

BULETIN

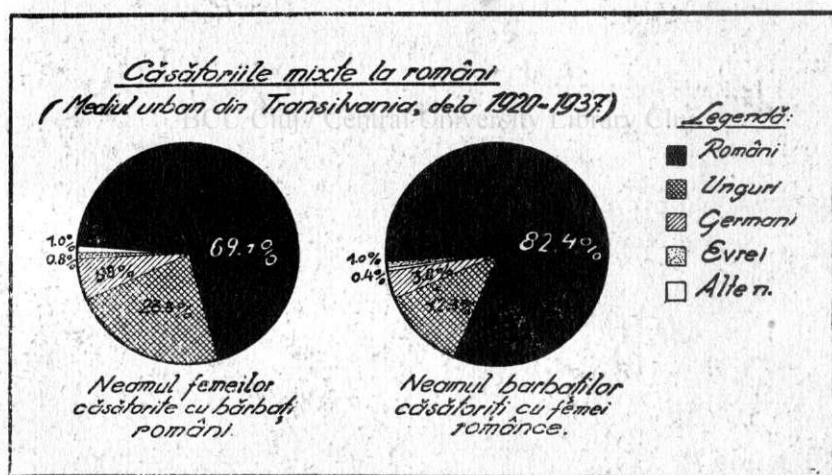
EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. VIII.

Nr. 10-11-12

OCTOMVRIE-NOEMVRIE-DECEMVRIE

1937



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

BULETIN

EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. VIII.

Nr. 10-11-12

OCTOMVRIE-NOEMVRIE-DECEMVRIE

1937

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

Medicul igienist și plasa sanitară

de

I. MOLDOVAN

Nu cred, că este necesar să insist prea mult asupra faptului, că medicul de circumscripție nu este capabil să satisfacă toate cerințele curative și preventive ale populației rurale. Orice cunoscător al administrației noastre sanitare își dă mai departe seamă, că medicul primar de județ, organul sanitar imediat superior medicului de circumscripție, nu este nici el în stare, de a ține sub permanent control și sub neconținută îndrumare serviciul sanitar din județul său și de a interveni pe teren, ori de câte ori competența medicului de circumscripție încetează și situația reclamă cunoștințe și experiență speciale, în deosebi în domeniul preventiv.

Dacă ne referim întâi la medicina curativă, se înțelege ușor, că medicul de circumscripție, chiar dacă teritoriul și numărul populației, pe cari trebuie să le servească, ar fi considerabil reduse față de situația de azi, nu este în stare să corespundă tuturor cerințelor. El le poate satisface până la limita dată de competența sa generalizată, nespecializată și de echipamentul său, care nici odată nu va putea cuprinde tot ce diagnosticul și tratamentul modern cere.

Ce trece peste această limită va trebui să intre în atribuțiunile unor medici specialiști având și zestrea materială necesară funcțiunii lor, sau va cădea în sarcina unor instituțiuni (spitale cu secții de specialitate, sanatorii, dispensarii cu secții speciale etc.), în cari urmează să se facă tratamentul. Medici specialiști și instituțiuni, cari — evident — nu pot să-și aibă sediul lor în circumscripția sanitară. Și atunci rămân următoarele soluțiuni pentru satisfacerea exigențelor de specialitate în mediul rural: sau bolnavii se deplasează la sediul specialiștilor și al instituțiilor de specialitate în capitala de județ, sau specialiștii se deplasează în circumscripție pentru consultațiuni și intervențiuni terapeutice.

Firească este cerința, ca și suferințele țăranilor să-și poată afla un diagnostic și tratament de specialitate cât de urgent și cât de apropiat, să nu fie obligați la deplasări prea mari și la cheltuieli peste

putința lor, căci altfel vor renunța la tratamentul special. Se va înțelege deci ușor, că concentrarea exclusivă a specialiștilor și a serviciilor de specialitate în capitala județului și obligațiunea tuturor bolnavilor, cari trebuie să facă apel la competență și îngrijire specială, de a se deplasa acolo, este departe de a corespunde cerințelor.

În orice caz este evident, că pricepera și posibilitățile de acțiune ale medicului de circumscripție în domeniul curativ sunt limitate. Întregirea activității sale în acest domeniu trebuie să se facă prin specialiști și instituțiuni nu prea îndepărtate, urmărind o cât se poate de perfectă descentralizare a activității curative.

În domeniul preventiv lipsa de competență și de posibilități de acțiune a medicului de circumscripție este și mai evidentă și necesitatea intervenției unui organ de specialitate și mai urgentă. Combaterea boalelor infecțioase d. e., pentru a fi eficace, cere : o deosebită atenție la depistarea și declararea primelor cazuri de boli infecțioase, o imediată cercetare la fața locului pentru stabilirea pricepută a diagnosticului și luarea primelor măsuri de combatere, pentru lămurirea situației epidemiologice, stabilirea provenienței, filiațiunii, răspândirii infecțiunii în formă de bolnavi, suspecți, purtători sau excretori și apoi luarea de măsuri precis acomodate situației epidemiologice date. Cercetări deci și măsuri prompte, pricepute, bazate pe vaste și precise cunoștințe și experiență proprie în domeniul clinice, laboratorului, epidemiologiei și profilaxiei bolilor infecțioase și pe capacitatea de a sesiza realitatea specifică și de a-i acomoda precis măsurile cele mai eficace posibile în condițiunile date, indiferent dacă acele măsuri convin bolnavului, familiei sau colectivității.

Or medicul de circumscripție nu are competența și experiența necesară și chiar presupunând că ar avea-o în cazuri excepționale, nu are nici timpul nici libertatea, pentru a acționa cum trebuie. El este un organ curativ în primul rând și îndatorirea de căpetenie îi este, să stea la dispoziția populației suferinde pentru diagnostic și tratament individual. Această atribuție îi consumă partea covârșitoare din timpul său și acestei clientele trebuie să-i dea o deosebită atenție și din motive de câștig material, de asigurarea existenței.

În domeniul combaterii de boli infecțioase i se poate cere medicului de circumscripție diagnosticul clinic al îmbolnăvirilor, cari totdeauna vor ajunge numai în parte la cunoștința lui, declararea și luarea primelor măsuri, adresate exclusiv bolnavilor și anturajului imediat. Măsuri fragmentare, de suprafață, de obicei tardive, cari ele singure nu vor fi niciodată în stare de a opri răspândirea de infec-

șuni, rostul lor fiind numai, de a sesiza intervenția organului de specialitate și de a încerca o parțială izolare a focarului.

Greul acțiunii sistematice de combatere nu mai poate fi îndeplinit de medicul de circumscripție, care nu are timpul necesar pentru a cerceta fiecare focar imediat după ivire și pentru a-l urmări în evoluția ulterioară, nu are nici priceperea pentru lămurirea rapidă și precisă a situației epidemiologice și pentru luarea măsurilor celor mai indicate și nu are, în sfârșit, nici libertatea de acțiune nici perspectiva sau mentalitatea, necesare unei atari acțiuni, fiind interesat prin toată menirea lui, aproape exclusiv în satisfacerea exigențelor sanitare individuale și momentane. Și atunci firesc este, că el nu poate purta răspunderea situației epidemiologice.

În același fel este limitată competența și posibilitatea de acțiune sistematică a medicului de circumscripție și în celelalte domenii de importanță preventivă: ocrotirea mamei și a copilului (îndeosebi și combaterea mortalității infantile), combaterea plăgilor sociale, salubritatea publică și educația sanitară. În toate aceste domenii el are cunoștințe generale, sumare, suficiente pentru a fi un colaborator prețios, pentru a semnală defecte și a lua prime măsuri, dar nici decum pentru satisfacerea integrală și perfectă a cerințelor preventive prin continue și pricepute eforturi, prudent și sistematic integrate spre scopul păstrării sănătății populațiunii întregi.

Rostul medicului de circumscripție este deci în primul rând curativ și atâta vreme cât în partea covârșitoare a circumscripțiilor noastre el rămâne singurul organ medical, tratamentul bolnavilor va rămâne îndatorirea lui de căpetenie. Azi, cu circumscripțiile prea mari și căile de comunicație primitive, medicul de circumscripție nu-și poate îndeplini nici această îndatorire. Ar trebui numărul lor cel puțin dublat, pentru a putea satisface mai bine exigențele curative ale populațiunii. Chiar și atunci însă, și cu atât mai mult azi, partea covârșitoare a timpului și energiei sale o va jertfi pentru diagnosticul și tratamentul de bolnavi și puțin numai îi va rămâne disponibil pentru o activitate preventivă.

Abia când standardul de viață al țărănimii noastre va ajunge la nivelul țărilor apusene, când căile de comunicație vor permite o circulație rapidă și ușoară și când o țărănime mai exigentă privitor la un ajutor medical imediat și competent, va fi în stare să onoreze cum se cuvine activitatea medicală, atunci abia se vor putea așeza la țară medici particulari în număr suficient, pentru a prelua activitatea curativă. Dar chiar și atunci aceștia nu vor putea înlocui întru

toate pe medicul de circumscripție. Căci rostul acestuia nu este numai de a trata bolnavi.

O îndatorire de covârșitoare însemnătate nu va putea fi suplinită de medici particulari și anume: aceea de a fi medicul familiei țărănești, pe care să o cuprindă în grija sa din momentul căsătoriei, sau chiar înainte prin sfaturi prematrimoniale, să îndrumeze dezvoltarea copiilor, a adolescenților și sănătatea părinților, să cunoască cu vremea toate familiile cu defectele și calitățile lor și să exercite în urma acestor cunoștințe, înțelegând rostul său de ocrotitor al capitalului om încredințat lui, o acțiune educativă și deci preventivă, care poate să devină baza păstrării sănătății publice.

Medicul particular interesat exclusiv în clientela producătoare de câștig bănesc, nu va putea să îndeplinească aceea funcțiune. O funcțiune care, desigur, nu o îndeplinește nici medicul de circumscripție tînăr de azi care interesat și el întâi în exploatarea materială a si-
tuațiunei sale, nu arată nici un interes, ca să prindă rădăcini în circumscripție, să fie legat de soarele sanitară a populațiunei, să o cunoască și ocrotească.

În orice caz însă, pentru opera preventivă de specialitate va trebui să stea la dispoziție un alt organ medical, mai competent, deasupra medicului de circumscripție, liber de clientelă, pentru a se putea dedica exclusiv serviciului preventiv.

Poate fi îndeplinit acest rol de medicul primar de județ? Cine cunoaște cât de puțin obligațiunile de serviciu ale medicului primar de județ, cari sporesc din zi în zi și îl fixează tot mai mult de biroul său, își va da perfect seamă, că nici vorbă nu poate să fie ca medicul primar de județ să-și ia sarcina de a interveni sistematic în toate circumscripțiile, complectând la nivelul cerințelor munca preventivă a medicilor de circumscripție.

Medicul primar de județ va trebui să fie mulțumit, dacă își va putea controla pe teren de mai multe ori pe an toate circumscripțiile sale și dacă se va putea deplasa la timp pe teren atunci când evenimente deosebite cer intervenția sa. El va trebui să fie în primul rând organ sanitar-administrativ, de control al îndeplinirii dispozițiilor lor legilor și regulamentelor și de îndrumare tehnică curentă împreună cu organele de specialitate cari îi stau la dispoziție. El va trebui să fie organul de conducere și coordonare a întregii activități sanitare și de ocrotire, curative și preventive, din județul său, cuprinzând toate serviciile și instituțiile, indiferent de cine depind din punct de vedere bugetar.

Iată pentru ce este absolut necesar ca între medicul de circumscripție și cel primar de județ să fie intercalat un nou organ medical, specializat în igienă, liber de clientelă, scutit de prea multe atribuțiuni de birou, pentru a fi totdeauna la dispoziția cerințelor preventive, capabil să asigure prevenirea de boli în circumscripțiile, cari îi aparțin și să descarce pe medicul primar de județ de o parte a atribuțiunilor de îndrumare și control necesare bunei funcționări a serviciilor. Teritoriul aparținător acestui organ intermediar va trebui să fie astfel limitat ca serviciul să poată fi îndeplinit în condițiuni optime. El va cuprinde mai multe circumscripții și va varia, desigur, după situațiunea geografică, starea căilor de comunicații și repartiția populației.

Unii colegi, au crezut că pot soluționa problema prin atașarea pe lângă medicul primar de județ a unui medic igienist, în sarcina căruia ar cădea atribuțiunile schițate mai sus pentru întreg județul. Nu văd posibilă această soluțiune, decât în condițiuni cu totul excepționale, în județe foarte mici, de vreo 100.000 locuitori, având căi de comunicație perfecte, al căror centru de convergență să fie capitala județului. Județul Brașov ar îndeplini poate aceste condițiuni. Dar chiar și în atari condițiuni cu totul excepționale medicul igienist, atașat oficiului sau biroului medicului primar de județ în forma unui fel de auxiliar, foarte repede își va pierde independența atât de necesară pentru munca lui de organizare și inițiativă. În județe mai mari însă, chiar păstrându-și independența, nu va fi în stare să corespundă cerințelor.

Dar mai există încă un foarte puternic argument care pledează pentru creierea nu numai a unui organ special intercalat între medicul de circumscripție și cel de județ ci și a unei noi unități teritoriale sanitare între circumscripție și județ, a plășii sanitare.

Incercând să ne dăm seamă de limitele capacității și posibilității de acțiune a medicului de circumscripție, am văzut că atât în domeniul preventiv cât și în cel curativ acele limite sunt destul de înguste, cuprinzând o muncă cu caracter generalizat și urmând ca în toate cazurile, cari recer o competență specială, să se facă apel la organe sau instituții capabile să satisfacă acele cerințe.

Dacă este evident, că în domeniul preventiv, d. e. în cel al combaterii boalelor infecțioase, acel organ specializat trebuie să răspundă cât mai repede cu intervenția sa pricepută și nu poate fi prea îndepărtat, că mai departe el trebuie să fie capabil să deservească cu promptitudine tot teritoriul care-i aparține, tot așa de evident este că

nici competențele curative nu pot să rămână concentrate toate în capitala județului. Căci așa, toată această competență, oricât de minunată ar fi, ar rămâne de foarte puțin folos pentru populațiunea rurală.

Desigur nu ne putem gândi la o descentralizare completă a tuturor intervențiilor specializate, curative și preventive. Tot ce recere un diagnostic mai pretențios, o observație mai îndelungată, un tratament mai complex și supravegheat și îndeosebi o zestre materială complexă, va trebui să rămână rezervat activității din capitala județului, spitalelor, laboratoarelor, sanatoriilor și altor instituțiuni diferențiate pe probleme speciale și înzestrate cu personal și material la cel mai înalt nivel posibil.

Dacă ne referim însă la serviciul de consultațiuni de specialitate, atât de necesare și suficiente pentru a satisface o mare parte a cerințelor curative, ne putem da repede seamă, că o descentralizare a lor nu este numai posibilă, ci chiar indispensabilă. Oricine va înțelege d. e. necesitatea și urgența descentralizării consultațiunilor puericulturale (prenatale, pentru sugari, preșcolari și școlari) și antituberculoase și oricine își poate ușor da seamă de covârșitoarea importanță nu numai curativă ci în deosebi preventivă a acestor consultațiuni.

Un serviciu sanitar și de ocrotire rural efectiv nici nu se mai poate imagina fără intervenția periodică a medicului puericultor și a fiziologului, cari să cutreere circumscripțiile în intervale cât se poate de scurte, să consulte bolnavii cari se prezintă, să prescrie tratamentele posibile în condițiunile date, să cuprindă în grija lor educativă și preventivă și familiile celor examinați și să țină în evidența lor tot ce merită să fie urmărit în continuare, reexaminat și supravegheat, pentruca revenind după scurt timp să și poată continua observația și intervențiunile curative și preventive. În acest fel consultațiunile se integrează în activitatea privind sănătatea publică. Consultațiuni antivenerice, laringologice, dentare, aceste două din urmă adresate în deosebi populației școlare, întregesc sistemul de cercetare și tratament ambulatoriu, de supraveghere și urmărire sanitară, descentralizat până în circumscripție și aplicat periodic în intervale cât se poate de scurte. Un sistem care poate fi întregit prin consultațiuni și în alte specialități ale medicinei de mai puțină însemnătate preventivă, decât cele înșirate înainte, în ordinea importanței lor.

E posibil, ca toate aceste consultațiuni, să fie făcute prin medici specialiști cu sediul în capitala județului? N'ar exista posibilitatea, ca o parte a consultațiunilor de specialitate să fie făcute de medicii de

circumscripție? Dispune circumscripția de zestrea necesară pentru ca să poată face acolo consultațiunile de specialitate?

Consultațiunile de specialitate trebuie să fie făcute cel puțin odată pe săptămână în fiecare circumscripție dacă vrem ca ele să nu aibă un rost numai curativ, ci să se integreze cu o reală contribuție educativă în opera de prevenire. Nu va fi poate nevoie, ca toate aceste consultațiuni să fie făcute de medicul specialist; va putea să alterneze cu acesta medicul de circumscripție, lucrând după indicațiunile medicului specialist.

Chiar așa însă specialistul nu va putea cuprinde în grija sa un număr prea mare de circumscripții, căci în intervale mai mari va trebui să dea consultații și în alte localități decât sediile de circumscripții, va trebui să participe la examinări periodice de preșcolari și școlari și i-se va cere concursul său în epoci, când probleme speciale (epidemii, probe de imunitate etc.) impun o colaborare mai intensă. Dar medicul specialist va trebui să-și rezerve o parte a timpului și pentru activitatea la instituția (dispensar, spital, sanator) în cadrele căreia și are sediul principal de funcțiune și unde, perfect utilat cu zestrea diagnostică și terapeutică la nivelul cerințelor specialității, se va ocupa de persoanele venite sau trimise anume pentru cercetări, cari nu pot fi executate la circumscripții.

Reiesă, cred, din cele expuse, că aceste consultațiuni de specialitate nu au numai un rost individual-curativ, ci trebuie să se integreze cât se poate de perfect într'un sistem de muncă, care cuprinde sub veghea sa și populațiunea sănătoasă, cazurile de boală constatate având în primul rând rostul de a semnală defecte sanitare în sinul populației, cuprinzând în cercetare și grijă ocrotitoare și familiile sau colectivitățile restrânse din cari fac parte persoanele bolnave. Specialistul va trebui deci să participe efectiv și cu tot interesul la supravegherea continuă și atentă a evoluției sănătății întregii populațiuni din unitatea sanitară care îi este încredințată, deci la activitatea preventivă adresată acesteia.

Reiesă mai departe, că sediul cel puțin al unora din specialității indicați nu poate să rămână capitala județului, dacă acele consultațiuni să corespundă de fapt rostului lor. Și atunci în mod firesc se ivește necesitatea de a creia o nouă unitate sanitară între circumscripție și județ, cu sediul în centrul circumscripțiilor puține pe cari le cuprinde, care să întregească atât din punct de vedere preventiv, cât și curativ munca medicului de circumscripție și să intervină prin organe de specialitate în mod sistematic în combaterea bolii și menținerea sănătății.

Un grup de medici specializați, strâns legați prin interesul pe care trebuie să-l poarte sănătății populațiunii din circumscripțiile, care le aparțin și prin programul comun de muncă pe care trebuie să-l execute sub conducerea unui medic igienist, va forma pe lângă personalul auxiliar necesar zestrea personală a noii unități, a plășii sanitare. Iar ca instituție la sediul plășii se cere o casă de ocrotire, care să dea adăpost oficiului medicului igienist, consultațiunilor mai pretențioase în domeniul celor mai importante specialități, cu tot echipamentul necesar ; să cuprindă câteva paturi pentru sugari, femei și adulți pentru observare și tratament de urgență și eventual și alte încăperi cu o destinație impusă de împrejurările locale. O instituție deci care ar fi o casă de ocrotire mai complexă, mai specializată.

Acolo unde sediul plășii este un oraș, casa de ocrotire centrală va trebui să fie la nevoie înlocuită printr'un complex de instituțiuni (spital, dispensar, ambele cu secțiuni de specialitate).

În acest fel plasa sanitară are la sediul ei un centru de acțiune preventivă, de permanentă înregistrare a tuturor cazurilor, fenomenelor și factorilor, cari pot să intereseze sănătatea publică, de sistematică intervenție pe teren atât în domeniul preventiv, cât și curativ. Și dacă în acest din urmă domeniu greul activității medicale specializate rămâne totuși rezervat instituțiilor din capitala județului și activitatea consultativă pe teren a medicilor specialiști are mai mult rostul de a completa cercetarea și acțiunea preventivă, în domeniul preventiv plasa este capabilă să facă față tuturor cerințelor curente, având independența, inițiativa și competența necesară ducerii la îndeplinire a îndatoririlor preventive, fiind deci în stare să poarte și răspunderea în acest domeniu.

Județul fiind unitatea principală din punct de vedere sanitar, echipat în capitala sa cu toate instituțiile necesare pentru a satisface toate exigențele specializate atât în domeniul curativ cât și preventiv, sanitar și de ocrotire, serviciul sanitar județean, și îndeosebi medicul primar de județ, va avea rostul principal, de a veghea la aplicarea legilor și regulamentelor, de a organiza și coordona serviciul sanitar și de ocrotire pe teritoriul întregului județ, de a-i controla mersul, de a convinge autoritățile locale de importanța sănătății publice și de necesitatea, de a-i satisface cerințele și în sfârșit de a grijii, ca zestrea materială a serviciilor să fie asigurată.

Câtă vreme deci în circumscripție activitatea sanitară are un caracter generalizat, având să satisfacă cerințele curative și preventive în limita unei competențe nespecializate, la plasă avem centrul cel mai

important de acțiune preventivă cu un medic igienist în frunte, cu medici consultativi ca auxiliari în domeniile cele mai importante pentru sănătatea publică, cu rostul de a duce competența specială în circumscripție, de a cerceta și înregistra toate fenomenele morbide și de a lua măsuri pentru prevenirea și combaterea lor.

Caracterul dominant al activității plășii fiind deci preventiv, și rostul intervențiilor specialiștilor consultativi (fiziolog, puericultor etc) nu va fi atât tratamentul bolii individuale, ci o medicină preventivă. Căci să ne dăm bine seamă: consultațiile și tratamentele adresate sugarilor se fac pentru a combate mortalitatea infantilă, cele privind tuberculoza și bolile venerice pentru a combate aceste boli. Preocuparea acestei activități medicale nu este atât binele individual, ci păstrarea sănătății publice. Caracterul activității plășii sanitare este deci preventiv chiar și atunci când se adresează bolnavilor.

Iar la județ avem un serviciu sanitar și de ocrotire cuprinzător, capabil să satisfacă prin competență și zestre specială toate exigențele atât curative cât și preventive, capabil să coordoneze toate competențele și instituțiile. Serviciul sanitar județean (municipal) este cel mai important compartiment al organizației sanitare. Ce este deasupra lui (inspectorat general sanitar, institut de igienă și sănătate publică și Minister) are rostul principal, de a ușura, îndruma, controla și sprijini serviciile din județe.

Am expus aici câteva din argumentele, cari pledează pentru medicul igienist și plasa sanitară. Dacă expunerea aceasta a putut să convingă de necesitatea acelor instituțiuni cel puțin pe acei colegi, a căror judecată nu este tulburată de prejucii și cari și-au păstrat obiectivitatea judecării lor, trebuie să fiu mulțumit. Căci pentru aceia, cari nu vor să înțeleagă rostul acelor instituțiuni, acceptate aproape de toate țările civilizate, degeaba vom înșira oricâte argumente. Cine însă se află în post de conducere nu poate să rămână refractar la indicațiunile precise ale realității, ci trebuie să îmbrățișeze, să pună imediat în cercetare orice nou mijloc capabil să amelioreze bilanțul vieții românești, bilanț care azi este atât de dureros pentru noi. *În orice caz reintroducerea în lege a instituției medicului igienist și realizarea treptată a plășilor sanitare n'ar trebui să mai întârzie, căci alfel păstrarea sănătății, reducerea mortalității în mediul rural nu este posibilă.*

Zusammenfassung: I. Moldovan: Hygieniker und sanitärer Bezirk. Der Verfasser begründet die Notwendigkeit, zwischen dem Kreisarzt und dem Grossbezirksarzt den ausschliesslich präventiv tätigen Bezirkshygieniker einzuschalten und dementsprechend auch eine neue territoriale Einheit, den sanitären Bezirk, zu schaffen.

Instițutele de Igienă și Sănătate publică.

de

Agregat Dr. M. ZOLOG.

Secția de Igienă a Societății Națiunilor urmărește cu o atenție deosebită evoluția Instițutelor de Igienă și Sănătate publică din Europa, iar pentru o documentare cât mai temeinică asupra activității lor a întreprins până acum 2 anchete și a convocat directorii lor la 2 conferințe.

Primul studiu asupra Instițutelor de Igienă și Sănătate publică a fost făcut de către Dr. Carl Prausnitz, Profesor de Igienă la Facultatea de medicină din Breslau. Memoriul lui asupra „*Învățământul igienei în diferite țări din Europa*” a fost întocmit sub auspiciile Comisiei pentru învățământul igienei și medicinei preventive, din Secția de Igienă a Societății Națiunilor, președintele comisiei fiind Profesorul Leon Bernard din Paris. Memoriul lui Prausnitz, împreună cu raportul lui Leon Bernard despre activitatea Comisiei pentru învățământul igienei, au fost prezentate și discutate la conferințele directorilor Instițutelor de Igienă, cari s’au ținut la Paris (20—23. V. 1930) și Dresda (14—17. VII. 1930). Memoriul lui C. Prausnitz și Leon Bernard, împreună cu un raport asupra lucrărilor conferinței directorilor Instițutelor de Igienă, au fost publicate de secția de Igienă a Ligii națiunilor într’un volum, purtând numărul oficial : C. H. 888. Rezumatele acestor memorii și rapoarte au fost publicate de subsemnatul în Buletinul Eugenic și Biopolitic din 1934.

Deși în acel timp, în 1930, existau încă puține Instițute de Igienă și Sănătate Publică, iar cele existente erau de o dată recentă, primul Instițut din Europa fiind înființat de abia în anul 1926 la Varșovia, totuși s’a putut prevedea de pe atunci că aceste Instițute vor avea o influență hotărâtoare, nu numai asupra învățământului igienei și formarea specialiștilor, ci și asupra organizării sanitare și progresul igienei și sănătății publice. S’a observat și s’a subliniat dela început marele avantaj al acestor Instițute, față de catedrele de igienă a Facultăților de Medicină, în urma contactului lor cu realitatea, cu serviciul sanitar și cu problemele de igienă și sănătate publică, așa cum ele se pun pe teren. Influența lor s’a manifestat nu numai într’o modificare profundă a învățământului igienei, care din pur teoretic cum a fost mai înainte, a devenit un învățământ practic, aplicat, dar și asupra organizării și administrației sanitare, cari de asemenea s’au

schimbat, atât în fond, ca principii, cât și în formă și metode, în urma experiențelor câștigate în serviciile sanitare anexate Institutelor, organizate și conduse de ele.

Importanța și influența lor se vede și din faptul, că dela 1930 încoace aceste Institute nu numai că nu au regresat, dar au progresat chiar foarte mult, cele existente în 1930 s'au dezvoltat mai departe, iar de atunci s'au mai înființat Institutele de Igienă și Sănătate Publică din București, Cluj și Iași, Atena, Roma, Ankara, Madrid și Sofia.

Al doilea studiu asupra Institutelor de Igienă și sănătate publică a fost făcut în 1936 de Prof. Jameson (Londra), Pittaluga (Madrid) și Stampar (Zagreb), iar directorii Institutelor au fost convocați la o întrunire în zilele de 22—27 Noembrie 1937, la Geneva, la Secția de Igienă a Societății Națiunilor. Scopul acestei anchete și întruniri a fost de a studia evoluția Institutelor existente în 1930 și a celor create de atunci încoace. La conferința directorilor Institutelor au participat aproape toate țările din Europa cu excepția Germaniei, Italiei și Spaniei.

Una dintre problemele cele mai importante, discutate la această conferință, a fost *organizarea Institutelor*. Concluziile discuțiilor, acceptate în ședință plenară de delegații tuturor Institutelor, sunt următoarele :

1. Sănătatea și ocrotirea socială a populației unei țări poate fi asigurată numai prin medici (practicieni și igienişti), cari cunosc temeinic toate problemele igienei, sănătății publice și a ocrotirii sociale. Este deci absolut necesar ca fiecare țară să aibă instituțiunile speciale, unde această pregătire se poate face, în conformitate cu nevoile specifice ale țării respective.

2. Este deci necesară pregătirea temeinică în aceste domenii, nu numai a medicilor igienişti (oficiali), ci și a studenților în medicină, a practicienilor viitori. Cu cât pregătirea viitorilor medici este mai temeinică în aceste domenii, cu atât colaborarea între ei și medicii oficiali (igienişti), va da rezultate mai bune. Colaborarea strânsă între medicii particulari și oficiali este o condițiune importantă pentru bunul mers al sănătății publice.

3. Se recomandă cu insistență ca în mediu rural să se atragă și să se rețină cât mai mulți medici.

4. Experiența Institutelor de Igienă și sănătate publică, mai vechi și mai noi, demonstrează că o pregătire temeinică se poate asigura numai prin cursuri teoretice și lucrări pe teren, bine organi-



zate, de o durată suficientă, participarea medicilor fiind obligatorie, și controlată. Lucrările pe teren trebuie să se facă la servicii sanitare și de ocrotire socială (plăși sanitare rurale, urbane, etc.) organizate și conduse de Institututele de Igienă și Sănătate publică.

5. Pentru ca pregătirea medicilor igieniști să poată fi cât mai completă, e nu numai de dorit, dar chiar necesar, ca personalul didactic al Institutelor, care are răspunderea pregătirii pe teren, să fie în cea mai strânsă legătură cu organizațiile sanitare, cari servesc ca teren de experiență.

6. Este de o necesitate categorică coordonarea activității diferitelor Institute dintr'o țară, nu numai din punct de vedere al învățământului, ci din toate punctele de vedere, lucrând după aceleași principii și cu aceleași metode.

7. Activitatea Institutelor de Igienă și Sănătate Publică poate fi concretizată în următoarele :

- a) Activitate didactică.
- b) Activitate științifică.
- c) Activitate pe teren.
- d) Activitate educativă și propagandă.

a) *Activitatea didactică*, adică pregătirea teoretică și practică a diferitelor categorii de personal pentru nevoile serviciului sanitar este preocuparea principală. Programul învățământului teoretic și practic trebuie să fie astfel întocmit ca să se țină cont permanent de evoluția principiilor, metodelor și mijloacelor, atât sub raport sanitar cât și social, și să fie permanent adaptat nevoilor populației la care se referă.

b) *Activitatea științifică* a Institutelor poate fi de 2 feluri :

- α) cu caracter pur științific.
- β) aplicată la problemele de toate zilele ale sănătății publice.

Activitatea științifică trebuie să constituie un punct important în preocupările Institutului, fiindcă prin ea pe de o parte se aprofundează problemele studiate, pe de altă parte poate să aducă soluții unor probleme sau să contribuie la rezolvirea lor.

3. *Activitatea pe teren* să fie de natură tehnică și nu administrativă. Institututele nu trebuie și nu e bine să facă administrație sanitară obișnuită, care este o sarcină cu totul necorespunzătoare pentru Institute. Intervenția lor pe teren poate fi de 2 feluri :

α) *cu caracter consultativ*, pentru autoritățile sanitare locale, (comunale, județene, regionale), în toate problemele de sănătate publică și ocrotire socială cari trec peste competența tehnică a autorităților amintite.

β) intervenții active, făcute în scop de organizare și studii, experimentare, demonstrare, etc.

Institutele trebuie să stea într'un contact cât mai strâns cu celelalte instituțiuni similare, cari lucrează în acelaș scop.

4. *Activitate educativă și propagandă.*

Institutele trebuie să ia parte activă în opera de educație igienică a populației, atât direct prin personalul și absolvenții lor, cât și indirect prin pregătirea de material documentar și de propagandă, stând din acest punct de vedere în colaborare cu toate autoritățile oficiale și particulare.

Institutele de Igienă și Sănătate Publică din România, înființate și organizate prin Legea sanitară și de ocrotire din 1930, au aceleași atribuții și obligații, cari se recomandă azi de Directorii Institutelor întruniți la Geneva, o dovadă în plus că aceste Institute au fost create în spiritul vremii, corespunzând unei adânci necesități simțită în toate țările din Europa.

