173	
12	Fasole verde	487		1,044	
13	Mazăre			74	
14	Varză	397		199	
15	Castraveţi		2,690		
16	Pătlăgele roşii	189	8,278	1,183	
17	Salată ; lăptuci	358	2,864	143	
18	Gulie		875	112	
19	Ceapă		3,860		
20	Morcovi	11	99		
21	Cireşe	6		50	
22	Piersice			469	
23	Prune		686	78	
	TOTAL	2334	271,789	7,942	306
Pt. 1 pers. într'o zi		6.0	702	20.5	0.8
Pt. 1 pers. într'o zi, în un. int. . .		1000	390	410	32

1 γ (gamma) = 0.001 mgr.

Vitamina D. Necesităţile organismului de vitamină D, în unităţi internaţionale, după Hess şi Levis e de 50—56. Nevoia de vitamină D mai depinde de cantităţile de calciu şi cereale din alimente şi de bogăţia regiunii în raze ultra-violete. Alimentele bogate în calciu şi în razele ultra-violete îi augmentează acţiunea, iar cantitatea urcată de cereale i-o reduc. Acţiunea nefavorabilă a ultimilor doi factori în comunele anchetate şi cantitatea numai de 32 unităţi internaţionale (vezi Tabela Nr. 16) pe care am găsit-o, ne explică suficient frecvenţa mare a semnelor de rachitism, 70—80%, la copiii examinaţi în aceste comune. Este sigur, că efectul demineralizant (eliminarea în exces a P şi Ca) şi rachitogen al mălaiului, mămăligei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

şi al cerealelor în general, nu e contra balansat nici de razele ultraviolete şi nici de cantitatea de lapte redusă pe care o consumă copiii (Niţescu, Popovici şi Opreanu).[22]

Vitamina B_2 (G) sau antipelagroasă, adică factorul P—P studiat de Goldberger, se găseşte în alimentele consumate, într'o cantitate suficientă. De altfel cazuri de pelagră în această regiune, astăzi nu sunt întâlnite decât rar.

Vitamina E. Aceasta e necesară ambelor sexe pentru o reproducere bună. Nu e însă suficient stabilit, dacă e şi o cauză a sterilităţii. Nu ştim dacă populaţia a luat-o sau nu în cantităţi suficiente.

C) Privire generală.

Practica alimentaţiei din jud. Caraş, lipsită de cea mai redusă îndrumare şi control, constitue factorul principal care menţine populaţia adultă în stare de sub-nutriţie permanentă şi nu e suficientă să asigure o creştere şi desvoltare normală a copiilor şi a adolescenţilor. Progresul civilizaţiei care în unele direcţii, în satele din Banat se manifestă vădit, inclusiv în agricultură, nu a modificat alimentaţia defectuoasă de altă dată. In 41 de familii, din trei sate anchetate, în timp de primăvară şi vară, s'au consumat numai 36 de articole alimentare, iar felul mâncărilor nu a fost decât 7—8. In aceste condiţiuni, baza principală a alimentaţiei, într'o proporţie de 62.7%, au fost cerealele, iar legumele şi zarzavaturile numai într'o proporţie de 2.5%, şi fructele, într'o regiune prielnică cultivării lor, într'o cantitate şi mai redusă.

Alimentaţia, în multe privinţe, e defectuoasă, atât cantitativ, cât şi calitativ, conform următoarei tabele sinoptice.

Raţiile de principii alimentari, substanţe minerale şi vitamine în cele trei comune a jud. Caraş şi după unele standarduri.

A) *Principii alimentari.*

Raţiile : calorice	proteice	de prot. animale		de grăsimi	de hidr. de carb.
			După ancheta din trei comune a jud. Caraş.		
2884 calorii (Muncitori agricoli dela 26—55 de ani, muncă grea).	**116.0** gr. (De 18 ani şi peste).	**25.1** gr. (Copii dela 2—17 ani).	**36.4** gr. (De 18 ani şi peste).	**81.9** gr. (De 18 ani şi peste).	**455.1** gr. (De 18 ani şi peste).

[22] Prof. Dr. I. I. Niţescu, Prof. Dr. G. Popovici et R. Opreanu: Bilan du calcium et du phosphore chez les enfants au regime a base de maïs. Revista Ştiinţelor medicale, 1933, Nr. 11. Buc.

După Comisia engleză a Ministerului de sănătate.					
3000 calorii (Adulţi travaliu mijlociu).	**100** gr. (Adulţi).	**37** gr. (Copii).	**37** gr. (Adulţi).	**100** gr. (Adulţi).	**400** gr. (Adulţi).

B) *Substanţe minerale.*

Raţiile de:

Fosfor	*Calciu*	*Fier*
După ancheta din trei comune a jud. Caraş (Persoane).		
1.65 gr. (0.56 gr. din cereale)	**0.99** gr.	**15** mgr.
După Sherman (Adulţi).		
1.32 gr.	**0.68** gr.	**15** mgr.

C) *Vitamine.*

Raţiile de vitamină în unităţi internaţionale:

A	*B₁*	*C*	*D*
După ancheta din trei comune a jud. Caraş (Persoane).			
1000	**390**	**410**	**32**
After Comisia de standardizare biologică, Geneva. (Adulţi).			
4200	**300**	**500—600**	**50—56**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. *Raţia calorică* la adulţi, în raport cu munca grea pe care au depus-o, în timpul anchetei, e insuficientă, mai ales că ea trebue comparată, nu atât cu cifra din tabela de mai sus, cât cu datele autorilor obţinute tot pe muncitori agricoli, cum sunt de ex. cele publicate de Gautier, Ranke, Ohlmüller, Pearl şi Funk, care fără excepţie, variază între 3,600—5,550 de calorii (Tabela Nr. 3).

2. *Raţia de proteină*, deşi cantitativ e suficientă şi are „raportul nutritiv" (Gautier) normal, totuşi calitativ nu întruneşte standardul stabilit. Proteina de natură animală, mai ales la copii e sub raţia corespunzătoare.

3. *Substanţele ternare*, grăsimile şi hidraţii de carbon, sunt consumate în raţii insuficiente, explicate de compunerea alimentelor, în majoritate, din cereale şi prin folosirea acestora sub formă de pâine, mămăligă şi mălaiu, cu un conţinut, suprabogat în apă, de 46,51—72.50%.

4. *Elementele minerale* studiate (P, Ca, Fe), exceptând calciul, le-am găsit în raţii sub pragul nevoilor standard.

Fosforul în raport cu cantitatea lui totală, din alimentele consumate de populaţie, ar corespunde cu raţia normală, dar fiind într'o cantitate apreciabilă din cereale (0.56 gr) din care aproape, că nu e asimilabil (Bruce şi Callow) îl considerăm insuficient.

Fierul deşi e consumat în raţii normale, totuşi fiind în cantităţi reduse din legume şi zarzavaturi, bănuim, că produce carenţe destul de frecvente.

5. *Echilibrul acido-bazic*, determinat de diferitele elemente minerale, arată o înclinaţie spre reacţia acidă.

6. *Vitaminele*, B_1 (antiberi-berică) şi C (antiscorbutică) sunt consumate în cantităţi suficiente.

Vitamina A am găsit-o în cantităţi mult sub standardul internaţional. Ea nu produce însă keratomalacie, tulburare de nutriţie serioasă şi frecventă în orient, dar cu siguranţă creează stări de avitaminoză parţială, care au drept efect diminuarea rezistenţii faţă de infecţiuni cutanate şi respiratorii, destul de frecvente în satele din Banat, de altfel ca şi'n restul ţării.

Vitamina D (antirachitică) găsindu-se în puţine alimente comune (ficat, ouă, lapte de vară, unt), e luată în cantităţi insuficiente faţă de standardul adoptat. Cantitatea de lapte relativ redusă şi cea de ouă aproape inexistentă, pe care le consumă populaţia, abia oferă numai cu ceva mai mult, decât jumătate din vitamina D, de care are nevoie o persoană. Efectul acestei carenţe, l-am şi constatat în proporţia de 70—80% a copiilor cu semne de rachitism.

Vitamina B_2 (G) sau factorul P—P (antipelagros) şi vitamina E (de reproducere), fără să le fi determinat cantitativ, ţinând însă seamă de alimentele care le conţin şi au servit populaţiei ca surse, credem că sunt folosite în cantităţi corespunzătoare necesităţilor organismului.

D) Alimentaţia ca factor de sănătate publică. Propuneri.

In România, cu toate că se cunoaşte deja în mare parte, proporţia urcată a copiilor în stare de sub-nutriţie, reducerea în multe regiuni a contigentelor de recruţi cu 20—30% din cauza celor amânaţi şi neapţi serviciului militar, fiind debili, asociaţia dintre sub-nutriţie şi infecţiunea tuberculoasă, atât de intinsă, şi menţinerea mortalităţii infantile şi generale la cel mai urcat nivel din Europa, totuşi poate e unica ţară din Europa centrală care pe terenul îmbunătăţirii alimentaţiei populaţiei nu a avut şi nici nu are o activitate deosebită.

Disecând problema în raport cu ce se consideră în alte ţări ca activitate minimală, constatăm următoarele. La noi medicii privesc cazurile cu tulburări de nutriţie numai prin prizma curativă, deşi în unele provincii, în Moldova de ex., pelagra e un câmp vast de igienă şi medicină preventivă. Pedagogii, în şcoalele normale, neprimind nicio educaţie asupra asociaţiei dintre starea de sub-nutriţie şi progresul redus pe care îl fac elevii, se desinteresează de problema alimentaţiei.

Dar însuşi Ministerul sănătăţii, sub acărui răspundere cade în primul rând asigurarea unei stări bune de nutriţie a populaţiei, nu s'a sesizat încă de această problemă. Ministerului sănătăţii, lipsindu-i specialiştii, pentru moment nici nu se poate gândi la realizarea unui program cu forţe proprii. Inceputul însă, e obligat să-l facă.

Pe baza studiilor făcute asupra alimentaţiei dela noi şi asupra stării de sub-nutriţie a unei însemnate proporţii din populaţie, avem convingerea că să impun următoarele măsuri:

1. Ministerul sănătăţii să numească o comisie consultativă asupra alimentaţiei, compusă din fiziologişti, economişti, agronomi, igienişti şi experţi în bucătărie (Et. Burnet şi W. R. Aykroyd), care să servească ca organ technic tutulor ministerelor în chestiuni de alimentaţie şi să conducă periodice pentru educaţia publicului în această materie.

2. Institutele de igienă şi sănătate publică să aibe câte o secţie alimentară, prevăzută cu laborator pentru cercetări şi cu o subsecţie ambulantă de bucătărie şi muzeu. Secţia, anual să organizeze cursuri asupra nutriţiei.

3. Creearea unei şcoli de „agenţi de demonstraţie la domiciliu", cari după absolvire să facă educaţia alimentară a populaţiei. Asemenea agenţi şi agente funcţionează încă de mult în Statele Unite.

4. In facultăţile de medicină şi ştiinţă şi în şcolile normale de învăţători şi învăţătoare să se acorde o importanţă mai mare alimentaţiei, iar în Institutele de igienă şi sănătate publică, nutriţia să se introducă ca obiect principal.

* * *

Summary. — *From the survey concerning the nutrition of the population in 3 villages from the district of Caras, the folowings conclusions may be drown. The adult population is in a proportion of 25.3 – 38.2% of permanent subnutritional state and those between 6 – 19 years of age in a proportion of 13.5—36 8% (See table Nr. 1).*

The progress of civilisation, which is manifest in many directions in the province of Banat, inclusive in agriculture did not modify iny way the old, and defective nutritional habits of the population. In 41 families during the spring and summer there were consumed only 31 food articles and the different dishes prepared were only 7—8 in number. Thus the nutrition was made up in a proportion of 62.7% by cereals, in 2.5% by vegetables, and by fruits even in a smaller proportion.

The quantitative results were the followings (for one person per one day): calories = 2884 (adults from 26—55 years of age, doing heavy work); proteins = 116. o gr. (persons 18 years age and over, doing heavy work): animal proteins = 25 1 gr. (children from 2—17 years of age, doing easy and moderate efforts) and = 36 4 gr. (persons 18 years of age and over, doing heavy work); phosphorus = 1.65 gr, from which 0 56 gr. were from cereals; calcium = 0.99 gr., iron = 15 mgr. vitamines; A = 1000 I. U., B1 = 390 I. U., C = 410 I. U. D = 32 I. U.

Comparing the quantities of foods with the standard etablished by the Commission of the Ministry of Health from England, the mineral salts with the results obtained by Sherman, and the vitamin content with the standard recommended by the Biological Standardisation Commision from Genève, we observed, that the food consumed by the surveyed population is deficient in calories, animal proteins, carbohydrates, phosphorus, probably in iron and in A, C, and D vitamines.

Due to this situation, which reveals very poor nutritional habits, the following measures are proposed:

1. The Ministry of Health should appoint a consultative commission on nutrition, composed of physiologysts, economists, agronomists, hygienists and experts in cooking (Et. Burnet and W. R. Aykroyd), which would serve for all ministeries in nutritional problems and edit journals in nutrition for the educational purposes.

2. The Instituts vf Hygiene and Public Health should have a section for nutrition, with well equiped laboratory and a kitchen on wheels for demonstrations. This section would organize special courses in nutrition.

3. To create a school for nutritionists.

4. There should be given more knowledge about nutrition for the medical students in sciences, for teachers and for the physicians who are going to work in public health.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compoziţia rasială la români, săcui şi unguri.*

de

I. FĂCĂOARU

Compoziţia rasială a românilor în comparaţie cu celelalte neamuri, conlocuitoare din Transilvania şi mai ales cu săcuii şi ungurii, prezintă un întreit interes: a) Un prim obiectiv al cercetărilor noastre e întrebarea, dacă neamurile din provincia noastră îşi păstrează fiinţa lor somatică specifică sau dacă nu cumva amestecul rasial a fost în decursul atâtor secole aşa de activ, încât cu tot trunchiul lor etnic diferit, structura lor morfologică actuală este identică ori cel puţin asemănătoare. b) Şi în cazul asemănărei şi în cazul deosebirei somatice a diferitelor neamuri, e necesar să cunoaştem limitele şi caracterele de apropiere, resp. de diferenţiere a lor. c) Insfârşit, e de văzut, dacă nu cumva pe baza structurei morfologice am putea stabili gradul de înrudire etnică al săcuilor cu celelalte neamuri conlocuitoare. Problema din urmă este cea mai dificilă şi cea mai delicată. Urmărirea unei atari probleme implică cercetări multiple laborioase şi prudente. Nu se poate aştepta nimeni la soluţionarea ei pe baza unui material restrâns. Lucrarea de faţă este o simplă contribuţie, căreia îi vom alătura încă multe altele, până să păşim la formularea unei concluzii definitive.

Ne îngăduim să amintim alte două articole anterioare, pentru cine ar voi să extindă comparaţiile de faţă: unul priveşte compoziţia rasială a românilor din Voşlăbeni (Ciuc) în *B. E. şi Biop.*, VII. Nr. 1—2, iar al doilea, compoziţia rasială a românilor din Sanţ (Năsăud) în *Sociologie Românească*, I. Nr. 10.

Materialul de faţă cuprinde 1636 de persoane, în care sunt: români din Măguri (Cluj) 648: bărbaţi 355, femei 293; săcui din Lazărea (Ciuc) 472: bărbaţi 189, femei 293; şi unguri din Pănet şi Săbed (Mureş) 516: bărbaţi 266, femei 250.**

Potrivit metodei noastre, distingem trei categorii de persoane: a) o parte aparţine unei singure rase, b) altă parte mai masivă, e alcătuită din persoane cari repre-

---

* Cu colaborarea D-nei Tilly Făcăoaru.

** Menţionăm, că ultimele trei sate împreună cu Voşlăbeni, au fost cercetate în 1934 din iniţiativa şi cu mijloacele Institutului nostru. Antropologia satului Măguri face parte din monografia acestui sat iniţiată de gruparea Astrei „*Gând Românesc.*" Monografia a fost iniţiată de Profesorul Iuliu Haţiegan, organizată şi condusă de către Docent Dr. L. Daniello.

zintă un amestec de două rase, c) iar o mică parte reprezintă persoane cu un amestec de mai mult de două rase, însumată în categoria „nedeterminabile."

La sfârşit adaugăm tipurile rasiale. Limităm numărul fotografiilor (luate de autor) din motive de economie.

Dăm în prealabil distribuţia locuitorilor de ambe sexe în cele două categorii de elemente: uni- şi birasiale, pentru cele trei neamuri:

		Unirasiale		*Birasiale*		*Total*	
		n	%	n	%	n	
Români	B.	249	**76**	106	**30**	335	648
	F.	246	**84**	47	**16**	293	
Săcui	B.	112	**59**	77	**41**	189	472
	F.	145	**51**	138	**49**	283	
Ungari	B.	147	**55**	119	**45**	266	516
	F.	126	**50**	124	**50**	250	
							1636

Proporţia foatre mare a elementelor unirasiale la românii din Măguri indică în primul rând, că diagnoza rasială e mai uşoară de precizat în acest colectiv. In al doilea rând — şi acest fapt este esenţial — amestecul de rase este aici mai puţin frecvent. Structura rasială este mai omogenă.

Aşezarea geografică a satelor din materialul nostru vine în sprijinul acestei interpretări. Populaţia din Măguri este bine izolată. Satul a situat la 1300 m. altitudine în Munţii Apuseni, greu accesibil satelor dimprejur. Distanţa până la cel mai apropiat oraş (Cluj) e de peste 40 km., până la cel mai apropiat sat şi acesta în munţi, la 6 km. Celelalte sate sunt la o altitudine inferioară: Lăzarea 791 m., Pănet 319 m. şi Săbed 376 m. Acestea sunt aşezate pe platoul transilvan şi uşor accesibile. Lazărea e lângă calea ferată şi pe şoseaua naţională, celelalte două lângă o cale ferată îngustă şi pe şosele naţionale sau judeţene. Numărul locuitorilor: în cătunul Măguri 1600; în com. Lazărea 4822; în com Pănet 1813; în com. Săbed 1043. Lăzarea e la vreo 6 km. de cel mai apropiat oraş şi sat. Celelalte două sunt la 9 şi 20 km. de Tg-Mureş şi despărţite de numai 3—4 km. de satele din vecinătate.

Redăm distribuţia frecvenţei persoanelor reprezentând o singură rasă în tabela nr. 1, iar expresia ei intuitivă în graficele 1 şi 2.

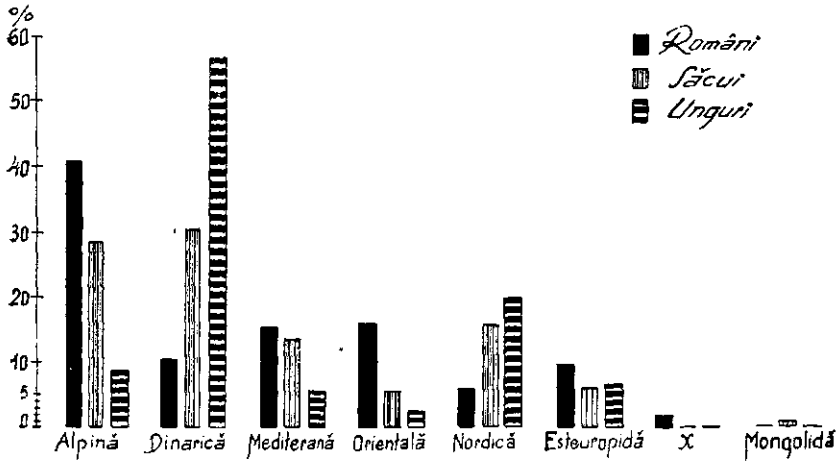
I. Rasele după neamuri.