Există totuși o mare diferență între Institutele din România și cele din alte țări. Toate Institutele din străinătate, înființate înainte și după înființarea celor din România, au evoluat, am putea spune vertiginos, devenind an de an, tot mai bine încadrate în organizațiunea sanitară a țărilor respective, fiind din an în an tot mai utile și mai utilizate pentru nevoile sănătății publice.

Institutele noastre nu au găsit suficientă înțelegere la forurile competente și din acest motiv nu s'au putut desvolta așa cum ar fi dorit și așa cum ar fi trebuit. În astfel de condiții evident ele nu au putut aduce aceleași servicii sănătății publice, pe cari, în alte împrejurări, le-ar fi putut aduce.

Sperăm însă că va veni odată timpul când importanța lor va fi înțeleasă și recunoscută, li se vor crea condițiuni normale de dezvoltare și activitate și vor putea deveni ceea ce sunt institutele similare din străinătate: *laboratoarele de studiu ale tuturor problemelor de igienă și sănătate publică.*

Summary.

It is described the meeting of directors of Institutes and schools of Hygiene, held at Geneva, from November 22nd to 27th 1937, at the Health section of League of Nations.

The rôle of Institutes and schools of Hygiene is defined as follows:

1. *Teaching*
2. *Research*
3. *Practical activities in Public Health*
4. *Educative Propaganda,*

Neamul regenerat.

de

Dr. OVIDIU COMȘIA.

Destinul unui neam se află sub dependența forțelor ce se desprind dintr'un dublu imperiu: biologic și social. Noi le-am analizat pe scurt în câteva încercări anterioare. Am arătat că factura biologică, adică însușirile psiho-fizice și sufletești îmbinate într'o unitate, constituie piatra unghiulară pe care se fundamentează un destin. Crizatalizarea istorică al acestui destin e guvernată însă de forțele implicate în dinamica socială, purtând oarecari reflexe geografice, telurice sau chiar cosmice. Asupra acestora din urmă, nu vom insista însă. Ele și-au declinat importanța deținută în trecutul filogenetic. Și dacă acest trecut nu a cunoscut decât rolul covârșitor al forțelor deprinse din ambianța fizică (geografică, telurică, cosmică), etapa noastră istorică le găsește convertite, până la dispariție, în influențe sociale. Mediul extern e acela care a diferențiat specii, apoi rase; cel social neamuri și tipuri. Pe acestea dorim noi să le urmărim.

Ceeace ne preocupă, e neamul ca actualitate biologică închizând în sine o finalitate istorică. Privim deci problema prin cadranul restrâns al timpului social măsurat în cadența evurilor, fără să aspirăm la examinarea ei în timpul geologic încrămățat în misterul trecutelor și viitoarelor ere.

Concepțiunea noastră, se fundamentează pe ceeace am numit în trecut „matca variațiunii“, o noțiune la care am ajuns în urma transpunerii pe plan social, al unui adevăr biologic: variațiunea. Am definit-o pe larg în altă parte. Resumăm numai că sub variațiune se înțeleg micile devieri ale descendenților dela prototipul din care derivă. Că variațiunile sunt ne'nsemnate într'o colectivitate pură sub raport etnic, precum și în aceea născută dintr'un vechiu amestec, stabilizată însă, în cele din urmă, prin lungi selecțiuni interioare. Că variațiunea e cu atât mai pronunțată cu cât amestecul se petrece între indivizi mai îndepărtați ca rasă și biotip.

Matca variațiunii e expresia bio-socială a acestei stări. Făgaș pe care se scurg latențele firești ale unui neam, matca variațiunii ar putea fi privită, până la un punct, ca pendantul biologic al „matcăi silistice“ (Blaga). Una derivând din formele sezinzabile de viață organică, cealaltă din semiobscurul sufletului filogenetic.

Vom alege din istoria omenirii câteva exemple pregnante, menite să illustreze teza noastră. Teoretic, exemplele trebuie să fie foarte numeroase. Ele ar putea fi desprinse din evoluția tuturor colectivităților. Excepție ar face doar acelea, a căror evoluție a fost violentată de neprevăzut.

Triburi răzlețe din nord, sosite în reprize în ținuturile mării egee, cu mai bine de un mileniu înaintatea erei noastre, au fost predestinate să descrie în spațiul istoriei lumii una din cele mai caracteristice curbe de evoluție colectivă. O ascensiune și o prăbușire etnică menită, ca alătura de alte fenomene asemănătoare, că cristalizeze mai târziu convingerea, că evoluția colectivă urmează calea unei fatalități apriorice. Noi ne am alăturat dela început grupului acela, care nu s'au lăsat convinși de conceptul ursitei implacabile, de acel zbulcium colectiv în diferite nuanțe de frumuseță înecat în finalitatea morții. Ne-am propus astfel să desprindem unele cauze prin care să motivăm ascensiunea și decăderea colectivităților omeniești, și, să urmărim posibilitatea unei împrespătări etnice. O împrespătare menită să se opună decăderii, să asigure o evoluție pururea ascendentă sau, cel puțin să păstreze, indefinit, pasul calm pe înălțimi de platou.

Urmărind evoluția colectivităților greco-romane spre exemplu, putem observa că începuturile ascensiunii se rezimă puternic pe ateniența etnică și de familie. O ateniență streină desigur de o stare de conștiință fundamentată rațional. Ea era mai mult simțită ca un duh mistic cimentat din mit. Genealogia familiilor începea cu un străbun trecut în mit și evocat leturgic. O mulțime de zeități familiale erau venerale cu evlavie de comunitățile restrânse ale spițelor. Ateniența de sânge îmbrăcată astfel în haina ecumenicității, a fost cel mai puternic pilon pe care s'a răzimat năvalnica pulsație de viață de mai târziu.

Ateniența etnică, prinsă obiectiv în imperiul conștiinței, oricât ar fi ea de puternică, nu poate fi asemănată cu aceea ce se cristalizează dintr'un peisaj de mit. Cea dintâiu presupune un efort mintal, o argumentare rațională, o voință, a doua e un apriorism instinctual. Conștiința atenienței etnice e o coeziune impusă ambiental; ateniența mitică e o chemare din adâncuri, un răsad spontan al sufletului. Cea dintâiu, legată fiind de ambianța exterioară, suferă oscilațiile acestei ambianțe, ea poate descrește sau dispărea, după cum rațiunea socială o dorește sau nu. Spre deosebire de aceasta, atenianța mitică stăruie aproape atemporal, în vibrațiile sufletului colectiv. Ateniența rațională e una de circumstanță; cealaltă, izvorâtă din mit, de prelungeste, in-

definit, în veac. Leagănul ei e satul, glia, sângele și tradiția sub toate manifestările ei. Ea durează atâta cât durează omul ca apriorism biologic nealterat.

Intrarea în istorie a unui neam e consecința firească a acestei stări interioare. Ea e o recompensă logică a credinței neștrămutate în viața neamului, credința din care izvorăște vigoarea, dârzenia, eroismul și asprul instinct de a păstra moștenirea străbună.

Dacă ar fi să analizăm drumul ascendent ce urmează pasului hotărât în istorie, trebuie să spunem că el se datorește facturii biologice a omului. O factură biologică deosebită de aceea deținută de omul epocilor de apogeu sau de decadență.

Ateniența etnică face ca viața de familie să se păstreze în fiarele tradiționale. În comunitatea familii nu intră decât membrii aceleiași etnii. Acest lucru favorizează păstrarea nealterată a facturii biologice, reeditând dealungul veacurilor prototipul caracteristic etniei. O astfel de etnie e, biologic vorbind, pură, atunci, când tipurile umane aparțin unei rase dominante. Ea e biologic stabilizată atunci când deși se întâlnește un amestec eteroracial sau eteroetnic la temelul ei, procreația în circuit închis de lungă durată a selecționat un tip de om în echilibru genetic. Dacă din punct de vedere biologic și social, cele două tipuri de etnii se comportă identic sau nu, rămâne încă de cercetat. Diferențe de detalii vor fi desigur; dar în ce privește conduita bio-socială, care formează în mare măsură obiectul încercării noastre, ea nu pare a suferi abateri esențiale. Din acest motiv, noi le-am tratat întotdeauna, împreună.

O mică recapitulare asupra facturii biologice a omului unei comunități de asemenea natură, cu unele completări de ordin bio-social, e poate de interes pentru viitoarea înțelegere a problemei.

Echilibrul genetic e, poate, atributul esențial al acestui om. Individii vor păstra un bio-tip constant sau aproape constant, dealungul succesiunii generațiilor. Ei vor fi asemănători ca înfățișare fizică și conținut intelectual și sufletesc. Cu alte cuvinte, înzestrarea biologică stăruie în modele străvechi, pe care, evoluția le modifică lent spre o perfecționare continuă. O perfecționare biologică la care contribuie însăși legile evoluției umane, apoi diferitele forme de selecțiune. Una dintre perfecțiunile biologice inerente evoluției umane, e tendința la o diferențiere cât mai accentuată a sexelor. Desprinse din amfimizia primitivă, sexele s'au diferențiat în masculin și feminin, pentru ca această diferențiere să se accentueze pe măsură ce ne ridicăm pe scara zoologică. Diferențierea cea mai categorică e desigur un privi-

legiu al speței umane. Dar și aici putem constata deosebiri dela o rasă la alta sau chiar dela o etnie la alta. Tendința spre perfecțiune se păstrează însă la toate, tinzând lent spre o finalitate ipotetică, cristalizată în realizarea tipurilor ideale de bărbat și femei; tipuri, la care atributele caracteristice sexelor să fie desăvârșite. Doi poli care să rezume chintesența virilă la un capăt, pe cea feminină la altul. Dar această desăvârșire ideală, rămâne peate numai un efort al evoluții, fără să poată fi atins în toată plenitudinea lui. La data actuală, diferențierea sexuală, oricât ar fi ea de accentuată, e departe de a fi atins idealul. Fiecare ființă umană e în realitate o ființă bisexuală; fiecare se află la o anumită distanță dela cei doi poli care rezumă diferențierea integrală: bărbatul desăvârșit și femeia desăvârșită. Fiecare individ închide în sine o bivalență genuină care însă, cu excepția stărilor de intersexualitate flagrantă, e deplasată spre un pol sau altul. Cu alte cuvinte, prevalența atributelor feminine face ca individul să primească femeniul ca sex legitim, în timp ce prevalența atributelor masculine vor crea ca sex legitim, masculinul.

Am reamintit aceste elemente de biologie pentru a putea spune că diferențierea sexuală ca program permanent al evoluții nu se păstrează decât prin procrearea în cerc închis; intra-etnic. Etnia pură sau stabilizată are acest mare privilegiu, concesione exclusivă din partea evoluțiunii, de a perfecționa tipurile sexuale, deci de a desăvârși biologic speța. Acest privilegiu nu ar avea în el nimic extraordinar, dacă rezultatele lui nu s'ar repercuta amplu, asupra ritmului de viață al etniei respective. Virilitatea și feminitatea biologică fimbrează cu hotărâre manifestările neamului pe toate planurile vieții: psihologic, social, politic, demografic, cultural. Adierea virilității se resimte în toate domeniile activității exterioare. Tot astfel și stabilitatea, aderența la formele permanente, atribute prin excelență virile. Omul de această construcție e fixat într'un cadru ce elimină provizoratul și experimentalul. El a atașat formelor străbune, religii, tradiții, familii și gii.

Conduita individuală și socială precum și natura așezămintelor unui neam, nu e desigur, o emanație exclusivă din străfunduri biologice. Coloratura socială reflectată din depărtări eterogene, e un modificador de mare amplitudine, care poate imprima unui neam chiar forme de viață cu desăvârșire streine de fondul lui genuin. Acest aspect nefiresc al evoluții etnice rămâne însă un apanaj al civilizațiunii de largă circulație. Istoria veche nu l'a cunoscut, sau, l'a cunoscut numai într'o mică măsură. Astfel când vorbim de mersul spre culmi

a vechilor societăți, putem face abstracție de el. Vom reveni însă asupra influențelor civilizației cu prilejul discuției despre sensului biologic al modernismului.

Influența feminității diferențiate se constată în primul rând asupra vieții de familie și prin extensiune, asupra demografiei. Pătrunsă de rosturile ei materne, femeia diferențiată și deci fecundă, nu se teme de sarcină. Caracterele ei net feminine o desenează dela început pentru rolul maternității. Sarcina decurge fără tulburări, nașterea nu e o problemă, alăptarea perfectă. Copiii oricât ar fi de numeroși, sunt bine veniți. Căci ei vin în numele unei rațiuni mai presus de om, înfripată din confluența simțului etnic cu dorința divină. Neamul crește într'un ritm firesc, iar îngemănarea dintre număr și calitate desenează pe biruitorul de mai târziu.

Acestea sunt epocile eroice, epoci făurite din fapte și făuritoare de fapte; epoci de exclusivitate etnică, de respect instintiv al legii, a autorității, a religii. Sub raportul culturii, ele se mulțumesc cu realizări modeste desprinse din anonim, fără autori străluciți, fără protagoniști, fără demiurghi. Ea închide în sine toate vibrațiile sufletului colectiv, căci nu omul o creiază ci neamul. Ea a fost denumită „cultură minoră“ (Blaga) spre a o distinge de cultura de mare rezonanță „majoră“, demiurgică, înfripată din creerul personalității singulare. Denumirea de „minoră“ și „majoră“ depinde, desigur, de unghiul sub care e privită o cultură. Și, sunt atâtea unghiuri din care observăm o categorică inversare a atributelor.

Aceste epoci sunt reținute de istorie grație faptelor pe care le creiază și nu grație culturii. Chiar dacă un neam, de factura pe care o discutăm, e silit să dispară prematur sau să repășească din istorie, el trăiește indefinit în legendă (Lacedemonienii, Macedonienii și alții.)

Ne mulțumim, pentru moment, cu această schiță în linii frânte a omului și a neamului pornit pe drumul istoriei. Corective de detalii vom mai aduce în cursul expunerii noastre.

Pasul în istorie, evadarea din patriarhal într'o lume plină de probleme noi, hotărăște însă evoluția viitoare. Istoria nu cunoaște prea multe neamuri care să-și fi păstrat puritatea etnică pentru o lungă perioadă de timp. Poate ar fi de reamintit China și unele triburi răselețe ale Africii de nord, ale Americii sau populațiile insulare din largul Pacificului, a căror istorie am schițat-o biologic într'o încercare anterioară.

Cele mai multe neamuri sfârșesc prin a se amesteca, brutal sau

lent, după caz, iar în evoluția lor ulterioară se va resimți intervenția hibridului. Vorbim de hibrid în înțelesul biologic al cuvântului, înțeles despuiat de impuritatea pejorativă, pe care sensul convențional o implică.

La început întâlnim hibridul exclus din comunitatea etnică în tocmai ca și cei streini de neam. Ca atare ei nu aveau nici un drept și nici o datorie. Ei nu participau la treburile publice, nici la ceremonii, nici la războaie. Dar în urma tensiunii interioare ce va veni să zguduie familia tradițională, streinii și hibridii cuceresc, din etapă în etapă, câte un privilegiu, pentru ca apoi să se situeze pe un plan de egalitate cu etnia dominantă.

Această tensiune izvorăște de obicei dintr'un imperiu social pentruca apoi, ancorând în biologie, să îmbrace o formă permanentă, cu puternice repercusiuni asupra ritmului de viață colectivă. Coordonatele ce delimitează spațiul generator de tensiuni vor fi urbanizarea, contactele culturale și asimilarea de culturi streine, războaiele și individualismul.

Urbanizarea poate fi privită ca un preludeu al desorganizării etnice. Desigur, nu din motivul că orașul ar altera prea mult capitalul biologic ducând în mod direct la o degenerare umană, ci din cauza problemelor noi care se nasc în câmpul vieții urbane. S'a scris atât de mult despre acest aspect al chestiunii, încât credem inutil de a mai reveni. Ne vom mulțumi să aducem numai unele completări în sensul vederilor noastre. Alături de absorbția nemăsurată a populației rurale și deci secătuirea treptată a păturei generatoare de neam, intervine desigur evadarea de sub controlul grupului tradițional care înlănțuie autoritar pe individ de formele străbune, bogăția contactelor secundare, mobilitatea credinței și altele, care duc la ceea ce s'ar putea numi o hibridizare psihologică. Ateniența etnică părăsește imperiul mitic. Ecouri din alte credințe și alte forme sociale vin să tulbure fondul străbun de rezonanțe etnice. Ateniența mitică devine subiect de discuție, de speculație, de analiză, și, deplasată în câmpul conștiinței, e supusă torturii minții. Ea îmbracă astfel forme individuale, se acceptă sau nu, se înțelege sau nu. Evocarea leturgică a vechilor divinități, devine o evocare formală impusă de Stat. La această evocare nu mai participă sufletul neamului întreg, ea nu mai e o vibrație de simțuri pe portativul tuturor generațiilor trecute. E numai o participare pasivă la niște forme despuiate de conținut. În locul neamului ecumenic se substituie individul; streinul intră de drept în comunitatea etnică.

Hibridizarea psihologică se completează în scurt cu hibridizarea biologică. Orașul nu mai e o comunitate de sânge ci un conglomerat de indivizi. Coeziunea genuină cu rădăcini în mit, se pierde; marea închegare etnică se descompune în indivizi, o multitudine de forțe antagoniste ce nu mai pot fi stăpânite decât de rațiuni exterioare, impuse de oameni sau idei.

Acest fenomen precede de aproape culminarea în istorie și, însoțește deopotrivă apogeul și declinul. Oricât s'ar părea de bizar, în lumina biologiei omul culmilor și al declinului e hibridul. Spiritualitățile dominante ale acestei epoci se sprijină pe conceptul individual; neamul se risipește în universalitatea socială, vechii membrii ai etniei au devenit cetățeni, iar vechile lor drepturi și datorii, drepturile și datoriiile futuror. Tradiția nu mai trăiește decât în evocări de elegie, eroii în bronz și legendă. Regii cedează locul guvernelor, autoritatea nediscutată dar consimțită de toți, sufragiului democratic. Eroul e înlocuit cu demagogul iar fapta cu răsunct în veac e istivită în vorbe.

Și totuși, acesta e peisajul evadării din „minor“ în „major“. Numai că acest „major“ cultural e solidar cu „minorul“ biologic. Ființa etnică se risipește într'un superb decor de mare creație.

Privind problema într'o lumină reflectată din știința vieții (biologia) interpretarea științifică a faptelor ne apare posibilă.

Astfel, o etnie pură, sau un neam înfiripat dintr'un amestec pluri-rasial care și-a potolit clocotul interior printr'o lungă izolare biologică, ajungând astfel la o stabilitate, limitează variațiunea tipurilor umane. Matca variațiunii, deci conținutul însușirilor specifice se îngustează. Inzestrarea biologică (fizică, intelectuală și sufletească) se păstrează între margini strânse și se scurge, fără pericolul revărsării, suvoiu compact, pe un parcurs lipsit de surprize, spre o țință știută. Indivizii care alcătuiesc o astfel de etnie se aseamănă — după cum am mai spus-o și în altă parte — ca structură fizică și însușiri inferioare. Ei se află grupați în jurul porțiunii de mijloc a linii variațiunii, cu puțini reprezentanți în porțiunile polare ce cuprind plus și minus-variantele.

Astfel se petrec însă lucrurile într'o etnie pornită pe calea amestecului biologic. Variațiunile umane de mare amplitudine devin o realitate. Se creiază astfel o accentuată diversitate în conținutul biologic al indivizilor. Aspectul fizic, resursele intelectuale și morale se risipesc, pe o largă sacă de valori. Matca variațiunii părăsește astfel îngustimea țărurilor, și, în noua matcă, patrimoniul ancestral se

scurge șovăelnic, dispersat în zeci de brațe spre un destin de surprize și mister.

Alcătuirea biologică a individului născut din amestec, părăsește sedimentarea calmă ce caracterizează patrimoniul liniilor pure. Factorii ereditari vor fi desaxați din înlănțuirea lor stabilă și, întrând în diverse asociații, vor duce la geneza unor noi însușiri. Pe scara variațiunii ei se vor grupa de preferință în porțiunile polare; plus și minus-variantele vor câștiga supremația asupra fondului ce peristă pe o porțiune de mijloc.

Noua etnie, spre deosebire de etnia pură sau stabilizată, nu se va mai compune din elemente echivalente. Ea va conține personalități, mediocrități și disgenici, în mare număr. În același timp, atributele diametrale se vor întâlni în același mozaic genetic. Vom avea astfel, un mare număr de indivizi a căror interior genotipic freamătă sub tensiunea însușirilor diametrale. Ele nu stăruie numai ca nuanțe de interior ci se manifestă fenotipic, dictând individului o mare varietate în felul de a se manifesta, atât pe plan personal cât și social.

Varietatea însușirilor constituie, desigur, o bogăție de înzestrare. Dar polivalența aceasta, întocmai ca polivalența unui corp chimic, e susceptibilă de a intra în cele mai diverse sinteze, formând o lungă serie de compuși cu atâtea proprietăți opuse. E adevărat că din bogăția de proprietăți se pot alege numai cele la care aspiră colectivitatea în drumul propășirii ei, în timp ce restul poate fi trecut în umbră sau reprimat. Abandonată însă dinamicei ei firești, ea nu poate fi nici odată capabilă de a recunoaște prin propriile ei mijloace, linia de lumină a unui destin. Istoria ne este martoră în această privință. Ea ne arată că, de câte ori un amestec biologic însoțit de o hibridizare culturală și psihologică vine să modifice factura vechei etnii, după un apogeu de exuberanțe creatoare, se instalează un declin progresiv. Ea ne mai arată că acest declin progresiv nu a putut fi limitat decât prin intervenția unor regimuri de mare autoritate, capabile să polarizeze toate eforturile într-o singură direcție; în direcția pe care viziunea conducătorului a descurcat-o din hăos. De cele mai multe ori însă, oprirea pe povârnișul disoluției a fost temporară. Etnia se precipită spre neant îndată ce rațiunea exterioară nu-i mai supraveghează cadența pasului.

Aceasta nu însemnează însă că regenerările de neam sunt excluse. Ele rămân posibile atunci când o spiritualitate de largă circulație preia echilibrul dislocat, prin amestec, din construcția interioară a vechiului om. O spiritualitate care să însoțească în veac, restabilizarea

fondului biologic prin selecțiuni interioare. În condiții de liniște externă, reechilibrarea se poate desăvârși în ciclul câtorva generații. Numai că istoria nu garantează nici odată pacea din afară; ea ar putea veni cel mult ca o binevoitoare concesiune a hazardului.

O astfel de etapă dificilă în viața etniei (Atena lui Perikle, Roma împăraților, Italia renașterii, Spania maurică, etc.), se caracterizează întotdeauna printr'o exuberanță creatoare secundată de un declin biologic. Forța creatoare o situează alături de nemurire, slăbiciunea biologică o poate distruge însă ca realitate terestră. Acestea sunt etape în care neamul se desființează material și evadează în lumea eternelor valori ale spiritului. Moartea e, fără îndoială, superbă. Frumusețea ei, o scuză; cu toate acestea însă, viața o regretă.

Nu există oare o măsură care să acorde nemurirea spirituală cu cea biologică?

È oare atât de mare antagonismul între bunurile imateriale și bunurile ce sînd spre eternitatea terestră, ancorate în sânge și carne?

Întrebarea noastră nu poate fi rezolvată în funcții de probe istorice. Ele lipsesc, sau dacă se întîlnesc uneori, ele rămân totuși greu de interpretat. Cele mai multe neamuri din vechime care și-au înapărit spiritul de eternitate, și-au risipi ființa terestră în neant. Populația care reapare mai tîrziu, în peisajul geografic al celor vechi, conțiază mai mult ca o prelungire formală a unui distin încheiat. O prelungire de tradiție, de limbă, de nume, sau poate de cultură, de aspirații (spiritul de cucerire a vechei Rome prelungit prin Papalitate). Nu e însă o prelungire de fond, de funcții, de latențe izvorâte din sânge.

Teoretic, dar sub controlul obiectiv al științei, întrebarea noastră de mai sus, poate fi deslegată; vom încerca-o mai tîrziu.

Regenerarea ne apare posibilă și lipsită de prea mari dificultăți, atunci cînd după o prăbușire numerică și o abrutizare culturală neamul se reface din micul reziduu rămas intact (Germania după războiul de 30 de ani). Poate acesta să fie și cazul neamului nostru. Factură străveche de om grefată cu sânge strein în picături, și nu în șuvoaie primejdioase, neamul nostru înrădăcinat în mit și glie, a fost decimat și spulberat în reprize, pentru a se regenera mereu din crîmpee autentice de viață străbună. De cîte ori s'a regenerat, ne-ar putea-o spune, poate, istoricii.

Revenim pentru a schița în cîteva cuvinte motivarea antagonismului între majorul cultural și minorul biologic, în cadrul ecourilor culturale și demografice pe care le produce.

Echilibrul genetic care caracterizează omul epocilor de ascensiune în istorie, cedează locul unei labilități. Această labilitate în combinarea însușirilor în gene, e motivul subteran al variațiunilor întâlnite la noii indivizi. Ei nu mai sunt asemănători ca înfățișare fizică sau conținut interior. Inzestrarea biologică se desprinde din uniformitatea vechilor tipare. Evoluția care în mediu stabilizat tinde la o perfecționare continuă a tipurilor, printr'o lentă dar stăruitoare acțiune lineară, va acționa pe două planuri antagoniste. Unitatea pe care a pregătit-o prin selecțiuni de veacuri se disociază în două valori, una individuală și alta etnică. Cea dintâi crește sau scade; smulsă din echilibrul biologic, care încheagă într'un întreg însușirile fizice, intelectuale și morale, și, subliniază valoarea etnică a colectivității. Valoarea individuală de o luxuriantă varietate include în sine un noian de superlative. Insușiri care părăsind echilibrul de altă dată se exaltă monovalent într'o direcție sau alta. Mări însușiri fizice, pe de o parte, intelectuale pe de alta, morale în al treilea rând alături de pendantele lor prejorative, sau, îngemănate cu ele. Epoca de creațiune și de dificultăți etnice și sociale e astfel realizată.

Noul bărbat și noua femeie au părăsit sensul linear al evoluției spre desăvârșirea continuă a tipurilor și atributelor specifice sexului (virile și feminine). Amestecul etnic sau de rasă își pierde astfel privilegiul concesionat de evoluție de a perfecționa specia (în mic neamul) prin realizarea celor două tipuri bine definite. Sexul se întoarce pe plan filogenetic cu secole sau milenii înapoi, tinzând spre amfimizia primitivă; bărbați cu attribute feminine și invers, femei evocate în sens viril.

Cum putem noi explica, pe temeiul acestei latențe biologice, antagonismul persistent dintre creațiune și disoluție etnică?

Energia virilă alături de sensibilitatea feminină, vigoarea cuplată cu finețea, discernământul clar cu intuiția, deducția virilă cu inducția și imaginația feminină, sunt tot atâtea dispozițiuni cerebrale și sufletești inerente creațiunii. Slăbirea sau carența spiritului critic, iarăși o însușire de esență feminină, subliniază de asemenea personalitatea artistului și literatului. Autocritica e în mare parte ostilă creațiunii; aceasta pretinde o necondiționată încredere în destinul ei. De aceea se și întâlnesc atât de rar artiști, muzicieni sau literați care să fie în același timp și critici obiectivi în branșa respectivă.

Persoanele de această turnură se lasă absorbite mai ales de artă, litere, muzică, și, ași adăuga în plus, de sport. Personalitatea științifică e în genere mult mai diferențiată și dacă artistul creiază în

virtutea sensibilității, imaginații, intuiții, fineții, sugestibilității, omul de știință nu poate realiza prea mult dacă e lipsit de pacință, de perseverență, de autocritică, de disciplină. Artistul trăiește în lumea lui interioară. Singuratic, bizar, detașat el condensează în artă mulțimea ipostazelor lui secrete; o lume irațională cu rădăcini în adâncuri, personificată de o viziune fără aderențe cu realitatea. Omul de știință rămâne însă într-o legătură pururea trează cu adevărul exterior lui. El e mai mult de o factură diferențiată, de aceea nici nu apare cu atâta regularitate în ogorul policromatic al epocelor de care vorbim. Oamenii de știință nu se concentrează în masă pe un fragment evolutiv, ci pot aparține tuturor timpurilor. Ei nu sunt creațiuni ale involburării genetice dimensionată de încrucișări, ci se desprind din spițe bine diferențiate în care înzestrarea biologică e un atribut ancestral. Și dacă literatul și artistul nu poate fi evaluat în perspective rasiale, etnice și nici genealogice, omul de știință e un produs al rasei, al neamului, al spiței. Dacă uneori îi aflăm tofusi concentrați în epoci, interpretarea fenomenului trebuie făcută prin prizma vreunei metode care desvelind un orizont nou (electricitate, aburi, microscop) absoarbe mulțimea preocupărilor spre noi ființe.

„Genialitatea e o lungă pacință“; poate, însă numai pentru acest unic domeniu. În rest, genialitatea e de esență genetică și dispare odată cu individul. Ea nu e o problemă de eugenie, nu poate fi cultivată în spițe și nici creată prin selecțiune. Genialitatea e o țâșnire spontană spre înălțimi, depe liniile de interferență genetică; trompe uriașe smulse de ciclon din clocot de ape.

Creațiunea în litere, în artă, în sport, implică somatic și spiritual, un echivoc androgin. De multe ori însă principiul masculin și feminin se îmbină într-o superbă armonie. Distincția, frumusețea, inteligența, generozitatea, vigoarea și performanța fizică autentică, sunt și rămân de esență androgină.

Intemeiați pe fapte similare, mulți autori au emis părerea că evoluția sexului închide în sine o finalitate androgină; diferențiat din amfimixia primitivă și îmbrăcând în cursul timpurilor valori antagoniste, ele se apropie pentru a conflua într-o indeciziune androgină. Cu alte cuvinte, tipul androgin ar fi superlativul spre care tinde evoluția umană.

Cei ce susțin însă acest lucru, greșesc din mai multe motive. Rezultatele unei evoluții biologice nu pot fi apreciate decât în perspective multimilenare. Dacă ciclul evoluției sexelor, și, diferențierea în masculin și feminin depășește cu mult evoluția filogenetică a specii

umane, și, dacă azi abea ne aflăm într'o fază de incompletă diferențiere, cum se poate ca ultimul ciclu, aspirația spre indeciziune să se săvârșească într'un timp atât de scurt. Într'adevăr, tipul androgin poate fi realizat în succesiunea câtorva generații. Dacă indeciziunea androgină e o aspirație a sexului filogenetic, deci un obiectiv al evoluțiunii, ea nu ar putea fi atinsă decât în ciclul timpului geologic. Creierea acestei slări androgine nu poate fi astfel o țintă spre care tinde evoluția. Ea e mai curând un accident care se opune evoluției normale. Un accident al cărei rațiune trebuie căutată în peisajul social și nu în legile naturii. Tipul androgin e astfel un tip social și nici decum un superlativ produs de evoluția speciei.

Ceeace e însă adevărat e faptul, că tipul androgin e elementul indispensabil pe care se fundamentează marea cultură, grație dinamicei interioare de care acest tip dispune. Din acest punct de vedere, el reprezintă într'adevăr o modalitate umană superioară.

Ca element al speciei, ca valoare procreativă, tipurile de care vorbim reprezintă mult mai puțin decât omul culturilor fruste, omul diferențiat al etniilor pure și stabilizate, care își prepară stăruiitor și calm drumul spre piscuri.

Motivele care îl pun în inferioritate etnică, evoluează, desigur, pe mai multe planuri. Ne mulțumim să aminim trei: somatic, psihologic și social. Detaliile asupra acestei probleme fiind notate în încercările noastre anterioare, ne dispensează să mai revenim.

Rezămăm totuși că alcătuirea somatică a tipurilor androgine, născute din amestec, cu atributele caracteristice sexelor stăpânite de echivoc, nu poate fi favorabilă procreațiunii. Aceasta privește mai ales sexul feminin, al cărui bazin strâmt — atribut viriloid — nu e de natura de a suporta sarcina și nașterea la fel ca o feme normală; dificultățile și tulburările de alăptare, tulburările endocrine, fecunditatea în general redusă vor fi tot atâtea motive care se opun procreații. Toate acestea vor fi dublate apoi cu conduita psiho-sexuală și psihologică în general. *Spiritualitățile* clădite pe conceptul individual, organizația politică întemeiată pe dreptul maselor și nu pe dreptul neamului etern, vor face și mai mult ca involburata ambianță culturală să conflueze cu decrepitudinea etnică, și, să se prăbușească solidare.

Așa a fost în trecut, așa e și astăzi. Cultura în transfigurarea civilizației nu s'a acordat nici odată cu demografia.

În lumina științii întrevădem însă posibilitatea unui acord între cele două tendințe antagoniste. Un acord care, tradus pe plan biologic și social, nu e în fond decât echilibrul între rural și urban. Cel dintâi

reprezentând minorul cultural și majorul demografic, în timp ce al doilea sintetizează inversul acestor valori. Echilibrul controlat între neamul autentic (rural) diferențiat ca trup și suflet, care prelungește peste veac ființa românismului aprioric, și, între neamul amestecat (urban) sortit istovirii într'o minunată lume de creații. Pentru noi, problema amestecului biologic depășește, cu mult, dimensiunea unei actualități politice. Ea închide în sine un sens, a cărui adevărată amploare se desprinde de puțința înțelegerii simpliste. Problema amestecului biologic lasă în urmă metodele cercetării obiective ancorând în complexul domeniu al filosofiei. O mare problema de interior, în a cărei bivalență s'a cristalizat nemurirea sufletului și moartea terestră.

Care e de preferat ?

Noi nu alegem pe nici una din ele. Pe noi ne interesează puțința unui echilibru între cele două finalități ; neamul pururea regenerat, care curgând liniștit spre marea înviere, sfidează ambiguitatea unui destin provizoriu.

(va urma)

Résumé.

Dr. O. Comșia: *L'éthnie regenerée.*

L'auteur envisage l'évolution de l'éthnie au point de vue bio-sociale. Il est d'avis que la typologie humaine varie suivant les étapes historiques de l'éthnie. Le type biologique qui caractérise l'éthnie des étapes ascendantes, est d'autre facture que celui des étapes culminantes et de la décadence. Le premier, en opposition avec les deux autres, est biologiquement plus différencié. Cette différenciation humaine placée dans un cadre traditionnel de vie collective, se caractérise par une grande valeur ethnique à côté d'une civilisation fruste.

L'homme des grandes civilisations est moins différencié, ce qui doit être attribué aux mélanges ethniques.

Sa moindre fertilité doublée par la spiritualité fondée sur la multitude des conceptions individualistes, lui confère une valeur ethnique très abaissée. Une telle éthnie enferme toujours la virtualité de sa dissolution. La grande civilisation et la démographie seraient des réalités antagonistes.

L'auteur se propose d'essayer un fondement bio-sociologique sur la possibilité d'un équilibre entre cet antagonisme persistant.

Problema căsătoriilor mixte în orașele din Transilvania în perioada dela 1920—1937.

de

Dr. PETRU RÂMNEANȚU

Frecvența căsătoriilor mixte în provinciile de dincoace de Carpați și mai ales în orașele dealungul graniței de Vest, deși în mod răzleț a fost observată, că e neobișnuit de urcată, totuși până în 1935, nu s'a atras atenția asupra ei prin cifre considerate în masă. În acel an Dl. Dr. P. Vlad, în raportul de activitate al serviciului sanitar din Municipiul Cluj, pe anul 1934 și Dl. Vasile Popovici, într'o dare de seamă pe anul 1935 a Protopopiatului gr.-ort. remân din Oradea, adresată Adunării parhiale, trimisă și Comitetului Central al „Astreii” s'au sezizat de numărul mare al căsătoriilor mixte din Cluj și Oradea. Pe baza acestor rapoarte și de sigur și în urma altor observații, s'a creat începutul unui curent public, care în timp relativ scurt a atras atenția chiar a unor cercuri oficiale.

În anul precedent la sugestia Dlui Profesor I. Moldovan, în Institutul de Igienă și Sănătate Publică din Cluj și în cadrele „Astreii” am început să cercetez și eu această problemă.¹ Dela început am privit-o mai detaliat și m'am năzuit să o cunosc în toate orașele din Transilvania. Materialul crud² ne-a fost furnizat direct din registrele

¹ Dr. P. Râmneanțu: Influența căsătoriei asupra fertilității și etnicului unui neam. Transilvania Nr. 5. 1937, Sibiu.

² Pentru munca prețioasă și destul de lungă, mai ales în orașele mari și municipii, pe care a necesitat-o extragerea datelor, rog și pe calea aceasta să primească sincere mulțumiri:

Dnii Primari și Secretari ai Primăriilor: Oravița; Reșița; Caransebeș; Orșova; Sighet; Alba-Iulia; Aiud; Scbeș; Brașov; Ghirogheni; Huedin; Făgăraș; Reghin; Odorheiu; Dej; Sighișoara; Mediaș; Blaj; Dumbrăveni.

Dnii Ofițeri de Stare Civilă din: Lipova; Beiuș; Salonta; Satu-Mare; Baia-Sprie; Abrud; Cluj; Hațeg; Orăștie; Târgu-Mureș; Zalău; Carei; Șimlău-Silvaniei; Sf. Gheorghe; Târgu-Săcuiesc; Turda.

Dnii Președinți ai Despărțămintelor „Astreii”: Prof. Dr. A. C. Peleanu din Lugoj; Prof. Eugen Seleș din Satu-Mare; Canonic Alexandru Breban din Baia-Mare; Dr. Emil Caba din Deva; N. Suciuc din Hunedoara; Ioan Pavel din Bistrița; Iuliu Moșil din Năsăud; Emil Precup din Gherla; Ioan Vulcușiu din Dicioșanmartin.

Dl. Dr. L. Munteanu, medicul șef al municipiului Timișoara.

căsătoriilor dela Oficiile de stare civilă urbane sau municipale, pentru care extragere Dl. Dr. S. Manuilă directorul Institutului Central de Statistică a binevoit să dea cuvenita aprobare.

Reușind să obțin date pentru întreg intervalul dela unire încoace, adică dela 1920—1 Iulie 1937, din toate orașele și municipiile Transilvaniei (Banat, Criș—Maramureș, Transilvania) exceptând din orașul Petroșani, voui privi problema căsătoriilor mixte sub următoarele ei infățișări :

Frecvența căsătoriilor pure și mixte între principalele neamuri din Transilvania.

Neamul căsătoriților în raport cu profesiunea bărbaților.

Evoluția numerică a căsătoriilor mixte dela 1920—1937.

Căsătoriile mixte și divorțurile.

La sfârșit după ce voui face o privire de ansamblu, voui da și soluțiile impuse de realitatea constatată.

A) Frecvența căsătoriilor mixte între principalele neamuri din Transilvania.

Pentru a cunoaște forța de amestec prin căsătorii din mediul urban al Transilvaniei, am ținut seamă de neamul mirilor și mireșilor sau al bărbaților și soțiilor, nomenclatură pe care vom folosi-o în corpul lucrării de față, notat în registrul și în buletinul de căsătorii. Unde neamul nu e înregistrat, stabilirea lui s'a făcut după religie și în cazuri excepționale după investigații. Am avut în vedere următoarele neamuri: român, ungar, german, evreu și grupa formată din ruși, ucraineni ruteni și sârbi. Pe celelalte neamuri le-am cuprins sub grupa „alte neamuri“. Natural, am luat în considerare neamul dinaintea căsătoriei și nu acela pe care soțiile și le-au însușit după aceea.

În perioada studiată s'au contractat în mediul urban din Transilvania 133,115 de căsătorii. Statistica lor ne arată deci valențele cari participă la procesul de formare și de continuă evoluție a neamurilor cari locuiesc în cele 48 de comunități urbane. Tabela de bază care ne arată frecvența căsătoriilor între bărbați și soții de același neam,

Dl. Dr. C. Radu, medicul primar, director al Spitalului de copii „Principele Mircea“ din Arad.

Dl. Dr. Comes, medicul primar al județului Ciuc; Dl. Dr. Crețu, medic primar al jud. Trei-Scaune; Dr. I. Sturza, medicul șef al Municipiului Sibiu.

Se cuvine să aducem mulțumiri deosebite Dlui Protopop Vasile Popovici din Oradea, atât pentru prețiosul concurs, cât mai ales pentru faptul, că Dsa a fost primul care a ridicat această problemă în cadrele „Astrei“.

adică a căsătoriilor pure și acelor dintre bărbați și soții de neam eterogen, adică a căsătoriilor mixte, e următoarea :

Căsătoriile după neamul bărbaților și al soțiilor, în orașele din Transilvania, dela 1920—1 VII. 1937. *

Tabela nr. 1.

Neamul bărbaților	Neamul soțiilor. Cifre crude						
	Total	Români	Unguri	Germ.	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.
Total	133115	38113	55794	20853	16737	835	783
Români	45454	31421	10604	2622	367	262	178
Unguri	48217	4677	39684	2982	558	176	140
Germani	20559	1466	4082	14624	217	82	88
Evrei	16790	170	781	257	15540	19	23
Ruși, etc.	1075	228	316	190	33	281	27
Alte n.	1020	151	327	178	22	15	327
Neamul bărbaților	Neamul soțiilor. Procente						
Români	100.0	69.1	23.3	5.8	0.8	0.6	0.4
Unguri	100.1	9.7	82.3	6.2	1.2	0.4	0.3
Germani	100.0	7.1	19.9	71.1	1.1	0.4	0.4
Evrei	99.9	1.0	4.6	1.5	92.6	0.1	0.1
Ruși, etc.	100.0	21.2	29.4	17.7	3.1	26.1	2.5
Alte n.	100.1	14.8	32.1	17.4	2.2	1.5	32.1
Neamul soțiilor	Neamul bărbaților. Procente						
Români	99.9	82.4	12.3	3.8	0.4	0.6	0.4
Unguri	100.0	19.0	71.1	7.3	1.4	0.6	0.6
Germani	99.9	12.6	14.3	70.1	1.2	0.9	0.8
Evrei	99.9	2.2	3.3	1.3	92.8	0.2	0.1
Ruși, etc.	100.0	31.4	21.1	9.8	2.3	33.6	1.8
Alte n.	99.9	22.7	17.9	11.2	2.9	3.4	41.8

* Din Salonta, datele sunt până la 1 VII. 1936, din Arad, Hunedoara, Bistrița, Dicioșanmartin, Sf. Gheorgh, Satu-Mare sunt până la 31 XII. 1936, din Tg. Mureș sunt până la 1 X. 1937, iar din Oradea și Gherla sunt până la sfârșitul anului 1937.

Analizând cifrele crude din prima parte a tabelii (nr. 1) ne dăm seamă, că amestecul variază mult dela un neam la altul; *bărbații români, unguoaicele, germanii de ambe sexe, contractă cel mai frecvent căsătorii mixte, iar evreii se căsătoresc aproape numai între ei. În cifre rotunjite, putem zice, că tot al treilea român ia*

unguroiacă. Pentru ruși, etc. și alte neamuri, cifrele fiind relativ mici, concluziile ori cari ar fi, nu prezintă o importanță deosebită.

Ca să ne orientăm mai ușor asupra frecvenței căsătoriilor mixte, în tabela precedentă (nr. 1.) am expus procentul la 100 al neamului soțiilor căsătorite cu bărbați de același neam sau de neam diferit (partea doua a tabelii) și procentul neamului bărbaților căsătoriți cu soții de neam omogen sau eterogen (partea treia). Variațiunea procentelor dela un neam la altul e destul de semnificativă.

Bărbații români în 30.9%, ungurii în 17.7%, germanii în 28.9%, evreii în 7.4% a cazurilor s'au căsătorit eterogen; iar femeile române în 17.6%, unguroaicele 28.9%, nemțoaicele în 29.9%, evreicele în 7.2% s'au căsătorit mixt.

Din aceste procente, în plus față de cele constatate prin cifrele crude, mai reiese că unguroaicele intră și în corpul etnic al germanilor. De două ori și mai bine, se căsătoresc mai mulți nemți cu unguroaice, decât unguri cu nemțoaice. Iar germanii de ambe sexe, căsătorindu-se mixt cu aceleași procente, femeile lor înlocuite în parte cu unguroaice, nu rămân necăsătorite, ci se căsătoresc, după cum am văzut cu bărbați români.

Intensitatea căsătoriilor mixte.

Până în prezent, am analizat căsătoriile mixte numai după frecvența lor, fără să ținem seamă și de intensitatea lor, adică de raportul lor față de totalul populației respective supusă acestui fenomen. Ne având populația pe neamuri, la mijlocul perioadei studiate, adică la 1 Octombrie 1928, după un recensământ, am recurs la altă bază și anume la căsătoriile pure. De altfel această bază de calcul o credem și superioară celei dintâiu, fiindcă ne dă proporții absolut comparabile. Am calculat deci, proporția persoanelor de un anumit neam, căsătorite mixt, față de 100 persoane de același neam și căsătorite omogen. Proporțiile obținute, precedate de distribuția la 100 a totalului căsătoriților pur, care e de 202,754 și de proporțiile neamurilor din Transilvania dela 1930, le redăm în tabela nr. 2 și grafica nr. 1.

Din acestea reiese unele observațiuni destul de importante. Românii numai prin căsătoriile pure nu pot să-și asigure în mediul urban proporția de populație din 1930, pe când ungurii, germanii și evreii da. Evreii chiar contractă căsătorii pure, într-o proporție mult mai urcată decât e reprezentat neamul lor în populația urbană. Disproporția dela 15.2% la 8.6% e atât de urcată, încât avem convin-

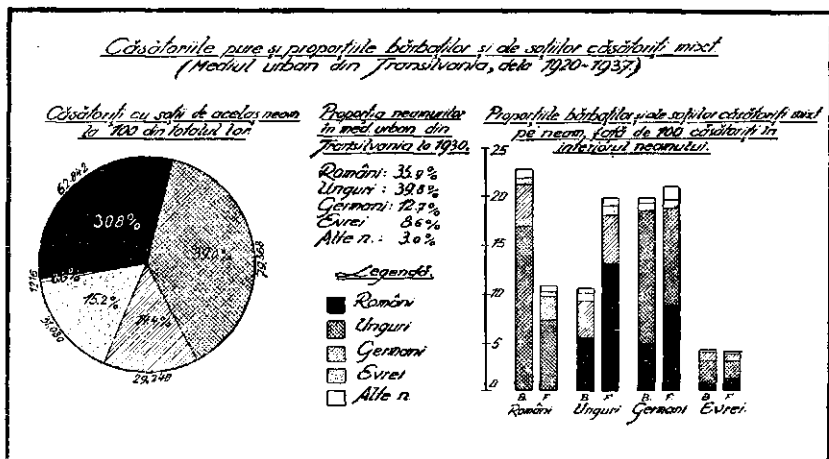
Căsătoriile mixte, în mediul urban din Transilvania, dela 1920-1 VII 1937.

Tabela nr. 2.

Neamul căsătoriților	Sexul	CIFRE CRUDE													
		Căsăto- riți între acelaș neam	Neamul căsătoriților												
			Români		Unguri		Germani		Evrei		Ruși, etc.		Alte n.		
			B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	
Români . .	B F	62842			4677	10604		1466	2622		367	262	178		
Unguri . .	B F	79368	10604	4677			4082	2982		781	588	176	140		
Germani . .	B F	29248	2622	1466	2982	4082				257	217	82	88		
Evrei . . .	B F	31080	367	170	558	781	217	257				19	23		
Ruși, etc.	B F	562	262	228	176	316	82	190		33			27		
Alte n. . .	B F	654	178	151	140	327	88	178	23	22	27	15			
		Procente la 100	Procente la 100 căsătoriți cu același neam												
Români . .	B F	30.8			7.4	16.9		2.3	4.2		0.6	0.4	0.2	0.3	
Unguri . .	B F	39.0	13.4	5.9			5.1	3.8		1.0	0.7	0.2	0.2		
Germani . .	B F	14.4	9.0	5.0	10.2	14.0				0.9	0.7	0.3	0.3		
Evrei . . .	B F	15.2	1.2	0.6	1.8	2.5	0.7	0.8				0.1	0.1		
Ruși, etc.	B F	0.3	46.6	40.6	31.3	56.2	14.6	33.8		3.4	5.9		4.8		
Alte n. . .	B F	0.3	27.2	23.1	21.4	50.0	13.5	27.2	3.5	3.4	4.1	2.3			

gerea, că foarte mulți dintre ei la recensământ s'au declarat de alt neam decât acela la care aparțin și pe care la căsătorie nu l'au ascuns.

Judecând acum amestecul dintre diferitele neamuri și prin porții calculate la aceeași bază (la 100 de căsătorii pure de un anumit neam) constatăm, că intensitatea căsătoriilor mixte în ordine descrescândă e următoarea: bărbați români cu ungueroaice (față de 100 români



Grafica Nr. 1.

căsătorii pur); bărbați germani cu ungueroaice (față de germani puri); femei ungueroaice cu români (față de unguri puri); femei nemțoaice cu bărbați unguri (față de germani puri); femei nemțoaice cu bărbați români (față de germani puri); femei românce cu bărbați unguri (față de români puri); bărbați unguri cu femei românce (față de unguri puri); ungueroaice cu bărbați nemți (față de unguri puri); bărbați germani cu femei românce (față de germani puri); bărbați români cu nemțoaice (față de români puri) etc., după cum se poate citi din partea două a tabelii și graficeii precedente. Evreii și evreicele se amestecă mai ales cu ungueroaicele și cu ungurii.

De baza intensității căsătoriilor mixte, mai precizăm că bărbații români se căsătoresc cu ungueroaice de trei ori mai frecvent decât ungurii cu românce.

Inegalitatea curioasă, dar explicabilă după cum vom vedea mai târziu între căsătoriile mixte contractate de o parte de bărbați români cu femei străine și între cele legate de femeile românce cu bărbați străini, are repercursiuni demografice dintre cele mai grave asupra corpului nostru etnic din orașe, care de sigur trebuie să fie și elementul de elită al conștiinței naționale. Iată de ce. Întâiu faptul, că bărbații români s'au căsătorit mixt, cu o frecvență atât de urcată și cea mai ridicată față de celelalte neamuri, a determinat intrarea în corpul nostru etnic a 14,033 de femei străine, dintre cari 10,604 sunt ungueroaice, 2,622 nemțoaice și 367 evreice. Aceasta înseamnă judecând prin prizma forței actuale a fertilității din orașe, care în medie e de trei copii, că în generația creată de aceste căsătorii, vor fi circa

42,000 de cetățeni, cari datorită sângelui, dacă nu vor avea sentimente centrifuge față de etnia românească, de sigur că la nici un caz nu le vor avea identice și suprapuse cu ale românilor procreați de românce. În cazul mai special al bărbaților români căsătoriți cu ungueroaice, pecetluiește ab ovo indiferența a 30,000 de inși față de așezarea frontierei noastre dela Vest. Fiind orășeni, deci cu rol în conducerea țării și cu influență asupra unui număr mult mai mare de cetățeni, calitativ forța lor va conta mai mult, decât niște unități cantitative corespunzătoare mediei. În al doilea rând, această inegalitate pe sexe a căsătoriilor mixte la români (14,033 bărbați români minus 4,677 ungueroaice, 1,466 nemțoaice, 170 evreice și 396 alte neamuri = 6,692 femei) a determinat ca 7,341 de femei românce să rămână nemăritate, eliminate deci dela dreptul fertilității sau să nu fie aduse din mediul rural în cel urban, unde prin cei circa 22,000 de copii, pe cari le-ar fi născut, să contribuie la amplificarea numerică și calitativă a românilor — șovăitori față de problemele noastre naționale vitale.

Căsătoria bărbaților români cu un număr de ungueroaice, nemțoaice și chiar evreice, mai mare decât acela cu care românele se căsătoresc cu bărbați de aceste neamuri, nu e un fenomen natural, produs în urma conviețuirii în aceleași comunități. Consultând un material statistic destul de însemnat și mai ales pe cel prelucrat de J. V. De Porte,³ relativ la Statul New York am citit, că în general, acolo unde au loc căsătorii mixte, bărbații născuți în altă țară, se căsătoresc mai frecvent cu femei născute în statul respectiv, cu alte cuvinte bărbații minoritari iau majoritare. Femeile minoritare sunt deci cele cari rezistă mai mult la căsătoriile mixte. Faptul acesta a avut loc și printre ungurii imigrați în Statul New York. Aceasta denotă, cum de altfel ne putem convinge zilnic la noi, că exogamia care se practică între români și ungueroaice, nemțoaice și evreice e susținută de un artificialism. Femeile acestea execută un adevărat rapt din neamul românesc, cu scopul precugetat de a-și asigura o viață lipsită de unele griji, pe cari nu le-ar putea evita dacă s'ar mărita cu conașionalii lor.

Căsătoriile mixte contractate de bărbații români, pe orașe și municipii.

Frecvența căsătoriilor mixte contractate de bărbații români, nu e egală în toate orașele Transilvaniei și nu are loc în toate, cu intensitate maximă numai cu ungueroaice, dar în unele și cu femei germane, după cum reiese din următoarea tabelă.

³ J. V. De Porte: Marriages in the State of New York with special reference to nativity. Human Biology. Vol. 3. No. 3. 1931.

Neamul femeilor căsătorite cu bărbați români, dela 1920—1 VII. 1937, pe orașe și municipii.

Tabela nr. 3.

Nr. crt.	Orașul sau municipiul	Cifre crude						Procente							
		Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.	Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.
	Total .	45454	31421	10604	2622	367	262	178	100.0	69.1	23.3	5.8	0.8	0.6	3.4
1	Odorheiu . . .	176	50	111	7	1	1	6	100.1	28.4	63.1	4.0	0.6	0.6	3.4
2	Gheorgheni . . .	132	43	88	1	—	—	—	100.1	32.6	66.7	0.8	—	—	—
3	Tg.-Săcuiesc . . .	84	28	55	1	—	—	—	100.0	33.3	65.5	1.2	—	—	—
4	Salonta . . .	252	90	149	7	5	—	1	100.0	35.7	59.1	2.8	2.0	—	0.4
5	Miercurea-Ciuc . . .	115	44	61	3	5	1	1	100.0	28.3	53.0	2.6	4.3	0.9	0.9
6	Sf.-Gheorghe . . .	313	136	165	11	—	—	1	99.9	43.4	52.7	3.5	—	—	0.3
7	Tg.-Mureș . . .	1122	524	555	22	12	3	6	100.1	46.7	49.5	2.0	1.1	0.3	0.5
8	Oradea . . .	3270	1624	1550	34	62	—	—	100.0	49.7	47.4	1.0	1.9	—	—
9	Baia-Sprie . . .	250	129	118	1	1	1	—	100.0	51.6	47.2	0.4	0.4	0.4	—
10	Satu-Mare . . .	1790	960	712	78	10	27	3	100.1	53.6	39.8	4.4	0.6	1.5	0.2
11	Timișoara . . .	3608	1980	733	704	65	89	37	100.0	54.9	20.3	19.5	1.8	2.5	1.0
12	Carei . . .	744	427	198	108	3	8	—	100.0	57.4	26.6	14.5	0.4	1.1	—
13	Oișova . . .	295	174	46	68	5	1	1	100.0	59.0	15.6	23.1	1.7	0.3	0.3
14	Reghin . . .	234	140	73	20	—	—	1	100.0	59.8	31.2	8.6	—	—	0.4
15	Zalău . . .	364	229	132	—	3	—	—	100.0	62.9	36.3	—	0.8	—	—
16	Cluj* . . .	5025	3189	1787	—	49	—	—	100.1	63.5	35.6	—	1.0	—	—
17	Gherla . . .	373	242	95	9	1	2	24	100.0	64.9	25.5	2.4	0.3	0.5	6.4
18	Reșița . . .	766	504	38	218	2	2	2	100.2	65.8	5.0	28.5	0.3	0.3	0.3
19	Lugoș . . .	1385	926	211	229	2	7	10	99.9	66.9	15.2	16.5	0.1	0.5	0.7
20	Arad . . .	4403	2945	1120	214	60	39	25	100.1	66.9	25.4	4.9	1.4	0.9	0.6
21	Beiuș . . .	321	222	92	—	5	—	2	100.1	69.2	28.7	—	1.6	—	0.6
22	Sighet . . .	1020	710	242	3	10	52	3	99.9	69.6	23.7	0.3	0.9	5.1	0.3
23	Baia-Mare . . .	1106	786	312	3	3	1	1	100.1	71.1	28.2	0.3	0.3	0.1	0.1
24	Dej . . .	702	509	190	—	3	—	—	100.0	72.5	27.1	—	0.4	—	—
25	Deva . . .	733	538	172	12	6	1	4	100.0	73.4	23.5	1.6	0.8	0.1	0.6
26	Hunedoara . . .	356	268	51	25	1	8	3	100.0	75.3	14.3	7.0	0.3	2.3	0.8
27	Făgăraș . . .	509	387	79	20	6	2	5	100.0	76.0	15.5	5.9	1.2	0.4	1.0
28	Hățeg . . .	241	185	37	8	8	—	3	100.0	76.8	15.4	3.3	3.3	—	1.2
29	Dicioșânmartin . . .	228	180	46	—	2	—	—	100.1	79.0	20.2	—	0.9	—	—
30	Huedin . . .	152	121	30	1	—	—	—	99.9	79.6	19.7	0.6	—	—	—
31	Șimlăul-Silvan . . .	412	329	81	—	1	1	—	99.9	79.8	19.7	—	0.2	0.2	—
32	Aiud . . .	443	355	75	8	2	1	2	99.8	80.1	16.9	1.8	0.4	0.2	0.4
33	Bistrița . . .	667	540	65	62	—	—	—	100.0	81.0	9.7	9.3	—	—	—
34	Brașov . . .	3017	2454	367	191	3	—	2	100.0	81.3	12.2	6.3	0.1	—	0.1
35	Caransebeș . . .	780	636	34	93	6	2	9	100.1	81.5	4.4	11.9	0.8	0.3	1.2
36	Oravița . . .	577	476	31	58	3	6	3	100.0	82.5	5.4	10.1	0.5	1.0	0.5
37	Turda . . .	1011	835	161	7	2	1	5	100.0	82.6	15.9	0.7	0.2	0.1	0.5
38	Sibiu . . .	2464	2063	153	235	9	4	—	100.0	83.7	6.2	9.5	0.4	0.2	—
39	Abrud . . .	267	227	32	4	—	—	4	100.0	85.0	12.0	1.5	—	—	1.5
40	Dumbrăveni . . .	292	249	34	7	1	—	1	99.9	85.3	11.6	2.4	0.3	—	0.3
41	Medias . . .	693	598	81	12	—	1	1	99.9	86.3	11.7	1.7	—	0.1	0.1
42	Alba-Iulia . . .	961	845	75	31	4	—	6	99.9	87.9	7.8	3.2	0.4	—	0.6
43	Sighișoara . . .	864	761	68	31	3	—	1	100.0	88.1	7.9	3.6	0.3	—	0.1
44	Orăștie . . .	691	616	46	23	1	1	4	100.0	89.2	6.7	3.3	0.1	0.1	0.6
45	Blaj . . .	355	326	20	8	1	—	—	99.9	91.8	5.6	2.2	0.3	—	—
46	Lipceva . . .	496	469	9	17	1	—	—	100.0	94.6	1.8	3.4	0.2	—	—
47	Năsăud . . .	388	373	11	3	—	—	1	100.0	96.1	2.8	0.8	—	—	0.3
48	Săbeș . . .	1007	979	13	15	—	—	—	100.0	97.2	1.3	1.5	—	—	—

* Nemțoaicele căsătorite cu români sunt cuprinse în coloana unghi.

Frecvența mare a căsătoriilor mixte cu unguroaice, are loc fără excepție în orașele ținutului din Sud-Estul Transilvaniei și în cele dealungul graniței de Vest. Această așezare o cifim și din cartografa următoare :



Grafica Nr. 2.

Problema se prezintă grav, în Odorheiu, Gheorgheni, Tg. Săcuiesc, Miercurea Ciuc, Sf. Gheorghe, Tg. Mureș, unde bărbații români, dela 66.7%—49.5% se căsătoresc numai cu unguroaice. Amestecul acesta ne-ar fi favorabil din punct de vedere biologic, deoarece după cum știm diferență de sânge între săcui și români nu există. Durere însă revenirea e numai sanghină. Femeile săcuience, măritate cu români, cât și adeseori copiii lor nu și însușesc nici limba, nici obiceiul nostru strămoșesc. Ori, astăzi e bine cunoscut, că între componentele principale care deosebesc un neam de altul sunt și aceste două. Aceasta înseamnă, că prin căsătoriile mixte, noi și acum după 20 de ani dela unire, dacă nu continuăm să reducem proporția elementului român din Sud-Estul Transilvaniei, la nici un caz nu-i favorizăm urcarea.

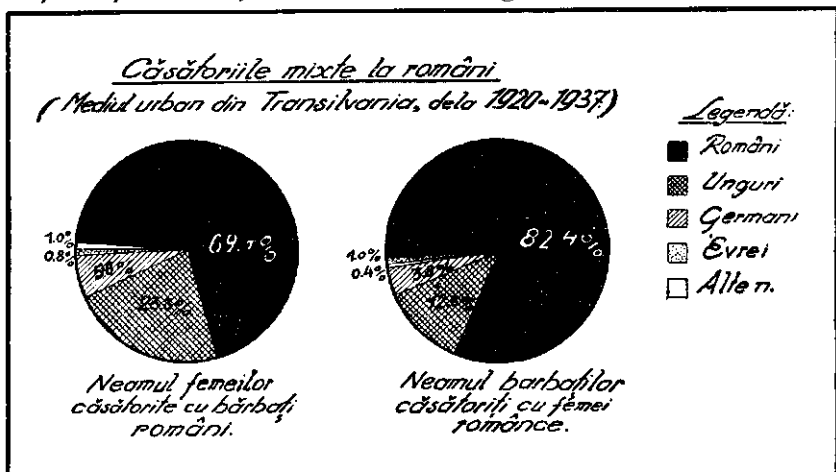
Dealungul graniței de Vest, în Salonta, Oradea, Baia Sprie, Satu Mare, Timișoara, Carei, românii se căsătoresc cu unguroaice într'o proporție care variază dela 59.1%—26.6%. Amestecul aici e chiar ciudat, atât din punct de vedere biologic, cât și din cel psihologic. Biologic, fiindcă unguroaicele cari se căsătoresc cu români, nu sunt elemente de aceeași stare socială și contractează căsătoria numai la o

vârstă mai înaintată decât conaționa'ele lor căsătorite cu unguri. Se crede, că recurg la acest amestec, în majoritate numai acelea care au rămas după selecția făcută de unguri. Psihologic soțiile un-guroaice, datorită sentimentelor înăscute și susținute de curentul de revanșă, condus și canalizat în multe cazuri, chiar de frații și surorile lor, nu se pot adapta aspirațiilor naționale ale bărbaților, cât că aceștia ar mai fi animați de ele.

Bărbații români după cum am văzut mai contractă căsătorii mixte și cu nemțoaice. Așa are loc în proporții urcate, în Reșița, Orșova, Timișoara, Carei și în Caransebeș. Proporțiile acestora variază dela 28.5—11.9%. E de remarcat, disproporția din Timișoara. Românii au luat 733 de nemțoaice, pe când șvabii s'au căsătorit numai cu 241 de românce. Se vede că nemțoaicele în Timișoara, sunt conduse de aceleași principii ca și un-guroaicele.

Orașele scutite întrucâtva de căsătorii mixte, sunt: Sebeș-ul, Năsăud-ul, Lipova, Blaj-ul, Orăștia, Sighișoara, Alba-Iulia, Mediaș-ul, Dumbrăveni, Abrud-ul, Sibiu-ul și Turda. E interesant de remarcat, că românii și sașii din Sebeș, Sighișoara și Mediaș, nu se amestecă decât într'o proporție redusă.

Căsătorii mixte între bărbați români și evreice, au loc mai frecvent în Oradea, Timișoara și Arad, între români și sârboaice în Timișoara și în Arad, iar cu rutence în Sighet și în Satu-Mare.



Grafica Nr. 3.

Neamul bărbaților căsătoriți cu românce pe orașe și municipii.

Femeile românce, după cum am văzut din totalul cifrelor, contractă căsătorii mixte mai puțin frecvent decât bărbații români. Totuși în unele orașe și proporția lor e destul de urcată, conform cifrelor și procentelor din tabela următoare :

Neamul bărbaților căsătoriți cu românce, dela 1920—1 VII. 1937, pe orașe și municipii.