Seria masculină. Considerăm elementele unirasiale din tab. 1. Românii aparţin în cea mai mare proporţie rasei alpine cu 40.^{2} %. In ordine descrescândă urmează rasa mediterană la un loc cu varianta ei orientală * în proporţia de 31.^{8}, apoi rasa dinarică 10.^{8}, est-

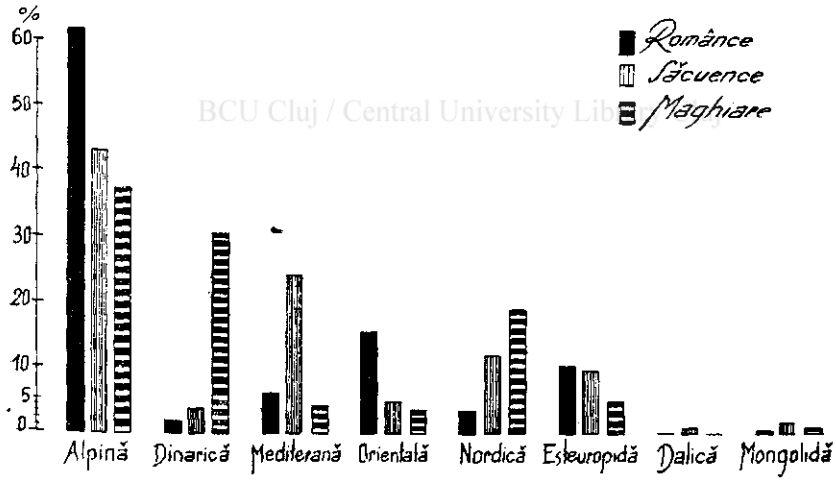
* Motivele apropierei între rasa mediterană şi orientală sunt lămurite în *B. E. şi B.* VII, 1—2. p. 40.

Tabela Nr. 1. — Distribuţia elementelor unirasiale în populaţia română, săcuiască şi maghiară.

			Alpină	Dinarică	Mediterană	Orientală	Nordică	Esteuropidă	Dalică	X	Mongolidă	TOTAL
ROMÂNI (Măguri)	B.	n	100	27	39	40	15	24	—	4	—	249
		%	**40.2**	**10.8**	**15.7**	**16.1**	**6.0**	**9.6**	—	**1.6**	—	**100**
	F.	n	154	4	15	39	8	25	—	—	1	246
		%	**62.6**	**1.6**	**6.1**	**15.8**	**3.3**	**10.2**	—	—	**0.4**	**100**
	B.+F.	n	254	31	54	79	23	49	—	4	1	495
		%	**51.3**	**6.3**	**10.9**	**16.0**	**4.6**	**9.9**	—	**0.8**	**0.2**	**100**
SĂCUI (Lăzarea)	B.	n	32	34	15	6	17	7	—	—	1	112
		%	**28.6**	**30.4**	**13.4**	**5.3**	**15.2**	**6.2**	—	—	**0.9**	**100**
	F.	n	63	5	35	7	18	14	1	—	2	145
		%	**43.4**	**3.5**	**24.1**	**4.8**	**12.4**	**9.7**	**0.7**	—	**1.4**	**100**
	B.+F.	n	95	39	50	13	35	21	1	—	3	257
		%	**37.0**	**15.2**	**19.4**	**5.0**	**16.6**	**8.2**	**0.4**	—	**1.2**	**100**
MAGHIARI (Pănet & Săbed)	B.	n	13.0	83	8	4	29	10	—	—	—	147
		%	**8.9**	**56.5**	**5.4**	**2.7**	**19.7**	**6.8**	—	—	—	**100**
	F.	n	47	39	5	4	24	6	—	—	1	126
		%	**37.3**	**30.9**	**4.0**	**3.2**	**19.0**	**4.8**	—	—	**0.8**	**100**
	B.+F.	n	60	122	13	8	53	16	—	—	1	273
		%	**22.0**	**44.7**	**4.8**	**2.9**	**19.4**	**5.8**	—	—	**0.4**	**100**



Graficul Nr. 1.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Graficul Nr. 2.

europidă 9.[6], nordică 6.[0] şi rasa X într'o proporţie neînsemnată cu 1.[6] *. Săcuii aparţin rasei dinarice în rata de 30.[4], aproape egală

* Numesc X acest tip rasial, în mod provizoriu, deoarece nu-i cunosc centrul de răspândire, spre a-i da numele definitiv. Frecvenţa acestui tip X în ţara noastră este uneori superioară tipului dinaric. Câteva din caracterele somatice esenţiale ale acestui tip: statură înaltă 170-x, brachicefal 81-x, indicele facial 83-x, indicele nasal x-60. Pigmentaţia bogată, rareori medie. Faţa largă, plină, de cele mai multe ori ovală. Relativ frecvent întâlnim acest tip mai ales printre studenţi, cum vom vedea la timp.

cu proporţia rasei alpine, care e de 28.[6]. Urmează mediteranii împreună cu varianta orientală 18.[7], nordicii 15.[2], esteuropizii cu 6.[2] şi într'o proporţie disparentă mongolizii cu 0.[9].

Dacă în colectivul săcuilor predominanţa elementului dinaric este oarecum disputată de către tipul alpin, reprezentat destul de masiv, în schimb echilibrul este complet rupt în colectivul ungurilor, în care elementul dinaric cu rata de 56.[5] predomină cu mult asupra celui alpin. După dinarici urmează la mare distanţă nordicii 19.[7], apoi alpinii 8.[9], mediteranii cu orientalii 8.[1] şi esteuropizii cu 6.[8].

Seria femenină. La românce, preponderează elementul alpin cu 62.[6]. Urmează ca şi în seria masculină elementele mediterane şi orientale cu 21.[9], apoi esteuropide cu 10.[2], nordice 3.[3], dinarice 1.[6] şi mongolide în proporţie disparentă cu 0.[4]. *Săcuencele* se orânduesc într'o serie foarte asemănătoare cu a româncelor. La acestea predomină tot elementul alpin cu 43.[4]. Urmează tipul mediteran cu varianta orientală 28.[9], apoi tipul nordic cu 12.[4], esteuropid 9.[7], dinaric 3.[5] şi în foarte mici proporţii tipurile mongolide cu 1.[4] şi dalice cu 0.[7] *.

Maghiarele, în deosebire de săcuence, aparţin tipului alpin cu 37.[3]. Urmează imediat elementul dinaric cu 30.[9], apoi elementul nordic 19.[0], mediteran cu varianta orientală 7.[2], esteuropid 4.[8] şi în foarte mică proporţie elementul mongolid cu 0.[8].

Pentru a interpreta datele tabelei 1, să analizăm seria masculină la cele trei neamuri. La prima vedere, elementul dinaric — care este cel mai numeros în ambele serii masculine — se pare că ar face apropierea între săcui şi unguri. În realitate poziţia săcuilor cu proporţia de 30.[4] (în tab. 1) este intermediară între români cu 10.[8] şi unguri cu 56.[5]. Acelaş lucru se întâmplă cu elementul alpin: săcuii au o poziţie intermediară cu 28.[6] între români cu 40.[2] şi între unguri cu 8.[9] alpini. La fel e situaţia considerând elementele mediterane şi orientale: săcuii iau locul de mijloc cu 18.[7] între români cu 31.[8] şi unguri cu 8.[1]. O poziţie intermediară identică iau săcuencele între românce şi maghiare (tab. 1) pentru rasele bine reprezentate: alpină, dinarică şi nordică. Pentru rasele mediterană orientală şi esteuropidă, săcuencele părăsesc poziţia intermediară: ele se apropie de românce în măsura în care se depărtează de maghiare. **

---

* A se vedea nota dela pag. 132.

** Dacă socotim această comparaţie de oarecare interes, este pentru motivul că concluziile noastre nu se datoresc întâmplărei. Comparaţia îşi menţine caracterul şi atunci când am înlocui pe românii din Măguri (jud. Cluj) cu românii din Voşlăbeni.

Insemnătatea comparației justifică prezentarea datelor noastre într'o altă ordine. Anume: socotim ambele sexe la un loc și simplificăm, dând numai proporțiile rasiale pe neamuri:

Români		*Săcui*		*Unguri*	
alpini	51.8	alpini	37.0	dinarici	44.7
mediterani } orientali	26.9	mediterani } orientali	24.4	alpini	22.0
				nordici	19.4
esteuropizi	9.9	nordici	16.6	mediterani } orientali	7.7
dinarici	6.3	dinarici	15.2		
nordici	4.6	esteuropizi	8.2	esteuropizi	5.8
X	0.8	dalici	0.4	mongolizi	0.4
mongolizi	0.2	mongolizi	1.2	dalici	—
dalici	—	X	—	X	—

Continuând analiza, observăm din tabloul nostru sinoptic, că săcuii se apropie de români prin preponderența aceloraşi tipuri rasiale: alpinii şi mediterano-orientalii. Proporția alpinilor şi mediterano-orientalilor e masivă în ambele colective: 78.2 la românii şi 61.4 la săcui. Să lăsăm deoparte rasele extreme şi pozițiile neutre cum sunt esteuropizii — cari fără a fi în aceeaşi ordine, sunt în aceeaş proporție aproape şi dinaricii — cari fără a fi în aceaşi proporție sunt însă în aceaşi ordine — şi să considerăm rasele prin cari săcuii se deosebesc net de români: nu rămânem decât cu nordicii în proporție de 4.6 la români şi de 16.6 la săcui. Aşadar, partea din populația prin care cele două neamuri se deosebesc, este mult prea neînsemnată spre a conta, față de partea masivă prin care ele se aseamănă.

Dimpotrivă, deosebirile dintre români şi unguri, ca şi cele dintre săcui şi unguri, întrec cu mult asemănările, cum uşor reiese din tablou.

(jud. Ciuc) sau cu aceia din Șanț (jud. Năsăud). Compoziția rasială a românilor din Voşlăbeni este foarte asemănătoare cu a românilor din Măguri. La românii din Voşlăbeni alpinii ocupă (şi pentru elementele unirasiale şi pentru cele birasiale) locul prim, exact ca românii din Măguri, iar mediterano-orientalii ocupă locul al doilea. La românii din Șanț locul celor două componente se inversează doar, mediterano-orientalii iau primul loc, iar alpinii vin în al doilea rând, pentru elementele uni- şi birasiale. Până şi în privința variației unui complex de caractere extreme, — raritatea dinaricelor în seria femenină, — găsim o mare apropiere între cele trei sate de români. In seria elementelor unirasiale, la femeile din Măguri avem rasa dinarică în rata de 1.6, femeile din Voşlăbeni 2.5, femeile din Șanț 4.0. In seria elementelor birasiale: femeile din Măguri 4.2, femeile din Voşlăbeni 3.2, femeile din Șanț 0. Asta spre a ne limita la o exemplificare restrânsă, suficientă pentru ilustrarea asemănărei.

Doar esteuropizii ar apropia pe unguri cu $5.^{8}$ de români cu $9.^{9}$. Şi aici tot săcuii cu $8.^{2}$ rămân mai apropiaţi. Prin nicio formă rasială, ungurii nu se apropie de români mai mult ca săcuii. Ungurii nu se apropie nici de săcui cu mult mai mult ca de români. E drept că apropierea e ceva mai însemnată: săcuii au $24.^{8}$ nordici şi esteuropizi, iar ungurii au $25.^{2}$ din aceleaşi rase. Şi românii ca şi săcuii — ultimii poate într'un grad ceva mai atenuat — se deosebesc în mod net de unguri prin structura rasială.

Dacă am căuta o rasă sau mai multe, care ar face apropierea între toate cele trei neamuri, aceasta este rasa esteuropidă. Dintre rasele într'o proporţie de peste 4%, ea singură se află în rate apropiate la tuturele neamurile. Dacă în cercetările noastre viitoare vom găsi repetat acest fenomen, vom fi îndreptăţiţi să formulăm o ipoteză: esteuropizii ar apare atunci ca un strat etnic cu repartizarea cea mai omogenă. Faptul e plin de urmări prin acea, că rasele variabile dela un neam la altul apar suprapuse rasei omogene primare, oarecum mai autohtone faţă de celelalte, cum ar fi în cazul nostru elementele esteuropide.

Asupra tabelei 2, care înfăţişează distribuţia frecvenţei elementelor birasiale, avem de stăruit mai puţin. Şi aici predomină în general aceleaşi tipuri rasiale ca în lotul elementelor unirasiale.

Simplificăm şi aici înscrierea proporţiilor rasiale cu ambele sexe la un loc:

Români		*Săcui*		*Unguri*	
mediterani	$20.^{2}$	mediterani	$38.^{1}$	dinarici	$44.^{0}$
orientali		orientali		alpini	$16.^{9}$
alpini	$18.^{9}$	dinarici	$19.^{1}$	nordici	$14.^{4}$
nordici	$17.^{0}$	nordici	$17.^{2}$	mediterani	$14.^{0}$
esteuropizi	$11.^{8}$	alpini	$15.^{4}$	orientali	
dinarici	$9.^{3}$	esteuropizi	$10.^{2}$	esteuropizi	$5.^{0}$
mongolizi	—	mongolizi	—	mongolizi	$2.^{5}$

Ni se pare de interes faptul, că săcuii nu variază faţă de românii din Măguri decât în aceeaş măsură, în care variază românii din Voşlăbeni sau din Şanţ faţă de românii din Măguri. Componenta cea mai masivă din totalul elementelor birasiale (tab. 2) este la români ca şi la săcui cea mediterană-orientală, pe când la unguri această componentă vine abia în locul al patrulea, locul întâi revenind dinaricilor. Mai mult, componenta mediterano-orientală intră la săcui mai

Tabela Nr. 2. — Distribuţia elementelor bi-rasiale în populaţia română, săcuiască şi maghiară.

			Alpină + Diverse	Dinarică + Diverse	Mediterană + Diverse	Orientală + Diverse	Nordică + Diverse	Esteuropidă + Diverse	Mongolidă + Diverse	Nedeterminată	TOTAL
ROMÂNI (Măguri)	B.	n	10	12	8	13	20	12	—	31	106
		%	**9.4**	**11.3**	**7.5**	**12.3**	**18.9**	**11.3**	—	**29.3**	**100**
	F.	n	19	2	2	8	6	6	—	4	47
		%	**40.4**	**4.2**	**4.3**	**17.0**	**12.8**	**12.8**	—	**8.5**	**100**
	B.+F.	n	29	14	10	21	26	18	—	35	153
		%	**18.9**	**9.2**	**6.5**	**13.7**	**17.0**	**11.8**	—	**22.9**	**100**
SĂCUI (Lăzarea)	B.	n	11	33	10	2	19	2	—	—	77
		%	**14.3**	**42.8**	**12.9**	**2.6**	**24.7**	**2.6**	—	—	**100**
	F.	n	22	8	70	—	18	20	—	—	138
		%	**15.9**	**5.8**	**50.7**	—	**13.1**	**14.5**	—	—	**100**
	B.+F.	n	33	41	80	2	37	22	—	—	215
		%	**15.4**	**19.1**	**37.2**	**0.9**	**17.2**	**10.2**	—	—	**100**
MAGHIARI (Pănet & Sâbed)	B.	n	9	64	12	4	19	5	2	4	119
		%	**7.6**	**53.8**	**9.1**	**3.3**	**16.0**	**4.2**	**1.6**	**3.3**	**100**
	F.	n	32	43	17	1	16	7	4	4	124
		%	**25.8**	**34.7**	**13.7**	**0.8**	**12.9**	**5.7**	**3.2**	**3.2**	**100**
	B.+F.	n	41	107	29	5	35	12	6	8	243
		%	**16.9**	**44.0**	**11.9**	**2.1**	**14.4**	**5.0**	**2.5**	**3.2**	**100**

frecvent ca la români cu 17.[9]. (La săcui rata e 38.[1], la români 20.[3]) Faţă de unguri cu rata 14.[0] proporţia componentei mediterano-orientale a săcuilor indică o diferenţă şi mai mare cu 24.[1] în favoarea acestora din urmă.

Chestiunea proporţiei elementelor cu trăsături mongolide merită o specială menţionare. Care anume este proporţia tipurilor mongolide* în lotul elementelor uni-şi birasiale se vede din tabelele 1. şi 2. Redăm şi rezultatul obţinut prin sumaţiunea celor două loturi de elemente cu ambele sexe la un loc:

		ROMÂNII (Măguri)	SĂCUI (Lăzarea)	UNGURI (Pănet, Săbed)
		n = 648	n = 472	n = 516
Mongolizi	n	1	3	7
	%	0.[15]	0.[54]	1.[36]

Şi din acest punct de vedere, săcuii iau o poziţie intermediară între români cu cele mai puţine elemente mongolide şi între unguri cu cele mai multe. Dacă săcuii au de 4.[3] ori mai mulţi mongolizi ca românii, unguri au de 9.[1] ori mai mulţi. In comparaţie cu săcuii, ungurii au de 2.[13] ori mai multe elemente mongolide. Prin adăogirea la români a materialului din Voşlăbeni (n=301) cu un mongolid şi a materialului din Şanţ (n=200) fără niciun mongolid, raportul nu se schimbă decât cu o câtime neglijabilă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* Deşi materialul nostru e pentru unele sate de 2—3 ori mai bogat decât minimul necesar, socotesc totuşi că nu-i prisoselnic să înlătur dela început orice obiecţiuni eventuale. Observăm din tabele, că coloana rasei mongolide, este foarte slab ocupată: unul sau doi indivizi, rar mai mulţi şi asta în ambele loturi uni-şi birasiale din toate colectivele noastre. S'ar putea obiecta, că chestiunea proporţiei mongolizilor nu se poate pune în discuţie, de vreme ce avem aşa de puţin material. Obiecţia ar fi neîntemeiată. Nu trebue să ne referim la nr. cu care e reprezentată o rasă singulară oarecare, ci la nr. indivizilor conţinut în colectiv şi la raportul între colectiv şi totalul populaţiei, a cărei caracteristică antropologică pretindem să o precizăm. Un complex de caractere — o rasă — poate constitui tot aşa de bine o extremă ca şi un singur caracter. Rasa mongolidă (în speţă) ar fi comparabilă cu circumferenţa orizontală cefalică de 44 sau de 61 cm. Ar trebui să avem colective de zeci de mii de persoane spre a găsi un singur individ într'o asemenea clasă extremă. Rasa orientală foarte rară în Suedia, tipul mongolid e şi mai rar, după cum într'un colectiv de hotentoţi, pigmeni sau negri, nu vom găsi tipul nordic nici după milioane de măsurători, fără amestecul rasial respectiv. Aşadar, din raritatea cazurilor trebuie să conchidem liniştiţi la raritatea tipului respectiv în populaţia dată, cu condiţia respectării n-rului statistic minim în colectiv.

II. Diferenţieri sexuale.

Din comparaţia proporţiilor seriei masculine cu seria femenină din tabela 1, apoi din tabela 2, înţelegem raportul numeric al ratei bărbaţilor, faţă de rata femeilor pentru fiecare rasă. In general, ratele celor două sexe îşi corespund, nu însă pentru toate rasele. „Corespund" în sensul că rata unei rase, cum e de aşteptat, nu variază în cele două serii fără nicio regulă. Rasele cari indică proporţii mari pentru bărbaţi, indică aceleaşi proporţii şi pentru femei. La fel e cu proporţiile medii şi mici. Spre a prinde cu o privire cele trei colective etnice, să stabilim raporturile. Ne limităm la elementele unirasiale din tabela 1. Spre ex: în colectivul românilor raportul dintre cele două rase este pentru tipul alpin $\frac{B}{F} = \frac{40.^{3}}{62.^{6}} = 0.^{6}$; pentru rasa dinarică raportul în acelaş colectiv este $\frac{10.^{8}}{1.^{6}} = 6.^{8}$, etc. Cum vom raporta bărbaţii la femei în mod constant, vom avea un raport mai mic ca unitatea când rata bărbaţilor va fi inferioară ratei femeilor şi invers, raportul va fi mai mare ca unitatea, când rata bărbaţilor va fi superioară ratei femeilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

	Alpină	*Dinarică*	*Medit.*	*Orient.*	*Nordică*	*Esteurop.*	*Dalică*	*X*	*Mong.*
Români:	$0.^{6}$	$6.^{8}$	$2.^{6}$	$1.^{0}$	$1.^{8}$	$0.^{9}$	---	---	---
Săcui:	$0.^{7}$	$8.^{7}$	$0.^{6}$	$1.^{1}$	$1.^{2}$	$0.^{6}$	---	---	$0.^{6}$
Unguri:	$0.^{2}$	$1.^{8}$	$1.^{4}$	$0.^{8}$	$1.^{0}$	$1.^{4}$	---	---	---

Coloana rasei orientale arată cea mai mare apropiere între ratele celor două sexe, urmată de rasa alpină, nordică şi esteuropidă. Cele mai mari deosebiri le găsim în coloana rasei dinarice, ceva mai atenuate la rasa mediterană. Raporturile între ratele ambelor sexe sunt mult mai asemănătoare între români şi săcui decât între fiecare din aceste neamuri şi unguri.*

Simptomatic e faptul, că pentru rasa alpină femeile sunt regulat mai numeroase ca bărbaţii, iar pentru rasa dinarică şi nordică invers, bărbaţii sunt regulat mai numeroşi decât femeile. Această regulă nu-i

---

* Am putea merge mai departe, încercând să exprimăm numeric această apropiere între români şi săcui, din acest punct de vedere şi anume: calculăm media aritmetică a raporturilor pe neamuri. Obţinem pentru români o medie de $2.^{8}$ pentru săcui $1.^{9}$ şi pentru unguri $1.^{2}$

valabilă pentru niciuna din celelalte rase.* Ne-am aştepta ca regula să se extindă şi asupra rasei esteuropide; structura ei morfologică şi nivelul ei evolutiv o apropie de rasa alpină cu abaterea doar a câtorva caractere şi ceea ce e esenţial, a complexului pigmentar. In adevăr, rasa esteuropidă se apropie mult de această regulă. N'am găsit în întregul nostru material decât excepţia din colectivul ungurilor, unde bărbaţii sunt mai numeroşi ca femeile. Asta în ambele serii, uni-şi birasiale. Spre a înlesni o privire asupra raporturilor pentru proporţiile în cari de găsesc cele două sexe pentru fiecare rasă, redăm valorile numerice ale acestor raporturi pentru elementele birasiale.