Tabela nr. 4.

Nr. crt.	Orașul sau municipiul	Cifre crude						Procente							
		Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.	Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.
	Total .	38113	31421	4677	1466	170	228	151	99.9	82.4	12.3	3.8	0.4	0.6	0.4
1	Reșița	826	504	32	283	—	4	3	100.1	61.0	3.9	34.3	—	0.5	0.4
2	Baia-Sprie . . .	207	129	74	1	—	2	1	100.1	62.3	35.8	0.5	—	1.0	0.5
3	Carei	669	427	141	87	2	9	3	99.9	63.8	21.1	13.0	0.3	1.3	0.4
4	Satu-Mare . . .	1476	960	444	43	9	17	3	100.0	65.0	30.1	2.9	0.6	1.2	0.2
5	Tg.-Mureș . . .	762	524	214	12	4	4	4	100.0	68.8	28.1	1.6	0.5	0.5	0.5
6	Oradea	2353	1624	665	19	37	3	5	100.0	69.0	28.3	0.8	1.6	0.1	0.2
7	Salonta	130	90	36	1	—	1	2	100.0	69.2	27.7	0.8	—	0.8	1.5
8	Sf.-Gheorghe . .	192	136	51	1	2	—	2	99.9	70.8	26.6	0.5	1.0	—	1.0
9	Reghin	197	140	48	7	1	—	1	100.1	71.1	24.4	3.6	0.5	—	0.5
10	Gherla	329	242	57	8	—	3	19	100.0	73.6	17.3	2.4	—	0.9	5.8
11	Baia-Mare . . .	1051	786	259	4	1	—	1	100.0	74.8	24.6	0.4	0.1	—	0.1
12	Orsova	230	174	8	44	2	1	1	99.9	75.6	3.5	19.1	0.9	0.4	0.4
13	Cluj	4092	3189	865	—	34	1	3	99.9	77.9	21.1	—	0.8	—	0.1
14	Timișoara . . .	2517	1980	198	241	23	57	18	100.1	78.7	7.9	9.6	0.9	2.3	0.7
15	Odorheiu	62	50	11	1	—	1	—	99.9	80.6	17.7	—	1.6	—	—
16	Sighet	870	710	121	1	—	31	7	100.0	81.6	13.9	0.1	—	3.6	0.8
17	Tg.-Săcuiesc . .	34	28	6	—	—	—	—	100.0	82.4	17.6	—	—	—	—
18	Dej	617	509	107	—	1	—	—	100.0	82.5	17.3	—	0.2	—	—
19	Hunedoara . . .	321	268	33	10	3	5	2	100.0	83.5	10.3	3.1	0.9	1.6	0.6
20	Zalău	274	229	38	—	6	—	1	100.1	83.6	13.9	—	2.2	—	0.4
21	Arad	3523	2945	390	122	19	34	13	100.1	83.6	11.1	3.5	0.5	1.0	0.4
22	Hateg	219	185	30	3	—	1	1	100.1	84.5	13.7	1.4	—	—	0.5
23	Brașov	2885	2454	222	176	6	18	9	100.0	85.1	7.7	6.1	0.2	0.6	0.3
24	Lugoj	1082	926	51	86	3	8	8	100.0	85.6	4.7	8.0	0.3	0.7	0.7
25	Deva	628	538	70	13	—	2	5	100.0	85.7	11.1	2.1	—	0.3	0.8
26	Gheorgheni . . .	50	43	6	1	—	—	—	100.0	86.0	12.0	2.0	—	—	—
27	Diciosânmartin .	207	180	25	2	—	—	—	100.1	87.0	12.1	1.0	—	—	—
28	Beiuș	253	222	21	1	—	—	9	100.1	87.8	8.3	0.4	—	—	3.6
29	Miercurea-Ciuc .	50	44	4	1	—	—	1	100.0	88.0	8.0	2.0	—	—	2.0
30	Făgăraș	439	387	35	14	—	2	1	100.1	88.2	8.0	3.2	—	0.5	0.2
31	Mediaș	664	598	38	22	2	1	3	100.1	90.1	5.7	3.3	0.3	0.2	0.5
32	Turda	925	835	70	7	1	8	4	100.1	90.3	7.6	0.8	0.1	0.9	0.4
33	Bistrița	598	540	41	17	—	—	—	100.0	90.3	6.9	2.8	—	—	—
34	Sibiu	2252	2063	66	103	6	12	2	100.0	91.6	2.9	4.6	0.3	0.5	0.1
35	Caransebeș . . .	692	636	12	35	2	2	5	100.0	91.9	1.7	5.1	0.3	0.3	0.7
36	Abrud	246	227	15	3	—	—	1	100.0	92.3	6.1	1.2	—	—	0.4
37	Orăștie	661	616	28	17	—	—	—	100.0	93.2	4.2	2.6	—	—	—
38	Alba-Iulia . . .	906	845	34	20	1	—	6	100.1	93.3	3.8	2.2	0.1	—	0.7
39	Aiud	378	355	19	3	—	1	—	100.0	93.9	5.0	0.8	—	0.3	—
40	Simlăuul-Silv. .	348	329	19	—	—	—	—	100.0	94.5	5.5	—	—	—	—
41	Oravița	501	476	8	13	3	1	—	100.0	95.0	1.6	2.6	0.6	0.2	—
42	Sighișoara . . .	800	761	17	19	—	—	3	100.0	95.1	2.1	2.4	—	—	0.4
43	Dumbrăveni . . .	260	249	8	2	—	1	—	100.1	95.8	3.1	0.8	—	0.4	—
44	Năsăud	389	373	10	5	—	—	1	100.0	95.9	2.6	1.3	—	—	0.2
45	Huedin	126	121	4	—	—	—	1	100.0	96.0	3.2	—	—	—	0.8
46	Blaj	338	326	8	3	1	—	—	100.0	96.4	2.4	0.9	0.3	—	—
47	Lipova	482	469	4	7	—	—	2	99.9	97.3	0.8	1.4	—	—	0.4
48	Sebeș	1002	979	14	9	—	—	—	100.0	97.7	1.4	0.9	—	—	—

Astfel în Baia-Sprie, Satu-Mare, Oradea, Salonta, orașe dela granița de Vest, dau proporții cari variază dela 35.8 %—27.7 %. In celelalte orașe din aceste regiuni și în ținutul din Sud-Estul Transilvaniei proporția româncelor căsătorite cu unguri variază dela 28.1—11.1 % în jos.

Cu bărbații germani, româncele se căsătoresc cu predilecție în Reșița, Orșova, Carei și în Timișoara, iar cu evrei în Oradea, Cluj și Timișoara.

B) Neamul căsătoriților în raport cu profesiunea bărbaților.

Observațiunile zilnice, formându-ne impresia, că unele profesii determină corcirea populației prin căsătorii în mod mai frecvent decât altele, am scos cifrele asupra căsătoriților și în raport cu această calitate a bărbaților. Sub acest raport am distribuit bărbații în șapte grupe, ținând seamă de profesiunea din care își au sursa principală de existență.

Pentru cele 133,115 căsătorii legate în perioada 1920—1 VII. 1937, am obținut tabela nr. 5.

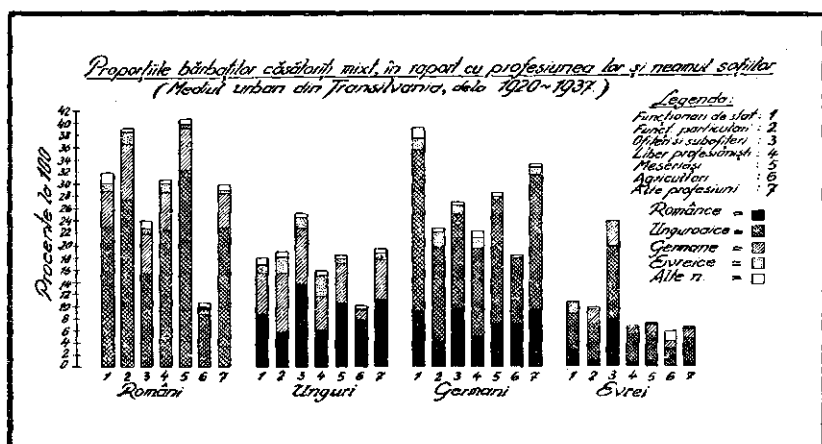
Prin variația cifrelor și procentelor acestei tabele, dela o grupă de profesii la alta, părerea noastră e confirmată numai într'o direcție. Profesiunea cu toată ambianța legată de ea, a jucat un rol important în determinarea căsătoriilor mixte numai la români. *Influența profesiei e mai evidentă la meseriași și funcționari particulari români și nu se observă decât în parte la ofițerii și subofițerii unguri, germani și evrei din armata noastră. Primii trăind într'un mediu foarte puțin românesc, se căsătoresc într'o proporție enormă de 40.9 % și 39.9 % cu străine, iar ofițerii și subofițerii unguri, germani și evrei deși participă și în societatea românească, se căsătoresc cu românce numai în 8.0 %—13.8 % a cazurilor.*

Dintre bărbații români, după cele două grupe de profesii amintite, cel mai frecvent se căsătoresc mixt funcționarii de stat, liberi profesioniști și ofițerii, iar agricultorii se feresc mai mult de străine. E de remarcat, că ofițerii și subofițerii români se căsătoresc mixt, într'o proporție egală cu cei de alte neamuri, deși aceștia din urmă ar fi fost logic prin scopul profesiei lor să se căsătorească poate chiar numai cu românce.

Căsătoriile după neamul bărbaților și al soțiilor și după profesunea bărbaților.

Tabela nr. 5.

Neamul bărbaților		NEAMUL SOȚIILOR													
		Cifre crude							Procente						
		Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.	Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.
ROMÂNI	Funcționari de stat	9210	6274	2135	546	118	74	63	100.0	68.1	23.2	5.9	1.3	0.8	0.7
	Funcționari particulari	1932	1162	533	182	40	5	10	100.0	60.1	27.6	9.4	2.1	0.3	0.5
	Ofițeri și subofițeri	3560	2700	546	232	40	19	23	99.9	75.8	13.3	6.5	1.1	0.5	0.7
	Liberi profesioniști	2171	1494	490	133	40	3	11	99.9	68.8	22.6	6.1	1.8	0.1	0.5
	Meseriași	14419	8524	4637	1045	86	82	45	100.0	59.1	32.2	7.2	0.6	0.6	0.3
	Agricultori	6701	6024	566	61	7	38	5	100.0	89.9	8.4	0.9	0.1	0.6	0.1
Alte profesii	7461	5243	1697	423	36	41	21	100.1	70.3	22.7	5.7	0.5	0.6	0.3	
UNGURI	Funcționari de stat	3574	309	2937	241	45	25	17	100.0	8.6	82.2	6.7	1.3	0.7	0.5
	Funcționari particulari	2701	158	2183	267	73	10	10	100.0	5.8	80.8	9.9	2.7	0.4	0.4
	Ofițeri și subofițeri	116	16	86	11	2	—	—	100.0	13.8	74.1	9.5	1.7	—	0.9
	Liberi profesioniști	2369	141	2000	130	82	7	9	100.1	6.0	84.4	5.5	3.5	0.3	0.4
	Meseriași	26456	2749	21553	1737	255	91	71	100.1	10.4	81.5	6.6	1.0	0.3	0.3
	Agricultori	4732	371	4248	85	8	10	10	100.0	7.8	89.8	1.8	0.2	0.2	0.2
Alte profesii	8269	933	6677	511	93	33	22	100.1	11.3	80.8	6.2	1.1	0.4	0.3	
GERMANI	Funcționari de stat	852	77	225	517	17	7	9	100.0	9.0	26.4	60.7	2.0	0.8	1.1
	Funcționari particulari	2051	84	326	1577	51	8	5	100.0	4.1	15.9	76.9	2.5	0.4	0.2
	Ofițeri și subofițeri	211	20	33	154	3	—	1	100.0	9.5	15.6	73.0	1.4	—	0.5
	Liberi profesioniști	1431	74	208	1109	27	5	8	100.1	5.2	14.5	77.5	1.9	0.4	0.6
	Meseriași	11981	852	2461	8493	73	48	54	99.9	7.1	20.5	70.9	0.6	0.4	0.4
	Agricultori	671	47	73	548	—	3	—	100.0	7.0	10.9	81.7	—	0.4	—
Alte profesii	3362	312	756	2226	46	11	11	100.0	9.3	22.5	66.2	1.4	0.3	0.3	
EVREI	Funcționari de stat	281	8	17	6	250	—	—	99.9	2.8	6.0	2.1	89.0	—	—
	Funcționari particulari	2629	29	158	68	2368	2	4	100.1	1.1	6.0	2.6	90.1	0.1	0.2
	Ofițeri și subofițeri	25	2	3	1	19	—	—	100.0	8.0	12.0	4.0	76.0	—	—
	Liberi profesioniști	2744	25	130	30	2556	1	2	100.0	0.9	4.7	1.1	93.2	0.0	0.1
	Meseriași	5187	58	252	56	4814	2	5	100.0	1.1	4.9	1.1	92.8	0.0	0.1
	Agricultori	239	—	7	3	225	1	3	100.0	—	2.9	1.3	94.1	0.4	1.3
Alte profesii	5685	48	214	93	5308	13	9	100.0	0.8	3.8	1.6	93.4	0.2	0.2	
RUȘI, ETC.	Funcționari de stat	90	18	30	11	6	24	1	100.0	20.0	33.3	12.2	6.7	26.7	1.1
	Funcționari particulari	50	11	9	14	3	9	4	100.0	22.0	18.0	28.0	6.0	18.0	8.0
	Ofițeri și subofițeri	8	3	3	—	—	1	1	100.0	37.5	37.5	—	—	12.5	12.5
	Liberi profesioniști	61	10	14	8	6	21	2	100.0	16.4	23.0	13.1	9.8	34.4	3.3
	Meseriași	494	103	161	100	4	113	13	99.9	20.8	32.6	20.2	0.8	22.9	2.6
	Agricultori	85	26	18	5	—	36	—	100.1	30.6	21.2	5.9	—	42.4	—
Alte profesii	287	57	81	52	14	77	6	100.0	19.9	28.2	18.1	4.9	26.8	2.1	
ALTE NEAM	Funcționari de stat	58	10	31	10	3	1	3	99.9	17.2	53.4	17.2	5.2	1.7	5.2
	Funcționari particulari	68	10	17	24	3	1	13	100.0	14.7	25.0	35.3	4.4	1.5	19.1
	Ofițeri și subofițeri	17	4	7	1	—	1	4	100.0	23.5	41.2	5.9	—	5.9	23.5
	Liberi profesioniști	156	21	34	20	6	3	72	100.0	13.5	21.8	12.8	3.8	1.9	46.2
	Meseriași	409	71	153	89	6	2	88	100.1	17.4	37.4	21.8	1.5	0.5	21.5
	Agricultori	30	7	15	2	1	—	5	100.0	23.3	50.0	6.7	3.3	—	16.7
Alte profesii	282	28	70	32	3	7	142	100.1	9.9	24.8	11.4	1.1	2.5	50.4	



Grafica Nr. 4.

Printre unguri, germani, evrei, după ofițeri și subofițeri mai frecvent se căsătoresc cu românce, funcționarii de stat și meseriași, dar cu o intensitate mult mai redusă, decât cea realizată de bărbatii români.

Pe baza variației proporțiilor căsătoriilor mixte legate de bărbatii români, ne permitem să adăugăm, că pe lângă factorii amintiți, care determină pe ungureaice să intre în familiile de români, mai joacă un rol important și lipsa de organizare a timpului de recreație. De la asociațiile meseriașilor români, până la ale funcționarilor de stat și chiar ale ofițerilor, fără excepție în toate orașele, se observă un haos în această problemă.

C) Evoluția numerică a căsătoriilor mixte dela 1920 — 1 VII. 37.

Am prelucrat numai evoluția numerică și proporțională a căsătoriilor contractate de bărbatii români. De altfel, după cum s'a evidențiat din cele expuse până în prezent, aceasta e latura cea mai arzătoare a problemei care ne preocupă.

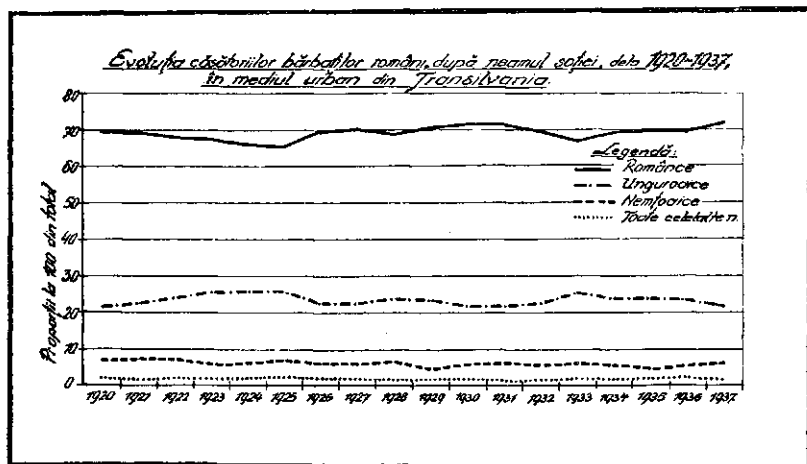
Concluzia pe care ne-o impune tabela nr. 6 e clară:

Bărbatii români în întreaga perioadă dela 1920—37, au legat căsătoriile mixte cu o intensitate uniformă. Nici în ultimii doi-trei ani, decând am început să ne agițăm pe această problemă, proporția căsătoriilor mixte nu a diminuat, decât în câteva orașe. Contractarea de căsătorii mixte printre bărbatii români, cu aceeași frecvență, se observă și din grafica următoare. Aceasta înseamnă, că fără o intervenție organică, la modificări, în sensul revenirii la normal, nici nu ne putem aștepta.

Evoluția căsătoriilor bărbaților români în raport cu reamul soțiilor,
dela 1920—1 VII. 1937, în mediul urban din Transilvania.

Tabela nr. 6.

ANII	NEAMUL FEMEILOR													
	Cifre crude							Procente						
	Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.	Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.
Total . . .	45454	31421	10604	2622	367	262	178	100.0	69.1	23.3	5.8	0.8	0.6	0.4
1920 . . .	2665	1863	587	167	24	18	6	100.0	69.9	22.0	6.3	0.9	0.7	0.2
1921 . . .	2703	1868	612	183	22	11	7	100.0	69.1	22.6	6.8	0.8	0.4	0.3
1922 . . .	2621	1781	621	175	23	18	3	100.1	68.0	23.7	6.7	0.9	0.7	0.1
1923 . . .	2412	1632	609	133	16	16	6	100.0	67.7	25.2	5.5	0.7	0.7	0.2
1924 . . .	2298	1531	586	138	19	20	4	100.0	66.6	25.5	6.0	0.8	0.9	0.2
1925 . . .	2268	1488	587	146	22	16	9	100.0	65.6	25.9	6.4	1.0	0.7	0.4
1926 . . .	2339	1636	523	138	23	10	9	100.0	69.9	22.4	5.9	1.0	0.4	0.4
1827 . . .	2410	1686	537	142	18	19	8	100.1	70.0	22.3	5.9	0.8	0.8	0.3
1928 . . .	2527	1732	598	154	23	7	7	100.0	68.5	23.7	6.1	0.9	0.3	0.5
1929 . . .	2540	1788	595	112	22	13	10	100.0	70.4	23.4	4.4	0.9	0.5	0.4
1930 . . .	2571	1829	548	149	9	21	15	100.0	71.1	21.3	5.8	0.4	0.8	0.6
1931 . . .	2455	1746	524	144	25	8	8	99.9	71.1	21.3	5.9	1.0	0.3	0.3
1932 . . .	2615	1828	592	150	23	9	13	99.9	69.9	22.6	5.7	0.9	0.3	0.5
1933 . . .	2587	1732	652	155	28	11	9	100.1	67.0	25.2	6.0	1.1	0.4	0.4
1934 . . .	2945	2031	702	160	23	15	14	100.0	69.0	23.8	5.4	0.8	0.5	0.5
1935 . . .	3012	2106	712	137	20	21	16	100.0	69.9	23.6	4.6	0.7	0.7	0.5
1936 . . .	3057	2121	713	159	20	24	20	99.9	69.4	23.3	5.2	0.6	0.8	0.6
1937 . . .	1429	1023	306	80	7	5	8	100.0	71.6	21.4	5.6	0.4	0.4	0.6



Grafica Nr. 5.

D) Căsătoriile mixte și divorțurile.

Știm că nu toate căsătoriile contractate, chiar civil, cum sunt cele studiate de noi, pot dura toată viața. Dacă unul din cei doi căsătoriți sau ambii, observă că s'au înșelat în aspirațiunile lor sau dacă vreunul din ei împiedecă evoluția normală a familiei create, poate recurge la divorț.

Am prelucrat materialul nostru și în direcția aceasta, gândindu-ne, că poate mulți dintre bărbații români s'au trezit la realitate după un timp scurs dela momentele finereții, despre care se zice că bărbatul față de legarea căsătoriei, e lipsit de ochi și rațiune. Citirea proporțiilor din tabela următoare, obținute prin raportarea divorțurilor de o anumită compoziție pe neam la 100 de căsătorii cu aceeași compoziție, ne contrazice însă presupunerea.

Bărbații români au divorțat de românce cu proporția de 6,8%, de unguroaice cu 6,8%, de nemțoaice cu 7,7% și de evreice cu una de 15,3%. Prin urmare bărbații români nu divorțează mai frecvent de unguroaice decât de românce. Dar nici bărbații de alte neamuri, cari au contractat căsătorii mixte cu frecvență urcată, cum sunt germanii și ungurii nu divorțează cu proporții mai mari decât conaționalii lor căsătoriți omogen. Numai evreii cari s'au căsătorit mai mult între ei, divorțează pe o scară mai largă, atât când sunt căsătoriți între ei, cât mai ales când au legat căsătorii mixte. De altfel și românii și mai toate neamurile divorțează de evreice cu o proporție urcată. Aceasta încă demonstrează puterea ancestrală enormă a evreilor, de a se menține izolați între celelalte neamuri.

În raport cu profesiunea divorțurile sunt în general aceleași.

Meseriașii români, cari sunt aproape jumătate căsătoriți cu unguroaice, nu divorțează mai frecvent decât cei din alte grupe de profesioni. Iar ofițerii și subofițerii români, divorțează de unguroaice mai rar decât funcționarii particulari, cei de stat și liber profesioniști.

Din evoluția numerică și proporțională a divorțurilor cari au avut loc între bărbații români și soțiile lor, expusă în tabela următoare reiese, că în perioada dela 1920—1937, nu a avut loc decât o modificare uniformă: atât românii căsătoriți pur, cât și cei căsătoriți mixt și-au redus divorțurile. Reducerea a fost însă uniformă atât față de românce, cât și față de unguroaice, nemțoaice și evreice.

Divorțurile după neamul bărbatului și al soției, în și raport cu profesiunea bărbatilor, în mediul urban din Transilvania, dela 1920—1 VII 1937.

Tabela nr. 7.

Neamul bărbatilor	PROFESIUNEA BĂRBAȚILOR	NEAMUL SOȚIEI													
		Cifre crude						Proporții la 100 căsătorii*							
		Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.	Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.
ROMÂNII	Total . . .	3150	2143	718	201	56	21	11	6.9	6.8	6.8	7.7	15.3	8.0	6.2
	Funcționari de stat .	718	465	174	45	21	8	5	7.8	7.4	8.2	8.2	17.8	—	—
	Funcționari particulari .	174	107	46	14	7	—	—	9.0	9.2	8.6	7.7	—	—	—
	Ofițeri și subofițeri .	275	214	35	18	5	2	1	7.7	7.9	6.4	7.8	—	—	—
	Liberi profesioniști .	176	118	39	14	3	1	1	8.1	7.9	8.0	10.5	—	—	—
	Meseriași	1000	601	308	70	12	5	4	6.9	7.0	6.6	6.7	14.0	—	—
	Alte profesii	431	303	89	32	6	1	—	5.8	5.8	5.2	7.6	—	—	—
UNGURI	Total . . .	3038	305	2481	187	49	7	9	6.3	6.5	6.2	6.3	8.8	—	—
	Funcționari de stat .	254	27	206	14	3	2	2	7.1	8.7	7.0	5.8	—	—	—
	Funcționari particulari .	207	20	166	14	7	—	—	7.7	12.7	7.6	5.2	—	—	—
	Ofițeri și subofițeri .	14	2	12	—	—	—	—	12.1	—	14.0	—	—	—	—
	Liberi profesioniști .	191	17	161	6	7	—	—	8.1	12.1	8.0	—	—	—	—
	Meseriași	1627	161	1314	125	19	3	5	6.2	5.9	6.1	7.2	7.4	—	—
	Alte profesii	475	60	374	24	13	2	2	5.7	6.4	5.6	4.7	14.0	—	—
GERMANI	Total . . .	1277	67	308	849	41	6	6	6.2	4.6	7.5	5.8	18.9	—	—
	Funcționari de stat .	53	1	16	35	—	1	—	6.2	—	7.1	6.8	—	—	—
	Funcționari particulari .	169	6	28	126	7	1	1	8.2	—	8.6	8.0	—	—	—
	Ofițeri și subofițeri .	19	2	4	13	—	—	—	9.0	—	—	8.4	—	—	—
	Liberi profesioniști .	97	1	11	76	9	—	—	6.8	—	5.3	6.8	—	—	—
	Meseriași	704	39	191	454	16	3	1	5.9	4.6	7.8	5.3	21.9	—	—
	Alte profesii	202	18	53	118	9	1	3	6.0	5.8	7.0	5.3	—	—	—
EVREI	Total . . .	1209	25	84	24	1068	5	3	7.2	14.7	10.8	9.3	6.9	—	—
	Funcționari de stat .	22	—	1	—	21	—	—	7.8	—	—	—	8.4	—	—
	Funcționari particulari .	213	3	13	12	182	2	1	8.1	—	8.2	17.6	7.7	—	—
	Ofițeri și subofițeri .	4	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Liberi profesioniști .	221	4	20	1	194	2	—	8.0	—	15.4	—	7.6	—	—
	Meseriași	311	7	24	3	276	—	1	6.0	—	9.5	—	5.7	—	—
	Alte profesii	423	9	24	8	380	1	1	7.4	—	11.2	—	7.2	—	—
RUȘI, ETC.	Total . . .	57	7	25	9	4	11	1	5.3	—	11.0	—	—	3.9	—
	Funcționari de stat .	7	—	3	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	Funcționari particulari .	4	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	Ofițeri și subofițeri .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Liberi profesioniști .	3	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
	Meseriași	22	6	12	1	—	3	—	4.5	—	7.4	—	—	—	—
	Alte profesii	18	1	6	5	2	4	—	6.3	—	—	—	—	—	—
ALTE NEAM.	Total . . .	59	12	15	11	2	—	19	5.8	8.0	4.6	6.2	—	—	5.8
	Funcționari de stat .	4	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Funcționari particulari .	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Ofițeri și subofițeri .	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Liberi profesioniști .	5	1	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
	Meseriași	24	4	6	6	—	—	8	5.9	—	—	—	—	—	—
	Alte profesii	21	3	5	4	2	—	7	7.4	—	—	—	—	—	—

* Cifrelor crude sub 10 nu le-am calculat proporții.

Evoluția numerică și a proporțiilor bărbaților români, cari au divorțat, în raport cu neamul soției, în mediul urban din Transilvania, dela 1920—37.

Tabela nr. 8.

ANII	NEAMUL FEMEILOR													
	Cifre crude						Proporții la 100 căsătorii *							
	Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.	Total	Români	Unguri	Germani	Evrei	Ruși, etc.	Alte n.
Total . .	3150	2143	718	201	56	21	11	6.9	6.8	6.8	7.7	15.3	8.0	6.2
1920 . . .	243	167	53	16	5	2	—	9.1	9.0	9.0	9.6	—	—	—
1921 . . .	240	166	54	14	5	1	—	8.9	8.9	8.8	7.6	—	—	—
1922 . . .	245	166	63	12	2	1	1	9.4	9.3	10.1	6.9	—	—	—
1923 . . .	245	153	69	18	3	1	1	10.2	9.4	11.3	13.5	—	—	—
1924 . . .	195	114	55	18	3	3	2	8.5	7.4	9.4	13.0	—	—	—
1925 . . .	204	137	49	11	6	1	—	9.0	9.2	8.4	7.5	—	—	—
1926 . . .	199	143	38	13	4	1	—	8.5	8.7	7.3	9.4	—	—	—
1927 . . .	189	137	34	12	3	3	—	7.8	8.1	6.3	8.4	—	—	—
1928 . . .	171	118	42	7	3	1	—	6.8	6.8	7.0	—	—	—	—
1929 . . .	171	124	30	12	3	1	1	6.7	6.9	5.0	10.7	—	—	—
1930 . . .	184	116	44	14	6	2	—	7.2	6.3	8.0	9.4	—	—	—
1931 . . .	166	123	27	13	3	—	—	6.8	7.0	5.2	9.0	—	—	—
1932 . . .	149	99	39	9	—	—	2	5.7	5.4	6.6	—	—	—	—
1933 . . .	131	93	27	8	3	—	—	5.1	5.4	4.1	—	—	—	—
1934 . . .	132	99	23	7	2	—	1	4.5	4.9	3.3	—	—	—	—
1935 . . .	122	78	29	12	3	—	—	4.0	3.7	4.1	8.8	—	—	—
1936 . . .	109	80	19	4	1	4	1	3.6	3.8	2.7	—	—	—	—
1937 . . .	55	30	23	1	1	—	—	3.8	2.9	7.5	—	—	—	—

* Cifrelor crude sub 10 nu le-am calculat proporții.

E) Privire de ansamblu.

Până în prezent am arătat intensitatea amestecului între diferite neamuri, în mediul urban din Transilvania și continuarea lui până azi fără nici o reducere. În unele concluzii, reieșite din interpretarea proporțiilor am relevat, că influența căsătoriilor mixte, așa cum ele au fost contractate între cele câteva neamuri, profesioni, etc., nu poate fi decât nefavorabile patrimoniului nostru etnic. Am tras acele concluzii în mare parte bazați pe disproporția evidențiată numai de jocul dintre căsătorii, fără să cunoaștem realitatea produsă sau în curs de producere a acestor căsătorii mixte: copiii. Ne având încă la îndemână, manifestarea în cifre și proporții a mamelor unguroaice căsătorite cu români, asupra atitudinii lor în problemele noastre naționale, limbii vorbită în familie, educației dată copiilor, școlii pe care aceștia o frecventează și asupra altor factori cari pot secunda căsătoriile mixte, nu am mers cu concluziile până unde mulți cu drept cuvânt

s'au așteptat. Am fost prudenți, fiindcă știm, că toate aceste urmări în viitorul apropiat vor fi precis studiate. Totuși din observațiunile pe cari le avem deja și cari din anumite unghiuri de vedere, ni s'au părut, că prezintă corelațiuni strânse cu proporțiile expuse, ne-am permis să reflectăm și asupra atmosferei românești dezastruoase în care trăiesc și vor trăi generațiile procreate de cei căsătoriți mixt.

Dar de sigur se vor găsi și unii, cari vor considera chiar această previziune modestă cam hazardată. Vor zice, că un neam nu poate trăi izolat și amestecul e chiar necesar. Acestora suntem datori să le reamintim unele fapte, cari zguduiesc acum anumite neamuri sau au determinat în trecut prăbușirea altora. Natural, nu-i vom contrazice, adevărul e și de partea lor, fiindcă infuziunea în sângele unui neam e o intervenție absolut necesară, dar voim să fixăm limitele până unde poate merge amestecul, fără ca să fie nociv.

Că amestecul e necesar, avem exemplul oferit de evrei în general și în special de cei din unele țări, unde din lipsa de amestec au degenerat atât fizic, cât mai ales psihic. Avem și exemple pozitive, cari ne arată influența binefăcătoare a amestecului de neamuri. Cităm, unul, pe cel din Sud-ul Germaniei, unde în urma procesului de contopire între neamuri foarte puțin eterogene, realizat și în mod lent a avut drept consecință menținerea populației la o stare de însemnată vigoare psihică și fizică și nașterea a multor persoane de înaltă valoare spirituală. Acest fel de infuziune lentă și nu prea eterogenă se petrece și astăzi mai în toate regiunile rurale. Efectul ei salutar îl citim din vitalitatea și fertilitatea urcată a populației din mediul rural. Ea are loc și în satele noastre, nu atât cu sânge străin, ci mai ales cu sânge românesc din regiuni învecinate. Posibilităților de asemenea amestec foarte puțin eterogen ar trebui să le deschidem orizonturi chiar mai mari. Aceste fapte m'au determinat să scriu în altă parte: „Nu mai acum fiecare provincie istorică are posibilitatea să contribuie în mod larg și liber la construirea și încheierea specificului nostru etnic. Nouă ne încumbă datoria, la care trebuie să ne gândim serios, ca să cultivăm posibilitățile tuturilor românilor de a contribui cu particularitatea lor la mozaicul de mâine al vitalității noastre, care ne va asigura locul pe care îl merităm“.¹

Nu e la fel, când amestecul e intens și eterogen. Franța actuală și Roma veche ne servesc ca exemple dureroase. Depopularea Franței a început în orașele și în provinciile năpădite de străini. Cu

¹ Dr. P. Râmneanțu, op. cit., vezi pag. nr. 217.

cât infiltrațiunile au fost mai puternice cu atât a diminuat patriotismul și fertilitatea francezilor. În Roma veche, amestecul prea mare și între neamuri prea deosebite a avut consecințe și mai dezastruoase. Încrușișarea romanilor înainte de căderea Romei, făcându-se în proporții urcate cu africani și asiatici, a dus „la corcire totală, la producția acelor tipuri spălăcite, viclene, fără Dumnezeu și fără patrie, fără cap și fără adevărată cinste, corupte și corupătoare, simple stomacuri ambulante“ (A. C. Popovici).¹

Prin urmare infuziune lentă și între neamuri asemănătoare sau chiar în interiorul aceluiaș neam, între persoane din regiuni deosebite da, dar intensă și între neamuri prea eterogene nu.

În posesiunea acestei credințe impusă de realitate și față de constatarea, că în orașele din Transilvania, căsătoriile mixte s'au încheiat într'o proporție foarte urcată și mai ales cu femei de neam cu totul eterogen nouă, de origină asiatică, apoi la ivirea semnelor de început de decadență morală și națională și față de faptul, că multe unguroaice își păstrează încă sentimentul dinaintea căsătoriei, am convingerea că nici una din concluziile pe care le-am făcut nu poate fi considerată hazardată. Că trebuie să privim și dincolo de lumina ciferelor actuale, reiese și din reacțiunea opiniei publice, care deși nu cunoștea până acum intensitatea căsătoriilor mixte exprimată în cifre, totuși a început să ia o atitudine contrară lor.

D) Soluții.

Sintetizând principiile care animează în cele mai multe state politica națională față de populația orașelor și care ar trebui să o călăuzească și pe a noastră, le putem exprima în următoarele două fraze: urcarea actualelor proporții etnice ale românilor din orașe până la nivelul lor dela sate și organizarea unei baze biologice familiilor din orașe, necesară urcării standardului de educație fizică și mintală și desvoltării conștiinței de neam.

În raport cu prevenirea căsătoriilor mixte, din aceste principii se desprind două căi de acțiune: *una legislativă și alta educativă.*

a) *Pe cale legislativă, pe tot cuprinsul țării să se pretindă ciferilor și subciferilor și funcționarilor publici, plătiți de stat, județe și comune, căsătoria numai cu femei românce din naștere. Acest articol de lege are atât bază istorică, cât corespunde și reali-*

¹ A. C. Popovici: Naționalism sau democrație. 1910. Buc. Minerva.

fății actuale din alte țări europene. De mărturie istorică ne servesc legile Iulia și Papia Poppaea, introduse de împăratul August, pentru a asigura continuitatea calităților de rasă ale Romanilor. Iar ca exemplu actual ne servește legiferarea germană din 1933, prin care se pune obstacol căsătoriilor dintre arieni și nearieni.

b) *Elevilor, din tată român și mamă ungueroaică, nemțoaică, evreică, etc. sau din mamă româncă și tată de alt neam să li se interzică frecventarea școlilor primare și secundare neromânești.* Readucerea elevilor prin această dispoziție la limba și obiceiurile românești, e atât de firească, încât suntem convinși, că nu poate întâlni nici o dificultate.

c) *Ridicarea inamovibilității funcționarilor publici români, căsătoriți cu străine și a funcționarelor românce căsătorite cu străini în județele care ating frontiera.* Această măsură e imperios cerută de activitatea dela frontieră în curs de desfășurare și care nu e permis să fie stânjenită cu nimic, cât și de faptele relatate de cotidiene, că printre funcționarii căsătoriți mixt se întâlnesc și unii cari duc o acțiune fâțiș centrifugă și adeseaori chiar contrară intereselor noastre vitale.

d) *Paralel cu acțiunea care se va realiza pe baza legislației propusă prevenirea căsătoriilor mixte trebuie să fie organizată și pe cale educativă.*

Ea va avea în vedere organizarea timpului liber al tuturor membrilor din profesiunile libere (avocați, medici, ingineri, arhitecți, etc.) și mai ales a celor din diferite meserii. Asociațiunile particulare sau semioficiale ale meseriașilor trebuiesc reorganizate pe bază largă, să cuprindă pe toți meseriașii și e necesar să li se impună un program de activitate corespunzător și de continuitate. Prin urmare, socotim că a sosit timpul, intrării în mijlocul meseriașilor, prin persoane oficiale anume instruite și capabile să-i cultive într'un spirit biologic și să-i introducă în câmpul tradiției și conștiinței naționale. Statului, îi revine datoria de înaltă prevedere națională, ca mai ales în orașele din Transilvania să ajute asociațiile muncitorești cu personal bine pregătit și cu o contribuție financiară în vederea lărgirii terenurilor de recreație și înzestrării lor.

Aceste sacrificii materiale neînsemnate, vor realiza nu numai problemele direct vizate mai sus, dar prin ele indirect vor crea și acea atmosferă românească, în care noi avem convingerea, că nu se vor mai contracta decât căsătorii omogene.

După ce am expus, conform părerii noastre, cele mai importante căi de intervenție în prohibirea căsătoriilor mixte, ne mai per-

mitem, să atragem atenția celor în drept, că realizarea acțiunii în această problemă, nu e de dorit să mai fie amânată sub nici un pretext. Nu e bine, ca din cauza unei simple inerții să mai repetăm experiența atât de tristă pe care o trăim astăzi în altă problemă demografică. Atacând problema prin căile descrise nu vom nemulțumi pe nici unul dintre cei căsătoriți mixt, bine înțeles, dacă au comis greșala în mod inconștient și nu cu intenția de a se împotrivi intereselor naționale ale părinților și ale copiilor lor.

Resumé.

La population des villes de Transylvanie, durant des années de 1920 jusqu'à 1 VII. 1937, a contracté des mariages mixtes dans une proportion très élevée. Surtout les hommes de nationalité roumaine, les Hongroises et les Allemands des deux sexes ont contracté de ces mariages hétérogènes. Les Juifs se sont mariés presque seulement entre eux. La variation d'une ethnique à l'autre est assez significative: les hommes roumains ont fait des mariages mixtes dans une proportion de 30.0 %; les Hongrois 17.7 %; les Allemands 28.9 %; les Juifs 7.4 %; les femmes roumaines dans une proportion de 17.6 %; les Hongroises 28.9 %, les Allemandes 29.9 % et les Juives 7.2 %.

Nous considérons anormale et exagérée la si grande fréquence des mariages des hommes roumains avec les Hongroises.

Les femmes roumaines ne se marient pas avec des Hongrois que dans une proportion très réduite. Nous pensons que les Hongroises essayent par cela de s'introduire dans des familles roumaines. En faveur de cette thèse nous citons le fait qu'elles ne s'assimilent point, comme il serait normale, mais au contraire, elles imposent dans leur familles et à leurs enfants assez souvent leurs langue et leurs sentiments.

Cette grande fréquence des mariages mixtes entre Roumains et Hongroises se trouvent sans exception dans les villes des départements de Sud-Est de la Transylvanie et dans celles au long de frontière d'Ouest.

Ces sont notamment les artisans roumains qui se marient avec des Hongroises.

Nous remarquons que même dans les dernières années (1936-37) la proportion des mariages mixtes ne s'est pas réduit qu'exceptionnelement dans quelques villes. Dans d'autres el a même grandie. Les divorces sont tout aussi fréquents dans les mariages mixtes que dans les mariages homogènes.

Nous proposons que pour améliorer cette situation, on devrait intervenir par la lois et l'éducation. Par la lois: a) sur toute l'étendue du pays on devrait prétendre aux officiers, aux sous-officiers et aux fonctionnaires publiques d'épouser seulement des Roumaines par naissance. b) Que les écoliers d'un père roumain et d'une mère étrangère soient obligés de fréquenter une école roumaine. c) De faire perdre l'inamovibilité aux fonctionnaires publique roumains qui ont épousé des étrangères et qui habit la frontière.

Par l'éducation: pour prévenir les mariages mixtes il faudrait réorganiser des associations particulières où les artisans surtout pourraient trouver pendant leur heures libres une atmosphère roumaine.

Privire critică asupra legii finlandeze de sterilizare în comparație cu legea germană.

de

Dr. I. FĂCĂOARU.

Când Statele Unite au introdus sterilizarea sexuală acum vreo 35 de ani în urmă, lumea nu s'a grăbit să arate prea mare interes pentru această legiuire. Inovația a fost privită ca o curiozitate... a lumii noi.

Introducerea sterilizării mai întâi în America se explică nu numai prin structura specifică psihologiei poporului american, dar și prin existența unor stări sociale patologice de un caracter mai acut decât acelea din țările europene. Totuși ceea ce ni se pare hotărîtor în aplicarea unei reforme, nu este complexul stărilor sociale, cât rezonanța pe care aceste stări o au în sufletul colectiv. E drept, că promiscuitatea etnică din America de Nord nu-și găsește nicăeri analogia. Alături de trunchiuri etnice înzestrate cu însușiri superioare găsim și elemente antisociale cu cele mai inferioare trăsături. Asta pentru că nicăeri ca în America nu avem pe descendenții oamenilor imigrați aici spre a-și plăsmui o lume pe măsura energiei lor la un loc cu descendenții degenerașilor de ambe sexe și de toate categoriile expulzați din țara lor de origină, cu secole în urmă, din cauza criminalității lor. Eterogenitatea etnică pe linia unei imense variabilități nedă, credem, explicația singularității în criminalitatea americană, iar personalitatea etnică explică și justifică sistemul politic.

Incercările timide ce-au urmat în Europa în ultimele trei decenii sub aspectul „plivitului etnic” — dacă putem numi așa acțiunea de desintoxicare a masei ereditare etnice — s'au limitat la țările germanice. Aceste țări ocupă primul loc în istoria mișcării eugenice și prin inițierea acestor reforme, ca și prin eficacitatea aplicării lor. În 1908 *Canada* este a doua țară care introduce în Provincia Alberta sterilizarea sexuală a debililor mintali. *Suedia* legiferează sterilizarea epilepticilor și a deficienților mintali în 1922. Îi urmează *Danemarca* cu legiferarea sterilizării în 1929. Legea daneză prevede două categorii de disgenici sterilizabili: cei afectați de boli mintale internași în azile și criminalii sexuali. După Statele Unite, *Elveția* este țara care s'a ocupat mai mult cu sterilizarea și castrarea defectivilor. Legiferarea sterilizării s'a făcut în 1928 și se extinde asupra cretinilor și a celor afectați de boli cronice și de boli mintale.

Pentru mișcarea eugenică anul 1933 este însemnat: la 15. XII Germania legiferează sterilizarea sexuală și castrarea disgenicilor în proporții, care să asigure eliminarea treptată a elementelor grav afectate din punct de vedere ereditar. Prin legea intrată în vigoare la 1. I. 1934 se precizează, că sterilizabili sunt toți indivizii afectați de: deficiență mintală, schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, epilepsie, coree ereditară, orbire ereditară, infirmități fizice ereditare și alcoolism ereditar.

Legea germană a făcut școală. În anul următor — 9. V. 1934 — Norvegia legiferează și ea sterilizarea, iar sterilizabili sunt deficienții mintali, alienații, defectivii ereditari incurabili sau persoane despre cari se admite cu o mare probabilitate, că vor fi incapabile să îngrijească de progenitura lor, că vor transmite acestora defectul lor sau că din cauza instinctului lor sexual pervertit ar fi capabile să comită o crimă sexuală.

În anul următor 1. I. 1935 Suedia modifică legea din 1922, înăsprind-o. Pentru unele defecte sterilizarea devine obligatorie și se aplică nu numai atunci când e probabilă transmiterea defectului ereditar, ci și atunci când turburarea psihică face pe un părinte impropriu pentru educarea copiilor săi. Sterilizarea e forțată pentru alienați, deficienți mintali și pentru purtătorii defectelor ereditare psihice de orice natură. Suedia a introdus și sistemul împrumutului matrimonial cu începere dela 1. I. 1938. În fine Islanda pregătește legi restrictive, iar Anglia a numit o comisiune de specialiști, cu scopul de a elabora un proiect de lege pentru introducerea sterilizării. Biserica Oficială și Consiliul național al femeilor engleze au cerut introducerea sterilizării.

Vin în al doilea rând țările slave. În fruntea acestora stă Polonia, care dă o mare importanță activității eugenice cu științele auxiliare, genetice și antropologiei. Proiectul de lege polonez din 1935 — despre care nu știm dacă s'a votat — se inspiră în multe puncte din legea germană. Jugoslavia a legiferat tot în acest an certificatul matrimonial de sănătate. În Estonia*) legea sterilizării coercitive a intrat în vigoare la 1. IV. 1937. Sterilizabili sunt alienații, deficienții mintali, epilepticii și toți defectivii ereditari incurabili. Letonia pregătește un proiect pentru introducerea sterilizării. Președintele statului s'a pronunțat într'un discurs public în favoarea restricției reproducerii pe

*) Țările baltice: Finlanda, Estonia, Latvia și Letonia țin de grupul ugrofinic, dar cu amestec slav.

cale operativă. *Cehoslovacia* pregătește legiferarea sterilizării. „Societatea cehoslovacă de eugenie“ are în acest scop adeziunea cercurilor medicale și juridice.

Popoarele romanice din Europa sunt refractare metodelor negative eugenice, cel puțin e cazul până acum. Nu e vorba de aspectul teoretic. În toate țările neolatine întâlnim o activitate științifică euristică însemnată. Glasuri autorizate s'au alăturat mișcării, dar ele au rămas fără ecou. Încercări de reforme s'au făcut, dar ele au rămas în faza de proiecte. O asemenea încercare a fost făcută în Spania lui Primo de Rivera, dar ea a fost sabotată de biserica romano-catolică. O altă încercare s'a făcut la noi în anul 1930.

Profesorul I. Moldovan elaborează un anteproiect de lege în calitate de Subsecretar de Stat la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în care se prevedeau o serie de măsuri eugenice negative și pozitive. Art. 416 obliga Ocrotirea Națională să asigure prosperitatea biologică a națiunii din punct de vedere *calitativ* și cantitativ. Statul urma să ia măsuri restrictive pentru înlăturarea elementelor disgenice. Art. 417 instituia consultațiile prematrimoniale în cadrul oficiilor de ocrotire. Art. 418 excludea dela imigrațiune persoanele cu defecte fizice și ereditare, cari ar putea prejudicia sănătatea populației autohtone. Se înființau „birourile de orientare profesională“ (Art. 413), — cari au luat totuși ființă peste șase ani — coloniile de muncă pentru defectivii mintali (Art. 438) și se prevedea înlesnirea studiilor eugenice. Proiectul a devenit lege în cea mai mare parte a lui, cu excepția capitolului referitor la eugenie. Prevederile menționate au rămas în parte neînțelese de parlament și de aceea au fost primite cu ostilitate.

Dintre celelalte țări, menționăm *Japonia*. Ministerul ei de interne a supus parlamentului în cursul anului 1937 un proiect de lege pentru sterilizarea obligatorie a deficienților mintali. *Argentina* a legiferat de curând certificatul matrimonial de sănătate. *Ungaria* a pus în studiu legiferarea sterilizării. Unele organizații sau instituții — și cu mai multă insistență unele consilii comunale — au cerut sterilizarea forțată a Țiganilor. (Asemenea deziderate s'au rostit des și în Germania, cu toate că numărul Țiganilor din întregul Reich nu trece de 4—5000). *Turcia* a legiferat examinarea medicală obligatorie preliminară căsătoriei. *Uruguay* studiază legiferarea certificatului matrimonial de sănătate. În sfârșit, *Finlanda* este țara care și-a elaborat o însemnată lege a sterilizării, asupra căreia vom stăruii mai mult.

Legea finlandeză pentru sterilizare.

Ca în mai toate țările nordice, restricțiunile matrimoniale, datează în Finlanda de secole. Interdicția privea pe alienași, deficienși mintali și epilectici. Avem în acest fapt un indiciu, că ordinea cronologică a reformelor eugenice și proporția lor în diferite țări nu atârnă atât de perspicacitatea și zelul legiuitorilor sau de patologia specifică populației, cât mai ales de dispoziția psihică a corpului etnic considerat. Acolo unde o anumită intensitate a sentimentului moral și estetico-etnic atinge un grad suficient, spre a crea un adevărat antagonism al elementelor superioare față de elementele degenerare și turbatoare pentru viața socială, acolo măsurile restrictive în scopul purificării corpului etnic își găsesc deplina lor justificare nu numai în concepția conducerii, dar ele răspund și trebuinței interioare a maselor largi. Concepția aristocrației conducătoare însăși este emanația structurii mentalității etnice. Posibilitățile de orientare ale acesteia sunt implicate în însăși latența biologică etnică. Acest factor esențial condiționează natura și asprimea restricțiilor, măsura aderenței lor de sufletul popular, efectul acestora și momentul cronologic de angrenare a lor în sistemul de guvernământ.

Oamenii de știință finlandezi au justificat legiferarea sterilizării încă din 1912. Au și existat proiecte elaborate în acest sens. Legea actuală a fost promulgată abia la 13 Iunie 1935.*) Redăm în rezumat principiile ei esențiale și facem la urmă analiza ei critică.

Un idiot, imbecil sau deficient mintal poate fi sterilizat, dacă există temerea că inferioritatea lui se va transmite asupra urmașilor sau dacă există probabilitatea, ca de pe urma inferiorității sale, copii lui să rămână fără ocrotire.

Acelaș principiu este valabil față de individul recunoscut printr'o sentință că e vinovat de crimă sau de o încercare de crimă sexuală și față de care există temerea, că va fi periculos unei alte persoane, ca urmare a instinctului său sexual nenatural.

Sterilizarea unei persoane responsabile poate fi după propria cerere și atunci, când condițiile de mai sus n'ar fi îndeplinite dar există motive de temere că din căsătorie vor rezulta copii defectivi și că persoana ar putea comite un delict, împinsă de instinctul ei sexual nenatural.

Ordinul sau permisiunea înlăturării capacității de reproducere se dau de către direcțiunea sanitară. Când pacientul este internat într'un spital, azil sau e deținut, propunerea pentru sterilizare este treaba conducătorului instituției: medic, director de închisoare, director de poliție, procuror, pretor, când persoana locuiește la țară. (Să se observe că propunerea „o poate face” sau ea revine autorităților menționate, dar acestea nu sunt obligate să facă raportul sau propunerea.)

*) Nu ne-am ocupat la timp cu discuția acestei legi, deoarece traducerea ei în limba germană a apărut abia acum. A se vedea textul original (5, p. 425-441).

Anterior ordinului sau permisiunii pentru sterilizare se încunoștințează soțul (soția) sau tutorele, acordându-i-se dreptul de a se pronunța asupra celor orânduite.

Direcția sanitară poate ordona procedura ascultării martorilor în forma găsită necesară, în fața instanței judiciare competente.

În afara cazurilor precise — dacă persoana însăși cere — nu se îngăduie înlăturarea capacității sexuale.

Operația se execută gratuit de către un medic, într'un spital de stat.

Împotriva hotărârii direcției sanitare privind aplicarea operației se poate ridica contestație în termen de 30 de zile dela data comunicării ordinului de sterilizare.

Toate persoanele participante la executarea procedurii și a operației sunt obligate la păstrarea secretului.

* * *

E necesar să precizăm spiritul legii. Persoanele inferioare pot fi sterilizate nu numai din indicațiuni eugenice, dar și sociale. Dintre persoanele deficiente mintale sunt sterilizabile în prima linie acele al căror defect e mai puțin grav. Idioții sunt incapabili și fără restricțiunile legale de a-și întemeia familie, pe când indivizii situați la un nivel intelectual mai ridicat pot contracta căsătoria, împrejurare care înlesnește deteriorarea masei ereditare etnice. Curioasă ne pare definiția deficienței mintale. Legea consideră deficient pe orice adult a cărui inteligență nu depășește nivelul unui copil de 14. Și ceea ce mărește neclaritatea, este adăugarea în paranteză a atributului „imbecil“ după termenul deficienței mintale. Epilepticii ereditari sunt și ei sterilizabili, dacă în urmă bolii manifestă simptome de alienație mintală. Dimpotrivă legea nu îngăduie sterilizarea unui alcoolic grav, a unui pacient bolnav de paralizie progresivă sau a unui suferind de o boală mintală exogenă din motive sociale, chiar dacă este probabil că de pe urma unei asemenea inferiorități, copiii vor fi lipsiți de ocrotirea trebuitoare. Sterilizarea nu-i îngăduită nici în cazurile de sifilis sau a unei boli constituționale cum ar fi tuberculoza sau diabetul, deși copiii unor asemenea părinți vor rămâne sub media populației. Excepție fac cazurile în cari ereditatea alcoolismului sau a psihopatiei este evidentă. Sterilizabilă este și persoana la care nu se pot observa tulburări prea mari, dar care are deja copii cu simptome asemănătoare celor din generațiile anterioare.

Castrarea se aplică în mare parte din motive de politică criminologică dar și din motive terapeutice și privește numai persoanele majore de ambe sexe (care au depășit 21 de ani). Este cazul acelorora, cari posedă un instinct sexual anormal prin intensitatea ca și prin direcția lui. Anomalia trebuie să fie de așa natură, încât persoana jude-

cată fie după crimele comise, fie după întreaga ei individualitate, să reprezinte o primejdie pentru societate prin probabilitatea crimelor din viitor. În cazul faptelor comise se recurge la castrarea forțată, altfel castrarea este voluntară. Accentuăm, că pentru aplicarea castrării forțate, primejdierea unei persoane este elementul esențial, al crimei în legea finică. Sodomia, profanarea cadavrelor, homosexualitatea, mazo-chismul, sadismul, fetișismul, exhibiționismul, etc., sunt anomalii cari nu constituie motive valabile pentru castrarea forțată. Doar în cazul sodomiei și al homosexualității motivele fiind mai labile, persoanele pot fi castrate, mai ales dacă persoana a comis anterior vreo crimă sexuală. Se exceptează dela aplicarea castrării persoanele cari cad sub sancțiunile codului penal pentru delict, cum ar fi relațiile sexuale dintre: socrii și nurori, respectiv soacre și ginere, părinți și copiii buni sau vitregi, frați și surori, buni sau vitregi, unchi, nepoate, respectiv mătușe, nepoși, cumnași și cumnate, părinți și copiii adoptivi, sau des cendenții categoriilor menționate. Dimpotrivă, condițiile pentru castrarea forțată le împlinesc atentatorii la pudoare în genere și mai ales când victimele sunt minore: e cazul fetelor sub 17 ani. Crima e cu atât mai aspru sancționabilă, cu cât etatea e mai mică. Tot în categoria crimelor sexuale grave intră constrângerea unei femei la actul sexual prin grave amenințări sau prin punerea ei în stare de inconștiență sau de incapacitate de apărare.

Dreptul finic permite castrarea fără deosebire de sex. Totuși castrarea femeilor este rară și e aplicabilă nimfomanelor, mai ales în cazurile când copiii sunt forțați la relații sexuale sau când ele transmit acestora boli molipsitoare. După legea germană se poate castra numai bărbatul. În ambele țări limita inferioară a etății este fixată la 21 de ani. În Germania castrarea e prevăzută în codul penal și operația este inițiată de către procuror, cu toate că se cere și avizul unui medic. Aplicarea forțată a operației are caracterul apărării comunității în Germania și motivele sunt de ordin criminal politic. Deoarece ea se aplică paralel cu sancționarea crimei, individul în cauză simte operația ca o pedeapsă.

Castrarea e aplicabilă și alienașilor sau deficienților mintali, în toate cazurile când există o sentință de condamnare pentru vreuna din crimele enumerate. Pentru castrarea voluntară e suficientă probabilitatea, că persoana va comite o crimă în viitor din cauza dispozițiilor anormale în ce privește vieța sexuală. Se aplică numai din motive criminal-terapeutice, dar nu și din motive personale.

Operația sterilizării se va executa într'un spital indicat chiar de către autoritatea, dela care emană raportul sau propunerea de sterilizare. Direcția sanitară are latitudinea să indice spitalul. Operația este gratuită numai când se execută într'un spital de stat sau în cazuri anume specificate. Medicii executori sunt obligați a raporta de felul cum a decurs operația. Durata azilării în spital nu-i precizată și atâr-nă de condițiile medicale. Direcția sanitară poate dispune interogarea martorilor propuși, la judecătoria de care ține domiciliul pacientului, dacă procedura implică această necesitate. Costul cauzat de aducerea martorilor va fi suportat de stat. Bine înțeles, că se va limita numărul acestora.

Inspectoratul școlar este obligat să raporteze oficiului sanitar în termen de o lună despre scutirea unui copil deficient mintal de îndatoririle școlare. Oficiul va judeca în deplină libertate, dacă este sau nu cazul să dispună sterilizarea copilului. Medicul regional va avea să completeze un formular despre starea sănătății tuturor membrilor familiei și a raportului de rudenie cu copilul despre care e vorba. Se va insista în raportul medical asupra întregii vieți a copilului dela nașterea lui, cum și asupra stărei lui corporale și mintale din momentul examinării. La punerea diagnozei și darea avizului medical se va preciza dacă e cazul să se aplice sterilizarea și asta potrivit cărui articol sau paragraf. Costul deplasării și al examinării medicale îl va suporta instituția care a inițiat examinarea.

Declarațiile în fața tribunalului implică eliberarea de obligațiile secretului profesional. Publicațiile privitoare la sterilizare renunță cu grijă la citarea oricărui nume.

În momentul în care se hotărăște sterilizarea se definește exact procedura operativă: salpingectomie, vasectomie, (= angiectomie) sau castrare. Suprimarea aptitudinii concepționale nu este îngăduită prin raze Röntgen sau radium și nici printr'o simplă ligatură. Motivul? Ligatura poate rămâne fără efect, iar în cazul nereușitei crește primejdia sarcinei extrauterine. Tratatamentul cu raze sau radium este dificil din cauza nesiguranței dozării. Metoda este contraindicată din punct de vedere eugenic. Cum fecundarea nu este cu totul exclusă, s'ar putea ca acest fel de tratament să deterioreze factorii genotipici și să cauzeze unele mutațiuni regresive. Dat fiind natura recesivă a acestor mutațiuni, ele s'ar putea manifesta în generațiile viitoare. (5, p. 435).*)

*) O parte din comparațiile celor două legi, germane și finlandeze e cuprinsă în articolul lui Mäkelä. Comparațiile autorului sunt răsfrate în întregul articol, fără o anumită ordine și această împrejurare dispensează de citarea continuă a paginei.

Legea finică, înlocuind ca și legea germană, pune indicațiile eugenice pe primul plan. Dar în deosebire de legea germană, pentru cea finică sunt valabile și motivele medicale și acele social-umane. Spre pildă, pentru debilitatea mintală sunt valabile numai motivele sociale. În psihoze, ereditatea trebuie să fie probabilă. În sterilizarea voluntară sunt valabile numai motivele eugenice. În deosebire de legea germană care nu admite sterilizarea voluntară, cea finică o recomandă. Sterilizarea forțată se aplică în Finlanda numai idioșilor, imbecililor și alienașilor cu excluderea din această categorie a unor defectivi, cum ar fi epilepticii.

Legea finică nu prevede sterilizarea persoanelor cu defecte corporale. Totuși sterilizarea purtătorilor unor asemenea defecte este implicit admisă, când legea prevede sterilizarea voluntară a celor inferiori.

Medicul oficial are în Germania drepturi mult mai largi și el poate interveni hotărâtor cu propuneri de sterilizare. În Finlanda nu poate face propuneri de sterilizare decât oficiul sanitar și conducătorii spitalelor. Competente pentru admiterea sau dispunerea sterilizării sunt în prima țară tribunalele eugenice, în Finlanda această competență revine exclusiv direcției sanitare. În Germania recursul se poate face la Curtea pe Apel eugenică, în Finlanda recursul merge la Instanța juridică Supremă (Curtea de Casație). În Germania funcționarea promptă este asigurată prin indicarea anticipată a spitalelor și a medicilor competenți să execute operația, așa cum vor crede ei mai potrivit, în Finlanda această sarcină revine direcțiunii sanitare, care trebuie să indice pentru fiecare caz metoda operatorie și spitalul în care se va face operația. În Germania se admite, în limite restrânse, sterilizarea prin radium și raze Röntgen, în Finlanda asemenea metode sunt interzise. În Germania limita inferioară pentru aplicarea sterilizării este fixată la 10 ani și fără permisiunea tutorelui legal nu poate fi sterilizat un copil sub 14 ani. În Finlanda nu-i precizată limita inferioară a etății. În Germania cei cari au prin profesiunea lor contact cu eredo-bolnavi, fie medici fie ne-medici sunt obligați sub sancțiuni să sesizeze autoritățile competente despre orice defectiv, în vederea aplicării sterilizării sexuale.

În Finlanda numai inspectorii școlari au obligația să raporteze autorității superioare despre scutirea de îndatoririle școlare a unui copil debil mintal. În Germania păstrarea secretului este strict obligatorie, chiar și de către persoana sterilizată (pentru a nu folosi sterilitatea în scopuri imorale). În Finlanda această obligație se limitează la

persoanele cu vreun rol oarecare în execuția operației, dar nu se extinde asupra persoanei sterilizare însăși.

* * *

Observații critice asupra celor două sisteme de reformă.

Referentul asupra legii finlandeze de sterilizare își încheie considerațiunile sale asupra celor două sisteme de legiferări cu cuvintele: „viitorul, poate numai un viitor îndepărtat, ne va arăta care din cele două drumuri este cel indicat sau dacă nu cumva amândouă duc la acelaș țel, însănătoșirea poporului“. (5, p. 445).

Ambele legiuri își au meritul și imperfecțiile lor. După legea germană, cea finică este cea mai completă. Legiuitorii finici au meritul de a fi adoptat o bună parte din legea germană și mai ales de a fi grăbit aplicarea acestei reforme în țara lor. Totuși între cele două sisteme de legiferări asupra sterilizării și castrării sunt mari deosebiri. E util, credem, să stăruim puțin asupra acestor deosebiri, să le explicăm temeiul sau cel puțin să le analizăm punctele în care se deosebesc.

Legea germană se extinde asupra unui număr incomparabil mai mare de categorii disgenice ca legea finică. Înafară de cele 9 categorii de disgenici din legea germană menționate în altă parte (2, p. 231), printr'un corectiv ulterior s'a lăsat libertatea de inițiativă tuturor agenților propunători ai sterilizării de a se extinde asupra unui număr *nedeterminat* de defecte ereditare. Este indicat și logic, ca orice individ bănuț a fi disgenic să apară în fața instanței competente, care va hotărî în cunoștință de cauză, dacă persoana e sau nu sterilizabilă. Legea finică nu privește formal decât trei categorii dintre acelea special menționate de legea germană: deficienții mintali, anumite cazuri de epilepsie și criminali sexuali. Nu se iau în considerare numeroasele categorii de disgenici cum sunt ucigașii prevăzuți de legea germană, cei cu infirmități fizice ereditare, apoi perversii sexuali, profanatorii de cadavre, sau degenerații morali, internații caselor de corecție, toxicomanii (morfino și cocainomanii), prostituatelor și întreținută, pauperii (cerșetorii) și vagabonzii profesioniști, etc.

O lacună de ordin psihologic a legii finice este tratarea criminalilor sexuali la fel cu ceilalți disgenici. Aceștia din urmă sunt o sarcină pentru societate și constituie un factor de inferiorizare a patrimoniului ereditar etnic, pe când criminalii constituie o mare primejdie socială, agravată de cealaltă primejdie a deteriorării corpului bio-etnic.