	Alpină	*Dinarică*	*Medit.*	*Orient.*	*Nordică*	*Esteurop.*	*Dalică*	*X*	*Mong.*
Români:	0.2	2.7	1.7	0.7	1.5	0.9	---	--	---
Săcui:	0.9	7.4	0.2	—	1.9	0.9	---	--	---
Unguri:	0.3	1.6	0.7	4.1	1.2	7.4	---	--	0.5

Accentuăm, că în materialul din Voşlăbeni şi Şanţ, regula stabilită de noi este în totul valabilă: pentru alpini şi esteuropizi femeile sunt într'o proporţie superioară bărbaţilor, pentru dinarici şi nordici, bărbaţii sunt într'o proporţie superioară femeilor.

Cluj Univ. Central University Library Cluj

O ultimă tendinţă a femeilor de a se diferenţia de bărbaţi, o surprindem într'o frecvenţă mai mare la femei a trăsăturilor mongolide. Această uşoară preponderenţă la femei a trăsăturilor rasiale primitive, nu-i întâmplătoare.** In colectivele în cari n'avem deloc bărbaţi mongolizi, femeile mongolide sunt extrem de puţine. Acolo unde avem bărbaţi extrem de puţini, doar 1 sau 2, avem femei foarte puţine: totdeauna femeile se menţin într'o proporţie superioară bărbaţilor.

Dacă am voi să dăm explicaţia acestui fenomen — preponderenţa femeilor în grupele de forme mai puţin evoluate — am spune că avem de a face cu caractere sexuale secundare. In realitate asta ar fi o constatare şi nu o explicaţie. Regula stabilită de noi rămâne fără explicaţie, cum fără precizare cauzală rămâne faptul mai simplu, dar de aceeaşi natură, al preponderenţei complexului pigmentar mai bogat la femei.

---

* Nu-mi este cunoscut ca vreun cercetător să fi stabilit o asemenea regulă *rasial-diagnostică* privind diferenţele dintre sexe. Din acest motiv, să nu mi se ia în nume de rău, dacă nu înlesnesc controlul citând literatură asupra acestei teme. De asemenea îmi aparţin metodele de prelucrare şi interpretare.

** A se vede nota dela pag. 132.

III. Rasele brune în comparaţie cu rasele blonde.

Să analizăm materialul nostru şi sub un alt aspect. Socotim laolaltă rasele brune: alpină, dinarică, mediterană, orientală, X şi mongolidă deoparte, iar de altă parte rasele blonde: nordică, esteuropidă şi dalică. Avem rezultatul în tabela 3.

Tabela Nr. 3.
Distribuţia frecvenţei elementelor unirasiale brune faţă de rasele blonde.

			Rase brune	Rase blonde	Total
ROMÂNI (Măguri)	B.	n	206	39	245
		%	**84.1**	**15.9**	**100**
	F.	n	212	33	245
		%	**86.5**	**13.5**	**100**
	B.+F.	n	418	72	490
		%	**85.3**	**14.7**	**100**
SĂCUI (Lăzarea)	B.	n	87	24	111
		%	**78.4**	**21.6**	**100**
	F.	n	110	33	143
		%	**76.9**	**23.1**	**100**
	B.+F.	n	197	57	254
		%	**77.5**	**22.5**	**100**
MAGHIARI (Pănet & Săbed)	B.	n	108	39	147
		%	**73.5**	**26.5**	**100**
	F.	n	95	30	125
		%	**76.4**	**24.0**	**100**
	B.+F.	n	203	69	272
		%	**74.6**	**25.4**	**100**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Oricum am face comparaţia neamurilor între ele, colectivele masculine între ele, colectivele femenine sau ambele sexe la un loc, reiese, că românii au cea mai mare proporţie de elemente închise (implicit cu mai puţine elemente rasiale deschise), iar ungurii au cea mai mică proporţie de asemenea elemente. Săcuii îşi păstrează poziţia lor intermediară. Raportul nu se schimbă cu mult nici atunci când adăugăm la români şi colectivele din Voşlăbeni şi Şanţ.

In lotul raselor birasiale creşte proporţia raselor deschise, cum se vede din tabela 4:

Tabela Nr. 4.

Distribuţia frecvenţei elementelor birasiale brune faţă de rasele blonde.

			Rase brune	Rase blonde	Total
ROMÂNI (Măguri)	B.	n	43	32	75
		%	**57.8**	**42.7**	**100**
	F.	n	31	12	43
		%	**72.1**	**27.9**	**100**
	B.+F.	n	74	44	118
		%	**62.7**	**37.8**	**100**
SĂCUI (Lăzarea)	B.	n	56	21	77
		%	**72.7**	**27.8**	**100**
	F.	n	100	38	138
		%	**72.5**	**27.5**	**100**
	B.+F.	n	156	59	215
		%	**72.5**	**27.5**	**100**
MAGHIARI (Pănet & Săbed)	B.	n	89	26	115
		%	**77.4**	**22.6**	**100**
	F.	n	93	27	120
		%	**77.5**	**22.5**	**100**
	B.+F.	n	182	53	235
		%	**77.4**	**22.6**	**100**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O ultimă comparaţie mai e posibilă, decă socotim la un loc ambele sexe, din ambele loturi uni- şi birasiale. Avem proporţia raselor închise, faţă de rasele deschise în tabela 5:

Tabela Nr. 5.

Rasele brune în comparaţie cu rasele blonde pe neamuri.
(Sunt la un loc bărbaţi şi femei, elementele uni- şi birasiale.)

			Rase brune	Rase blonde	Total
ROMÂNI (Măguri)	B.+F	n	492	116	608
		%	**80.9**	**19.1**	**100**
SĂCUI (Lăzarea)	B.+F.	n	353	116	469
		%	**75.3**	**24.7**	**100**
MAGHIARI (Pănet & Săbed)	B.+F.	n	385	122	507
		%	**75.9**	**24.1**	**100**

Adăogând la Măguri şi colectivele din Voşlăbeni şi Şanţ avem 1106 români de ambe sexe cu 874 (78.[1]) tipuri rasiale închise faţă de 232 (21.[9]) tipuri deschise.

Specificul rasial. Nevoia de a ne limita nu îngădue analiza trăsăturilor cari apropie sau deosebesc pe cele trei neamuri şi mai ales a trăsăturilor cari deosebesc rasele dela noi de aceleaşi rase din restul Europei. Ne rezervăm această privire de sinteză după publicarea materialului de care dispunem. Amintim totuşi, că pentru românii din Măguri rămân valabile observaţiile privitoare la specificul rasial al românilor din Voşlăbeni şi din Şanţ. Am anticipa precizând, că între elementele unei rase oarecare, să zicem mediterane, aparţinând celor trei grupe etnice, este mai multă asemănare între ele, decât între acestea şi elementele mediterane din sud-vestul Europei. Aceeaşi preponderenţă a brachicefaliei ca la români găsim la săcui şi la unguri, pentru rasele nordică şi mediterană. La tustrele neamurile avem aceeaş raritate a pigmentaţiei bogate, a părului creţ sau ondulat printre elementele mediterane ca şi a complexului pigmentar deschis la rasele blonde. Pentru rest vorbesc clişeele dela urma articolului.

Rezumat. *1. Diferenţe etnice. Din punctul de vedere al structurii rasiale, săcuii păstrează un loc intermediar între români şi unguri. In lotul cel mai important (unirasial) şi pentru rasele cele mai preponderente, săcuii rămân mai apropiaţi de români decât de unguri.*

2. Populaţia română din Măguri, posedă o structură rasială mai omogenă decât săcuii şi maghiarii.

3. Elementele mongolide apar într'o rată intermediară la săcui, în cea mai mică la români, în cea mai mare la unguri.

4. Rasa esteuropidă (dintre toate rasele) apare relativ în proporţia cea mai constată la tustrele neamurile, ca şi când ar fi vorba de un substrat etnic comun.

5. Diferenţe după sex. In coloana rasei alpine, femeile predomină cu mult, în toate colectivele, asupra bărbaţilor. Pentru rasele nordică şi dinarică, bărbaţii sunt dimpotrivă, regulat mai numeroşi decât femeile.

6. Trăsăturile mongolide sunt mai frecvente printre femei decât printre bărbaţi.

Zusammenfassung: Dr. I. Făcăoaru: **Rassenzusammensetzung der Rumänen, Sekler und Ungarn.**

Der Verfasser stellt bei 1636 Personen beiderlei Geschlechts der drei Volksgruppen die Rassendiagnose, um dann die Ergebnisse der rassischen Beschaffenheit

der drei Gruppen zu vergleichen. Die Schlüsse, die aus dieser Untersuchung gezogen werden dürfen, beziehen sich nur auf die Bevölkerung der vier erfassten Dörfer.

1. **Ethnische Unterschiede.**

Betrachtet man zunächst die einrassigen Elemente bei beiden Geschlechtern zusammen, so ist festzustellen, dass bei den Rumänen und Szeklern die gleichen Typen vorwiegen. Alpine und mediterran-orientalische sind mit 3/4 bei den Rumänen und mit 2/3 bei den Szeklern vertreten. Die Ungarn weichen von beiden Gruppen durch das Vorwiegen der dinarischen und alpinen Typen, die 2/3 des Gesamten ausmachen, ab. Ethnische Unterschiede sind — wie ja auch nicht anders zu erwarten — auch dann vorhanden, wenn man die Geschlechter getrennt beobachtet. Nach der Verteilung der Häufigkeit der einzelnen Rassen, nehmen die Szekler eine Mittelstellung, zwischen Rumänen und Ungarn ein. Unter den einrassigen Elementen und hinsichtlich der vorwiegenden Rassen erweisen sich die Szekler den Rumänen näherstehend als den Ungarn. Der grösste Unterschied besteht zwischen den Rumänen und Ungarn, der geringste zwischen den Rumänen und Szeklern. Die Verteilung der Häufigkeit bei den doppelrassigen Elementen gleicht im grossen ganzen der einrassigen. Der mediterran-orientale Typus ist bei den Rumänen vorwiegend, auch bei den Szeklern. Bei den Ungarn hingegen kommt er erst an 4-ter Stelle. Bei den Ungarn wiegt der dinarische Typ vor. Der alpine steht an 2-ter Stelle bei den Rumänen und Ungarn; nur bei den Szeklern stehen die dinarischen Typen an 2-ter Stelle. Die nordischen nehmen bei allen drei Völkern die 3-te Stelle ein.

2. Die rumänische Bevölkerung erscheint in ihrer rassischen Zusammensetzung homogener als die Szekler und Ungarn.

3. Die Szekler stehen auch was den Anteil an mongoliden Elementen betrifft zwischen den beiden anderen Völkern. Mongolide Elemente kommen am seltensten bei den Rumänen, am häufigsten bei den Ungarn vor

4. Die osteuropide Rasse ist die einzige deren Anteil bei allen drei Völkern und in beiden Geschlechten der konstanteste ist. Weitere Forschungen auf Grund eines reicheren Materials müssen darüber entscheiden ob die Homogenität dieses rassischen Bestandteiles bei den verschiedenen Völkern nicht etwa für die älteste Bodenständigkeit dieser Rasse spricht.

5. **Geschlechtsunterschiede.**

Die alpinen Elemente — und mit einer einzigen Ausnahme auch die osteuropiden — sind regelmässig bei den weiblichen Kollektiven vorherrschend. Dagegen ist der Anteil der Männer an der nordischen und dinarischen Rasse regelmässig viel grösser.

6. Mongolide Züge kommen bei Frauen häufiger als bei Männern vor.

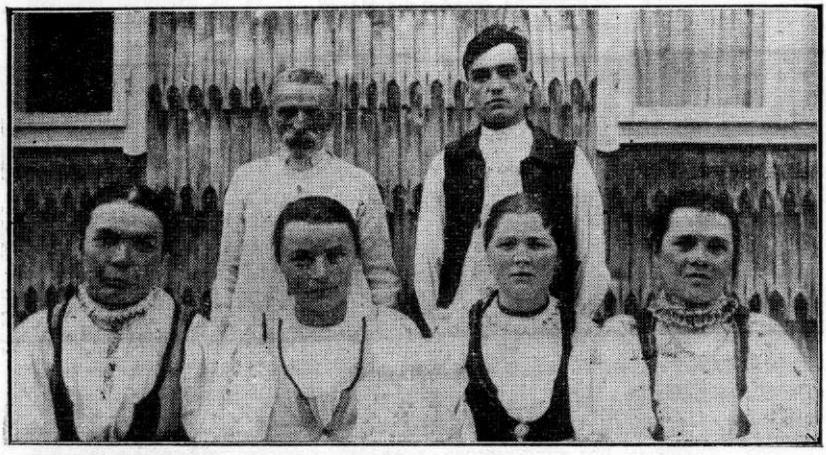
I. Făcăoaru: Câteva tipuri rasiale.

1. Români din Măguri.

Rasă dinarică

Rasă esteuropidă

Rasă mediterană



a b
c d e f

a = mediterană
b = mediterană
c = alpină-mongolidă
d = mediterană
e = alpină
f = alpină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rasă alpină

2. Săcui din Lăzarea.

Rasă nordică

Central University Library Cluj

Rasă dinarică

Rasă alpină-mongolidă

3. Unguri din Pănet și Săbed.

Rasă dinarică — Rasă nordică

Rasă mongolidă

a b

a = preponderent mediterană
b = nordică

Atribuţiile serviciului sanitar judeţean, (ale medicului primar judeţean).

de
Dr. POMPILIU NISTOR
Medic primar judeţean Braşov

Judeţul este unitatea cea mai superioară administrativă, care are o autoritate directă teritorială, în angrenajul vieţii de stat. Tot ce se află deasupra nu mai are o jurisdicţie directă şi devisu asupra ţării reale, ci numai de ordin de control, coordonare, îndrumare şi directivă, aşa zicând abstractă. Tot ce vine de sus trebue să treacă, să se filtreze prin judeţ, ca să ajungă la unităţile propriu zise, la comune.

Chiar şi judeţul, pentru ca şă-şi poate îndeplini bine sarcina de administraţie a comunelor lui, trebue să fie o unitate nu numai decretată, ci o unitate vie, cuprinzând o populaţie cam cu acelaşi standard economic, cultural şi politic, precum şi cu un suflet comun.

Toate cele de mai sus se pot aplica şi vieţii sanitare din un judeţ.

Serviciul sanitar al judeţului este şi va trebui să rămână — şi va trebui încă să devină — organul sanitar care trebue să conducă viaţa sanitară pe unitatea teritorială superioară care e judeţul. El trebue să stea în contact direct, intim, organic putem zice, cu viaţa judeţului întreg şi a fiecărei comune în parte, în toate aspectele ei, nu numai în cele strict sanitare. Pentrucă — după cum am arătat şi în referatul nostru: Organizarea Sanitară Rurală, din Buletinul Eugenic şi Biopolitic No. 8—10 1936 — sănătatea publică nu e decât în parte o problemă medicală, ci este o problemă totalitară, la care trebue să conlucre şi care va urma ca o rezultantă a activităţii administrative, edilitare, agricole, economice, culturale şi politice, a tuturor organelor din viaţa judeţului; şi la care în plus va trebui să se adauge şi acţiunea, încă aproape complect lipsă, eugenică şi biopolitică.

Tot ce este deasupra serviciului sanitar de judeţ, inspectorate, minister, vor avea numai rol — tot aşa de important — extra sau supra teritorial, de îndrumare, control şi directivă, şi — ceeace mai mult lipseşte — de coordonare.

* * *

Având în vedere, că problemele sănătăţii publice formează un singur tot şi nu pot fi decât artificial despărţite între oraşe şi sate;

că oraşele şi satele sunt în interdependenţă strânsă şi în chestiunile sanitare, ca şi în cele economice şi culturale, urmează ca şi organizaţia centrală din judeţ să fie una singură, înglobând atât satele cât şi oraşele inclusiv municipiile, sub conducere unitară.

Chiar dacă nu se vor subordona unul altuia, va trebui să existe între serviciul sanitar al judeţului şi al municipiului o conlucrare, o colaborare sanitară, nu numai benevolă, adeseori accidentală şi variind cu concepţiile şefilor respectivi, ci organică, obligatorie.

* * *

Tot astfel va trebui, ca medicul primar al judeţului, ca şi al municipiului, să aibă cunoştinţă, şi ei la rândul lor să informeze pe directorii şi medicii primari ai spitalelor, laboratoriilor, dispensariilor policlinice, ale C. F. R., ale Casei de Asigurare şi ale altor organizaţii sanitare, despre întregul mers al vieţii sanitare: boale contagioase şi sociale, morbiditate, mortalitate, măsuri edilitare, de salubritate, anchete sanitare sociale, măsuri legislative şi ordonanţe, etc. Va trebui să se afle modul de a înfiinţa un organ de colaborare, coordonare şi conlucrare continuă şi obligatorie între toţi aceştia. Deasemenea şi cu serviciile veterinare în cauzele ce le sunt comune. In situaţiunea de azi, cei de mai sus nu ştiu unii de alţii, nu iau cunoştinţă de evenimentele sanitare decât accidental. Este adevărat, că Consiliul de Igienă este în parte un astfel de organ, care însă nu-şi ajunge scopul tocmai în chestiunile de mai sus, devenind mai mult un organ administrativ de libera practică, de autorizaţii sanitare, de funcţionare; poate şi datorit faptului, că în acest consiliu fac parte şi persoane streine de medicină.

Este adevărat pe de altă parte, că multiplicarea diferitelor comisii şi consilii va îngreuia şi complica activitatea tuturor. Pentru aceea, în acest organ de coordonare medical, vor trebui contopite cât mai multe din comitetele şi comisiile existente azi.

* * *

In lumina acestor consideraţii, evident că atribuţiile medicului primar de judeţ sunt foarte mari şi foarte multiple.

Legea sanitară din 1930 a prevăzut cea mai mare şi mai esenţială parte de atribuţii, cari însă nu au fost mai amplu desvoltate şi în detail precizate în regulamente şi instrucţii, pentru care cauză unele din ele au rămas numai deziderate; iar altele au fost acaparate de conducerea centrală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar pe lângă legea sanitară sunt şi în alte legi prevăzute multe alte atribuţii; căci legiuitorii şi-au dat seama, că în complexitatea vieţii administrative, înţelegând sub administraţie întreg complexul de organe locale, nu se poate trece şi nu se poate lipsi de conlucrarea medicului primar de judeţ.

Ne-am luat osteneala să enumerăm toate acele comisii, consilii, comitete etc. din cari acesta face parte, atât obligatoriu în urma funcţiei lui, cât şi în mod benevol şi onorific, ca un fruntaş al vieţii sanitare şi culturale ce este şi ce trebue să fie.

In mod obligator, de drept:

1. Membru şi vicepreşedinte al Consiliului de Igienă judeţean.
2. „ „ preşedinte al Comisiei permanente a Cons. Ig.
3. „ „ „ „ „ pentru contr. farmaciilor.
4. Membru şi Preşedinte al Comisiei de salubritate (art. 314 L. S.).
5. „ al Consiliului de Ig. Municipal.
6. „ în Consiliul Judeţean (cu vot consultativ).
7. „ în Consiliul de Prefectură.
8. „ în Comitetul judeţean pentru orientarea profesională.
9. „ în oficiul judeţean de turism.
10. „ în Comisia pentru protecţia pădurilor.
11. „ „ „ „ perimetrul de protecţie al pădurilor la sanatorii
12. „ al Eforiei sanitare judeţene.
13. „ Şeful Oficiului judeţean I. O. V.
14. Membru-preşedinte al Comisiei pentru supravizita premilitarilor.
15. „ „ „ „ capacitatea de muncă a invalizilor.
16. „ în Comitetul judeţean de apărare pasivă.
17. „ „ „ „ pentru pregătirea premilitară.
18. „ „ „ „ al muncii obşteşti.
19. „ „ „ de patronaj de pe lângă Tribunal.
20. „ în Comisia de pensionare, al funcţionarilor. (L. Pens.)
21. „ „ „ medicală dela Inspectoratul Şcolar.
22. „ „ Comitetul filialei jud. „Crucea Roşie".
23. „ „ „ „ Soc. „Profil. Tbc."
24. „ „ „ „ „Principele Mircea".
25. „ „ „ „ Soc. Laptelui.
26. „ Secretar al Comitetului Jud. Liga N. contra Tbc.
27. „ în Comisia pentru examinarea construcţiilor şcolare.
28. „ al Eforiei Salvării. (Unde este.)

In mod facultativ, amintind cele care ne privesc personal, cari pot diferi pe judeţe, dar cari deobiceiu se află pretutindeni.

29. Membru în secţia medicală şi biopolitică a „Astrei".
30. „ „ comitetul central jud. al „Astrei".
31. Preşedinte al „Astrei Medicale" Braşov.
32. „ „ Ligii Antirevizioniste org. jud. Braşov.
33. Membru în Comitetul central al Uniunii Voluntarilor Români.
34. „ „ „ „ al Asociaţiei Gen. a Medicilor.
35. „ „ „ „ „ „ Gen. Medicilor San.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

36. Preşedinte al Comit. Jud. al Asociaţiei Gen. Medicilor San.
37. Membru în Comitetul Asociaţiei ptr. protecţia şomerilor.
38. „ „ Asociaţia de ajutor mutual a Medicilor din Braşov.

Toată această puzderie de comitete şi comisii va cere o foarte mare încordare şi dispersare a atenţiei şi activităţii medicului primar judeţean; îi va răpi o mare parte de timp; va trebui să se ocupe şi să se documenteze în atâtea direcţii deosebite. Totuşi nu poate fi dispensat şi nu se poate singur dispensa de ele, întrucât aproape toate sunt din domenii cari ating sau întră în sfera lui de acţiune.

Şi totuşi mai sunt terenuri în cari concursul lui e necesar şi nu i se cere în deajuns. Vom aminti numai două: El nu face parte din Comitetul Şcolar judeţean, unde se dau directivele, se controlează şi se ajută şcoalele, şi în care prezenţa lui e necesară când e vorba de zidiri şcolare, de băi şcolare, de programe de învăţământ şi educaţie fizică, de ajutoare, de material sanitar, de fişe sanitare etc. Va trebui şi aceasta prevăzută în Regulamentul învăţământului primar.

Deasemenea nu sunt suficient precisate şi legiferate drepturile şi datoriile medicului primar, ca factor important în administraţia propriu zisă a judeţului. Faptul că este în Consiliu cu vot consultativ, că Legea Administrativă prevede, ca nici o chestiune de specialitate să nu fie rezolvită fără avizul medicului primar de judeţ încă nu este suficient. Cerem deci ca el să ia parte la toate şedinţele delegaţiei consiliului judeţean, care e adevărata putere executivă a administraţiei judeţene, formând cu ceilalţi şefi de serviciu, un Consiliu de experţi şi referenţi. Acesta este în uz la unele Municipii şi nu ştim de ce nu s'ar generaliza şi la judeţe. Pentru detalii ne referim la lucrarea noastră citată din Bul. Eug. şi Biopolitic.

* * *

Serviciul Sanitar judeţean, deşi i se zice şi „de ocrotire", mult timp nu a avut de fapt atribuţii de ocrotire; pe de o parte pentrucă nu i se puneau mijloace la dispoziţie; de altă parte pentrucă instituţiile de ocrotire nu aveau raporturi directe cu acest serviciu.

Prin trecerea oficiului I. O. V. la Serviciul judeţean sanitar i s'a dat o importantă sarcină. Toţi cei ce au lucrat la oficiul I. O. V. vor fi de acord să constate, câtă nedreptate, câtă neglijenţă şi câtă exploatare s'a făcut asupra nenorociţilor de I. O. V. din partea unor Societăţi sau a unor persoane cu rol în multele Societăţi zise de protecţia lor. Pentru aceştia, a fost o binefacere trecerea apărării intereselor lor asupra unui organ oficial, de stat, neinteresat şi totodată altruist, — cum sunt credem toţi medicii primari judeţeni, care a pus o regulă în evidenţierea protejaţilor I. O. V. şi în proteguirea lor pentru menţinerea şi câştigarea drepturilor lor neglijate. Prin noile legiuiri în favoarea I. O. V. (plasări, credite, scule, pensii mărite etc.) rolul acestui Oficiu creşte în continuu, aşa încât astăzi ocupă o mare parte din activitatea zilnică a Serviciului Sanitar judeţean. Acestuia însă în schimb nu i s'a dat decât un modest post de diurnist, nesigur, rău plătit, în locul unui funcţionar titrat şi stabil.

Deşi ocrotirea mamei şi a copilului, a defectivilor etc. este încredinţată tot Serviciilor sanitare prin Legea San., din lipsa Oficiului de ocrotire sau din cauză că unde este s'a mărginit a lucra numai pentru municipiul propriu, această asistenţă nu s'a putut face decât sporadic, incidental şi nu programatic şi metodic. Nici nu se va putea îndeplini fără ca Serviciul San. Jud. să aibă şi un organ anume pentru aceasta.

Dar Min. Săn. mai posedă şi alte organe proprii, cum sunt Inspectoratele Muncii şi Oficiile de plasare; iar pe de altă parte şi alte organizaţii, cum sunt Camera de Comerţ şi de Muncă, cari au atribuţii de ocrotirea muncitorilor în fabrici, în ateliere, a femeii muncitoare şi gravide, a copiilor, ucenicilor, etc. Cu aceasta Serv. San. nu are nici un contact oficial, nici o legătură legală şi obligatorie; aşa că şi acestea lucră cu totul independent, fără ascultarea, sugestia şi colaborarea Serv. San. sau Municip. Va trebui ca şi aceste Servicii să conlucre obligator prin consultări periodice, prin Comisii comune pentru studierea cauzelor comune.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acelaş lucru se poate spune şi despre raporturile cu Casa de Asigurare, care lucră cu aproape acelaşi personal medical, la sate cel puţin, ca şi Serv. San. jud. O colaborare a existat, prin Legea din 1933 medicul primar judeţean făcând parte din Consiliul de administraţie al Casei, dar care în 1935 s'a desfiinţat prin un decret lege. Aceiaşi situaţie şi cu Casa muncii C. F. R.

Având în vedere, că aceste Case au ca subiect aceiaşi locuitori ca şi Serv. San. Jud., cu aproape aceiaşi medici, că foarte adeseori sfera de activitate a acestora se întretae şi se amestecă cu a Serv. San. (boale în general, contagioase şi sociale, accidente, măsuri de siguranţă şi de ocrotire a muncitorilor, copiilor, femeilor şi ucenicilor, edilitate şi salubritate industrială etc.), este necesară şi conlucrarea comună prin participarea la viaţa şi conducerea technică a acestora din partea Serv. San. Jud.

* * *

In schimbul celor ce Serv. San. încă nu le are, ceeace are în atribuţiile actuale, aproape că trece peste puterile lui actuale din punct de vedere al personalului.

Una din sarcinile cele mai grele şi în continuă creştere este cea financiară.

Serviciul Sanitar azi ordonanţează salariile tuturor instituţiilor aparţinătoare întregului Minister al Muncii, Sănătăţii şi Ocrt. Sociale; cari în judeţul Braşov se ridică la 17 instituţii; trebuind să facă toate formalităţile dictate de contabilitatea publică.

Pregăteşte statele, încasează, contabilizează salariile personalului din Casa Sănătăţii.

Administrează fondul sanitar jud., încasează taxe de autorizare şi va trebui să organizeze marea lucrare a încasării taxelor sanitare anuale.

Intocmeşte bugetul Ministerului, al Casei Sănătăţii, al fondului sanitar, al părţii sanitare din bugetul judeţului, controlează bugetele comunale şi avizează înscrierea celor necesare pentru viaţa sanitară şi de ocrotire şi chiar de edilitate.

Execută bugetul sanitar al judeţului.

Noroc, că Eforiile sanitare, Liga contra tuberculozei încă n'au buget propriu.

Pentru toate cele de mai sus sunt deci necesare 4 rânduri de jurnale, chitanţiere, registre de partizi, state, tabele, declaraţii şi toate cele ce le cere Ministerul şi judeţul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iar ca organ de executare: secretarul Serv. care nu mai lucră altceva decât state, borderouri, ordonanţări, registre. Dar nici acesta, nici medicul primar, nici unul din celălalt personal, nu este sau nu e ţinut să fie contabil autorizat; ci de obiceiu este un autodidact, care e foarte util, e foarte bun, dar nu e ferit şi nu fereşte pe medicul şef de rigorile legii contabilităţii publice.

(Cu toată această grea şi primejdioasă sarcină, în Statutul person. san. aux. din 1933, s'a prevăzut ca postul de secretar al Serv. San. jud. să poată fi ocupat nu de un contabil titrat, ci de un oficiant sanitar.)

Dacă fondul sanitar al jud. este foarte util din toate punctele de vedere şi îndeplineşte un gol mare, deci trebue menţinut în administraţia directă a Serv. San. jud.; dacă bugetul sanitar al judeţului nu poate fi executat decât prin Serv. San. jud., ordonanţările dela Minister şi Casa Sănătăţii pot fi trecute direct aaupra Inspectoratelor. Sau dacă rămân judeţelor — mai ales în cazul creiării de judeţe mari — va trebui să i se dea şi un birou anume, compus din un şef contabil şi un împiegat — dactilografă.

* * *

Trecând asupra atribuţiilor medicului primar judeţean reprezentând Serv. San. al jud., înscrise în legea sanitară, nu trebue decât să complectăm sau să comentăm unele atribuţii, întrucât acestea sunt foarte bine enumerate acolo.

Inainte însă de a o face, trebue să menţionăm, că în faţa multiplelor şi aşa de variatelor atribuţii ale medicului primar de judeţ existente azi şi cari vor creşte în viitor, este necesar ca să-i fie oprită *obligator* ocuparea ori cărui alt serviciu (Casa Asig., Şcoale, C. F. R. etc.) şi a clientelei particulare, cari sunt în dauna Serviciului. In schimb să fie deplin şi demn asigurată contravaloarea acestor renunţări, obligator atât pentru stat, cât şi pentru judeţ. In treacăt mai amintim, că actualul echivoc, creiat prin decretul de statificare din 1934 şi prin Legea Cotei Adiţionale sanitare de 2%, prin cari s'a produs o confuzie regretabilă privind obligativitatea judeţelor şi comunelor de a se interesa şi a contribui la susţinerea vieţii sanitare locale, trebue să înceteze; atât în ce priveşte medicul primar de judeţ şi medicii de circumscripţie, cât şi surorile de ocrotire, moaşele, etc. Şi anume în sensul menţinerii integrale a obligaţiilor din articolii 54, 71, 77, etc. din Legea San.

Tot aşa va trebui complectată măsura bugetară luată faţă de medicii de circumscripţie rurală, prin creşterea salariului şi a medicului primar de judeţ, care lucră în acelaş sens şi de atâtea ori în acelaş mediu, care s'a ridicat dintre medicii de circumscripţie şi care nu poate fi pus în situaţia de a primi salar egal ori inferior ca subalternii săi.

Complectările la artic. 54 sunt:

a) Ca şef al personalului sanitar subaltern, medicul primar va trebui să aibă şi drepturi disciplinare. Credem deci să aibă dreptul de a da admonestaţii şi pedeapsă în bani până la leafa de 10—15 zile, personalului auxiliar sanitar; deasemenea şi admonestaţii medicilor de circumscripţie.

Deasemenea să poată da concedii personalului sanitar auxiliar până la 1 lună.

Să poată face direct numirea moaşelor plătite de comune.

b) Va putea face şi singur controlul farmaciilor şi drogueriilor, putând încheia acte valabile, întrucât funcţionarea comisiei e greoaie şi de prezent nici nu funcţionează, neavând prevedere bugetară.

c) Va da sancţiuni şi în exerciţiul ilicit al mediciinii.

d) Va conlucra cu serviciul veterinar, în ce priveşte controlul sanitar al grajdurilor, — din punct de vedere edilitar, — al produselor alimentare animalice, al epizootiilor cu influenţă şi asupra oamenilor etc. prin un organ de colaborare, care va fi dela serviciu la serviciu, în cadrele delegaţiei judeţene, precum şi prin informări reciproce şi prin controlul de laborator făcut în comună.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

e) In orice împrejurare şi oricari vor fi modificările de organizare, va trebui să se menţină principiul şi să se dea posibilitatea, ca medicul primar jud. să aibă *contactul direct* cu comunele şi cu serviciile administrative şi şcolare ale acestora, în afară de contactul strâns cu organele proprii sanitare. Prin urmare inspecţiile lui vor fi cât de severe, cât de fundamentale; şi deci vor fi făcute posibile şi foarte strict obligate. Ceeace numai aşa se poate dacă va avea suplinitor în sânul său, în persoana unui medic primar de ajutor.

Recapitulând, atribuţiile medicului primar judeţean vor fi:

1. Va avea să fie autoritatea sanitară superioară în judeţ, având să conducă, controleze, şi supravegheze toate instituţiile şi serviciile sanitare.

Va conlucra şi colabora cu medicul şef al Municiului şi cu directorii şi medicii primari de spitale, ambulatorii, laboratorii etc. din oraşul de reşedinţă, în un consiliu medical.

Va conlucra şi colabora cu Casa de Asigurare, Casa Muncii, şi orice alte instituţii similare, ori de ce Minister ar depinde, în consiliul de administraţie şi comisia de coordonare şi colaborare.

2. Va conlucra şi colabora cu Inspectoratul Muncii, Oficiile de plasare, Camera de muncă etc. şi cu orice alte instituţii şi societăţi de ocrotire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Va fi şeful Ofic. Jud. I. O. V.; va avea un oficiu de ocrotire sau va colabora cu oficiul de ocrotire municipal.

3. Va conlucra şi colabora cu Comitetul Şcolar jud. din care va face obligator parte; precum şi în organizările culturale tinereşti: Străjeri, premilitari, munca obştească.

4. Va fi organul specialist al administraţiei jud. făcând parte cu vot deliberativ în con. jud,, luând parte la şedinţele delegaţiei Cons. jud. şi la toate conferinţele admin., fiind obligator consultat în toate chestiunile sanitare, edilitare, şcolare, etc. Va studia obligator bugetele judeţului şi comunale, cerând înscrierea necesităţilor de ordin sanitar, ocrotire şi edilitar, votarea şi aprobarea bugetelor, neputându-se face fără acest aviz.

5. Va administra autonom bugetul fondului sanitar, executând bugetele aprobate, fără alte intervenţii. Va controla executarea bugetelor sanitare ale judeţului şi comunelor, cari nu pot angaja şi ordonanţa astfel de cheltueli, fără avizul conform al medicului primar sau de circ.

6. Va conduce şi serviciul sanitar jud. conform legilor şi regulamentelor în tot ce priveşte sănătatea publică, sub controlul şi cu îndrumarea organelor superioare.

Ca şef al personalului subaltern va avea dreptul de disciplină, de concediu şi de numire asupra personalului sanitar auxiliar.

7. Va fi ordonanţator secundar pentru toate lefurile, în caz că aceasta nu va trece la Inspectorat.

Pentru a putea îndeplini aceste multiple atribuţii, cari însă toate sunt necesare şi nu pot fi înlăturate, Serv. San. Jud. va trebui să aibă următoarea organizare:

1. Un medic primar judeţean, igienist, recrutat din treapta medicilor de circ. rur. şi igienist de plasă, fără drept la clientelă şi alte funcţii, dar cu asigurarea unei lefi corespunzătoare, locuinţă, luminat şi încălzit şi suficientă diurnă de transport sau cu o maşină proprie a serviciului.

2. Un medic primar ajutor, subaltern, în aceleaşi condiţii.

3. Medici igienişti de plasă, în aceleaşi condiţii.

4. Un birou propriu zis sanitar, sub conducerea unui secretar, având o licenţă universitară sau echivalentă; cu un împiegat şi o dactilografă.

5. Un birou financiar economic, cu un contabil autorizat şi un împiegat-dactilograf.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

6. Un birou de ocrotire pentru I. O. V., ocrotirea defectivilor, controlul societăţilor de binefacere etc., cu o asistenţă socială sau un funcţionar stabil, având cel puţin bacalaureatul.

7. Medici specialişti ftiziologi şi puericultori, cari vor activa în plăşi şi comune;

precum şi medicii specialişti dela Dispensarele policlinice şi eventual şi dela spitale.

Résumé.

Nistor P.: **Les attributions du service sanitaire départamental.**

L'auteur montre que les attributions administratives du médecin départamental sont aujourd'huit tellement nombreuses (l'auteur en compte 38) qu'elles lui absorbent la plus grande partie du temps voué à l'oeuvre sanitaire. On préconise une nouvelle répartition des attribution, afin que le médecin du département puisse s'occuper exclusivement des affaires concernant la santé publique.

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII REGELE FERDINAND I

Infecţii ulterioare izolării în scarlatină.

de

Dr. PETRU VLAD,
medic şef al Municipiului Cluj, în colaborare cu
MIRCEA VIRGIL
doctorand

In ultimele decenii numeroşi autori s'au ocupat cu durata izolărei în scarlatină. Mai cu seamă în ţările aglo-saxone, dar şi în Germania, s'a susţinut că termenul de 42 zile pe care mai înainte toată lumea îl acceptase şi care avea drept criteriu patologic terminarea aproape complectă a descvamaţiei, nu corespunde necesităţilor epidemiologice.

Autori tot mai numeroşi nu mai sunt dispuşi să admită descvamaţia drept criteriu de vindecare şi susţin, că cojirea nu e prin ea însuşi infecţioasă, deci termenul de 42 de zile nu mai poate fi acceptat.

Pe de alta parte se afirmă că chiar izolarea de 42 de zile nu garantează în mod suficient persoanele de contact, faţă de o nouă infecţie având sursa în convalescentul lăsat acasă după acest termen. S'a studiat pe o scară foarte întinsă în diferite ţări problema aceasta a aşa numitelor „Heimkehrfälle" şi s'a încercat să se pună în lumină toate laturile încă nelămurite a infecţiozităţii în scarlatină.

Amintim numai câţiva autori cari au dat o atenţie deosebită acestei probleme: *Gordon şi Badger, Knöpfelmacher, Hottinger şi Schlossmann, Pearson, Rolleston* şi numeroşi alţii. Mai recent: *O. Kopetzky v. Rechstberg* şi *L. Ohler* dau un rezumat succint şi prelucră peste 12.000 de cazuri de scarlatină din Viena.

Autorii au căutat să lămurească cauzele care determină infecţiozitatea la aceste cazuri şi dacă o eventuală reducere a termenului de izolare sporeşte sau nu infecţiile de după izolare.

In literatură găsim că procentul bolnavilor izolaţi pe un timp acceptat ca suficient şi totuşi infecţioţi la eliberare, variază în cadre destul de mari. *Knöpfelmacher* 7.5%; Hottinger şi Schlosmann 2—3%; Pearson 0—6.9%; Rolleston 1.5%; Matheus (citat după Kerr) 2%; Gordon şi Badger 3.3%; tot atâta Kopetzky şi Ohler. Din expunerea autorilor se poate constata că durata izolării nu influenţează în mod hotărâtor frecvenţa infecţiilor ulterioare izolării în schimb vârsta convalescenţilor, anotimpul şi mai cu seamă, prezenţa complicaţiilor au o influenţă hotărâtoare în deslănţuirea infecţiei. Nu ne putem ocupa în prezentul articol mai pe larg de problema infecţiozităţii. Amintim însă că unii autori au reuşit să reducă infecţiozitatea convalescenţilor prin izolarea, în interiorul spitalului, a bolnavilor vechi, de

bolnavi noi intrați; alți procedează la eliberarea „fracționată", alții expun bolnavii la o energică aerisire înainte de ai elibera și mai cu seamă rețin în spital bolnavii care prezentau complicații catarale ale căilor respiratorii superioare.