Caracterul dilatoriu al legii se vedește între alte multe defecte și prin acela, că singurul agent obligat să sesizeze autoritățile este inspectorul școlar, care la rândul său nu se poate interesa decât de un singur defect — deficiența mintală a copiilor.... Alte două autorități — oficiul sanitar și directorul de spital — sunt îndreptățiți a face propunerea de sterilizare, dar nu obligați.

De n'ar fi decât atât, dar imperfecția sistemului de depistare a disgenicilor este așa de grea de urmărit, încât ajunge spre a nimici parțial eficiența legii. Legea germană obligă în acțiunea de depistare a disgenicilor numeroase categorii profesionale ca: directori de azile, orfelinate, stabilimente de reeducare, închisori, sanatorii, spitale, clinici și toate persoanele, indiferent sexul, cari prin profesiunea lor sunt în contact cu disgenicii, să propună sterilizarea unui defectiv, îndată ce bănuiește că aparține acestei categorii.

Să considerăm apoi procedura. Toată răspunderea revine direcției sanitare. Să admitem că direcția sanitară va fi reprezentată în mod ideal printr'un om competent sau printr'o comisie de oameni competenți. Totuși cum va fi omeneste cu puțință să ia hotărâri în cunoștință de cauză? Legea nu prevede cercetarea reală a fiecărui caz în parte și chiar dacă lucrul ar fi prevăzut, cum va putea rezolva direcția sanitară atâtea cazuri de defectivi, câte i se vor prezenta, la o populație de patru milioane de locuitori? Vor fi oamenii aduși în capitală din cele mai îndepărtate colțuri ale țării? La pag. 345 am văzut, că oficiul sanitar are latitudinea să hotărască în deplină libertate, asupra rezolvării raportului înaintat de inspectoratul școlar. Dar ce măsuri s'au prevăzut pentru asigurarea competenței oficiului sanitar? Niciuna, de vreme ce în comisie e „un medic“ oarecare.*) Una e medicul obișnuit și cu totul altceva e medicul specialist în eugenie sau în eredo-patologie. Singur acesta din urmă poate găsi soluția adecvată, pe când primul poate fi ca și un laic în acest domeniu. Legiuitorii nu s'au preocupat de condițiile preliminare, care să garanteze aplicarea efectivă și luminată a legii. N'am aflat nici dacă cel puțin ulterior guvernul finlandez a inițiat ceva pentru pregătirea temeinică a elementelor chemate să aplice legea. Curiozitățile și nedumeririle cauzate de principiile legii se pot explica poate prin graba pusă de autori în elaborarea ei. Decât, nesiguranța din momentul elaborării poate face loc competenței de mai târziu, cu condiția ca autorii să fie pro-

*) În fiecare comună urbană din Finlanda există un oficiu sanitar alcătuit din medicul orășenesc, medicul veterinar orășenesc, inginerul comunal, arhitectul orașului și alți 3—6 membri delegați de consiliul comunal cu supleanții lor.

cupați de pregătirea elementelor trebuitoare chemate a conlucra la aplicarea unei reforme de însemnătate și răspunderea acesteia. Din studiul legii în traducerea și cu explicațiile lui Mäkelä nu căpătăm convingerea că lucrurile ar sta așa. Ca autorul să fi omis tocmai această parte din lege, e greu de presupus, deoarece prevederile în discuție sunt esențiale pentru o reformă efectivă. De altfel eugenia este într'un stadiu înaintat în Finlanda*) și cu atât mai greu ne putem explica unele omisiuni și principii din lege.

Unul dintre principiile susceptibile să provoace nedumeriri este definiția deficienței mintale. Legea socotește deficient pe orice adult care nu depășește nivelul unui copil de 14 ani. S'ar părea că legiuitorul e foarte aspru cu această categorie de disgenici. Ar fi în realitate zelul călărețului, care sare dincolo de caldacă s'ar aplica legea în litera ei. Aproape unanimitatea psihologilor e de acord, că inteligența nu mai progresează peste etatea de 14 ani sau că creșterea ei peste această etate la unele persoane este neînsemnată. Inteligența adultului normal este așadar echivalentă inteligenței copilului normal la etatea de 14 ani. Aproximativ $\frac{3}{4}$ dintr'o populație nu depășește etatea mintală de 14 ani. Cam 50% din populație este de inteligență medie și cam 25% sub medie. Ar fi atunci în această categorie cam trei milioane de Finlandezi, restul de un milion fiind în quartilul superior. Etatea mintală medie a poporului american este de 13 ani și 2 luni¹⁰, iar proporția populației din categoria menționată este de 73%. Dar chiar dacă am omite lotul normalilor am avea și atunci — după psihologii americani⁸ — 48% din populație subnormală alcătuită din : 20% persoane sub medie, 15% inferioare, 7% foarte inferioare și

*) Suntem datori a lămurii pentru cititorii, cari ar avea nevoie de aceste date, că la Universitatea din Helsinki există o catedră de genetică ilustrată de Profesorul Harry Federley care reprezintă țara sa în Federația internațională a organizațiilor eugenice. El este și secretarul „Societății pentru ameliorarea sănătății publice” cu o secțiune științifică și una practică. Printre meritele mai de seamă ale societății menționăm acțiunea în vederea fondării unui Institut pentru studii ereditare și organizarea unor cercetări vaste întreprinse cu scopul de a determina caracterele antropologice ale populației finlandeze. Oamenii de inimă finlandezi au sprijinit cu sume mari studiile eugenice, antropologice și genetice. În 1911, Dra Jeny Florin a făcut o importantă donație. Intregul venit de 750.000 fr. finnl. a fost destinat propagandei și studiilor eugenice. Problemele atacate ca și subiectele se propagandă pun pe primul plan rolul eredității în sănătatea populației, grija pentru copii și educația eugenică a familiei. Datorită interesului și sprijinului particularilor s'a creat o pleiadă de specialiști în serviciul științelor noastre. Amintim că Profesorul Ossian Schouman și-a donat la moartea lui întreaga sa avere, în scopul fondării unui Institut de Genetică și Eugenie.

6% cu totul inutilizabile. Firește că cifra de aproape 2 milioane de persoane deficiente mintale sterilizabile, — dacă aplicăm aceste proporții poporului finlandez — este absurdă și ea n'a fost în mintea legiuitorului.

Ce persoane anume sunt sterilizabile din cauza deficienței mintale, este un capitol foarte bine lămurit de către autorii germani în regulamentul și comentariul „legii pentru prevenirea urmașilor disgenici“. O scriere recentă⁹, elaborată de o seamă de specialiști precizează că sterilizabile sunt persoanele, cari nu depășesc inteligența unui copil normal de 12 ani. Se înțelege că pe lângă nivelul intelectual se ține seamă de un complex întreg de simptome, de însușiri psihice și fizice.

Din comparația celor două legiuri — germană și finică — se desprinde cu claritate superioritatea primei. Legea germană neglijează prezentul în folosul viitorului, și subsumează complet interesul individual celui național. Legea finlandeză face altfel. Ea ține seamă de sentimentele și interesele prezentului, de *sentimentele* comunității, ale individului și ale generației următoare. Prima își propune cu hotărâre atingerea unui scop bine precizat. Metodele definitorii științifice sunt bine angrenate cu normele organizării, practice în vederea unei aplicări sigure și efective. Legea finlandeză ezită și sub mantia prudenței surprindem nesiguranța și o competență viciată de vechile formule despre libertatea sacrosantă a individului, chiar când asta e în dauna comunității. În valabilitatea indicațiilor sociale și medicale din legea finlandeză pe lângă cele pur eugenice, descoperim lupta dureroasă între spiritul materialist cu idealismul jertfitor și aspru, care înțelege să aplice integral și pragmatic principiile științei în scopul prosperității etnice. În principiul „voluntariatului“ din legea finică — așa de nedrepted opus principiului „coercițiunii“ din legea germană — găsim prioritatea intereselor individuale asupra intereselor colective. Și dacă ar fi vorba de preeminența individului superior sau cel puțin a individului mediu față de comunitate. Dar nu! Preeminența și solitudinea privesc individul epavă. Legea în discuție ca și toate celelalte legi de sterilizare menționate, — cu excepția legii germane — cruță disgenicul în virtutea principiului de umanitate. Că între individualitatea și interesul criminalului deoparte și între ființa și interesele comunității de altă parte subsistă un antagonism, care nu va putea fi redus niciodată, faptul nu clatină fetișismul principiului... Totul este ca principiul de umanitate să rămână neatins, restul interesează mai puțin. Civilizația noastră nu vrea să lase a i se răpi tocmai unul din titlu

rile ei de glorie: mărinimia ei cu cei răi. Că cei răi sunt paraziți pe seama celorlalți sau că ei sugrumă pe cei buni? Se poate, dar vino-vați nu sunt cei răi, ci tot cei buni, cari nu știu să se ferească sau statul, care nu organizează o mai bună apărare a lor.

O lege, oricare ar fi ființa, trebuie privită nu numai în litera, ci și în spiritul ei, în ambianța și aderența ei etnică, în voința realizatoare a autorilor și a conducătorilor și în complexul măsurilor adiacente. Toate aceste condițiuni pot contracara sau promova scopurile urmărite prin lege. Cu aceste măsuri și reforme paralele și întregitoare ale legii germane ne-am ocupat în nrile trecute ale „Buletinului”.³ Germanii au înțeles dela început, că eficiența unei asemenea legi atârnă nu de legiferarea autoritară, ci în prima linie de susceptibilitatea spiritului public pentru noile orânduri. Pregătirea și sensibilizarea educativă a întregului popor și mai ales a tineretului pentru noile concepții a fost cea dintâi grijă a conducerii, premergătoare legii înseși. Programele, metodele și instituțiile didactice au fost adaptate în așa chip noilor scopuri, încât ele îngăduie difuzarea cunoștințelor eugenice dela școala primară până la universitate. S'a procedat în Germania cu acelaș zel la pregătirea viitorilor profesori universitari destinați ocupării catedrelor și conducerii institutelor de eugenie și raseologie în măsura disponibilității lor, ca și la predarea unui minimum de cunoștințe eugenice în școală primară în vederea orientării eugenice a celui din urmă cetățean. Ori nu știm despre realizări similare în niciuna din țările cari au introdus sterilizarea.*)

Ridicarea nivelului biologic etnic necesită o acțiune în două sensuri convergente: negativ și pozitiv. În sens negativ o reformă eugenică trebuie să-și polarizeze străduințele prin izolarea și eliminarea dispozițiilor ereditare nedorite, iar în sens pozitiv (Moldovan⁷) o asemenea reformă trebuie să schimbe structura mediului familial și social prin adaptarea concepțiilor cu ajutorul instrucțiunii și educațiunii

*) Ne referim la adaptarea tuturor ramurilor de învățământ în stat. Cât despre învățământul superior, catedre și institute universitare sunt numeroase în Statele Unite. Incepând cu creierea unui Institut de Ereditate în Boston pe la 1880, există până azi peste 100 de catedre de eugenie în învățământul superior, iar cursuri de eugenie se țin la peste 613 Institute și Universități. Institute similare există și în Anglia, Suedia, Norvegia, Danemarca, Elveția, etc., dar nu știm să se fi predând eugenia și celelalte științe subsumate, în învățământul secundar și mai puțin încă în învățământul primar, în vederea educației maselor. În Suedia un guvern de centru introdusese noțiuni de eugenie și ereditate în învățământul secundar acum câțiva ani în urmă, dar guvernul socialist următor a socotit noua orientare primejdioasă pentru ideologia de stânga și a scos materiile din învățământ.



eugenic. Precumpănitor în acțiunea negativă este caracterul obligator al legiului. Firește, că acțiunea educativă nu-i prisoseală nici pentru disgenici. Cu excepția celor deficienți mintali, se va putea lămurii primejdia bolilor ereditare unui număr oarecare de indivizi disgenici. Dintre aceștia numai un mic număr va accepta sterilizarea sexuală. Și anume, vor cere sterilizarea tocmai elementele disgenice mai conștiente, cu un simț de răspundere mai intens. Dimpotrivă, elementele cele mai inferioare vor ocoli să se anunțe de bună voe. Să nu se uite că psihologia elementelor anti-sociale este fundamental deosebită de a omului normal. Cine se îndoește, poate consulta psihologii criminaliști sau medicii închisorilor. Degenerații anti-sociali știu bine că-i așteaptă pușcării dacă comit o crimă sau o boală gravă, dacă nu renunță la satisfacerea poftii sexuale momentane. Cu toate acestea simțul lor de răspundere este șters în așa măsură, încât nu se pot înhiba. Cum au să aibă ei atunci un simț de răspundere mai adânc, gândindu-se la urmașii lor? Și dacă sunt nepăsători cu propria lor persoană, cu propriii lor urmași, cu societatea prezentă, căreia ei îi duc războiu inversumat, poate crede cineva cu sinceritate, că inima acestor indivizi se va muia la gândul primejduirii societății viitoare? Că conștiința lor se va trezi brusc la glasul unui fel de imperativ categoric? Dacă cineva crede că se poate răspunde totuși afirmativ, să consulte rezultatele experiențelor obținute de către statele nordice prin aplicarea principiiui voluntariatului din legea sterilizării! Să se compare proporția și calitatea disgenicilor anunțați de bună voe cu proporția și calitatea celorlalți! Afară numai dacă admitem, că cetățenii finlandezi sunt de o esență cu totul superioară, cu o psihologie total deosebită și mai disciplinați ca Suedezii, Germanii, etc. Oricum, vom vedea rezultatul unei experiențe în plus. Până atunci însă, ne îndoinim de succesul reformei.

Ne îngăduim un ultim cuvânt pentru a preveni o greșită interpretare a acestor deosebiri fundamentale în structura celor două legiuri. Deobiceiu se caută pricina deosebirilor unor sisteme biopolitice în condițiile deosebite demografice. Cum să ne hotărîm — se spune — a comprima și mai mult proporția nașterilor, când și fără intervenția statului, tendința nefastă către scăderea lor se face simțită din ce în ce mai supărător? Cum este admisibil ca statul în loc să încurajeze nașterile să le impuțineze? Asemenea argumente rămân valabile în multe țări, mai ales dintre cele romanice. Am fi ispițiți să găsim aici poate explicația prevederilor neasemuit mai blânde și mai umane din legea finică comparată cu legea germană. Și totuși nu-i așa. Consi-

derațiunile demografice nu ne dau explicația, pentru că dacă ele ar fi dat măsura, ar fi trebuit să avem o situație inversată. Germania se află într'o situație politică mai primejdioasă decât Finlanda, și situația demografică a primei este mai gravă ca a ultimei. Și asta la un stadiu de civilizație asemănător*) și deci cu factori bio-etnici nocivi echivalenți.

În anul 1933 excendentul nașterilor asupra deceselor era de 4.8% în Finlanda și numai de 3.5% în Germania. În anii 1926/27 cifra copiilor de 1 an la 1000 de femei între 15—45 de ani era în Germania de 65.7 iar în Finlanda de 88.2 sau egalând cifra din Germania cu 100 avem în Finlanda 134. Pentru perioada 1926—30 natalitatea la mia de locuitori era pentru Finlanda de 21.2, iar pentru Germania numai de 18.4, la o mortalitate pentru Finlanda de 14.1, iar pentru Germania de 11.8. Numărul emigranților germani era în 1882 de 221.000 la cifra unei populații cu mult sub cea de azi (46.044.883 atunci față de 65.000.000 în 1932) pe când în 1932 numărul emigranților scăzuse la 10.000. Nici scăderea forței de expansiune etnică și nici alți factori nu reține conducerea poporului german dela aplicarea consecventă a normelor socotite proprii de a ridica nivelul calitativ al valorilor biologice în corpul etnic.

Prin noua legiferare, națiunea finlandeză nu se va resimți. Eliminarea disgenicilor nu va fi semnificativă, atâta timp cât legea sterilizării va rămâne în forma actuală. Efectul ei nu va întrece pe al celorlalte legi din America și din statele nord-europene. Încercarea are totuși meritul de a pune Finlanda printre primele țări, cari au înțeles rolul biopoliticei în viața unui popor.

Bibliografia :

1. Decugis Henri: Le destin des Races Blanches. Paris. Librairie de France 1936.
2. Făcăoaru I.: Legiurile recente pentru sterilizarea eugenică. *Bul. Eug. și Biop.* Vol. V. 1934, p. 231.
3. Făcăoaru I.: Introducerea eugeniei în învățământul german de toate gradele. *Bul. Eug. și Biop.* 1936, p. 270.
4. Harmsen H. und Loesch K. C. v.: Die deutsche Bevölkerungsfrage. Kurt Vowinkel Verlag, Berlin 1929.
5. Mäkelä, Väinö: Die Sterilisations- und Kastrationsgesetzgebung Finnlands. *Archiv f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie.* 1937, H. 5. S. 420—450.

*) Finlanda are o proporție de 0.9% analfabeți (1, p. 293), deci cu f. puțin mai mult ca Germania.

6. Moldovan I.: Anteproiectul Legii sanitare și de Ocrotire. București 1930.
7. Moldovan I.: Igiena națiunii, Cluj, 1925.
8. Yoakum, Cl. S. and Yerkes R. M.: Army mental tests. N. Y. 1927.
9. Die Diagnose der Erbkrankheiten. G. Thieme V. Leipzig. 1936.
10. A Eugenics Catechism.

Zusammenfassung: Dr. I. Făcăoaru: **Kritische Betrachtungen über die finnländische Sterilisationsgesetzgebung im Vergleich mit dem deutschen Gesetz.**

Der Verfasser analysiert die Sterilisationsgesetzgebungen Deutschlands und Finnlands. Das deutsche Gesetz verfügt über alle Vorbedingungen, die für eine sichere und wirksame Anwendung notwendig sind. Vor allem ist es der Durchführungswille der deutschen Regierung zur rassenhygienischen Bildung und Erziehung des deutschen Volkes. Diese Vorteile fehlen dem finnischen Gesetz und deshalb wird es die schwachen Resultate ähnlicher Gesetzgebungen in den übrigen nordischen Ländern nicht übertreffen.

Actualități epidemiologice.

de

Dr. TITU TURCU.

1. Avitainoza, ca factor favorizant al infecțiilor.

Nutriția defectuoasă a fost demult bănuită ca producătoare de stări patologice la om și animal cât și de condiții favorizante pentru diferite infecțiuni. Se credea, că motivul ar fi disproporția între grăsimi, hidrați de carbon și proteine. Astfel a luat naștere „diateza exudativă“ a lui Czerny, „hidrolabilitatea“ lui Stoelzner și Senff, și „dysergia“ lui Abels. În 1922 Hockle adaugă la alimentul copiilor zeamă crudă de fructe și legume, cu scopul de a ridica cantitatea calorilor din aliment. În același timp însă Gordon și Tai constată că copiii ospitalizați pentru regularea alimentației prezentau același procent de subnutriție, — 8.1%, — ca și cei internați cu pneumonii, otite și altele. Cauza adevărată s'a găsit în carența vitaminelor, din alimentația sugariilor care prin metodele de sterilizare, se distruge de cele mai multe ori.

Vitamina A. — După constatările lui Wolbach carența acestei vitamine alterează chimismul celulelor epiteliale. Moore și Ellison cercetează ficatul alor 1000 adulți, peste vârsta de 15 ani și 200 copii prin reacția cu antimoniclorid. La vârstele între 15—59 ani află în medie 220 unități internaționale pe un gr. ficat, la vârstele între 3 luni și 15 ani în medie 130. U. I., iar sub 3 luni 17. U. I.

Oelrichs constată, că șobolanii expuși carenței de vitamină A, pe o durată de 10—16 zile, devin foarte receptivi pentru infecții microbiene și numai o cură abon-

dentă cu vitamină poate ameliora întrucâtva situația. În această carență șobolanii vaccinați, cu microbi, mor mai des ca cei necarențați, însă cei rămași în viață produc anticorpi normal. Precipitine, după cercetările lui Iusatz nu se produc în carența A și numai cura abundantă cu vitamina A poate reface producerea normală a precipitinelor.

Clausen arată că omul în carența A, devine mult mai receptiv față de orice infecțiune. Situația cedează foarte greu la tratament cu vitamină A. Însă un tratament profilactic cu aceeași vitamină, pregătește organismul pentru o rezistență mai pronunțată față de infecțiuni. Carența A, împiedecă și la om formarea anticorpilor, reducând în acelaș timp și rezistența față de toxinele microbiene și intoxicații de orice natură. Leucocitele nu suferă, însă reacțiile protectoare ale țesuturilor fagocitare, ca măduva osoasă, ficat, splină, etc., se reduc considerabil. Adăosul de vitamină A, nu ajută, situația însă se poate preveni prin vitaminizare abundantă cu A.

Astfel, la sugari este foarte rațională vitaminizarea cu A, dela naștere până la 6 luni, când apoi copilul este pregătit pentru orice risc de infecție în vârstă dela 6 luni la 2 ani.

Vitamina A se află în cantități peste normal până la 300 U. I. în bolile tireoidei și în diabet, iar sub normal în nefrită și peritonită 75. U. I. în pneumonie 63 U. I. în afecțiunile de rinichi, vezica urinară cât și în alte boli infecțioase până la 19. U. I.

După Youmans este foarte importantă constatarea precoce a carenței A. Se poate face prin constatarea hemeralopiei cu biofotometru, prin cercetarea unui froliu luat de pe conjunctiva bulbară, găsindu-se epiteliiile cheratinizate. Prin astfel de metode s'a descoperit în orfelinate până la 35% carența A la școli 19%, într'un grup de studenți 35% în stare inițială și 15% în stare avansată, cu hemeralopie, fotofobie, pielea și conjunctiva uscată, blefarită și hiperkeratoză foliculară.

Ca tratament, în genere, se recomandă 3—4000 U. I. zilnic, subliniind însă încă odată eficacitatea în condiții profilactice. Se va preconiza produsul cristalin pur.

Vitamina B. — Carența acestei vitamine alterează sistemul nervos. Se cunoaște vitamina B. 1, și B. 2. Porumbeii fiind foarte sensibili față de carența B₁ produc infecțiuni de cărbune, erizipel etc. boli, cari nu atacă porumbeii în stare normală.

După constatările lui Yousatz, epurii carențați cu B₁, nu produc precipitină iar tratamentul nu ameliorază situația. *Pentru repararea carenței B₁, la om, trebuie să introducem minimum 27 U. I. zilnic și în mod continuu, căci altfel uu se pot produce rezerve în organism.*

Vitamina C. — Carența în vitamina C afectează, după Wolbach țesutul mezenchimal, alterându-se formația și menținerea substanței intercelulare.

Foarte sensibil față de această vitamină este bacilul Bordet—Gengou, care după constatările lui Grooten și Benzssonoff nu mai crește în mediul de cultură, dacă conține 80 miligrame C pe litru.

Cobaii sunt foarte sensibili față de această carență. După Oelrichs cobaii carențați timp de 1 săptămână, pierd orice rezistență față de cărbune, pneumococ, stafilococ. *Tratament abundant cu vitamină C reface rezistența normală.*

Prin tratament cu vitamină C, formarea anticorpilor microbieni și de precipitine este augmentată, îndeosebi dacă se introduce înaintea injecției de antigen sau simultan cu antigenul.

Omul este mult mai receptiv față de orice infecții în carența C. Tratamentul cu C este foarte eficace atât la om cât și la animal.

Indiferent că folosim vitamina C naturală sau sintetică, cunoscută sub numele de Cevitamic acid sau Acid ascorbic ea dezvoltă un efect distrugător asupra bacilului difteric și a toxinelor difterice.

Mămuțele vitaminate cu C sintetic sau natural devin mult mai rezistente față de infecția poliomielitică. Astfel Jungeblut constată la mămuțele vitaminate cu C natural, 32% protecție față de poliomyelita experimentată, în C sintetic 10,8% protecție în același timp când virusul a infectat 94,9% din mămuțele martore.

Constatarea precoce a carenței se face prin titrarea urinei, căutându-se cantitățile de acid ascorbic eliminate prin urină.

Tratamentul prin C natural se face cu minimum 200, miligrame acid ascorbic zilnic. În tratamentul difteriei Vitamina C se poate introduce în organism prin injecții subcutane sau mai bine intravenoase de exemplu prin substanța numită Redoxon „Roche” (identică cu l'Ascorbin saure).

Mari cantități de vitamină C se află în zeama de portocale, anume 0.40 — 0.58 miligrame pe 1. cms. Se poate introduce în organism pe cale alimentară.

Vitamina D. — Carența acestei vitamine alterează metabolismul calciului, a fosforului și ciclul cartilajinos esențial pentru creșterea endohondrală. Șobolanii carențați prin această vitamină timp de 10—16 zile, pierd rezistența față de diferiți agenți patogeni.

Tratamentul cu vitamina D înaintea infecției nu folosește. Tratamentul abundent cu vitamina D ameliorează situația.

Producerea anticorpilor este redusă de carența în vitamina D. Tratamentul abundent cu vitamina D schimbă numai în mod pasager situația.

La copii, carența D nu decurge paralel cu infecțiile pulmonare. S'a constatat anume, că copii cu infecții pulmonare ușoare aveau numai pe jumătate proporție rahitism față de cei fără infecții pulmonare. E adevărat însă că cei cu infecții grave erau mai des avitaminizați ca cei cu infecții ușoare, dar cei mai des avitaminizați erau cei fără infecții pulmonare. Carența D, poate fi considerată, ca punct de pornire pentru o infecție.

Diagnosticul se face constatându-se distrofiile endohondrale, dar se face greu la adulți din cauza complicațiilor ivite prin perturbarea metabolismului calciului, fosforului și a paratireoidei. Recunoscându-se importanța acestei vitamine, s'au făcut numeroase cercetări pentru producerea ei. Astăzi dispunem într'adevăr de 8 produse sintetice diferite. U. S. A. a adoptat metoda de îmbogățire artificială a laptelui destinat consumului public și caută metoda cea mai eficace pentru vitaminizarea lui adecuată.

Tratamentul preventiv și curativ cu vitamina D. se face prin alimentație bogată în vitamine D. naturale sau sintetice.

2. Difteria.

Profilaxia și tratamentul cu ser antidifteric azi nu mai contează ca problemă, totuși se întâlnesc cazuri grave cu necroză, cari nu mai reacționează la tratament cu antiser. Poate că, fiindu-se cont de vitaminizarea bolnavului, s'ar produce o ameliorare și în această privință. Jeney, Gagy, Baranyai constată că acidul ascorbic neutralizează toxina difterică, care astfel injectată nu mai produce moartea cobaiului. Lyman arată că doze zilnice submortale de toxină difterică injectate la cobai, reduc conținutul

de vitamină C în glanda suprarenală cu 38%, în pancreas cu 25% și rinichi cu 21%. Adăugând însă alimentului zilnic 0.5—2 miligrame vitamină C., lipsa vitaminelor în organele numite nu se mai poate observa.

Cardoso a dovedit că la 48—96 ore după intoxicația cobaiului cu toxina difterică, vitamina C dispare complet din glanda supra renală, deci chiar organul care suferă mai mult din cauza intoxicației difterice. Asemenea suferă și alte organe prin tulburarea metabolismului vitaminei C în urma intoxicației difterice. Bacilii difterici sunt sensibili față de vitamina C proporțional cu virulența lor, distrugându-se totodată în aceeași proporție. Otto arată că injectând acidul ascorbic împreună cu extract pan-cortex (extract total din substanța corticală a suprarenalei) se poate evita leziunile din glanda supra renală a cobaiului intoxicat cu toxina difterică. În același timp, tratând omul îmbolnăvit pe lângă ser antidifteric cu acid ascorbic 500—700 miligrame pe zi și fără extract suprarenal a putut remarca un efect mai bun ca după tratament simplu prin antiser, în cazurile grave reducându-se necrozele.

Foarte importante sunt observațiile lui Kumagai și colaboratorii lui din Osaka. Acest autor tratează anual peste 2000 bolnavi difterici, cari prezentau o fatalitate de 13—17%. În cazurile grave necrotice nu mai ajută serul antidifteric nici chiar în doze masive injectate pe cale intravenoasă.

Incearcă injecția diferitelor substanțe în timpul tratamentului cu antiser. *Incepând cu anul 1936 injectează și vitamina C. (Redoxon „Roche”, l'Ascorbin Seure) cu rezultate excelente, în deosebi în cazurile grave necrotice. Se injectează zilnic 400—600 miligrame de vitamină C. În urma acestui tratament constată reducerea fatalității dela 50—70% la 30%. Recomandă injecții simultane cu epinefrină (Adrenalină). Injecția de vitamină C, administrată cu doze mici de antiser deodată dăseamnă un efect excelent terapeutic.*

Din toate acestea reiese, că tratamentul difteriei pe lângă antiser, să se facă și cu vitamină C în cantități abundente și împreună cu un extract de suprarenală.

3. Poliomielita.

Este o boală rară dar cu urmări foarte grave. Serul Pettit folosește numai în stadiile prodromale, cari se constată cu mare greutate. Serul de convalescent pare a da rezultate mai bune.

În ultimii ani s'a dat deosebită atenție profilaxiei acestei boli prin pregătirea mucoasei nasale, — ca poartă de intrare pentru infecție, — pentru respingerea agentului patogen. Încă în 1910, von Wiesner constată că poarta de intrare este suprafața bulbilor olfactorii.

Schultz și colaboratorii, au împiedecat (1934—5) infecția la maimuțe prin dislocarea bulbilor olfactorii, iar Armstrong și Harrison au obținut același rezultat instilând în nările maimuțelor soluție de alumen și acid picric. Procedând însă la executarea acestei profilaxii în 1936 la 4631 copii, rezultatul a rămas dubios și fără importanță.

Olitzky și Sabin află ca cea mai corespunzătoare substanță pentru pregătirea profilactică a mucoasei nasale la maimuță este Sulfatul de zinc. Tisdall, Brown și alții cu ocazia unei epidemii de poliomyelită în provincia Toronto, cu 2435 îmbolnăviri și 3.8% fatalitate medie, au tratat cu această substanță 4713 copii de două ori la intervale de 10—12 zile și constată o îmbolnăvire de 2.4 la 1000, pentru cei ne-

tratați față de 2.10/00 pentru cei tratați. *Metoda este deci în experimentare și evident trebuie să fie perfecționată ca să poată deveni o metodă practică.*

Kramer, Grossman și Parker, încercând o metodă de imunizare activă cu virus viu, instilăază la maimuțe în nări 0.5 cms pituitrină iar la 5 minute 1 cms adre-fină. La un grup de maimuțe introduce apoi de 3 ori zilnic emulsie 50/0 de virus poliomyelitic iar la alt grup după virusul poliomyelitic încă odată substanțele de mai sus. Toate maimuțele au rezistat chiar și la o infecție intracerebrală. Mucoasa și submucoasa nasală prezintă o puternică infiltrație de eozinofile.

4. Gripa.

Această boală a preocupat întotdeauna lumea medicală din cauza multilateralității ei clinice, o împrejurare ce îngreunează foarte mult diagnosticul sigur. Tot alăteu eșecuri s'au înregistrat și pe terenul etiologiei, bănuindu-se aproape toți microbii actualmente cunoscuți, ca având un rol etiologic, până ce în anul 1931 Shope, descrie un virus filtrabil izolat dela cazuri de influență a porcilor. Virusul porcin este mai patogen pentru animalele de experiență (ca *Mustella furo* [este o specie de nevăstuică domesticită], șoarece alb, arici) ca cel uman și formează din punct de vedere imunologic un virus propriu zis. Acest virus în sinergism cu *B. hemofilius influenzae* suis, agravează boala de porci până la 40/0 fatalitate și are, cum vom vedea mai jos, corelațiuni epidemiologice cu gripa pandemică din 1918.

În analogie se izolează în 1933 de Smith, Andrews și Laidlow virusul gripei umane cu ajutorul animalului de experiență numit *Mustella furo* (o specie de nevăstuică domesticită cum am arătat mai sus). Acest virus are dimensiuni de 80—120 milimicroni și se poate filtra prin filtru de porțelan. De atunci a fost confirmat de diferiți autori americani, englezi, francezi și australieni.

Virusul se poate izola din bolnav în stadiul acut, recoltându-se materialul prin spălături în formă de gargare în cavitatea nasobucală cu bulion nutritiv. Acest material se poate conserva timp de câteva săptămâni la — 80° F, iar pe timp mai scurt amestecându-se în părți egale cu glicerină.