Cum scarlatina prezintă la noi anumite particularități am încercat să ne dăm seama despre aceste infecții ulterioare izolărei în orașul nostru și în acest scop am controlat toate cazurile internate în cele două secții de izolare pe anii 1928—1935.*

Desigur, că ar fi fost extrem de interesant de a studia starea celor eliberați, adică dacă prezentau sau nu complicații nasale sau de altă natură. A trebuit însă din lipsă de date să renunțăm. Tot așa de puțin am putut studia și starea familiară, în special numărul și vârsta copiilor în familiile cu bolnavi în scarlatină, deoarece ni-se pare evident că posibilitatea de a avea infecții de această natură depinde în cea mai mare măsură de această împrejurare. Nu am luat în considerare nici cazurile izolate la domiciliu, numărul lor fiind extrem de mic și evidența lor nesigură. In anii studiați aici am

Tabela Nr. 1.

ANI	N-rul cazurilor de scarlatină *Zahl der Scharlachfälle*	Infecții ulterioare izolărei *Heimkehrfälle*	%
1928	325	4	
1929	345	11	
1930	252	3	
1931	272	4	
1932	139	5	
1933	63	—	
1934	193	3	
1935	436	6	
TOTAL	2.025	36	1.8%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* Mulțumim Dlui Docent *Gavrilă* pentru bunăvoința cu care ne-a pus registrele la dispoziție.

avut izolaţi în ambele institute de care dispunem (Spitalul Epidemic şi secţia de infecţioase a Clinicilor) 2.045 cazuri de bolnavi din oraş. Numărul infecţiilor ulterioare: 1.8% este mic decât la Viena (3.3%) şi aproape egal cu cel observat la Dusseldorf (2.0%), însă mai mare decât al lui Rolleston (1.5%). Cu toate că el nu izolează decât 4 săptămâni şi nu ţine cont de terminarea descvamării.

Tabela Nr. 2.

LUNI MONATE		III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	TOTAL
Convalescenţi infectanţi *Heimkehrfälle*	Nr.	4	4	2	2	3	—	3	2	5	8	2	1	36
	Nr	10.—			5.—			10.—			11.—			36
	%	27,8			13,9			27,8			30,5			100
Totalul bolnavilor de scarlatină în 1931—1935 *Scharlachfälle überhaupt 1931—1935*	Nr.	56	51	81	51	56	58	76	195	198	163	90	67	1142
	Nr.	188.—			165.—			469.—			320.—			1142
	%	16.5			14.4			41.1			28.0			100
Inf. ult. izolărei *Heimkehrfälle*		Primăvara + Iarna						Vara + Toamnă						
		58.3						41.7						
Scarlatină *Scharlachfälle*		44.5						55.15						

Incercând să ne dăm seama dacă anotimpul are vreo influenţă asupra infecţiilor ulterioare izolării am grupat în tabela alăturată după luni şi anotimpuri pe de o parte cazurile infectante pe de altă parte toate îmbolnăvirile de scarlatină întâmplate în ultimii 5 ani. Am calculat apoi în procente cota care cade asupra unui anotimp din totalul cazurilor în ambele categorii. Constatăm că infecţiile ulterioare izolării şi îmbolnăvirile de scarlatină în totalul lor nu merg paralel. Convalescenţii par a fi mai infecţioşi primăvara. Dacă formăm grupuri mai mari, diferenţa în defavoarea anotimpurilor reci este mai mare. Intradevăr primăvara şi iarna dau, proporţional, cu mult mai multe infecţii

BCU Cluj / Central University Library Cluj

provenite dela convalescenţii eliberaţi decât s'ar cuveni după cota obişnuită a îmbolnăvirilor în scarlatină.

Se poate presupune că bolile catarale ale căiilor respiratorii fiind mai frecvente în aceste anotimpuri, ele să aibă vre-o influenţă asupra infecţiozităţii convalescenţilor. Se poate deci discuta dacă nu e cazul ca să se procedeze la o reducere a timpului de izolare în primul rând vara şi primăvara.

Am căutat să ne convingem dacă observaţia lui Gordon şi Badger că infecţiozitatea convalescenţilor e mai intensivă la vârstele tinere se verifică şi la noi.

Tabela Nr. 3.

	Vârsta	0—1	1—3	4—6	7—10	11—14	15—19	20 şi peste	Total
Convalescenţi infectanţi după vârstă	C. abs.	2	9	6	6	7	4	2	36
	%	47.3			36.1		16.6		100
Alter der Heimkehrenden	%	83.4					16.6		100
Persoane infectate după vârstă	C. abs.	—	9	14	6	7	2	4	42
	%	54.8			30.9		14.3		100
Infizierte Personen nach Alter	%	85.7					14.3		100
Bolnavi au scarlatină în anii 1931—35	C. abs	12	173	253	210	210	100	174	1142
	%	38.4			36.8		24.8		100
Scharlachfälle überhaupt	%	75.2					24.8		100

BCU Cluj / Central University Library Cluj

În acest scop am întocmit tabela de mai sus în care comparăm diferitele grupuri de vârstă la convalescenţi infectanţi, la persoanele infectate de ei, precum şi la îmbolnăvirile de scarlatină din ultimii 5 ani luate fără considerare de sursa de infecţie. Găsim că diferenţa între vârsta bolnavilor de scarlatină luaţi în general şi acea a convalescenţilor infectanţi se manifestă mai cu seamă la copii mici, sub 6

ani, în care grup găsim 47,3% de infectanţi faţă de 38.4% la bolnavii de scarlatină.

In Viena cifrele lui Kopetzky şi Ohler, sunt şi mai semnificative deoarece la ei 96% a convalescenţilor infectanţi aparţin grupului sub 15 ani.

Nu e mai puţin adevărat că acolo şi îmbolnăvirile de scarlatină în general sunt mai frecvente la vârstele mai tinere, aşa la ei din toţi bolnavii de scarlatină abia 15% sunt peste 15 ani. La noi această cotă de 24,8%. La Gordon şi Badger cifrele sunt şi mai caracteristice în sensul deplasării infecţiozităţii spre vârstele tinere.

Mai remarcăm încă o particularitate pe care nu am găsit-o relevată în alte părţi, cel puţin în publicaţiile pe care le-am putut cerceta: Vârsta persoaneleor infectate de cei reintorşi dela spital este şi ea categoric deplasată spre stânga, în special copii sub 6 ani dau o cotă foarte mare de infecţii.

Concluzii.

1. In cazurile noastre de scarlatină, procentul infecţiilor ulterioare izolării este de 1.8%.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Izolarea timp de 6 săptămâni şi terminarea descvamaţiei nu pot garanta cu totul înlăturarea infecţiei. Frecvenţa lor în Cluj este cu ceva mai mică decât în alte părţi, chiar şi dacă termenul de izolare variază.

3. Se pare că convalescenţii în vârstele mai mici (sub 6 ani) sunt mai infecţioşi decât cei în vârste mai inaintate.

4. Persoanele infectate în această sursă sunt şi ele proporţional mai tinere decât bolnavii de scarlatină în general.

5. Infecţii ulterioare izolării se produc mai ales iarna şi primăvara.

Zusammenfassung.

Wir fanden in Cluj bei 2025 Scharlacherkrankungen 36 Heimkehrfälle; d. h. 1.8%. Isolierung: 6 Wochen. Entlassung nach erfolgter Desquamation. Isolierung der Kranken unter sich, in verschiedenen Stadien der Krankheit, unvollständig.

Wir fanden, dass sowohl die infizierenden wie auch die infizierten Personen sich aus jüngeren Altersklassen rekrutierten als die Scharlachkranken überhaupt.

Im Winter und Frühjahr waren die Nachinfektionen häufiger als im Sommer und Herbst.

Über den Zustand und die eventuellen Komplikationen bei Heimkehrenden standen uns keine Daten zu Verfügung.

Reflexii asupra ierarhiei, recrutării şi atribuţiunilor personalului medical al spitalelor.

de

Dr. CORNELIU RADU
Arad.

Cerinţele fundamentale pentru asigurarea unei activităţi susţinute în cadrele instituţiunilor de asistenţă spitalicească ca şi în acele ale altor organisme sociale, sunt: a) unitatea în comandament, b) continuitatea în acţiune şi c) autoritatea efectivă a fiecărei funcţiuni de conducere, în sfera sa de acţiune.

Or, legea sanitară în vigoare precum şi regulamentul pentru funcţionarea instituţiunilor de asistenţă spitalicească Decret Regal No. 6754—923 mod. N. R. N. O. 2928—1924 dar mai ales practica administrativă adoptată de către autorităţile noastre sanitare nu respectă integral principiile citate, iar ca rezultat dificultăţile ce se ivesc zilnic în tendinţele, de normalizare ale vieţii acestor instituţiuni sunt încă şi astăzi destul de numeroase.

Biblioteca Central University Library Cluj

In consecinţă o revizuire şi o corectare sau complectare a legilor şi regulamentelor arătate cât şi a practicei biurocratice constitue o necesitate imperioasă.

In linia unor atari preocupări voi încerca să relev o serie de lacune ce se remarcă în legea sanitară şi regulamentul de funcţionare al spitalelor, în legătură cu ierarhia, recrutarea şi atribuţiunile personalului medical din cadrele acestor aşezăminte, preconizând modalităţile de remediere în senzul principiilor amintite mai sus. Incep cu funcţiunea cea mai reprezentativă şi în acelaş timp cea mai dinamică:

A) Medicul director.

Articolul 114 din legea sanitară prevede următoarele: „spitalele cu mai mult de 2 servicii se conduc de un consiliu format din toţi medicii primari ai instituţiunei. Din acest consiliu se alege pe termen de 2 ani un medic primar director confirmat de Minister, care conduce instituţia după normele stabilite de consiliu în conformitate cu legile şi regulamentele în vigoare.

Acest articol de lege este întregit prin art. 23 din regulament care precizează că instituţiunile cu peste 50 şi mai puţin de 200 paturi vor avea în fruntea lor pe unul din medicii primari de secţiune

desemnat de către Directorul Regiunei, având ca atribuţiuni controlul gestiunei administratorului, învestit aci cu drept de gestionar, şi art. 24 care impune ca fiecare aşezământ spitalicesc cu un număr total de paturi ce trece peste 200 iar la cele de specialitate peste 100 paturi, să aibă în frunte un medic director, recrutat din medicii primari de secţie, cele cu peste 400 paturi pot avea şi un director administrativ, cu atribuţiuni pur administrative subordonat directorului tehnic dacă acesta există".

Prima concluzie care se degajă din aceste texte este că spitalele din punctul de vedere al conducerii lor se impart în 5 categorii şi anume:

Categoria I-a e formată din spitalele mixte sau de specialitate cu un singur medic primar (medic de spital) şi a căror conducere atât tehnică cât şi administrativă se concentrează în mod forţat în mânile unicului îndreptăţit.

Categoria II-a cuprinde spitalele generale cu mai puţin de 200 paturi şi pe acele de specialitate cu mai puţin de 100 paturi. Conducerea acestora se asigură prin delegarea unuia din medicii primari de servicii (după ce anume criterii nu se precizează) de către Directorul recte Inspectorul Regiunii sanitare.

Categoria III-a grupează spitalele generale cu mai mult de 200 paturi şi cele de specialitate cu peste 100 paturi cari au în fruntea lor un medic director învestit cu titulatura cuvenită dar cu drepturi mai limitate, prin instituţia consiliului medicilor primari.

Categoria IV-a înglobează spitalele cu mai mult de 400 paturi cari pe lângă un director tehnic (post facultativ după cum rezultă din textul regulamentului) mai pot avea (deci tot facultativ) şi un director administrativ în mâna căruia se concentrează întreaga gospodărie spitalicească. Şi în sfârşit

Categoria V-a formată din unele unităţi aparţinând categoriei II-a cât şi din majoritatea unităţilor din cat. III-a şi din toate cele din categoria IV-a a căror conducere efectivă aparţin unui consiliu medical investit cu dreptul de a-şi schimba directorul la câte doi ani interval.

A doua concluzie care se evidentiază este că în ciuda diferenţierilor arătate nu s'a reuşit să se ajungă la respectarea principiilor fundamentale schiţate mai înainte ci din contră pare a le desfiinţa aproape în întregime, căci.

1. Unitatea de comandament nu este asigurată decât la spitalele din categoria I-a şi în parte la cele din categoria II-a.

2. Continuitatea în acţiune deasemenea nu este garantată decât la spitalele din categoria I-a căci în rest ea este lăsată fie la discreţia Inspectorului general sanitar fie la fluctuaţiunile de ordin sentimental sau politice ale alegătorilor din sânul consiliului medical.

3. Autoritatea deasemenea singurele baze solide le are categoria I-a căci încolo ea este impinsă spre compromisuri atât în jos

(captarea bunăvoinţei alegătorilor) cât şi în sus (căştigarea simpatiei şi mai puţin aprecierii autorităţilor superioare).

Prin urmare intronarea în viaţa spitalicească a principiilor de conducere mai sus enunţate nu poate întârzia prea mult fără zguduirie şi prejudicii inutile, Spre a grăbi lichidarea sau cel puţin atenuarea acestora cred necesare o serie de modificări în textele legii şi regulamentului privind conducerea spitalelor. In acest scop propun ca: I. Art. 114 din legea sanitară să primească redactarea următoare.

Al 1. Fiecare aşezământ spitalicesc este condus după legile şi regulamentele în vigoare de către un medic director.

Al. 2. La spitalele cu mai mult de 2 servicii medicul director este ajutat în executarea atribuţiunilor sale legale de către un consiliu medical. Normele de funcţionare ale consiliului vor fi precizate în regulamentul de funcţionare al instituţiunilor de asistenţă spitalicească.

Modalităţile de recrutare a medicilor directori: se vor preciza la capitolul recrutării personalului medical al spitalelor.

Al. 1. La spitalele mixte şi cele de specialitate cu un singur medic primar sau medic de spital funcţiunea de director este îndeplinită de către acest unic îndreptăţit.

Al. 2. La spitalele cu două sau mai multe servicii funcţiunea de director este conferită prin Decret Regal unuia dintre medicii primari definitivi de secţie din cadrele aceleiaş instituţiuni.

Al. 3. Numirea se face cu titlu de stagiar pe o durată de 2 ani la propunerea Inspectorului general sanitar al Regiunei având la bază apitudinele de gospodar evidenţiate în foaia calificativă şi verificată cu ocaziunea inspecţiunilor.

Al. 4. După expirarea acestui termen medicul director va fi confirmat definitiv în funcţia pe care o ocupă condiţionându-se definitivarea de avizul favorabil al unei comisiuni formată din inspectorul general sanitar al regiunei şi doi medici directori definitivi cu o vechime de cel puţin 5 ani în funcţiune.

Al. 5. La numirea în funcţiunea de medic director al unui spital de specialitate cu două sau mai multe servicii prioritatea revine medicului primar din fruntea serviciului cu o mai mare importanţă şi cu o activitate mai extinsă. Dreptul acesta de prioritate se va stinge numai în cazul când cel îndreptăţit în perioada de stagiar va da dovadă de o complectă lipsă de spirit gospodăresc şi iniţiativă.

* * *

Avem convingerea că prin adoptarea modificărilor de mai sus atât unitatea în comandament cât şi continuitatea în acţiune vor fi pe deplin asigurate. Ne rămâne încă să aflăm o modalitate pentru întărirea şi ridicarea autorităţii medicului-director, autoritate fără de care orice activitate laborioasă este compromisă. Deşi nu se poate contesta că personalitatea titularului joacă un rol de frunte în determinarea prestigiului unei autorităţi, ea nu se va putea exercita totuşi cu amploarea cuvenită decât în cazul când i se vor conferi şi drepturi suficiente pentru a nu fi peste măsură stânjănit în exercitatea atribuţiunilor sale legale menite a garanta bunul mers al serviciului în primul rând prin constrângerea organelor în subordine la îndeplinirea exactă a îndatoririlor, iar în doilea rând printr'o chibzuită coordonare şi îndrumare a lucrărilor. În această ordine de idei se impune ca:

1. medicul director să fie şeful ierarhic real al întregului personal medical, sanitar auxiliar administrativ şi de serviciu din cadrele instituţiei pe care o conduce.

2. In calitate de cap al administraţiei spitaliceşti medicul director să nu mai fie lăsat şi pe mai departe în situaţia demoralizatoare a unui şef cu mâinile legate şi iniţiativa anihilată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

I. Pentru restabilirea şi consolidarea autorităţii de şef ierarhic nediscutat şi real se cere ca medicul director să fie învestit cu o serie de drepturi şi atribuţiuni în legătură cu numirea, calificarea, disciplinarea şi acordarea concediilor pe seama personalului în subordine. Citez numai câteva dintre acestea:

a) Atribuţiuni în legătură cu numirea personalului.

1. Participă cu vot deliberativ la lucrările comisiunii administrative cu ocaziunea completării fiecărui post de medic primar din instituţia sa.

2. Face propunerile pentru numirile de medici secundari pe baza avizului dat de medicii primari sub a căror ordine vor lucra.

3. Numeşte prin delegaţie ministerială medicii interni.

4. Numeşte tot prin delegaţie şi pe baza avizului medicilor primari personalul sanitar auxiliar de toate gradele.

5. Numeşte şi destituie personalul de serviciu de toate categoriile.

b) Atribuţiuni referitoare la disciplinarea personalului:

1. Avizează în acord cu consiliul medical asupra trimiterii în judecată şi deschiderea acţiunii în faţa comisiei de disciplină pentru culpele înşirate la punctele 1—5 art. 247 din legea sanitară.

2. Aplică pedeapsa admonestării verbale şi în scris personalului sanitar auxiliar în subordine, pe baza unei anchete întreprinsă personal.

3. Avizează în acord cu consiliul medical asupra trimiterii în judecata comisiei disciplinare a personalului sanitar auxiliar când culpa acestora reclamă o pedeapsă mai severă decât aceea pe care o poate aplica medicul director.

4. Aplică pedeapsa admonestării şi a pierderii salariului până la 30 zile întregului personal administrativ pentru culpe cari nu sunt încadrate în dreptul comun sau penal.

c) Atribuţiuni în legătură cu calificarea personalului tehnic:

1. Acordă prima notă calificativă medicilor primari de servicii cu privire la conduita lor cât şi la calităţile de gospodar, calităţile de ordin tehnic rămânând să fie apreciate de către inspectorul de specialitate.

2. Acordă prima notă calificativă medicilor secundari, interni şi personalului sanitar auxiliar de sub ordinele sale directe iar nota a doua celor din serviciile celelalte.

d) Atribuţiuni referitoare la concediile personalului.

Aprobă concediile statutare şi permisiile ocazionale ale întregului personal medical şi administrativ în subordine, afară de concediile de boală şi de studii cari rămân în atribuţia inspectorului.

II. Pentru facilitarea valorificării raţionale a spiritului de iniţiativă şi a energiilor creatoare cu cari este înzestrat medicul director precum şi pentru simplificarea şi accelerarea formelor biurocratice din domeniul bugetar se cere în primul rând ca fiecare instituţie spitalicească să aibă un buget autonom la administrarea căruia medicul director să fie învestit cu următoarele atribuţiuni:

1. Ordonanţează în calitate de ordonanţator secundar toate sumele de la capitolul cheltueli prevăzute în buget şi creditate de către minister sau eforie judeţ-comună.

2. Aprobă orice cheltuială în limita sumelor bugetare şi în conformitate cu legea contabilităţii publice.

3. Controlează, supraveghează şi aprobă în prealabil toate actele de gestiune şi gospodărie ale administratorului.

B) Medicul primar în calitate de şef ierarhic al personalului tehnic şi administrativ în subordine va avea următoarele atribuţiuni:

1. Participă cu vot deliberativ la şedinţele consiliului medical.

2. Îşi dă avizul său la numirea medicilor secundari, interni cât şi a personalului sanitar auxiliar din serviciul său.

3. Califică personalul sanitar auxiliar de sub ordinele sale.

4. Acordă permisii până la maximum 7 zile personalului său.

5. Îşi dă avizul pentru acordarea concediilor statutare pentru personalul medical şi sanitar auxiliar în subordine.

6. Aplică pedeapsa admonestării şi pierderii salariului până la 3 zile personalului de serviciu al secţiei sale.

C) Medicul secundar fiind numai un organ de execuţie al medicului primar nu poate exercita pe propria sa răspundere niciun act de autoritate nici în ceeace priveşte activitatea tehnică şi nici în aceia de ordin gospodăresc, afară de cazurile când ţine locul medicului său primar.