La izolarea în animal, se anesteziază nările *Mustellei* instilându-se apoi cu o pipetă câteva picături din materialul recoltat. După 2 zile incubajie *Mustella* face febră 104° F. apoi o zi normală, temperatura iarăși urcă pe timp de 3—4 zile, cu cătar naso-faringean, la început secreție clară, apoi muco-purulentă, iar la 7 zile convalescență. Prin pasajii pe acest animal virusul urcă virulența și în cele din urmă produce și pneumonie gripală la animalul de experiență. Virusul astfel exaltat este patogen și pentru șoarece, căruiu instilându-se penări produce pneumonie clasică gripală cu hepatizație lobară, roșie purpurea însă fără microbi vizibili. Virusul gripei numit P. R. 8 este virulent pentru șoarece în cantitate de o picătură în diluție de 1/1.000.000.

Virusul se poate cultiva pe medii de cultură cu țesut viu sau, după metoda Burnett, inoculând material infecțios, de preferință emulsie de pulmon din șoarece bolnav, în țesutul chorio-alantoid al unui ou embrionat.

Virusul produce atât în animal cât și la om, în convalescență, începând cu a 7 zi a boalei, corpi imuni antiinfecțioși, cari apoi dispar cu încetul până la 5 luni.

Valoarea antiserului se exprimă în unități antiinfecțioase. Pentru o astfel de unitate se contează doza cea mai mică de antiser, care neutralizează 1000 doze mortale de virus adoptat la șoarece.

La bolnavi acuiți filtrul antisericului este 1/15—1/26 diluție iar în convalescență urcă până la 1/640. Lipsa acestei urcări în convalescență pledează contra gripei. Titrul cade cu timpul considerabil. Astfel, Francis cercetând în 1936, indivizii sub 20 ani, cari au făcut gripa în ultimii ani (1934—35), a aflat 87% copii imuni față de 50% la indivizi de peste 20 ani, cari au făcut gripa în anul 1918/19.

Se poate executa și fixația complementului cu același rezultat, ca antigen servind emulsie în ser fiziologic de pulmon de șoarece în faza de pneumonie gripală.

Reacțiunile imun-biologice, ne înfățișează gripa din 1918 ca fiind produsă de virusul porcîn. Nu s'a putut însă constata până în prezent, dacă acel virus a fost un virus de animal adaptat la om, sau dacă virusul uman de atunci s'a adaptat mai târziu la porc.

Aparatul, producător de anticorpi este la ambele virusuri comun, dar cel receptor e diferit.

Virusurile mai cunoscute actualmente sunt *W. S.* din Anglia, *P. R.* 8 America, *D. C.*, *P. M.*: *R. R.* și *I. B.* din Franța, *A.* din Australia.

Aparatul lor antigen și receptor de anticorpi este comun.

În anumite epidemii însă virusul nu se poate izola. Astfel au eșuat încercările lui Smith, Andrews și Laidlow 1935, în Woolvich (Anglia) și ale lui Francis în 1936 în California.

Trebuie să subliniem faptul, că aceste epidemii n'au produs nici la om nici la animal anticorpi antiinfecțioși. Ne putem întreba dacă nu cumva aceste epidemii au fost produse de vreo boală de altă natură.

Virusul viu introdus pe cale subcutană nu produce infecție la animal și om, ci imunizează.

Vaccinarea se face pe cale subcutană cu 0,5—2 cm³ cultură de ou în 4 doze la interval de 1 săptămână; sau, tot subcutan de 3-ori câte 0,5 cm³ cu același material și în același interval.

Andrews a obținut în acest fel 96% imunizare la om. Astăzi se încearcă vacinări cu emulsie în ser fiziologic de pulmon de șoarece în faza de pneumonie gripală. Acest vaccin injectat subcutan la om nu produce infecție însă stimulează organismul la producerea corpurilor anti-infecțioși

Metodele de diagnostic și vaccinare sunt pe cea mai bună cale de realizare, promițând pentru viitorul apropiat o combatere rațională.

5. Tularemia.

Boala aceasta este încă necunoscută la noi. A fost descoperită în 1911 în ținutul Tulare (California) de Mc. Coy și Chapin. În 1922, constatată într'un număr mai mare de Edw. Francis, s'a pus ca problemă sanitară în U. S. A.

În 1926 s'a constatat în Japonia de Ahara în același timp în Rusia Asiatică, în 1928 în Rusia Europeană, 1930 în Norvegia de Thytta, în 1931 în Italia și Suedia. 1935—36 se impune ca problemă sanitară în Austria cu peste 100 cazuri și 1 mortal, descrise de Davis și Pillat. Tot în Austria au fost diagnosticate deja din 1917 două cazuri însă sub numele de conjunctivita lui Perinoud de Herrenschand și Bayer, ultimul luând infecția dela pacientul tratat, cu diagnosticul de mai sus. În Balcani descrie Paschef în 1916 3 cazuri și 1918 1 caz sub diagnosticul de „conjunctivitis necrotisans infecțioasă” cari însă după aprecierile lui Herrenschand nu

puteau fi altceva decât conjunctivita lui Parrinoud, descrisă de el, adecă în concepția actuală Tularemia oculoganglionară.

În 1936 Kemal Hussein descrie 112 cazuri de Tularemie în Turcia europeană.

În 1937 Drbohlav descrie 418 cazuri fără morți într'o epidemie ivită în toamna anului 1936 și primăvara 1937 în Cehoslovacia. Autorul subliniază faptul, că în toate cazurile bolnavii s'au infectat dela iepurii de câmp, în sezonul de vânătoare.

Agentul patogen: este *B. Tularensae* a lui Mc Coy gram negativ, imobil, fără capsule sau spori, în culturi proaspete și în animal are formă de bacili inegali și neregulați, în culturi vechi formă de coci. Cresc în condiții aerobe și exclusiv pe medii speciale cu conținut de cistină sau adaosuri cari abundă în cistină, cum ar fi gălbenușul de ou, splină, ficat de animal, etc.

Patogenia la animal: Este foarte infecțios pentru rozătoare, în deosebi epuri de toate rasele, apoi familiile *Cricetus* (Hârciog), *Citillus*, *Otospermophilus*, *Arvicola*, *Mus* precum și pentru animalele mici răpitoare cari vânează după aceste rozătoare (vulpi, pisici, mustella, etc.). Animalul face boala cronică, cu infiltrația ganglionilor, hipertrofia ficatului și splinei, cu numeroși noduli, inegali, gălbui-suri și numeroase necroze. Boala este de natură septicemică. Agentul se află aproape întotdeauna și în sânge, de unde trece cu ușurință în insecta transmisătoare activ, cu ocazia sugerii de sânge din animalul bolnav.

Ca transmisătoare: sunt cunoscute căpușa *Dermacentor*, la noi și *Ixodes ricinus*, *Boophilineline*, printre muște *Crysops discalis*, la noi și *Stromoxis colctrans* cât și ploșnița *Cimex lectularia*. Boala poate trece dela animal la om și prin contact direct cu material infecțios, precum prin mușcătura răpitoarelor, pisici, etc.

Patogenia la om: Boala începe insidios după o incubație de 7—10 zile. O săptămână bolnavul o poartă de obicei pe picioare când apoi se consolidează afecțiunea organelor sensibile, ca: ochi, pulmon, ganglioni și vasele limfatice. După 4—6 săptămâni urmează convalescență cu astenie care persistă încă multe luni.

Formele cari survin la om:

1. *Ulceroganglionară*; 2. *oculoganglionară*; 3. *galgionară*; 4. *tifică*;
5. *mixtă*; 6. *pulmonară*.

Ganglionii atacați supurează de regulă. Bacilul uneori se localizează în anumite locuri din organism rămânând în latență, că după câteva luni să producă o inflamtație locală supurativă, cum ar fi: artrita, tendovaginita, bursita, serozita, etc. Fatalitatea depinde de intensitatea boalei, de regulă 1—2%. La formele pulmonare s'a observat însă o fatalitate până la 60%.

Diagnosticul etiologic: se face prin încercarea de a izola agentul patogen transmijând materialul infecțios la animalul de experiență, șoarece, epure, cobai, iar din produsele patologice a acestor animale, cât și din produsul patologic uman (sânge, spută, puroi din ganglioni supurați, urină, etc.) se vor face însemnări pe medii de cultură corespunzătoare. Diagnosticul serologic se face prin aglutinarea mică, patogonomonici fiind deja titrii de $\frac{1}{20}$, mai ales dacă ulterior titrul crește. Aglutininele apar în sângele periferic începând dela săptămâna a doua și în convalescență poate ajunge până la titru de $\frac{1}{5000}$. Uneori aglutinația rămâne negativă în primele săptămâni. Atunci se poate executa cutireacția lui Foshey, injectând intracutan suspensie de *B. Tularensae* omorâți prin căldură. În caz de tularemie în maximum 48 de ore după injecție se arată un eritem pronunțat la locul infecției.

Tratament: Câte 12.5 cm.³ ser antitularemîc două zile consecutiv intravenos (Foshey).

Salicilat de sodiu 1.2 grame în 30 cm.³ apă distilată, steril. De două ori pe zi intravenos zilnic până la vindecare (Winter și Farrand).

1%o Mercurorhom plus 7.5%o glucoză intravenos dela 5 cm.³ urcând până la 10 cm.³ zilnic, 5 zile consecutiv, apoi interval de 10 zile libere și o serie nouă de injecții (Hillmann și Moyan).

Se poate încerca și Prontosil cu posologia cunoscută.

Produsele chimice se aplică mai mult în lipsa altui remediu. *Serul antitularemîc însă este specific.*

Bibliografie.

- S. W. Clausen: Nutrition and infection. Journ. Am. Med. Ass., vol. 104 p. 793—1935.
- L. Oelrichs: Vitaminmangel, Infektionsablauf und Krankheitsabwehr. Zeitschr. f. Hyg. t. CXVII. p. 686—1935.
- J. Youmans: The present status of vitamin deficiencies in practice. Journ. Am. Med. Ass., vol. 108, p. 15—1937.
- H. Otto: Die Behandlung der Diphtherie mit Ascorbinsäure. Klin. Woch. t. XV., p. 1510—1936.
- Kumagai, Yamagami, Nikai, Inai: Über die Wirkung des Vitamin C bei necrotischer Difterie. Klin. Woch. Jahr. 16, p. 897—1937.
- Tisdall, Brown, Defries, Ross, Sellers: Zinc-sulfat nasal spray in the profilaxis of Poliomyelitis. Canad. Publ. H. J. vol. 28, p. 525—1937.
- R. Hare: Recent Advances in the Study of Influenza. Canad. Publ. H. Journ. vol. 28, p. 157—1937.
- Dujarric, Cheve: Le virus gripal du furet. Etude de Souches françaises de virus gripal. An. Inst. Past. T. 59, p. 445—1937.
- K. Husseyin: Die Tularemie in der Türkei. Zeitschrift. f. H. U. Inf. Krank. Bd. 119, p. 425—1937.
- J. Drbohlav: L'épidémie de tularemie en Tchecoslovaquie. Les Travaux de L'Institut d'Hyg. publ. de l'État Tchecoslovaque. T. VIII. p. 79—1937.

Resumé.

L'auteur montre l'importance des vitamines dans les infections de l'homme et de l'animal.

La vitamine C promet les meilleurs résultats thérapeutiques et prophylactiques.

Dans les cas de diphtérie grave, la vitamine C améliore l'effet de l'antisérum.

La prophylaxie de la polyomyélite est encore en étude.

Dans la grippe nous possédons une vaccination prophylactique.

La tularémie semble être chez nous aussi un problème d'actualité.

Efectul activității Plășii Sanitare Model Gilău, asupra mortalității infantile și generale

de

Dr. IOAN PRODAN

Inregistrarea și studierea fenomenelor biologice din comunele aparținătoare Plășii Sanitare Model Gilău, este una dintre preocupările noastre de căpetenie, căci astfel avem posibilitatea de a întocmi un plan de lucru pentru viitor și a corecta greșelile cari survin. Totodată avem posibilitatea de a compara rezultatele activității din trecut cu cele din prezent precum și rezultatele activității între circumscripțiile Plășii.

Descrierea pe larg a organizării Plășii Sanitare Model Gilău, o credem inutilă, aceasta fiind făcută în raportul de activitate pe anii 1931—1933¹⁾ și în raportul de activitate pe anii 1931—1936²⁾.

Vom aminti doar pe scurt că, Plasa Sanitară Model Gilău, cuprinde 4 circumscripții și anume:

1. Circ. Gilău	cu	5	comune,	cu o populație	de	8.696
2. „ Săvădisla	„	8	„	„	„	7.523
3. „ Căpușul-mare	„	10	„	„	„	6.386
4. „ Rechetău	„	3	3	„	„	5.113
Total . 26 comune, cu o populație de 27.718						

după recensământul din 31 Decembrie 1930. Numcrul probabil al populației pe ziua de 31 Decembrie 1936 este de 29.547.

Fiecare circumscripție este condusă de către un medic sanitar ajutat de către o soră de ocrotire. Ca instituție preventivă, curativă și de educație, avem la sediul fiecărei circumscripții câte o casă de ocrotire, cuprinzând după cerințe și necesități, părțile prevăzute de Legea Sanitară și de Ocrotire.

¹⁾ Apărut în „Buletinul Eugenic și Biopolitic” vol. V. Nr. 1—6 din anul 1934.

²⁾ Apărut în „Buletinul Eugenic și Biopolitic”, vol. VIII. Nr. 1—3. Ian.—Martie 1937.

Programul de muncă al Plășii

Programul de muncă al Plășii cuprinde următoarele capitole mari :

1. Ocrotirea mamei și a copilului.
2. Combaterea bolilor sociale.
3. Combaterea bolilor infecțioase.
4. Lucrări de sanitație pentru îmbunătățirea condițiilor de salubritate publică.
5. Educație igienică.

Problemele înșirate la primele 3 puncte au fost rezolvate prin consultațiuni gratuite date de : medicul igienist, medicii de specialitate și medicii de circumscripție la casele de ocrotire, în zile și la ore fixe, completate cu vizite la domiciliu, făcute de surorile de ocrotire.

În legătură cu activitatea dela punctul 4 pentru îmbunătățirea condițiilor de salubritate (publică) în care trăește populația, a căror importanță în declanșarea morbidității este de netăgăduit, am întreprins o muncă constructivă pentru îmbunătățirea locuințelor, construire de fântâni, closete, băi, asanarea întregului complex care constituie mediul fizic extern. Aceste lucrări au fost executate după indicațiunile și supravegherea medicului igienist de plasă, ajutat de către medicii de circumscripție și agentul sanitar.

Activitatea dela punctul 5, de educație igienică, s'a făcut mai puțin prin conferințe și întruniri publice și mai mult prin vizite la domiciliu ale surorilor de ocrotire, prin legătura și contactul permanent care s'a dezvoltat între casa de ocrotire și populație, folosindu-ne de orice ocaziune de a vorbi și mai cu seamă de a demonstra populației obiceiurile igienice.

La casele de ocrotire din plasă se dau următoarele consultațiuni gratuite :

Consultațiile prenatale	2 la lună
„ pt. sugaci	1 la săptămână
„ pt. preșcolari	1 „ „
„ pt. școlari	1 „ „
„ ig. gurei	1 „ „
„ pt. tuberculoză	1 „ „
„ Venerii	2 „ „

Considerațiuni generale asupra personalului Plăsei

Personalul existent înainte de înființarea Plășii s'a completat cu medicul igienist, medici de specialitate și surori de ocrotire.

Medicul igienist.

Medicul igienist este conducătorul serviciului sanitar al Plasei; el este un organ tehnic, executiv, bun cunoscător al problemelor de igienă aplicată, cu foarte puține atribuțiuni administrative, consacându-și tot timpul și toată energia exclusiv serviciului, neavând clientelă particulară.

Plasa Sanitară fiind competența descentralizată a măsurilor preventive, pentru a căror executare medicul igienist poartă întreaga răspundere și care la cazuri de boli infecțioase, declarate de medicul sanitar sau descoperite direct de el, cercetează sursa, urmărește filiațiunea și ia măsurile tehnice necesare, atât față de bolnavi cât și față de purtătorii de germeni și restul populației sănătoase. El organizează vaccinările periodice și ia toate măsurile de salubritate publică.

Medicul igienist fiind un specialist în medicina preventivă, caută să cunoască, prin anchete și studierea mișcării populației și a cauzelor de deces, frecvența, gravitatea și localitățile unde bântue maladiile sociale organizând prevenirea combaterea și tratamentul lor. Combaterea mortalității infantile, igiena preșcolarilor și a școlarii, cât și problemele de ameliorare a alimentației și locuinței țaranului, cad tot în sarcina medicului igienist. Plasa sanitară formează și nucleul de unde iradiază educația sanitară a populației.

Medicul igienist de Plasă împreună cu medicii de circumscripție întocmește programul de activitate preventivă și de realizări în domeniul sanitației pentru toate circumscripțiile.

În felul acesta medicul igienist este mai mult pe teren în legătură cu populația, a cărei intenții trebuie să le cunoască (construcții, asanări) pentru a-și putea spune cuvântul sfătuitoare la timp.

Medicul igienist de Plasă neavând clientelă, în mod automat păstrează cele mai bune raporturi cu medicii de circumscripție, poate realiza programul de muncă preventivă, descărcând de o bună parte a obligațiilor medicii de circumscripție. Faptul că nu face clientelă nu înseamnă că este un ignorant în medicina curativă. Medicul igienist trebuie să fie un bun cunoscător al boalelor infecțioase, al bolilor sociale, al pediatriei și puericulturii; altfel i s'ar putea contesta competența de intervenție în toate aceste probleme.

Medicii de specialitate.

Că medici de specialitate Plasa Sanitară are: un medic fiziolog, un medic puericultor și un medic stomatolog. Acești medici de specialitate sunt indispensabili unei plăși bine organizate, fiindcă cerin-

țele serviciului în aceste direcții întrec capacitatea de muncă și cunoștințele de specialitate ale medicilor de circumscripție. Pe de altă parte și populația rurală are dreptul să se bucure de achizițiile medicinei curative moderne, a căror aplicare necesită cunoștințe de specialitate. Ei nu au un singur centru de acțiune, ci după un program stabilit înainte, activează la toate casele de ocrotire și în caz de nevoie în oricare comună a circumscripției. Această mobilitate a medicilor specialiști, în special al medicului puericultor, este de o importanță și de o utilitate deosebită. Ei lucrează întotdeauna în colaborare cu medicii de circumscripție, îmbogățind astfel cunoștințele lor, ca și ei la rândul lor să poată asigura continuarea activității.

Surorile de ocrotire.

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

Având în vedere condițiunile de muncă excepțional de grele în comunele de munte, cari reprezintă o treime din Plasă, credem de nimerit a da pe scurt organizarea circumscripției Rechetău compusă exclusiv din astfel de comune.

Organizarea circumscripției Rechetău.

Circumscripția Rechetău compusă din comunele: Măguri, Mărișel și Muntele-Rece, s'a înființat pe ziua de 1 Ianuarie 1931. Înainte de înființarea Plasei, comunele Măguri și Mărișel aparțineau circumscripției Căpușul-mare, iar Muntele-Rece, circumscripției Gilău. Prin înființarea circumscripției Rechetău distanța dela comune până la comuna de reședință a medicului de circumscripție s'a redus cu 22 km. pentru comuna Muntele-Rece și 32 km. pentru comunele Măguri și Mărișel. Circumscripția Rechetău este situată în partea de sud-vest a județului Cluj și a Plasei Sanitare Model Gilău. Comunele din această circumscripție sunt situate pe platforma Munților Apuseni la o înălțime de 1200—1300 m. aceste comune făcând parte din cele mai înalte așezări omenești din țară. Aceste comune prezintă caracte-

rul așezărilor de tip izolat. Comuna nu are forma așezărilor adunate din regiunea de șes sau lunca râurilor, ci casele sunt împrăștiate pe o suprafață considerabilă, cu o densitate a populației foarte mică pe kilometru pătrat. Astfel avem comuna Măguri: Populația probabilă la 31 Decembrie 1936 este de 1717. Suprafața comunei: 268.09 kmp. Densitatea populației: 6.5 locuitori pe 1 kmp. Comuna Mărișel: Populația probabilă la 31 Decembrie 1936 este de 2623. Suprafața comunei: 75.09 kmp. Densitatea populației: 35 locuitori pe 1 kmp. Comuna Muntele-rece: Populația probabilă la 31 Decembrie 1936 este de: 1207. Suprafața comunei este de 43.027 kmp. Densitatea populației este de 28 locuitori pe 1 kmp. În toate aceste comune casele sunt așezate dealungul platformei ondulate pe o întindere de peste 10 km. Comunicația între comunele circumscripției este foarte anevoioasă căci fiecare este separată prin văi adânci și coaste piezișe împădurite. Comunele propriu zise sunt situate pe platforma despădurită și însoțită. Sediul circumscripției Rechetău, se află la întâlnirea celor 3 drumuri cari duc dela comune la Gilău—Cluj și la întâlnirea apelor Someșul-rece cu Răcățăul. Râul Someșul-rece desparte comuna Măguri și Mărișel de comuna Muntele-rece, iar râul Răcățău printr'o vale adâncă și coaste priezișe desparte comuna Măguri de comuna Mărișel. Rechetăul nu este propriu zis o comună ci un cătun format din câteva case, care din punct de vedere administrativ aparțin celor 3 comune politice. Cătunul Rechetău este la egală distanță de toate comunele cari aparțin circumscripției cu acelaș nume.

Analizând situația geografică e ușor de înțeles că toate căile de comunicație sunt situate dealungul văilor și al coastelor, în general foarte greu practicabile cu alte mijloace de căt călare sau pe jos; în special iarna comunicația este extrem de dificilă.

Primul obstacol în organizarea circumscripției Rechetău a fost plasarea Casei de Ocrotire. La data de 1 Februarie 1931, s'au închiriat 2 camere (una sală de așteptare și una de consultație) dar cu aceasta problema localului n'a fost rezolvată; cele 2 camere închiriate erau cu totul necorespunzătoare și nu eram siguri că le vom avea pe timp mai îndelungat. Afară de aceasta nici medicul și nici sora de ocrotire nu și-a putut asigura condițiuni de plasare cătuși de modeste. Pentru a curma toate aceste neajunsuri s'a construit un edificiu cu 7 camere, cuprinzând o sală de așteptare, o sală de consultațiuni, locuință pentru medic și sora de ocrotire. Acest edificiu fiind isprăvit abia toamna târziu, n'a fost predat întrebuințării de-

cât la sfârșitul anului 1931. Această casă de ocrotire a fost înzestrată cu tot mobilierul și instrumentarul necesar pentru a putea face față tuturor necesităților locale. Pentru a ușura deplasările medicului și a soriei de ocrotire în interes de serviciu s'a cumpărat un cal de călărie pe seama circumscripției. În primăvara anului 1934, s'a terminat construirea unui grajd, șură, dependințe precum și una cameră pentru omul de serviciu. Astfel sa ajuns la încheierea unui serviciu sanitar stabil modest, dar complet pentru comunele de munte cari aparțin circumscripției Rechetău.

Programul Casei de Ocrotire din Rechetău.

Casa de ocrotire este instituția unde se concentrează toată activitatea sanitară, de ocrotire și de educație. Este condusă de un medic de circumscripție ajutat de o soră de ocrotire. La această casă de ocrotire se dau următoarele consultațiuni gratuite :

- Consultații prenatale de 2 ori la lună
- „ pentru sugaci odată la săptămână
 - „ „ preșcolari odată la săptămână
 - „ „ școlari odată la săptămână
 - „ „ tuberculoși odată la săptămână
 - „ „ venerii de 2 ori la săptămână.

Zilele de consultațiuni sunt astfel fixate încât coincid cu zilele în cari populația din cele 3 comune descind în Rechetău pentru ași continua drumul spre Cluj unde își duc materialul lemnos pentru valorificare.

Având în vedere căile de comunicație dificile și suprafața mare pe care se extind comunele, o educație igienică realizabilă de către sora de ocrotire prin vizitele la domiciliu nu este posibilă decât vara în restul anului este nevoită ași limita vizitele la familiile din cătunul Rechetău și cele apropiate. Educația igienică a populației se mai completează prin sfaturile și demonstrațiile practice pe cari le face medicul precum și sora de ocrotire fiecărei persoane care se prezintă cu ocaziunea consultațiunilor la Casa de Ocrotire. Înafară de aceasta medicul de circumscripție cu ocazia deplasărilor reglementare în comune, stă în câte-o comună 2—3 zile la dispoziția populației, pentru ajutorul ce-i solicită. Aceste zile de regulă sunt alese astfel încât una din ele să fie zi de sărbătoare sau Duminecă, când medicul le ține și câte-o conferință cu scop educativ.

Deși programul de activitate în Plasă este unitar și nu diferă dela o circumscripție la alta, rezultatele obținute nu sunt la fel după cum nici condițiunile de lucru nu sunt aceleași.

Acest fapt se datorește și împrejurării că înainte de înființarea Plășii unele comune numai cu numele făceau parte dintr'o circumscripție sanitară sau alta și astfel educația igienică și asistența medicală erau accidentale sau inexistente. Astfel de situație puțin privilegiată aveau comunele de munte și în special cele 3 comune (Măguri, Mărișel și Muntele-rece) cari compun azi circumscripția Rechetău. Este ușor de înțeles că rezultatele obținute în această circumscripție lasă mult de dorit și influențează mult asupra rezultatelor obținute în celelalte circumscripții din Plasă.

Este un fapt cunoscut, că aprecierea activității desfășurate de un serviciu sanitar se face prin măsurarea eforturilor depuse, adică prin măsurarea cantității și calității muncii și prin măsurarea rezultatelor obținute.

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

Rezultatele premergătoare sau parțiale, altele decât reducerea mortalității, ca de ex. modificarea obiceiurilor populației, creșterea gradului de curățenie, aprecierea mai mare a sănătății, etc. se produc cu mult înainte; aceste însă nu se pot măsura și aprecia precis, iar descrierea lor nu are forța convingătoare a cifrelor.

În cele ce urmează vom căuta să evidențiem rezultatele obținute în reducerea mortalității generale și infantile.

Mortalitatea generală din plasa Sanitară Model Gilău și județul Cluj
pe anii 1925—1936.

ANII	Proporția la 1000 locuitori		
	Județul Cluj	Circumscripția Rechetău	Plasa San. Model Gilău minus circ. Rechetău
1925	24.1	24.4	23.5
1926	22.3	28.2	23.7
1927	24.2	21.9	23.3
1928	19.9	23.7	19.2
1929	21.7	24.2	20.9
1930	18.8	25.6	14.9
1931	19.4	21.4	19.4
1932	21.2	24.8	17.6
1933	18.8	21.5	16.9
1934	19.0	20.9	17.3
1935	20.4	21.3	19.1
1936	22.0	24.2	15.9

Calculând valoarea liniilor de regresione¹ pentru mortalitatea generală obținem următoarele valori:

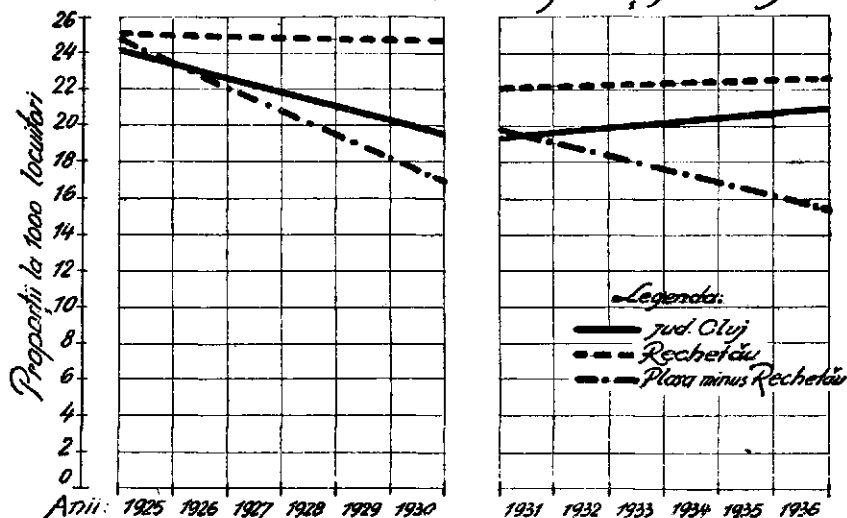
Pentru jud. Cluj	pe anii 1925—1930.	$Y = 25.086 - 0.93 X.$
" "	" 1931—1936.	$Y = 19.093 + 0.31 X.$
Pt. circ. Rechetău	" 1925—1930.	$Y = 25.090 - 0.12 X.$
" "	" 1931—1936.	$Y = 22.072 + 0.08 X.$
Pentru plasă minus	" 1925—1930.	$Y = 26.485 - 1.59 X.$
Rechetău "	" 1931—1936.	$Y = 20.780 - 0.88 X.$

Reprezentând grafic valoarea ecvațiilor de regresione obținem următoarea înfățișare: (Vezi grafica Nr. 1).

Analizând valorile liniilor de regresione precum și grafica ecvațiilor de regresione a mortalității generale, ne demonstrează că în anii anteriori înființării Plășii mortalitatea generală avea o tendință de scădere până când în anii de după înființarea Plășii mortalitatea generală din județul Cluj are o tendință netă de urcare iar în circ. Rechetău o ușoară urcare cu tendință de staționare, până când în restul Plasei o scădere progresivă.

¹ Calcularea valorii liniilor de regresione și a valorii ecvațiilor de regresione o datoresc D-ului Dr. P. Râmneanțu, pentru care ajutor îi exprim sincerele mele mulțumiri.

*Ecuațiile de regresiune a mortalității generale
din Plasa Sanitară Model Gilău și jud. Cluj.*



Grafica Nr. 1.

Mortalitatea infantilă din plasa sanitară, model Gilău și județul Cluj
pe anii 1925—1936.

ANII	Proportia la 100 născuți vii		
	Județul Cluj	Circumscripția Rechetău	Plasa San. Model Gilău minus circ. Rechetău
1925	19.1	19.5	18.2
1926	18.4	23.0	18.3
1927	21.5	21.5	23.7
1928	17.8	17.7	17.6
1929	19.6	22.6	22.6
1930	16.5	15.0	17.7
1931	17.1	15.3	18.1
1932	18.7	18.7	17.5
1933	15.7	21.7	11.4
1934	17.6	19.4	18.2
1935	17.8	17.1	16.5
1936	16.5	17.8	14.3

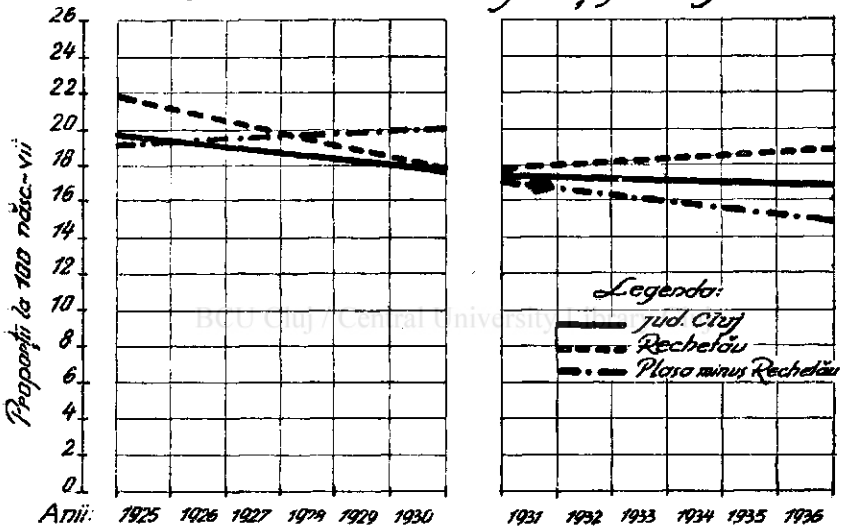
Calculând valoarea liniilor de regresiune pentru mortalitatea infantilă obținem următoarele valori:

Pentru jud. Cluj pe anii 1925—1930, $Y = 20.187 - 0.39 X$.
 „ „ „ 1931—1936, $Y = 17.576 - 0.10 X$.