O tulburare profundă în viaţa spitalicească a produs recrutarea medicilor secundari pe bază de concurs, căci ca urmare mulţi dintre cei dornici de a ocupa un asemenea post, pentru a nu se expune la riscurile unui examen s'au îndreptat în altă parte, ia majoritatea celor reuşiţi la examen, — graţie încurcăturilor survenite la alegerea posturilor cât şi a detaşărilor şi transferărilor care le-au urmat, — au desechilibrat aproape complect unele servicii. Deaceea suntem de părerea că se impune în mod grabnic ştergerea concursurilor pentru medicii secundari urmând ca numirea lor să se facă pe baza propunerii medicului director şi avizului medicului primar al serviciului respectiv de către inspectorul regiunii.

* * *

Iată în rezumat ceeace am dorit să evidenţiez în legătură cu ierarhia şi autoritatea ce trebue să se întroneze în spitalele noastre.

Imi dau perfect de bine seama totuşi că oricât de precise şi potrivite ar fi modificările de texte şi paragrafe aci propuse din cauza unor factori psihiologici cu influenţă covârşitoare în evoluţia organismelor noastre sociale ele nu vor fi în stare să rezolve în mod integral problema care ne preocupă dar întrucât eliminarea sau numai corectarea acestor factori scapă de sub puterea unei acţiuni de ordin doctrinar am fost nevoit să mă limitez la încercarea de a perfecta unele norme menite a îmbunătăţi în măsura posibilă o situaţie ce aşteaptă să fie grabnic, remediată.

Résumé.

Radu C.: **Refléxions sur la hiérarchie, le recroutement et les attributions du personnel médical des hôpitaux.**

1. L'auteur préconise l'autonomie budgétaire des hôpitaux. 2. La direction de l'hôpital ayant plusieurs services doit être attribuée au médecin en chef le plus capable. 3. L'abolissement du concours pour le recroutement des médecins secondaires.

Cercetări asupra inocuităţii anatoxinelor în raport cu albuminuria.

de

Dr. DAVID PETRU
asistent.

In faţa opiniunilor extrem de variate în legătură cu valoarea şi calitatea de inoculabilitate a anatoxinei Dick, cu ocazia vaccinărilor antiscarlatinoase şi antidifterice din Cluj, s'au executat unele cercetări ale căror rezultate clarificatoare a problemei, merită de a fi cunoscute.

Sub presiunea afirmaţiilor: „că anatoxina Dick conţine toxină liberă, scăpată de sub acţiunea de detoxificare a formolului" ori „că toxina existentă liberă în toxina streptococică formolată, injectată fiind, compromite funcţiunea renală, indiciu e albuminuria," am hotărât: cercetarea funcţiunii renale în legătură cu administrarea anatoxinei Dick, luând drept martore efectul anatoxinei Ramon şi întrucât — la Cluj — vaccinarea a fost executată prin introducerea a anatoxinelor Dick şi Ramon amestecate, — prin metodă asociată, — cercetările s'au extins urmărind şi eventualele consecinţe ce ar rezulta în urma acestui procedău.

Albuminuria fiind acceptată ca o preţioasă indicatoare a suferinţii renale, pentru a cerceta influinţele anatoxinelor asupra bunei funcţiuni a acestor organe, urina elevilor vaccinaţi a fost analizată în acest scop.

Determinarea fenomenului de albuminurie s'a executat cu ajutorul câtorva picături din sol. 20% de acid sulfosalicilic şi s'au luat toate precauţiunile pentru a nu da loc interpretărilor greşite — prin valorificarea reacţilor false — datorită prezenţei sărurilor de fosfaţi.

Pezenţa şi intensitatea albuminuriei manifestă în reacţie, a fost notată prin; „+" = un nor uşor şi transparent; „+ +" = la suprafaţă un inel albuminos clar vizibil şi „+ + +" = albumina intensă „ad fundum petens".

In timpul recoltării s'a făcut o supraveghere severă a elevilor, pentru a se evita substituirea probelor de urină.

Verificarea terenului biologic înainte de vacinare, s'a realizat prin executarea analizelor de urină în 2 rânduri, la 4 zile interval.

Pe un număr de 264 elevi, de 8—15 ani aparent sănătoşi, cercetaţi anterior vaccinării, albuminuria a fost pozitivă la 9 indivizi. Cifra aceasta dovedeşte că fenomenul în Cluj, are o frecvenţă de 3,3% pentru vârstele amintite.

Prin eliminarea celor cu albuminurie pozitivă, elevii rămaşi în număr de 255, conform receptivităţii lor, au fost astfel repartizaţi pentru vaccinare: 88 elevi cu anatoxină Ramon; 73 elevi cu anatoxină Dick şi 94 elevi cu anatoxine Ramon şi Dick asociate.

Indiferent de natura anatoxinelor injectate, sau a procedeului întrebuinţat, pe un număr de 255 elevi, după vaccinare s'au obţinut 42 elevi cu albuminurie pozitivă, adică într'o frecvenţă medie de 16,4% Intensităţile albuminuriei au variat între „+" şi „+ +", iar cazuri cu „+ + +" au fost excepţionale (unul).

Pozitivitatea albuminuriei, în raport cu calitatea anatoxinelor injectate şi în funcţie de procedeul aplicat, este următoarea:

a) dintre 88 elevi vaccinaţi cu anatoxină Ramon, 16 au prezentat albuminurie pozitivă, deci într'o frecvenţă de 18,2%;

b) dintre 73 elevi, vaccinaţi cu anatoxină Dick 6 elevi au reacţionat prin albuminurie pozitivă, adică într'o proporţie de 8,2%,

c) pe un număr de 94 elevi, vaccinaţi asociat cu anatoxine Ramon şi Dick — amestecate, — un număr de 20 elevi, prin urmare 21,2%, au prezentat albuminurie pozitivă.

Din analizarea datelor de mai sus rezultă: 1. o frecvenţă în general destul de exprimată a cazurilor cu albuminurie şi 2. că albuminuria ar predomina în vaccinarea asociată şi că acest fenomen este mai atenuat în cazul vaccinării cu anatoxină Dick, comparativ cu efectul obţinut la anatoxina Ramon.

Având însă în vederere, că nu toţi indivizii au primit cantităţi identice de anatoxină şi că ei au fost vaccinaţi, cu doze fracţionate şi adecvate sensibilităţii — variate — individuale, deci după norma de toleranţă faţă de vaccin, proprietate biologică ce a fost depistată cu ajutorul reacţiei Moloney, se indică şi cercetarea relaţiei între numărul cazurilor cu albuminurie pozitivă raportat la volumul total de anatoxină administrată celor pozitivi, aceasta pentru a putea cunoaşte cantitatea de anatoxină ce corespunde la un caz de albuminurie. Pentru a putea realiza relaţia aceasta, s'au totalizat primele doze provocatoare de albuminurie, a căror sumă s'a raportat la numărul celor pozitivi.

Cantitatea de anatoxină Ramon injectată la 16 elevi cu albuminurie este de 6 cmc.; din anatoxina Dick pentru 6 alevi e de 2,5 cmc.; iar din anatoxinele asociate Ramon şi Dick pentru 20 elevi este de 15,0 cmc.

Prin calculare se obţin cantităţile medii ale anatoxinei provocătoare de albuminurie la un elev. Acestea sunt, de 0,4 cmc. la anatoxina Ramon; 0,5 cmc. la anatoxina Dick şi de de 0,8 cmc. pentru anatoxinele asociate: Ramon şi Dick. *Datele acestea şi din punct de vedere volumetric confirmă, constatarea anterior expusă, referitor la efectul albuminuric mai exprimat al anatoxinei Ramon, faţă de anatoxina Dick, în timp ce anatoxinele asociate sub raportul cantităţii injectate sunt complect reabilitate, întrucât sunt cel mai puţin provocătoare de albuminurie.*

Pentru a cunoaşte şi gradul de intensitate al albuminuriei provocate de anatoxine, se vor însuma toate semnele „+", cari indică acest efect al fenomenului şi vor fi raportate la numărul elevilor pozitivi.

Astfel se constată, că la anatoxina Ramon 16 elevi au reacţionat cu un total de 22 semne „+"; la anatoxina Dick 6 elevi cu 8 semne „+"; iar la anatoxinele asociate pe 20 elevi s'au obţinut 27 semne „+".

De aici rezultă că semnut „+", care indică intensitatea albuminuriei, în funcţie de calitatea anatoxinei injectate şi de individ, are o frecvenţă medie caracteristică. Pentru ambele anatoxine Ramon şi Dick, intensitatea medie de albuminurie este identică, adică de 1,3 (semn „+") pentru fiecare; iar pentru anatoxinele asociate este de 1,2. *Aşa dar, din punct de vedere al cantităţii de albumină, provocată prin efectul anatoxinelor injectate, anatoxinele Ramon şi Dick se prezinte egal de albuminogene, iar anatoxinele asociate deţin o proprietate mai atenuată.*

La diferitele intervale de timp, evoluţia albuminuriei s'a apreciat după dispariţia numerică a semnelor „+". In acest scop controlul s'a executat: după 2—8—16 zila şi 2 luni, dela injectarea dozei a III-a. Luând ca termen de comparaţie, albuminuria exprimată prin suma semnelor „+", obţinută la 2 zile după administrarea dozei a III-a de anatoxină, care sumă a fost de 14 pentru anatoxina Ramon; de 6 pentru anatoxina Dick şi de 15 pentru anatoxinele asociate, faţă de aceste cifre, rezultatul controalelor după 8,16 zile şi 2 luni, în funcţie de natura anatoxinelor, prezintă următoarea diminuare procentuală:

Diminuarea albuminuriei (în procente).

Timpu trecut dela primul control	La 2 zile după doza a III-a	După 8 zile		După 16 zile		După 2 luni	
		prezentă	diminuată cu	prezentă	diminuată cu	prezentă	diminuată cu
Anatoxina Ramon . . .	100%	50,1%	49,9%	50,0%	50,0%	25,0%	75,0%
Anatoxina Dick	100%	66,6%	34,4%	25,0%	75,0%	16,6%	83,0%
Anatoxine asociate (Ramon + Dick)	100%	55,1%	44,9%	37,9%	62,1%	17,2%	82,8%

Prima observaţie ce rezultă din comparaţia acestor procente, este că, indiferent de natura anatoxinelor, cantitatea de albuminurie după 16 zile se reduce cu peste 50—75%, în timp ce după 2 luni dispare într'o proporţă de 75—83%. Diminuarea la început — după 8 zile — e mai puţin favorabilă anatoxinei Dick (33,4%), faţă de a anatoxinei Ramon (49,9%), ca după 2 luni dispariţia să fie mai favorabilă anatoxinei Dick (83,4%), comparativ cu a anatoxinei Ramon (75,0%). Evoluţia diminuării de albuminurie după administrarea anatoxinelor asociate, urmează o cale mijlocie.

In intenţiunea de a controla şi efectul asupra funcţiunii renale, a formolului împreună cu bulionul ce intră în compoziţia anatoxinelor, un număr de 72 elevi — cu albumină negativă în urină —, au fost injectaţi subcutan cu: bulion Martin glucozat 2‰, filtrat prin filtru Seitz şi formolat 5‰, iar un alt grup de 78 elevi au fost injectaţi cu ser fiziologic formolat 5%. Cantităţile administrate au fost de: 0.5 cmc. pentru doza I-a şi de 1.0 cmc. la doza II-a. Etatea elevilor a variat între 8—15 ani.

Prin acest control, s'a observat că, bulionul filtrat şi formolat 5‰, pe un număr de 72 elevi, aprovocat 4 cazuri de albuminurie, adică, într'o frecvenţă de 5,5%. Volumul total al dozelor provocatoare şi injectate la cei 4 elevi, fiind de 2,0 cmc. rezultă că un efect de albuminurie este datorit unei cantităţi de 0,5 cmc. de bulion filtrat şi formolat. Deoarece, la cei 4 elevi, albuminuria s'a exprimat printr'o pozitivitate totala de 4½ semne „+", rezultă că bulionul filtrat şi formolat, provoacă o pozitivitate medie de 1,1 semn „+".

In acelaş timp, efectul serului fiziologic formolat 5‰ asupra celor 78 elevi, a fost de: 7 cazuri albuminurie, deci o frecvenţă de 9%, da-

torită acţiunii unei volum total de 3,5 cmc., din care revine câte 0.5 cmc. pentru fiecare individ, cantitate ce dă un efect în medie, de 1,4 semn „+".

Comparând acţiunea celor două substanţă, conchidem, că : atât bulionul formolat cât şi serul fiziologic formolat, singure şi fără colaborarea toxinelor detoxificate sau a celor zise „libere", într'un procent serios a cazurilor, sunt capabile şi responzabile în provocarea albuminuriilor; şi că în timp ce volumele lor sub raportul efectului de albuminurie sunt identice ; intensitatea pozitivităţii este mai exprimată la serul fiziologic formolat. Rezultatul cel mai important însă, al acestei cercetări îl constitue convingerea câştigată, că între acţiunea bulionului şi a formolului, elementului al 2-lea îi revine rolul propriu zis şi hotărâtor în provocarea albuminuriilor şi că efectul mai ameliorat a bulionului formolat se explică, prin atenuarea în parte de către substanţele proteice din bulion, a acţiunii, pe care formolul în lipsa acestora o exercită direct asupra şi în contul ţesuturilor din organismul viu.

In consecinţă, valorificând rezultatele obţinute prin controlul executat asupra efectelor datorite acţiunii formolului în bulion, se impune o revizuire radicală şi importantă a rezultatelor de mai sus, prin ce se permite clarificarea contribuţiunii reale a anatoxinelor asupra funcţiunii renale şi totodată să recere de a face deosebire între efectul toxinelor detoxificate — anatoxinizate —, de celea a anatoxinei integrale, care pe lângă elementele produse de microbi, mai conţine : bulion şi indeosebi formol, care într'o frecvenţă de 5,5—9,0% a cazurilor e albuminogen.

Concluziuni.

1. Pe un număr de 264 elevi, de 8—15 ani, înainte de vaccinare au prezentat albuminurie pozitivă 9 (3,3%) indivizi.

2. Frecvenţa medie de albuminurie pozitivă la 255 elevi, vaccinaţi cu anatoxine: Ramon, Dick şi asociate este de 42 (16,4%) indivizi.

3. Repartizarea albuminuriilor pozitive, după natura anatoxinelor au fost de:

a) 16 (18,2%) cazuri la 88 elevi după anatoxină Ramon;
b) 6 (8,2%) cazuri la 73 elevi, prin anatoxina Dick;
c) 20 (21,2%) cazuri la 94 elevi, prin anatoxinele asociate.

4. Cantitățile medii provocatoare de albuminarie, la un elev sunt de: 0,4 cmc. anatoxina Ramon; 0,5 cmc. anatoxina Dick și 0,8 cmc. pentru anatoxinele asociate. De aici rezultă, că anatoxina Dick sub raportul volumetric, e mai slab albuminogen decât anatoxina Ramon și că cea mai puțin albuminogenă este anatoxina asociată (Ramon și Dick).

5. Independent de natura anatoxinelor, cantitativ albuminuria după 16 zile, dela administrare, se reduce cu 50—75% și după 2 luni cu 75—83%.

6. Bulionul Martin glucozat 2 ‰, filtrat și formolat 5 ‰, la elevii de 8—15 ani, cu o cantitate de 0,5 cmc. provoacă o albuminurie de 5,5%.

7. Serul fiziologic formolat 5 ‰, cu o cantitate de 0,5 cmc. într'o frecvență de 9% provoacă albuminurie.

8. Față de acțiunea bulionului, rolul de a provoca albuminuria îi revine integral formolului.

9. Prin clarificarea și excluderea acțiunii revenite formolului în provocarea albuminuriei, e posibilă revizuirea radicală a rezultatelor, cari au indicat frecvența albuminuriilor ca datorite numai anatoxinelor.

10. Anatoxina Dick deține o influință mai atenuată asupra funcțiunii renale, decât chiar anatoxina Ramon.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Résumè.

La fréquence moyenne d'albuminurie positive chez 255 élèves, vaccinés avec les anatoxines: Ramon, Dick et associées, d'après la nature des anatoxines, a été de:

a) 16 (18,2‰) cas, pour 88 élèves, avec l'anatoxine Ramon;

b) 6 (8,2%) cas, pour 73 élèves, avec l'anatoxine Dick;

c) 20 (21,2%) cas, pour 94 élèves, par les anatoxines associées.

Indépendement de la nature des anatoxines, l'albuminurie se réduit quantitativement à 16 jours de l'administration, avec 50—75% et après deux mois, avec 75—83%. Le bouillion Martin glucosé 2‰, filtré et formolé 5%, chez les élèves agés de 8—15 ans, avec la quantité de 0,5 cmc. provoque une albuminurie de 5,5%.

Le sérum phisiologique formolé 5‰, avec la quantité de 0,5 cmc., produit l'albuminurie dans une frequence de 9,0%.

L'anatoxine Dick, possède une influence plus attennée sur la fonction rénale, que l'anatoxine Ramon même.

Actualităţi sanitare.

I. MOLDOVAN

1. **Învăţământul surorilor de ocrotire.** Sora de ocrotire are rostul, de a servi ca organ auxiliar preventiv şi educativ îndeosebi în condiţiuni rurale. Aşa a fost gândită dela început la noi şi acestei menii s'a conformat în mod firesc şi cât se poate de perfect şi învăţământul surorilor de ocrotire.

Cine cunoaşte cât de puţin rolul pe care trebue să-l îndeplinească sora de ocrotire, î-si dă perfect de bine seamă, că nu îngrijirea bolnavilor poate să fie principalul obiect şi scop al studiilor. Desigur şi sora de ocrotire trebue să cunoască elementele îngrijirei bolnavilor şi o serie de studii de bază vor fi aceleaşi ca şi pentru sora de caritate. Dar învăţământul surorilor de ocrotire trebue să fie dela început alcătuit în vederea menirei de a preveni, a educa, a ocroti, menire în care îngrijirea bolnavilor are un rol secundar, mai mult demonstrativ. In acest sens a luat fiinţă Institutul surorilor de ocrotire din Cluj şi în această direcţie a încercat să-şi perfecţioneze programul, pentru ca învăţământul să corespunde cât se poate de perfect cerinţelor noastre specifice româneşti. Şi până în prezent nu există nici o indicaţie precisă a practicei, care să ne îndemne la o modificare serioasă a programului de studii.

Or iată că în ultimul timp, câteva din elementele de conducere a instituţiei surorilor de ocrotire discută o schimbare radicală a învăţământului, îngrăunându-l în mod cu totul nejustificat, transformându-l în sensul cerinţelor îngrijirei de bolnavi şi abandonând caracterul predominant preventiv.

Nu ne putem da precis seamă, cari sunt motivele acestor insistenţe. Desigur avem nevoie şi de un personal mai bine instruit în domeniul îngijirei bolnavilor, dar urgenţa acestui personal nu este atât de presantă şi importanţa pentru păstrarea sănătăţii publice disparentă, faţă de aceea a surorilor de ocrotire. Şi când ne gândim la ruşinoasa noastră situaţie în ce priveşte mortalitatea infantilă, prin tuberculoză şi boli infecţioase, la dureroasa şi inutila pierdere de vieţi, pentru prevenirea căreia contribuţia surorilor de ocrotire este esenţială, trebue să ne mirăm, că cineva poate avea curajul de a schimba rostul acestei instituţii şi de a lipsi serviciul sanitar de un auxiliar atât de perfect acomodat cerinţelor noastre.

Se vede că persoanele cari insistă pentru modificare nu-şi dau seamă ce fac şi îndeosebi nu prea cunosc rostul instituţiei în care au un rol de conducere. Va trebui să se familiarizeze puţin cu cerinţele serviciului nostru rural şi cu îndatoririle pe cari surorile de ocrotire trebue să le îndeplinească în practică, căci altfel riscă să compromită instituţia, pe care au datoria să o servească cu pricepere şi suprem devotament.

2. **Consultaţii de specialitate la ţară.** Medicul de circumscripţie va rămâne încă multă vreme singurul organ medical curativ, permanent, la ţară. Oricari ar fi condiţiunile de recrutare şi oricare ar fi capacitatea medicului de circumscripţie şi eforturile depuse, el va putea satisface totdeauna numai o parte a cerinţelor; firesc este să fie aşa, căci nu putem cere medicului de circumscripţie să fie specializat în toate ramurile medicinei, pentru a fi capabil să rezolve toate problemele curative cari se ivesc.

Medicul de circuscripţie rămâne deci să desvolte o activitate curativă în limita unei competinţe generalizate, fără a putea ataca problemele, cari recer o specializare, urmând ca pentru satisfacerea acestor exigenţe de specialitate bolnavii să plece la medicii specialişti, aşezaţi la oraşe, sau specialiştii să se deplaseze la sat, pentru a da consultaţiuni la faţa locului. Evident e vorba de specialişti din serviciul Sta-

tului, cari ar urma ca în cadrele funcţiunei lor sau în baza unui angajament special să facă deplasările şi consultaţiunile gratuite la ţară.

Eu cred aceste consultaţiuni indispensabile, căci oricât de aproape ar fi centrul urban, cu spital sau dispensar organizat pe specialităţi, majoritatea covârşitoare a bolnavilor nu va căuta acolo alinare. Va trebui să se depună încă o muncă educativă intensă, pentru a îndemna pe ţăranul bolnav, să se deplaseze până la sediul circumscripţie în căutarea sănătăţii. Acesta a fost unul din motivele, pentru cari s'au instituit în plăşile sanitare bine organizate consultaţiuni de specialitate la sediul circumpscripţiilor prin medici ftiziologi şi pediatri angajaţi cu diurnă sau numiţi în acest scop din centrul urban mai apropiat, aşa cum funcţionează de ex. în plasa sanitară Gilău, dela început.

Rămân însă atâtea alte specialităţi medicale şi chirurgicale, în cari intervenţia unei competinţe superioare la faţa locului ar fi utilă. Şi cum nu ne putem gândi de a angaja în acest scop fie cu diurnă sau de a numi specialişti din toate ramurile medicinei, nici chiar de judeţ câte unul, nu ar rămâne decât următoarea soluţiune: Medicii primari de specialitate, din spitale, dispensarii sau alte instituţiuni curative, să fie obligaţi de a se deplasa — pe cheltuiala judeţului sau a statului — o zi la săptămână sau la intervale mai mari, la sediul unei sau mai multor circumscripţii rurale, după un program fixat înainte, pentru a face gratuit consultaţiunile şi intervenţiunile de specialitate posibile în împrejurările date. Sosirea specialistului ar fi cunoscută înainte, medicul de circumscripţie împreună cu sora de ocrotire ar urma să depisteze şi pregătească bolnavii, pentru ca la ora dată consultaţiile să poată fi făcute la casa de ocrotire dela sediul circumscripţiei. Instrumentarul necesar ca şi personalul de asistenţă urmează să fie adus de medicul specialist. Ca rezultat se vor prescrie proceduri terapeutice simple, medicamente după formulare simple şi ieftine, se vor face intervenţiunile chirurgicale posibile în condiţiunile date sau bolnavii vor fi invitaţi la serviciul specialistului, pentru cercetări sau tratamente, cari în condiţiunile consultaţiunilor improvizate nu se pot face.

Specialiştii vor vizita după un propram fixat în acord cu medicul primar de judeţ şi medicul igienist de plasă, în mod periodic toate circumscripţiile din raza teritorului care le aparţine. In specialităţi, ca: ftiziologie, pediatrie, medicină internă, chirurgie, otorinolaringologie, ginecologie, stomatologie, obstetrică, vizitele acestea vor trebui să se aranjeze în intervale cât se poate de scurte, în altele mai rar. Zestrea materială pentru consultaţiuni şi intervenţii ar urma să fie asigurată prin administraţiile locale sau Minister. Medicii specialişti şi asistenţii lor, — înafară de pediatru şi ftiziolog, cari urmează să se deplaseze de mai multe ori pe săptămână, nu vor primi nici o retribuţie specială.

In acest fel medicii specialişti ar contribui la o reală descentralizare a binefacerilor medicinei în toate ramurile ei, la o mai intensă aplicare practică a competinţei lor, dar în acelaş timp şi la perfecţionarea medicilor de circumscripţie. Procedee noui se vor generaliza mai repede, contactul frecvent cu specialiştii la curent cu tot ce ştiinţa şi experienţa pune la îndemână, va ridica nivelul activităţii curative la ţară. In acelaş timp medicul specialist îşi va spori şi numărul bolnavilor cari îl vor căuta la sediul funcţiunei sale.

Sunt sigur că se vor afla şi alte laturi bune ale soluţiunei pe care o punem în discuţiune şi nu prea văd motive serioase cari ar putea pleda contra acestei propuneri, în urma căreia nici medicii de specialitate nici cei de circumscripţie nu ar avea de suferit.

Rezumat asupra şedinţelor de organizare sanitară ale subsecţiei eugenice şi biopolitice a „Astrei".

de

Dr. PETRU RÂMNEANŢU

Dl. Profesor Dr. I. Moldovan, preşedintele subsecţiei eugenice şi biopolitice a „Astrei" luând hotărârea de a intensifica activitatea subsecţiei, mai ales pe terenul organizării sanitare, a convocat membrii acesteia, în majoritate inspectori generali sanitari, medici primari de judeţ, medici şefi de municipii şi directori de spitale şi laboratorii, în mai multe şedinţe. Astfel s'au ţinut şedinţe în Cluj, la 14—17 Noemvrie 1935, la 28—29 Martie 1936, la 20—21 Iunie 1936, în Sibiu la 7—8 Noemvrie 1936, în Braşov la 15—16 Ianuarie 1937 şi ultima în Arad la 23—24 Aprilie 1937.

Restul acestor întruniri a fost de a lămuri problemele de organizaţie sanitară şi de a cădea toţi membrii de acord asupra lor, iar în urmă având o unitate de vedere, principiile de organizare sanitară acceptate să fie propagate mai departe. Aceste întruniri au fost văzute de participanţi întotdeauna ca foarte necesare, mai ales, fiindcă la noi, schimbându-se aproape an de an, atât principiile sanitare, cât şi metodele de realizare, sănătatea populaţiei nu numai că stagnează la un nivel destul de inferior, dar chiar regresează. Adunările ţinute au fost astfel considerate, ca împlinirea unor datorii dictate de sentimentul răspunderii faţă de patrimoniul naţional viu de care membrii „Astrei" întotdeauna erau adânc preocupaţi.

Problemele discutate le putem împărţi în 4 grupe mari:

1. Organizarea serviciilor sanitare şi de ocrotire.
2. Metode tehnice de profilaxia şi combaterea unor boli.
3. Calificarea medicilor şi recrutarea personalului medical.
4. Problema fondurilor sanitare.

1. Dintre aceste probleme de sigur că discuţiile asupra **organizării serviciilor sanitare şi de ocrotire, dela Comună şi până la minister,** au necesitat timpul cel mai îndelungat, deşi pentru fiecare unitate sanitară, premergător şedinţelor s'au pregătit referate în scris, de către membrii mai competenţi.

Vom expune rezumatul desbaterilor şi concluziile acceptate, începând cu unitatea cea mai mică, care e aşezământul sanitar comunal.

Plecând dela concepţia, că populaţia rurală are drept la o instituţie sanitară şi de ocrotire proprie, prin care să se depisteze persoanele bolnave, să li se pună diagnostic şi să li se facă tratament egal cu a celor din mediul urban şi mai ~~ales~~ să urmărească evoluţia biologică a întregei populaţii, îndrumând-o pe calea sănătăţii integrale, fizică şi psihică, în toate perioadele ei, începând cu cea prenatală, continuând cu a primei copilării a preşcolarilor, a şcolarilor etc. şi terminând cu a adulţilor şi a bătrânilor, s'a considerat că serviciul sanitar rural, reprezentat prin circumscripţia sanitară actuală nu poate îndeplini toate aceste deziderate. Natural că aşezământului sanitar comunal îi revine şi sarcina să facă educaţia igienică a familiei ţărăneşti cu scop dublu, de a-i servi imediat şi de a o câştiga colaboratoare pentru obţinerea unui randament sanitar cu tendinţă de creştere continuă.

Dintre toate instituţiile sanitare: casă de ocrotire, dispensar, circumscripţie sanitară cu spital, casă de sănătate, asupra cărora s'a discutat, a fost acceptată *casa de ocrotire.*

Aceasta a fost aleasă cu unanimitate, ca cea mai adecvată instituţie pentru a îndeplini deziderateie amintite, nu atât pentru a apăra o numire născută la noi, ci pentru puterea de comprehensiune a tuturor nevoilor sanitare actuale şi de mâine ale ţărănimei noastre.

Casa de ocrotire, privită ca o instituţie preventivă, curativă şi de educaţie şi având la baza activităţii ei familia ţărănească, trebuie să fie descentralizată până acolo. In consecinţă s'a căzut de acord, ca să cuprindă după cerinţe şi posibilităţi:

1. Un dispensar mixt, pentru consultaţiuni generale, (ore fixe pentru sugari, tuberculoză, boli venerice, şi alte boli specifice regiunii) pentru examinarea preşcolarilor şi a şcolarilor. Sala dispensarului să servească şi pentru ţinerea conferinţelor.

2. Un salon pentru sugari bolnavi.

3. O sală pentru intervenţii chirurgicale urgente (accidente, operaţii de urgenţă, faceri).

4. Un salon pentru bolnavii de urgenţă.

5. O baie duş.

6. Un cămin de zi pentru copii.

7. Locuinţă pentru sora de ocrotire.

8. Un birou pentru administraţie.

9. La nevoie i se poate alăşa şi un local pentru izolarea contagioşilor.

Din această împărţire a casei de ocrotire, reiese că ea poate să îndeplinească toate postulatele care i s'au atribuit. Tot din acest câmp de activitate, mai vedem că dispensarele care astăzi îşi trăiesc cea mai fericită perioadă de construcţie sunt instituţii integrate casei de ocrotire, în interiorul căreia în mod real vor putea servi apărării sănătăţii populaţiei. Deacea întotdeauna toţi membrii prezenţi au fost de părere, că acolo unde sunt dispensare, în timpul cel mai scurt posibil, va fi nevoie de crearea de case de ocrotire, în cadrele cărora trebuesc aşezate dispensarele.

S'a stabilit, ţinând seamă de împrejurările geografice dela noi, că o casă de ocrotire, deci circumscripţia rurală, să nu-şi aibă sfera de activitate mai mare decât 5000 locuitori.

Ca personal casa de ocrotire va avea, pe medicul actual de circumscripţie, o soră de ocrotire, şi mai multe moaşe.

Medicul de circumscripţie, va face atât medicină curativă cât şi preventivă şi educaţia populaţiei şi va conduce casa de ocrotire. Din cauza consultaţiunilor însă, în număr mare pe care trebue să le facă astăzi (săraci, preşcolari, şcolari, premilitari, jandarmi) în problemele de medicină preventivă şi în educaţia populaţiei va fi complectat de un alt organ sanitar, de medicul igienist. De altă parte, fiindcă o populaţie rurală are dreptul să se bucure de achiziţiile medicinei curative moderne, a căror aplicare necesită cunoştinţe de specialitate, dintre care cele mai necesare sunt ale pediatrului şi fiziologului. Medicul de circumscripţie să fie ajutat şi de aceştia. Mai mult, medicii primari de spitale, membrii ai subsecţiei au acceptat benevol ca în Duminei şi sărbători să se deplaseze la casele de ocrotire, unde sora de ocrotire să-i aştepte cu bolnavii înregistraţi pentru consultaţiuni. In felul acesta medicii de circumscripţie, se pot pune la curent cu chestiuni pe care eventual nu le cunosc.

Munca de birou a medicului de circumscripţie care astăzi este destul de încărcată, încă trebuie redusă la minimum. Biroul lui nu va avea decât registrele strict

necesare. Datele asupra mişcării populaţiei şi asupra mersului epidemiilor le va înainta pentru prelucrare plăşii sanitare.

Nu au fost acceptaţi medicii cu contract de reşedinţă. Aceştia primind numai jumătate din salarul medicilor de circumscripţie nu vor fi în stare să-şi asigure existenţa şi ca atare pentru urcarea venitelor, vor fi nevoiţi să taxeze exagerat populaţia care le solicită serviciul. Se crede, că aceşti medici nu vor fi simpatizaţi de populaţie şi nu vor servi întru nimic interesul sănătăţii publice.

Medicul sanitar de circumscripţie, va fi doctor în medicină şi va avea doi ani de stagiu spitalicesc, în specialităţile cele mai principale ale medicinei. Pe lângă salar va primi diurnă pentru deplasări, indemnizaţii de transport, locuinţă, încălzit şi luminat în natură.

In casa de ocrotire necondiţionat va funcţiona o *soră de ocrotire*. Ea, pe lângă că va fi auxiliarul medicului sanitar în cele mai multe probleme, va conduce fişierul casei de ocrotire cu întreaga evidenţă biologică a populaţiei. Când numărul lor va creşte (deocamdată sunt vreo 350—400) atunci se vor putea înfiinţa case de ocrotire şi în comunele nesedii de medici de circumscripţie, dar şi acolo activitatea surorilor de ocrotire va fi condusă şi controlată de aproape de medicul de circumscripţie. Sora de ocrotire va locui la casa de ocrotire.

Conductorul tehnic sanitar, se va ocupa de sănătatea publică, mai ales de locuinţa ţărănească şi va face desinfecţiile terminale în cazurile de boli infecţioase.

Moaşa comunală, având rolul ei bine stabilit, rămâne numai de a-i asigura bugetarea.

Analizând activitatea pe teren şi în birou a medicului de circumscripţie s'a tras concluzia, că din cauza cerinţelor mari de ordin curativ pe care trebuie să le satisfacă în dispensarul de astăzi sau în casa de ocrotire de mâine. nu va fi în stare şi desigur nu are nici cunoştinţe suficiente să se ocupe mai de aproape de combaterea bolilor infecţioase şi sociale, de reducerea mortalităţii infantile, de ameliorarea condiţiunilor de salubritate şi eventual de combaterea altor plăgi specifice regiunii. Astfel medicul de circumscripţie, fiind mai mult un organ curativ, iar intervenţiile preventive fiind adescori de ordin pur poliţienesc, nici nu-i convine să execute cu toată energia şi până la sfârşit obligaţiunile sanitare amintite pentru a nu-şi strica clientela, care îi constitue o sursă importantă de câştig. Această aversiune pe care şi-ar câştiga-o din partea populaţiei i-ar rămâne definitivă, fiindcă din lipsă de cunoştinţe tehnice, nici prin ameliorări de salubritate publică şi nici prin alte promovări sanitare de interes pentru masa populaţiei, nu se poate revanşa. Prin urmare, medicul sanitar, în domeniul medicinei preventive, nu execută nici ceeace ar putea.

Medicul primar de judeţ, la rândul lui cu atribuţiile administrative enorme, cu puzderia de consilii din care face parte, cu mijloacele actuale de comunicare pe care le avem, şi mai ales că unele judeţe sunt destul de întinse, nu se poate ocupa de problemele pe care medicul sanitar nu are timp ori nu are cunoştinţe tehnice să le execute sau numai le începe şi din motivele mai sus expuse nu le isprăveşte.

Insuficienţa activităţii medicului de circumscripţie şi imposibilitatea medicului primar de judeţ de a-şi exercita competinţa şi experienţa în domeniul medicinei preventive sunt evidenţiate de mortalitatea generală şi cea infantilă, prima de decenii, a două de jumătate de secol menţinându-se la acelaşi nivel foarte urcat.

In această situaţie precară, convingerea exprimată a tuturor membrilor a fost, că numai creiarea unui organ intermediar între medicul de circumscriie şi cel primar de judeţ, care să dispună de pregătire şi competinţă în domeniul medicinei preventive

va fi mijlocul capabil să ne rezolve problemele sanitare. Organul technic competent a fost ales medicul igienist, care va avea ca teren de activitate plasa sanitară, prevăzută în legea sanitară şi de ocrotire din 1930.

Plasa sanitară va fi competinţa descentralizată a măsurilor preventive, pentru a căror executare medicul igienist va purta şi întreaga răspundere.

Astfel medicul igienist la cazurile de boli infecţioase, declarate de medicul sanitar s'au descoperite direct de el, cercetează sursa, urmăreşte filiaţiunea şi ia măsurile technice necesare, atât faţă de bolnavi, cât şi faţă de purtătorii de germeni şi masa sănătoasă a populaţiei. El organizează vaccinările periodice (antivariolice, antidifterice, antiscarlatinoase etc.), pe cele necesare stingerii epidemiilor (antitifoide şi antidisenterice, etc.) şi ia măsurile de salubritate publică.

La plasă e centrul combaterii bolilor sociale. Medicul igienist fiind un specialist în medicina preventivă, va căuta să cunoască, prin anchete şi prin cifirea proporţiilor mişcării populaţiei şi cauzelor de deces, frecvenţa, gravitatea şi, localităţile unde bântuiesc maladiile sociale. Intotdeauna va avea un program de realizări, atât la casa de ocrotire dela centrul plăşii, cât şi la cele dela sediile circumscripţiilor. De sigur, că la rezolvirea acestui program, va cointeresa toţi factorii rurali şi mai ales administraţia, fiind responsabil nu numai de reuşita programului, ci şi de lipsa câştigării acestei colaborări. Combaterea mortalităţii infantile, a preşcolarilor şi a şcolarilor, cât şi problemele de ameliorare a alimentaţiei şi locuinţei ţăranului, vor cădea tot în sarcina medicului igienist. Plasa sanitară va forma şi nucleul de unde iradiază educaţia sanitară a populaţiei.

In felul acesta, medicul igienist va fi mai mult pe teren în legătură cu populaţia, a cărei intenţii chiar va trebui să le cunoască (construcţii, asanări), pentru aşi putea spune cuvântul sfătuitor la timp. In consecinţă îi va rămâne foarte puţin timp de petrecut în birou.

Totuşi fiind obligat a pune la dispoziţia medicilor sanitari, odată cu programul de muncă şi datele demografice referitoare la problema atacată şi având datoria să informeze periodic şi pe medicul primar de judeţ, de toată mişcarea din plasă, el va avea pe lângă surori de ocrotire, un oficiant sanitar şi un funcţionar de birou. Aceasta în colaborare strânsă cu Oficiul de stare civilă, va pune zilnic, săptămânal şi lunar la dispoziţia medicului igienist toate datele crude asupra mişcării populaţiei.

Prin activitatea medicului igienist, se speră că şi medicul sanitar va fi scos din izolarea de astăzi.

Natural, că făcând pe medicul igienist responsabil de întreaga activitate preventivă din plasă, i se va da şi şefia ierarhică a întregului personal medical şi sanitar auxiliar.

Discuţiile care au avut loc, au fixat raza de acţiune a unui medic igienist la o plasă sanitară care să cuprindă 30—60.000 de locuitori, după împrejurările geografice. La sediul plăşii sanitare s'a preconizat o casă de ocrotire mai completă decât dela circumscripţie şi la nevoi în centrele mai mari, îndepărtate de capitala de judeţ. şi un spital de plasă.

Medicului igienist neadmiţându-i-se să facă clientelă, i se va asigura un salar corespunzător, diurnă de deplasare, transport, locuinţă încălzit şi luminat în natură El va fi recrutat dintre medici de circumscripţie absolvenţi ai cursului de igienă.

Ideia ataşării unui medic igienist, medicului primar de judeţ, a fost abandonată, deşi asupra ei au avut loc discuţii destul de multe.

Serviciul sanitar judeţean, din administrativ cum e astăzi, trebuie transformat

într'unul tehnic. Medicul primar de judeţ, nu mai poate fi numai organ receptor şi transmitător cum e până de prezent, ci printr'o descentralizare reală, plecată dela Minister trebuie lăsat să aibă iniţiative, şi să-şi depună cunoştinţele technice pe teren prin normele pe care le stabileşte şi prin măsurile pe care le ia în interesul sănătăţii publice pe care e chemat să o servească. Astfel responsabilitatea faţă de mersul sănătăţii, va fi purtată în primul rând de medicul primar de judeţ. Se înţelege, că în vederea acestui scop, medicul primar va fi specializat în igienă, i se va cere o vechime care îi asigură o experienţă suficientă, şi va fi selecţionat dintre aceia care au cunoştinţe generale serioase şi cari au reuşit în cursul activităţii să-şi câştige şi un prestigiu.

La judeţ, pe lângă personalul de birou, va funcţiona şi câte unul sau mai mulţi ftiziologi şi pediatri, al căror program săptămânal, la casele de ocrotire, îl formează medicul primar de judeţ, de acord cu medicii igienişti.

Pentru a spori autoritatea medicului primar de judeţ, şi mai ales pentru a asigura o colaborare cât se poate de intimă cu prefectul şi cu celelalte servicii judeţene, s'a preconizat ca medicul primar să facă parte de drept din Consiliul judeţean.

Medicul primar de judeţ nu va face clientelă, dar în schimb va primi salar rezonabil, diurnă de deplasare, transport, locuinţă, încălzit şi luminat în natură.

Subliniem încă odată, că la discuţiile care au dus la aceste rezultate au luat parte în repetate ori toţi membrii. Referenţi au fost *Dnii Dr. P. Nistor — Braşov* şi *I. Cosma — Sibiu.*

Rezultatele acestea, aşa cum reies detailiat din procesele verbale, au servit Dlui Inspector General Sanitar şi de Ocrotire Dr. I. Stoichiţia, la întocmirea Raportului asupra Organizării sanitare rurale, susţinut în adunarea Marelui Consiliu al Asociaţiei Generale a Medicilor din România din 28 şi 29 Noemvrie 1936, adunare care şi l'a însuşit într'u toate.

La o unitate de vedere asupra *organizării serviciului sanitar din muncipii* s'a ajuns mult mai repede. Plecând dela faptul că bazele de organizare ale serviciului sanitar în mediul urban, trebuie să fie identice cu cele din mediul rural şi că la oraşe deja sunt instituţii curative pe specialităţi, s'a considerat situaţia medicului sanitar urban ca anacronică. In consecinţă s'a hotărât, ca acolo unde pe lângă medicul şef de muncipii sau oraş nu funcţionează şi medici sanitari, aceştia din urmă să fie împărţiţi pe specialităţi. Specialităţile de medicină preventivă cele mai urgent de realizat ar fi: oficiul de ocrotire, pentru ocrotirea mamei şi a copilului de toate vârstele pentru ajutorarea săracilor şi asistenţa socială; specialitatea de igienă industrială; de epidemiologie şi boli sociale şi una de analize alimentare. S'a propus dar încă nu s'a acceptat cu unanimitate, ca la serviciul sanitar al municipiului, să funcţioneze şi un avocat pentru chestiunile amenzilor sanitare.

In ce priveşte condiţiunile de funcţionare a serviciului a acceptat aceeaşi descentralizare ca şi pentru judeţ. La fel normele de conducere, răspunderea technică, selecţionarea şi salarizarea medicului primar de judeţ.

Referent asupra acestei probleme a fost Dl Dr. P. Vlad — Cluj.

Problema dispensarelor urbane. Observând, că acum în cele mai multe centre urbane, există atât o risipă de bani, cât şi una de energii, fiindcă medicii nu lucrează la un dispensar decât 1—2 ore şi fiindcă la fiecare departament Sănătate, Asigurările sociale, C. F. R. există câte o policlinică, cu aceleaşi specialităţi, s'a propus să se facă o conexiune între ele. Astfel s'a hotărît ca la sănătate să se înfiinţeze un dispensar central urban pe specialităţi, care să fie ataşat Oficiului de o-

crotire, să fie deci sub conducerea medicului şef. Medicii de specialitate să fie aceiaşi la toate departamentele şi printr'un program să treacă zilnic dela un loc la altul. In consecinţă să aibe câte un singur salar.

Organizarea şi funcţionarea spitalelor. S'a stabilit concluzii, referitoare a) la numărul minim de paturi pe care trebue să-l aibă un spital b) la conducerea spitalelor şi c) la autonomia spitalelor.

Pentru ca întreţinerea unui spital să nu fie prea costisitoare, s'a convenit ca el să aibă minimum 60 de paturi. Altfel, conform celor arătate de Dl Dr. Nistor — Braşov, se ajunge ca întreţinerea unui bolnav într'o zi să coste 280 de lei.

Spitale de acestea, care totuşi să aibe minimum 2 secţii, să fie în centrele urbane nereşedinţă de judeţ sau la sediile plăşilor sanitare. Necesitatea lor la sediile plăşilor sanitare va fi simţită, fiindcă plasa are o populaţie de 50—100.000 locuitori. Spitalele judeţene să aibe dela 200 de paturi în sus,

Conducerea spitalelor judeţene şi regionale să nu se facă prin rotaţia medicilor primari, ci printr'un director numit. Secţiile dintr'un spital să fie subordonante directorului. Definitivarea directorului în această calitate să se facă numai după un stagiu, în care a dat dovadă de bun gospodar.

Spitalele să aibă autonomie absolută. Să aibă buget propriu de venituri şi cheltuieli. Experienţa dinainte de modificarea din 1 Aprilie 1935 ne-a arătat avantagiul acestei autonomii: au fost spitale, mai ales în Transilvania, care au avut 60—70% din bolnavi cu plată, sumă care le-a asigurat aproape întreaga existenţă.

In ce priveşte controlul administrativ, s'a admis ca la spitalele din judeţ să se facă de medicul primar de judeţ, iar la cele din municipii, de medicul şef, iar la cele regionale de inspectorul general sanitar.

In raport cu aprovizionarea s'a propus ca aceasta să se facă printr'o comisie pentru toate instituţiile unui judeţ. Astfel s'ar face multe economii.

Referitor la organizarea şi funcţionarea inspectoratului general sanitar şi de ocrotire s'a ajuns la următoarele concluzii:

Inspectoratele sanitare sunt necesare funcţionării normale a serviciilor sanitare dintr'o regiune şi îşi vor putea exercita atribuţiunile atunci când Ministerul va face o descentralizare administrativă şi tehnică reală. Menirea Inspectoratului e de a controla în mod efectiv întregul serviciu sanitar şi de ocrotire din regiunea căreia îi aparţine.

Pentru a-şi îndeplini aceste atribuţiuni, inspectoratul trebuie să stea într'o permanentă legătură cu institutul de igienă şi sănătate publică în a cărei rază de activitate se găseşte. Trimestrial inspectorii vor participa la conferinţele de îndrumare pe care le organizează Institutul de igienă.

Inspectorul general sanitar şi de ocrotire, va fi ajutat pe lângă un aparat funcţionăresc suficient, de un contabil expert, de un inginer sanitar şi de un avocat, care va conduce serviciul de contencios, de un statistician şi de o soră de ocrotire inspectoare.

Inspectorii sanitari se vor recruta numai dintre medicii primari de judeţ sau medici şefi de municipii, cari au o vechime de cel puţin 10 ani în aceste funcţiuni.

Problema organizării Inspectoratului a fost referată de Dl. Dr. I. Stoichiţia insp. gen. sanitar.

Organizarea şi funcţionarea Institutelor de Igienă şi a Ministerului sănătăţii

şi ocrotirilor sociale, au fost discutate numai parţial, încât deocamdată e prematur ca să tragem concluzii definitive.

Referent asupra organizării Ministerului, a fost Dl. Dr. S. Manuilă, directorul general al Institutului Central de statistică.

2. Metode tehnice de profilaxia şi combaterea bolilor infecto-contagioase, a tuberculozei, bolilor venerice, a mortalităţii infantile şi de igienă şi profilatic mintală.

Pentru combaterea bolilor infecţioase, care necesită în primul rând măsuri de ordin preventiv, s'a acceptat următoarele:

Vaccinări periodice obligatorii faţă de variolă, difterie, scarlatină, (aceste două combinate) iar în caz de epidemii, vaccinări anti-tifice, anti-dizenterice, anti-colerice, etc. Pentru combaterea rugeolei s'a propus ca administrarea serului de convalescent sau a sângelui de mamă să fie obligatorie. Pentru diagnosticul bolnavilor, excretorilor şi purtătorilor de germeni, dealtfel ca şi declararea de vindecat a unui bolnav s'a propus să se solicite mai frecvent concursul laboratorului.

Referitor la izolarea bolnavilor în mediul rural s'a acceptat să se facă în infirmerii provizorii şi unde sunt case de ocrotire în infirmeriile acestora.

Pentru transportarea bolnavilor s'a crezut, că ar fi bine să existe la fiecare judeţ, una sau două camionete sanitare.

Raportarea cazurilor s'a propus să se facă prin cartele individuale.

In materie de *combatere a tuberculozei* e necesar ca depistarea şi tratamentul să se facă cât de timpuriu. Pentru aceasta e nevoie ca toate casele de ocrotire, să aibe un program precis, atât în ce priveşte depistarea, cât şi pentru urmărirea bolnavilor neinternaţi la domiciliu. Consultaţiunile anti-tuberculoase să fie făcute de medicul ftiziolog judeţean secundat de medicul sanitar. Reacţia Pirquet să fie aplicată pe o scară întinsă, iar cei cu rezultat pozitiv să fie văzuţi la Roentgen şi să lise facă examenul sputei. Având date care demonstrează eficacitatea vaccinului B. C. G. s'a crezut că s'ar putea pretinde chiar obligativitatea vaccinării cu B. C. G. Să se înfiinţeze cât mai multe spitale-sanatorii şi colonii de vară şi să se acorde asistenţă socială familiilor cu tuberculoşi.

Din toate datele pe cari le avem, reieşind că *mortalitatea infantilă* nu suferă aproape nici o scădere, s'a căzut de acord, ca în noua organizare sanitară, o bună parte din activitatea casei de ocrotire, să fie consacrată combaterii mortalităţii infantile. Pentru aceasta s'a creeat şi medicul pediatru judeţean. Reducerea mortalităţi preşcolarilor, s'a crezut că se poate obţine prin crearea de cât mai multe grădiniţe de copii care să funcţioneze şi vara servind drept colonii sau leagăne de zi.

In legătură cu *combaterea bolilor venerice*, pe lângă o intensificare a activităţii actuale, s'a propus deoparte acordarea unei atenţii speciale, ca bolnavii să continue tratamentul până la vindecare şi să nu fie lăsaţi aşa de uşor ca să-l întrerupă numai după câteva injecţii, iar de alta, s'a discutat asupra necesităţii de a începe o pregătire serioasă a terenului pentru a introduce şi la noi certificatul prenupţial.

Inbunătăţirea *salubrităţii publice actuale*, impune ca legea sanitară şi de ocrotire să prevadă ca nicio instituţie publică sau particulară, să nu să construiască fără avizul consiliului de igienă ba încă consiliul să-şi dea avizul şi asupra locuinţelor particulare. Pentru intreprinderile industriale şi comerciale, s'a propus să se introducă fişe individuale, care ar servi şi la cunoaşterea evoluţiei lor şi la perceperea impozitului de 3% asupra valorii locative. S'a hotărât ca pentru problemele de salubritate publi-

că, fiecare plasă sanitară să aibă un program de lucru pentru o perioadă de timp mai lungă.

Referenţi asupra acestor probleme au fost Dnii Dri: Cosma — Sibiu: Daniello — Cluj şi Vlad — Cluj.

Igienia şi profilaxia mintală. In urma referatului Dlui Dr. Preda, inspector general sanitar, s'a admis ca pe lângă dispensarul Central al municipiului să se creiez ze şi o secţie neuro-psihiatrică. Unde sunt spitale psihiatrice, aceste secţii să colaboreze intim cu spitalele. Dispensarele acestea să dea consultaţiuni nu numai pentru copii, ci şi pentru adulţi. Să aibe atât un rol educativ, în igiena neuro-mintală, cât să fie şi centre de selecţionare, pentru debilii mintali, adulţi deviaţi, delicvenţi şi altă categorie de populaţie.

Mai departe din referat reiese, că spitalele pentru alienaţi cari au acum numai 6000 de paturi, sunt insuficiente şi ar fi necesar înmulţirea lor.

3. Calificarea şi recrutarea personalului medical.

Propunerile făcute de Dl. Agr. Dr. Zolog referitoare la calificarea medicilor sanitari şi ale Dlui Dr. C. Radu — Arad, referitoare la calificarea medicilor primari secundari şi auxiliari de spital s'au bazat pe Art. 219 din legea sanitară şi de ocrotire din 1930, care prevede pentru fiecare medic obligativitatea unui raport anual, însoţit de un tablou statistic de activitate, pe care după ce şeful ierarhic îşi va face observaţiunile, vă fi înaintat la inspectorat unde pe baza datelor se va face calificarea medicului.

Activitatea serviciilor şi a personalului sanitar e împărţită pe 5 grupe, în raport cu ramurile principale de activitate şi anume:

I. Combaterea bolilor infecto-contagioase şi sociale.
II. Protecţia mamei şi a copilului.
III. Salubritatea publică.
IV. Activitatea educativă şi propagandă.
V. Activitatea administrativă.

Fiecare din aceste grupe mai au şi sub-grupe.

Nota generală maximă, e de 100, iar pentru o grupa e de 20. Cea minimă generală de 50, iar pentru o grupa de 10.

Această metodă de calificare este bazată pe munca reală şi randamentul muncii celui calificat. Ea este uniformă pentru toţi medicii cari îndeplinesc aceeaşi funcţiune şi dă posibilitatea de apel contra unei menţiuni considerată nedreaptă. Mai dă şi posibilitatea de comparaţie, în urma faptului, că toţi sunt măsuraţi cu aceeaşi unitate de măsură. Această calificare exprimată în cifre a fost considerată superioară celei descriptive de astăzi, care mai are păcatul că e şi subiectivă.

Pentru calificarea medicilor primari, secundari şi auxiliari de spital, Dl Dr. Radu — Arad, în cadrul unei fişe individuale detailată, a propus să se ţină seamă de următoarele caracterizări:

I. Cunoştinţe profesionale, practice şi teoretice.
II. Aptitudini personale.
III. Insuşiri psihice şi de caracter.
IV. Activitate extra spitalicească.
V. Concepţie fiziologică şi morală asupra vieţii.
VI. Cunoştinţe de ordin administrativ şi calităţi de gospodar, acestea numai pentru medicii primari.

Această calificare, pe baza fişei propusă, urmează să mai fie discutată.

Faţă de *recrutarea* de astăzi a *personalului medical*, când adeseaori candidatul nu întruneşte condiţia specializării, s'a căzut de acord, ca in prealabil concursului de şelecţionare, să se ceară specializarea obţinută în urma unui stagiu şi a unui examen scris.

Medicul primar de specialitate trebue să aibă diploma de specialitate, care să nu poată fi câştigată prin stagii şi certificate de complezenţă. Medicii secundari să fiie numiţi pe 2 ani, cu posibilitate de prelungire a situaţiei din an în an, iar cei capabili după expirarea celor 4 ani să poată fi numiţi asistenţi definitivi.

Medicii auxiliari să fie numiţi pe un an. Prin urmare medicii secundari şi auxiliari să nu facă concurs.

Recrutarea personalului sanitar am notat-o în dreptul fiecărei funcţiuni, în capitolul referitor la organizarea serviciilor sanitare şi de ocrotire. (1)

4. **Fondul sanitar.**

Discuţia asupra acestei probleme pleacă dela faptul, că fondul sanitar actual nu e suficient, iar administrarea lui trebue complet modificată atunci când se va face descentralizarea descrisă la organizarea serviciului sanitar şi de ocrotire. S'a acceptat ca fondul general sanitar să rămână la Minister şi să fie alimentat din bugetul general al statului, din veniturile proprii şi din loteria de stat.

Referitor la fondul sanitar provenit din supra cota de 2%, astăzi devenită 3% s'a ajuns la concluzia, că din el trebuesc susţinute spitalele şi cheltuelile ipentru problemele sanitare mari, cum ar fi combaterea tuberculozei, a bolilor infecţioase şi transportul bolnavilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Administrarea acestui fond să se facă pe o cale descentralizată, corespunzătoare cu situaţia spitalelor care trebue să devină autonome. Ministerul să îşi reţină o proporţie oarecare (15%) din fond, iar restul să fie lăsat judeţelor. Gospodăria acestui fond la judeţe să o facă eforiile sanitare, una de judeţ şi municipii sau câte una de fiecare unitate, după cum va dovedi experimentarea că e mai bine.

Pe lângă acest fond, ţinând seamă, că judeţele nu pot să se desinteresez de problemele lor vitale, e normal ca şi din veniturile lor să se dea ceva şi pentru sănătatea publică. Repararea spitalelor, clădirea caselor de ocrotire şi refacerea altor instituţi sanitare să fie începute din acest fond, şi numai când nu e suficient, să se recurgă la fondul din supra cota de 3%. Din veniturile judeţelor uşor s'ar putea defalca pentru sănătatea publică vre-o 5%.

Incheiând acest rezumat, e natural că el nu are pretenţia să fi redat complet toate rezultatele la care s'a ajuns, cu atât mai puţin unele din propuneri asupra cărora s'a discutat dar nu s'a tras încă o concluzie sau asupra cărora părerile erau împărţite. Totuşi în linii generale, am convingerea că am redat concluziile esenţiale şi mai ales pe acelea care au fost acceptate de toţi membrii participanţi.

Recenzii.

Prof. Dr. Otmar Frhr. v. Verschuer: **Erbpathologie.** (Eredo-patologie) Dresden u. Leipzig, Steinkopff, 1937. Ed. II. Pp. X + 244. Broşată 8. — RM. Legată 9.20 RM.

In prima treime a lucrării, autorul lămureşte mecanismul mendelismului şi a fenomenelor fundamentale genetice. Cea mai mare grijă a medicinei oficiale era în trecut *ocrotirea sănătăţei* şi politica demografică pe baze *cantitative*. In noul stat, sau-

cina medicului este de a stabili pentru fiecare german, „dacă este eredo-sănătos sau eredo-bolnav, dacă sunt de dorit urmaşi dela el sau nu sunt de dorit sau dacă procrearea trebue împiedecată cu orice chip." O altă treime din lucrare e dedicată eredo-patologiei speciale. In ultima parte a lucrărei, autorul aplică eredo-patologia la medicină şi se ocupă cu eredo-diagnoza, cu eredo-prognoza, cu iniţierea programatică temeinică a studenţilor medicinişti în ereditate, eugenie, raseologie, selecţiune, biologia rasei, demografie, constituţie, antropologie şi genealogie. Studiile vor fi întregite cu lucrări practice din metodologia eredo-biologică, cercetări asupra familiei şi a gemenilor, a statisticei genetice, a antropometriei şi a determinărei paternităţei. Autorul cere introducerea unora din aceste materii în celelalte facultăţi. In primul rând juriştii (viitorii magistraţi) şi studenţii dela ştiinţe au nevoe de asemenea cunoştinţe. De o mare importanţă practică este capitolul privitor la metodele eredo-biologice pentru stabilirea paternităţei. Lucrarea conţine o bogată literatură a publicaţiilor recente şi două registre pe materii şi autori. Cartea e foarte utilă tuturor intelectualilor şi mai ales medicilor cu interes pentru eugenie.

I. Făcăoaru.

Cronica eugenică.

* **Eutelegeneza** — e termenul pentru o nouă ştiinţă: *fecundare artificială dela distanţă*. Cu aplicaţiile la om s'au ocupat biologii americani Brewer, Müller, Koerner şi Seymour. La impregnarea artificială s'ar putea recurge în cazurile de defecte mecanice sau endocrine din partea femeii şi în cazurile de sterilitate a bărbatului. In experienţele asupra animalelor domestice s'au transportat cu avionul fiolele cu spermă într'un fel de termos la distanţe mari (între Anglia—Polonia—Rusia), vitalitatea celulelor păstrându-se intactă câteva ore. Ejacularea unui singur berbec ajunge — prin diluare — să se fecundeze 30—40 de oi. Intr'un sezon s'au fecundat 2700 de oi în Rusia, cu sperma dela un singur berbec. Sperma unui taur s'a păstrat 3 zile, accea a unui armăsar 6 ore, iar în laborator 24 de ore. Metoda prezintă unui avantaj enorm nu atât prin numărul foarte mic de masculi necesari, cât prin aceea că exemplarele superioare — în nr. extrem de limitat, cu atât mai limitat cu cât sunt mai de valoare — vor fi utilizate la maximum.

* **Femeile sterilizate pot redeveni fertile.** O fată deficientă mintală (C. I. = 70), care fusese sterilizată la 16 ani (în 1922) în timpul internării, s'a măritat în răstimp şi cu prilejul unei operaţii de apendicită a rugat medicul să-i redeschidă canalele Fallopiane. In 1930 a născut un copil sănătos. Despre starea mintală a copilului nu se ştie încă nimic.

* **600.000 arbori genealogici** au fost întocmiţi în Germania până la finele anului 1935. Pedigriurile precizează valoarea rasială, fizică şi mintală nu numai a probandului, ci şi a părinţilor, a bunicilor săi şi a rudelor sale apropiate.

Antropologie.

* **Originea cutei mongole**, după antropologul Eugen Fischer este o mutaţiune. Cuta mongolă e condiţionată de un singur factor ereditar şi se transmite recesiv, când purtătorii ei — mongolii, hotentoţii şi eschimoşii — se încrucişează cu europenii; prima generaţie n'o posedă, iar în a doua generaţie filială ea apare în proporţie de 25%.

* **Ştiinţa sovietică a încătuşată.** De curând au fost arestaţi câţiva oameni de ştiinţă la Moscova pentru motivele că s'au ocupat într'o carte publicată recent de caracterele somatice ale evreilor.

I. F.