Pentru circ. Rechetău	„	1925—1930.	$Y = 22.608 - 0.78 X.$	
„	„	„	1931—1936.	$Y = 17.754 + 0.16 X.$
Pt. plasă minus Rechetău	„	1925—1930.	$Y = 19.050 + 0.18 X.$	
„	„	„	1931—1936.	$Y = 17.504 - 0.43 X.$

Reprezentând grafic valoarea ecvațiilor de regresiune, obținem următoarea înfățișare :

Ecvațiile de regresiune a mortalității infantile din Plasa Sanitară Model Gilău și Jud. Cluj.



Grafica Nr. 2.

Analizând valorile liniilor de regresiune precum și grafica ecvațiilor de regresiune a mortalității infantile ne demonstrează că în anii anteriori înființării Plășii în Județul Cluj și circumscripția Rechetău mortalitatea infantilă avea o tendință de scădere până când în Plasă minus Rechetău avea o tendință de creștere. Pentru anii de activitate din Plasă deci în intervalul dela 1931—1936 mortalitatea infantilă în județul Cluj are o tendință staționară iar în circumscripția Rechetău de o ușoară urcare. În Plasă minus circ. Rechetău mortalitatea infantilă are o vădită tendință de scădere, deși în anii anteriori înființării Plășii mortalitatea infantilă era în urcare.

Rezultatele obținute în domeniul reducerii mortalității generale și infantile în cei 6 ani de activitate ai Plășii, dovedesc că organizația sanitară preconizată prin Legea Sanitară din 1930, este cea mai adecvată cerințelor.

Putem afirma că acest sistem de muncă asigură rezultatele dorite. Într-o regiune unde situația geografică nu împiedecă desfășurarea activității în tot ansamblul ei, rezultatele se obțin mai curând și odată rezultatele obținute persistă atâta timp cât activitatea este susținută și metodic desfășurată. Cele afirmate mai sus se confirmă privind graficele ecvațiilor; în județul Cluj atât mortalitatea generală cât și mortalitatea infantilă, în anii 1925—1930 erau în scădere, iar în anii 1931—1936 erau în creștere sau în cel mai bun caz staționare, până când în Plasă minus Rechetău atât mortalitatea generală cât și mortalitatea infantilă sunt în scădere. Această scădere este cu atât mai convingătoare în această unitate de comparație cu cât putem observa că mortalitatea infantilă în anii 1925—1930 era în creștere. Că în circumscripția Rechetău rezultatele nu sunt îmbucurătoare, aceasta nu se datorește sistemului de muncă, ci condițiilor geografice excepțional de grele, cari împiedecă desfășurarea activității în tot ansamblul ei. Avem toată încrederea că sistemul de muncă ales este bun și că într'un timp ceva mai lung vom obține rezultatele dorite și în această circumscripție, care poate fi considerată ca o excepție, căci precum am amintit la capitolul organizației circumscripției Rechetău, comunele cari compun această circumscripție sunt nu numai în județul Cluj, dar chiar pe toată țara luate, unele din cele mai dificil accesibile.

O altă piedecă în obținerea rezultatelor mai de vreme este și faptul că în cei 6 ani de existență această circumscripție a avut 4 medici și deci activitatea a suferit mereu în urma schimbărilor. Fiecare medic îndată ce i-se ivea o posibilitate cât de puțin mai bună, părăsea această circumscripție. Schimbărilor continue de medici și întreprinderilor de activitate se datoresc în bună parte și rezultatele obținute în această circumscripție. Fiecare medic îndată ce se familiariza cu programul de muncă și cu populația încredințată lui pleca.

Considerentele amintite mai sus ne-au determinat de a căuta să comparăm mortalitatea generală și infantilă între județul Cluj și Plasă fără circumscripția Rechetău, căci circumscripția Rechetău cu situația ei excepțional de grea este o raritate pe țară iar în județul Cluj un caz unic.

Zusammenfassung. — Die Wirkung der hygienischen Tätigkeit in dem Musterbezirk Gilău drückt sich in dem Rückgang, sowohl der Kindersterblichkeit wie auch der allgemeinen Mortalität aus.

Es ist der Fall in allen Gegenden des Bezirkes, wo die Tätigkeit nicht durch geographische Hindernisse erschwert wird. Die Resultate auf diesem Gebiete während 6 Jahren zeigen, dass die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens wie sie durch die Gesetzgebung von 1930 vorgeschrieben wurde, zweckmässig ist.

Igiena oculară în școli.

de

Dr. NICULAE ZOLOG.

Ritmul accelerat, în toate domeniile de activitate, caracteristic veacului nostru, ne supune organismul la probe din ce în ce mai grele.

Azi, ochii noștri, supuși oboselii ca orice organ, sunt martirizați tot mai mult de lumina artificială, citit, cinematograf, etc., ca să nu amintim decât câteva din binefacerile civilizației. *Collis E.* susține chiar că ochiul uman se poate considera azi ca fiind un organ defectuos, întrucât el nu a fost creat pentru serviciile ce trebuie să presteze azi.

Numeroasele influențe dăunătoare ochilor cât și importanța organului vizual în toate activitățile au determinat apariția unei bogate literaturi privind igiena oculară.

În perioada școlarității mai ales trebuie să se dea o importanță deosebită igienei vizuale.

Casteran crede chiar că dintre toate problemele de igienă infantilă, igiena oculară este cea mai importantă. Într'adevăr el susține că „ținând seamă de igiena intelectuală și știind că ochiul nu este decât o porțiune avansată a sistemului nervos, oculistul va trebui să fie și psihiatru putând adesea face servicii mari unei inteligențe care nu poate să se desvolte din cauză că-i lipsește noțiunea exactă și precisă a lumii exterioare”.

Igiena oculară infantilă și în particular cea școlară are și azi o mulțime de probleme de studiat. Lăsând la o parte pe cele cari privesc edificiul școlar, luminajul, mobilierul și ustensilele școlare ea se va ocupa de profilaxia afecțiunilor oculare din vârsta copilăriei și cu defectele de refracție oculară atât de frecvente.

Aproape toate statele au sesizat importanța problemei și au înființat instituții de asistență oculară pentru școli, conduse de medici specialiști.

După *Smukler* dintre defectele copiilor de școală 10—15 % privesc vederea. Pentru acest motiv în Philadelphia există o clinică specială de ochi pentru școlari. Din cercetările acestei clinici pe un număr considerabil de elevi (peste 20.000) reiese că 60—70 % dintre elevii cu vederea deficientă au rămas în urmă la învățătură și că

după administrarea de lentile apropiate, acești elevi au reușit să ajungă la același nivel cu colegii lor.

Carris L. după datele furnizate de 60 oculiști conchide că defectele de refracție oculară la copii variază între 12.1—60 % (în ceea ce privește frecvența). Aceste defecte, după el, ar fi mai frecvente în mediul rural decât în centrele cu populație mai mare.

În Rusia deja de mulți ani există ambulatorii cari se ocupă cu examenul ocular al copiilor de școală, urmărindu-i tot timpul școlari-tății. Rezultatele acestor examinări sunt consemnate într'o sumedenie de lucrări extrem de interesante.

Profesorul *Maggiore* în studiul său „Analli della scuola elementare” susține că examenul ocular al elevilor de școală este necesar:

1. pentru a putea așeza copiii cari frecventează școala în aceeași situație de a învăța și a se desvolta intelectualicește;
2. pentru a putea face în timpul școlari-tății o operă de profilaxie vizuală, a semnala viciile de refracție sau alte insuficiențe vizuale;
3. pentru a putea da la timp oportun o orientare profesională în armonie cu capacitatea vizuală;
4. pentru a evita maladii grave determinate uneori de ocupa-țiile școlare.

În Italia în ultimii ani Ministerul Educației naționale a luat mă-suri ca elevilor să li-se determine acuitatea vizuală pentru a putea fi distribuiți în clase și a semnala părinților pe cei cu defecte oculare. Tot odată s'au înființat clasele de slabi văzători.

În Anglia există clase speciale pentru cei cari au o miopie mai mare de 5 dioptrii. În Germania (la Berlin, Dortmund, Leipzig, Breslau etc.) există școli speciale pentru debili vizuali, cu acuitatea vizuală între 5/20 și 2/50 și pentru cei afectați de miopie progresivă de peste 8 dioptrii.

Există asemenea școli în Danemarca, Austria, Elveția, Rusia și Ungaria.

La noi în această direcție nu s'a realizat încă aproape nimic. Fișele personale ale elevilor de școală, destul de pretențioase mențio-nează chiar și date antropometrice, dar sunt lipsite de cele mai multe ori de cele mai elementare date asupra funcției vizuale, deși ochiul este organul prin care se face aproape exclusiv instrucția școlară.

De altfel este cunoscut că cea mai mare parte a elevilor de școală are memorie vizuală și se bazează mult mai puțin pe cele au-zite. Metoda intuitivă-activă azi la modă în școli se servește de așa

zisul material intuitiv, înlocuind mare parte din explicațiile verbale prin demonstrațiuni.

Igiena oculară în școlile noastre se reduce și azi la examinarea foarte sumară a conjunctivelor făcută de agentul sanitar, învățător sau în rare cazuri de medic.

Munca școlară influențează organul vederii și studiile lui *Cholina A.* și *Cubernic* asupra modificărilor acuității vizuale, câmpului acomodației, echilibrului muscular în orele de clasă au arătat că acuitatea vizuală și acomodația sufăr sub influența muncii școlare, la început o urcare apoi o coborâre care nu trece sub cea inițială.

Pentru a evita oboseala mușchilor acomodației trebuie să se întocmească în așa fel orarul încât lecțiile cari recer o intensă acomodație din partea ochilor să fie întrerupte cu ore în cari ochiul să nu facă eforturi (gimnastică și mai puțin muzică).

Miopia așa zisă școlară a fost problema care a preocupat mai mult pe medicii școlari. mai ales în veacul trecut, când *H. Cohn* după un minuțios studiu pe un număr considerabil de elevi a emis celebra sa teorie („Naharbeitstheorie“) după care miopia ar fi produsă de eforturile continue și repetate ale muncii școlare. Din statisticile lui reiese că numărul miopilor este cu atât mai mare cu cât școala este mai superioară, că numărul miopilor crește în toate școlile cu înaintarea în clase și că media gradului de miopie crește dela școlile primare la cele secundare și superioare. În 50—60% a cazurilor e probabilă o predispoziție moștenită.

Dela *Steiger* (1913) miopia se consideră că n'ar fi decât o variantă a refracției ochiului uman determinată de ereditate. Teoria lui *Steiger* privește de alifel toate defectele de refracție. Refracția la om nu se prezintă ca o mărime determinată ci după o curbă de variații cuprinzând între miopia forte și ipermetropia mare toate stările intermediare (curbă binominală). Această curbă ar fi caracteristică fiecărui popor sau comunități. După unii autori miopia este un simpton al asteniei universale a lui *Stiller*.

Defectele de refracție nefiind deci numai apanajul civilizației le vom întâlni destul de frecvent și la populația noastră rurală din care se recrutează o mare parte a fineretului școlar.

Dacă munca școlară singură nu este capabilă să producă miopia e sigur că ea poate să o agraveze, după cum toate defectele de refracție împiedecă mult instrucția școlară.

O statistică pe un singur an (1936) ne-a arătat că la consultațiile clinicii oftalmologice din Cluj din 3800 bolnavi examinați 503

au fost elevi ai școlilor primare și secundare din Cluj. Dintre aceștia 294 au prezentat diverse boli oculare iar restul de 209 diferite defecte de refracție.

Această statistică sumară a arătat că defectele de refracție sunt mai frecvente în școlile secundare. În realitate fiind vorba mai ales de hipermetropie, probabil explicația e următoarea: În cursul secundar din cauza programului mai încărcat, ochii sunt supuși unui efort mai mare și acomodajia obosind, elevii prezintă diverse simptome subiective ca dureri de cap, grețuri, dureri oculare și orbitare etc. care îi determină să consulte pe medic. Defectele de refracție însoțindu-se adesea de conjunctivite, blefarite atunci când ochii sunt supuși la eforturi repetate, aceste manifestări secundare sîlesc pe cei cari le au să se consulte.

Din examinările sistematice oculare în școli se pot afla date foarte interesante. Se află distribuția defectelor de refracție în diversele clase, vârste, școli sau la diversele națiuni. Se poate preciza dacă maladii oculare ca retinita pigmentară se însoțește și de slăbirea inteligenței. Se stabilește întrucât defectele de refracție pot împiedeca progresul școlar și în sfârșit se vor putea aranja elevii în clasă după aptitudinile vizuale și în raport cu luminajul. Pentru a se putea realiza în mod practic acest aranjament e necesar ca cel puțin în centrele mari să existe medici școlari oculiști cari după determinarea precisă a defectului de refracție vor prescrie lentilele necesare și apoi vor hotărî locul ce trebuie să ocupe în clasă fiecare elev în raport cu defectul său de refracție.

Această așezare lăsată în grija personalului didactic se va face de cele mai multe ori cu grave erori. Așezând în acelaș rând miopii cu hipermetropii ei se vor găsi în condiții mult mai diferite de a vedea tabla de ex. decât așezați la întâmplare sau lăsând pe elevi să-și aleagă singuri locurile.

Medicul școlar oftalmolog va trebui să cunoască refracția oculară a tuturor elevilor, la intervale mici să reexamineze pe cei purtători de ochelari, întrucât defectele de refracție îngreuiază pe nedrept trecerea dintr'o clasă în alta.

Caracterele cărților de școală trebuiesc supuse unui minuțios examen de către medicul școlar. Ar fi necesar chiar a li se impune pe lângă îndeplinirea condițiilor programatice, să se aibă în vedere și anumite condiții tehnice în ceea ce privește hârtia și literile.

La examenul ocular făcut la începutul anului școlar după ce s'au separat cei cu boli contagioase vor trebui căutați cei cu acuitatea

vizuală prea scăzută după corecția cu ochelari (sub 5/50) sau cei cu miopie progresivă mare pentru a-i instrui cel puțin în orașele mari în clase separate. Ei constituiesc un balast în executarea zilnică a programului școlar și uneori clase întregi trebuie să zăbovească din cauza lor. Se evită astfel pe de altă parte internarea acestor deficienți vizuali în institutele de orbi.

Desigur că nu va putea fiecare școală să-și aibă oculistul său, dar fiecare medic școlar va trebui să cunoască în linii mari problemele fundamentale de igienă vizuală. Cazurile pe cari nu le poate rezolva singur cad în sarcina specialistului.

Résumé. — Dr. N. Zolog: L'hygiène oculaire dans les écoles.

Les conditions de la vie moderne soumettant les yeux à de grands efforts, il faut déjà dès l'enfance accorder à l'hygiène oculaire une remarquable importance. L'auteur énumère les instituts d'assistance oculaire pour les écoliers des états européens en remarquant qu'en Roumanie il n'y a rien réalisé dans domaine. Il insiste sur la nécessité de créer au moins dans les grands centres des instituts d'assistance pour les écoliers avec de médecins ophtalmologistes pour veiller sur la prophylaxie des maladies de l'œil, la correction des défauts de la réfraction. Ils rangent les élèves en rapport avec les aptitudes visuelles dans les salles de classe en faisant le contrôle de l'illumination de ces salles. Les élèves à faible vision seront dirigés vers des classes spéciales.

(Clinica oftalmologică — Cluj. Director : Dr. D. Michail)

Din tipologia bacilului difteric.

de

N. MAIER.

Problema tipurilor de bacili difterici nu este azi contestată de nimeni; însă criteriile deosebite după care a fost judecată de numeroși autori, au dus la oarecari diversuni în ceea ce privește clasificarea lor. Fără a pătrunde în amănunte microbiologice, în cele ce urmează ne vom opri la clasificarea cea mai acceptată astăzi, care corespunde, până la un punct, unei realități clinice, și epidemiologice. Autorii americani (Anderson, Happold, Mc. Leod) și colaboratorii lor, clasifică bacili difterici în trei tipuri, luând drept criteriu, aspectul clinic al maladiei. Autorii germani (Gundel etc.) în urma discordanței ce

se observă uneori între sursa de bacili diferici și simptomele clinice, cred că o clasificare bazată pe forma de creștere a coloniilor, pe mediile de cultură, ar fi mai potrivită.

Astfel avem *tipul gravis* (Wuchsform I. după germani) *tipul mitis* (Wuchsform II) și înșfârșit *tipul intermedius* (Wuchsform III). Toate aceste trei forme de bacili diferici constituie trei grupe serologice distincte; bacili din fiecare grupă, fiind aglutinați de o mastică specifică de serul tipului homolog, rămânând unele surse atipice — puține de altfel — cari par a fi inaglutinabile.

Cooper studiind 6000 tulpini de bacili diferici izolate de la bolnavi, constată că 95 % din aceste surse prezintă caracterele tipice grupelor descrise sub numele de *gravis*, *mitis* și *intermedius*. Sursele de *tipul gravis* fiind acelea cari au fost însoțite de cea mai mare mortalitate, precum și de complicațiunile postdiferice cele mai frecvente. Mortalitatea produsă de *tipul intermedius* se apropie de aceea datorită *tipului gravis*. În ceace privește *tipul mitis* a constatat că produce mai mult leziuni laringiene și pulmonare, fără a provoca, decât excepțional cazuri mortale.

În ceace privește frecvența diferiților *tipi* de bacili, atât la bolnavi cât și la purtători, observațiunile autorilor sunt deosebite, fără să prezinte cu toate acestea diferențe prea mari. Mai răspândit pare *tipul gravis* reprezentând un procent de peste 60 *tipul mitis* cu 20% iar *tipul intermedius* în jurul la 10%. Rămâne un mic procent de surse atipice, sau forme de trecere, nedeterminabile.

Privind această problemă prin prisma purtătorilor și excretorilor de germeni ne pare interesant studiul lui *Clauberg și Pfatz* pe 817 excretori. Ei au stabilit că durata medie de eliminare pentru *tipul gravis* este de 72 zile, pentru *tipul mitis* 19 zile și 86 zile pentru bacili diferici *tip intermedius*. Luând în considerare durata mare de eliminare a bacililor de *tipul gravis* și *intermedius*, fără îndoială că aceștia prezintă importanța epidemiologică primordială, precum și necesitatea unei supravegheri sanitare ulterioare, mai mare. În populația sănătoasă pare să fie răspândit în special *tipul mitis*, producând îmbolnăviri sporadice mai ales la indivizii puțin rezistenți, cu un decurs clinic benign și cu o letalitate excepțional de mică. Excretorii de *mitis* pot fi considerați sănătoși după 4—6 săptămâni nereclamând nici o supraveghere sanitară ulterioară.

Cronica eugenică.

* **Dr. G. Preda**: **Aplicațiile psihologiei experimentale în domeniul igienei și profilaxiei mintale.** (Buletinul Societății de Psihologie Medicală, Sibiu).

Autorul în termeni generali, trece întâi în revistă scopul, metodele și mijloacele igienei și profilaxiei mintale. În ce privește măsurile pe cari le va lua igiena mintală, ajunge la concluzia, că ele trebuiesc să fie îndreptate atât pentru îmbunătățirea masei ereditare, cât și față de influențele mediului geografic, economice, profesionale, sociale și a cataclismelor sociale. Astfel evidențiază necesitatea colaborării dintre igiena mintală, eugenie și biopolitică.

În cercetările originale, din a doua parte a comunicării, de aplicare a psihologiei experimentale în domeniul igienei și profilaxiei mintale, aduce contribuții foarte însemnate. Pe 1100 subiecți adulți, de ambe sexe, din mediul rural și urban cu profesii diferite, cercetează influența mediului social, cultural și profesional asupra trăsăturilor psihopafice. Ajunge la concluziile: că persoanele din mediul urban prezintă un număr mai mare de răspunsuri simptomatice, decât cei din mediul rural; că femeile sunt mai susceptibile influențelor emotive ale mediului urban decât cele din sate; că pe măsură ce persoanele se urcă pe scara profesiunilor crește și numărul răspunsurilor simptomatice și că mediile culturale și profesionale au valoare diferită din punct de vedere al influenței lor asupra individului.

* **Instituțul Central de Statistică din Roma** și-a tipărit într'un volum splendid, care trece peste cele mai pretențioase așteptări activitatea din primul deceniu de existență.

Prima parte cuprinde: Ducele și statistica, sinteza activității deceniale; sediul și serviciile Instituțului; realizări în câmpul tehnic și realizări în câmpul administrativ.

În a doua parte descrie unele pagini din istoria statisticii italiene, dela mijlocul sec. XVIII. și până la formarea Regatului și tratează dezvoltarea Direcțiunii statistice, dela proclamarea Regatului, 1861, până la înființarea Instituțului de Statistică, 1926. Insistă apoi asupra muncii serviciilor centrale de statistică și rolului pe care l-a jucat personalitatea directorilor însărcinați cu conducerea statisticii oficiale a Regatului.

Partea treia se ocupă cu statistica locală dela începutul sec. XIX. și până în prezent, relevând contribuția statisticii italiene în câmpul internațional.

Din cuvintele Ducelui „în marea societate modernă, nici-o întreprindere privată, nici statul nu poate governa fără ajutorul statisticii” și din înzestrarea tehnică a Instituțului Central de Statistică, ilustrată amănunțit, reiese perfecțiunea cu care Imperiul de astăzi își canalizează și își desfășură activitatea. Întreg angrenajul de stat e măsurat și astăzi de fapt s'a realizat ceea ce Mussolini la deschiderea Instituțului a exprimat: „statistica convinge întotdeauna mai mult decât discursurile”. Dar la noi...

* **Prof. Dr. Friedrich Burgdörfer**, director al Oficiului Central de Statistică al Reichului a fost însărcinat, de facultatea juridică și științe de stat de pe lângă universitatea din Berlin, cu prelegeri și lucrări practice din domeniul demografiei.

Dr. P. R.

Articole eugenice și biopolitice publicate de revistele românești în schimb cu Buletinul pe anul 1937.

Clujul Medical, 1937, Nr.ile 1—12. Ca în fiecare an dela înființarea „Societății Române de Antropologie,” conține comunicările membrilor acestei organizații. Nr. 10: Doc. Dr. C. C. Veluța, Indicele facial superior (Kolmann) la Români și Unguri.

România Medicală, Dir. Prof. Dr. P. Tomescu. Nr. 4: Prof. Dr. P. Tomescu, Igiena Mintală. Nr. 13-14: Prof. Dr. Rainer. Există o corelație între grupele sanguine umane și celelalte caractere antropologice? Nr. 15-16: Prof. Dr. N. Minovici. In jurul celui de al XVII-lea Congres de Antropologie.

Revista de Igienă Socială, Dir. Dr. G. Banu. Nr. 6.: G. Banu, Les anomalies psychiques en Roumanie. A. evaluează nr. anormalilor psihici la noi și preconizează un program de eugenie practică. Nr. 12: A. Dimulescu, Igiena mintală a copiilor deficienți la noi în țară.

Revista de Pedagogie, Dir. Prof. C. Narly 1937, Caetul 1: M. Gușulescu, Variația și ereditarea ca factori principali ai evoluției în biologie.

Revista Generală a Învățământului. 1937, Nr. 3-4: Iosif J. Găbrea, Promovarea copiilor dotați din mediul rural spre școalele secundare.

Sibiul medical, 1937, N-rele 8-10: Dr. I. Stoichiția și Dr. C. Lungu. Gușa endemică și inteligența. Autorii conchid pe baza unui material original la inferioritatea mintală a copiilor gușați.

Sociologie Românească, Dir. Prof. D. Gusti. 1937, N-urile 2-3: D. C. Georgescu, Populația satelor românești. — Nr. 4: Dr. Adrian Ionescu Problemele biologiei sociale. — Ing. I. Measnicov, Mortalitatea populației rurale românești — I. Făcăoaru, Studiul genealogic al unei familii asociate din Șanț (Năsăud). — Nr. 5-6: Dr. Anatole Cressin, Starea fizică și alimentația școlărilor în România. — Dr. Petru Râmneanțu, Distribuția grupelor sanguine la populația comunei Șanț-Năsăud

Transilvania. 1937, Nr. 1. Dr. Ovidiu Comșia, Biopolitica un imperativ al timpului. — Dr. I. Făcăoaru, Inzestrarea superioară ca fenomen ereditar. — Dr. Petru Râmneanțu, Aspectul natalității din Europa după războiul mondial. — Nr. 2. Dr. Ovidiu Comșia, Politică și Biopolitică. — Dr. Petru Râmneanțu, Problema mortalității în Europa dela 1921 încoace. — Dr. I. Făcăoaru, Inzestrarea inferioară ca fenomen ereditar.

Nr. 3: Prof. Dr. Iuliu Moldovan, Ziua Astei. — Dr. Petru Râmneanțu, Mortalitatea infantilă ca problemă principală în România de astăzi. — Dr. I. Făcăoaru, Selecțiunea socială negativă prin denatalitatea elementelor superioare. — Dr. Ovidiu Comșia, Vieța și legile ei.

Nr. 5: Prof. Dr. Iuliu Moldovan, Cuvânt de deschidere a Adunării Generale a „Astei” din Timișoara. Președintele „Astei” propune un întins program de muncă pentru ridicarea biologică a neamului. Adecvat scopul ar fi între altele crearea un Institut de Eneugenie și Biopolitică cu secții de: antropologie, etnobiologie, biosociologie, demografie, etnopsihologie, etc., ceea ce ar înlesni pregătirea elementelor și introducerea noțiunilor de eugenie și biopolitică dela școala primară până la universitate. — Dr. Petru Râmneanțu, Influența căsătoriei asupra fertilității și etnicului unui neam. — Dr. I. Făcăoaru, Contraslecțiunea socială prin natalitatea diferențiată.

Nr. 6: Dr. I. Nemoianu, Problema generațiilor viitoare. — Dr. E. Nicoară, Beția. — Dr. Ovidiu Comșia, Naționalism biopolitic. — Dr. Petru Râmneanțu, O analiză a proporției căsătoriilor în România.

I. F.

Reviste românești în limba franceză.

Archives de Neurologie, — Archives Roumaines de Pathologie Experimentale et de Microbiologie, — Bull. de la Soc. de Psychiatrie de Buc., — Bulletin de

L'Académie de Médecine de Roumanie, — Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest, — Bulletin de la Société de Pédiatrie de Iasi, — Revue de Transylvanie.

Reviste românești.

Analele Educației Fizice, — Arhiva pt. Știința și Reforma socială, — Buletinul Pregătirii Premilitare, — Buletin Informativ, — Buletinul Grădinii Botanice și al Muzeului Botanic, — Buletinul Observatorului Meteorologic, — Buletinul Medical de Educație Fizică, — Cancerul, — Conjunctura Economiei Românești, — Hotarul, — Iașul Medical, — Insemnări Sociologice, — Mișcarea Medicală Română, — Observatorul Social Economic, — Revista Științelor Medicale, — Revista Stomatologică, — Revista de filozofie, — Rev. Rom. de Oto-Rino Laringologie, — Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice, — Revista de Pediatrie și Puericultură, — România Medicală, — Satul și Școala, — Școala Țăranului, — Securitas, — Tribuna Medicală, — Vestul Medical.

Reviste straine în schimb cu Buletinul Eugenic și Biopolitic.

1. *American Journal of Physical Anthropology*: The Wistar Institute of Anatomy and Biology. Philadelphia, Pa. Woodland Avenue.

2. *Annals of Eugenics*: The Director of Galton Laboratory, London University, Gower Street, London W. C. 1.

3. *Anthropological Papers*: The Library of The American Museum of Natural History New-York City, 77th Street and Central Park West (U. S. A.)

4. *Birth Control Revue*: The American Birth Control League Inc. New-York City, Seventh Avenue 370, U. S. A.

5. *Charity Organisation Quarterly*: The Charity Organisation Society, Denison House, London S. W. 196. Wauxhall Bridge Road.

6. *Educational Research Bulletin*: The Ohio State University, Bureau of Educational Research. Columbus. Ohio. U. S. A.

7. *Eugenical News*: Cold Spring Harbor, Long Island. N. Y. U. S. A.

8. *Journal of Juvenile Research*: The California Bureau of Juvenile Research. Claremont, California.

9. *Man*: The Royal anthropological Institute, London W C. 1. 52, Upper Bedford Place.

10. *Mental Welfare*: London, S. W. 1. 24, Buckingham Palace Road.

11. *Population*: International Population Union London School of Economics. London, W. C. 2. Houghton Street.

12. *The Family*: The Family Welfare Association of America. New-York. N. Y. 130. East 22. D. Street.

13. *The British Journal of Psychology*: The Hon. Librarian, British Psychological Society London, W. C. 1. 55. Russell Square.

14. *Mental Hygiene*: Mr. H. Edmund Bullis, Executive Officer, The National Committee for Mental Hygiene, 50. West, 50 th, Street New-York City.

15. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*: Milbank Memorial Fund, 44. Wall Street, New-York.

16. *The Post-Graduate Medical Journal*: Post-Graduate Medical Journal, London, W. 1. 1 Wimpole Street.

17. *The Shield*: The Chairman of the Association for Moral and Social Hygiene. 2 & 4 Great Smith Street. S. W. 1. London.
18. *Training School Bulletin*: Extension Department, Vineland, New-Jersey U. S. A.
19. *Population Index*: Office of Population Research. Library of Congress, Study 52. Washington D. C.
20. *Revue Anthropologique*: Institut International d'Anthropologie, Paris (VI. e.) 15 Rue de L'ecole de Medicine.
21. *Archives suisses d'Anthropologie générale*: Genève, 11 rue de l'Hôtel de Ville.
22. *Biotypologie*: M. Laugier, 1. rue Hautefeuille, Paris, 6e.
23. *Deutsches Ärzteblatt*: Schriftleitung des deutschen Ärzteblattes, Berlin, S. W. 19, Lindenstr. 44.
24. *Der Erbarzt*: Berlin S. W. 19, Lindenstr. 44.
25. *Zeitschrift für Rassenkunde*: Dir. Egon, Freiherr von Eickstedt, Anthrop. Institut, Breslau. *)
26. *Zeitschrift für Rassenphysiologie*: Prof. Dr. O. Reche. Institut für Rassen und Völkerkunde an der Universität Leipzig.
27. *Genus*: Comitato Italiano per lo Studio dei problemi della popolazione „Genus“, Roma, 10 Via delle Terme di Diocleziano.
28. *Rivista di Antropologia*: Instituto di Antropologia, Roma Via del Collegio Romano 26.
29. *S. A. S.*: Bollettino del S. A. S. Bologna, Via Selmi 1.
30. *Difesa Sociale*: Rivista Mensile dell' I. N. F. P. S., Roma Corso Vittorio Emanuele, N. 24.
31. *Arquivos Rio Grandenses de Medicina*: Société de Médecine Porto Alegre. Rua Generale Camara 261, Bresil. Amerique de Sud.
32. *A néprajzi muzeum értesítője Budapest*. (Igazgató: Bartucz Lajos.)
33. *Ethnographia. Népelet*. Budapest. (Györfy István).
34. *Magyar Statisztikai Szemle*: M. Kir. Központi Statisztikai Hivatal, Könyvtár Osztály, Keleti Károly utc. 5-7. Budapest.
35. *Journal de la Société Hongroise de Statistique*: Magyar Statisztikai Társaság, Budapest, Budai László-utca 1.
36. *Evgenika*: Priv. Doc. Dr. Božo Škerlj, Drž. šolska poliklinika, Ljubljana Jugoslavia.
37. *Proceedings of the Maxim Gorky Medico-Genetical Institute*: Maxim Gorky Medico-Genetical Research Institute, Moscow, 34. Kropotzinsky per 7.

Diverse.

* Institutul de Igienă și Igienă Socială din Cluj, str. Pasteur 6, întreprinde un studiu al gemenilor indiferent neamul și locul lor de naștere sub două aspecte: a) perechi de gemeni indiferent de etatea lor și b) perechi adulte de gemeni căsătoriți tot cu gemeni. Direcția Institutului fixează două premii în valoare de câteva mii de lei fiecare — suma se va preciza mai târziu — pentru recompensarea câte unei perechi din fiecare categorie, care va constitui un material prețios prin informațiile înlesnite. Materialul e de ordin strict confidențial și nu va fi publicat niciun nume. Rugăm să ni se semnaleze cazurile la adresa noastră.

*) Numai cu reducerea abonamentului.

Conținutul vol. VIII. 1937.

	<u>Pag.</u>
Comșia, O.: Spațiul biologic	183
" ": Neamul regenerat	304
David, P.: Cercetări asupra inocuității anatoxinelor în raport cu albuminuria	163
Făcăoaru, I.: Perimetrul orizontal cefalic la Români, Săcui și Unguri	43
" ": Compoziția rasială la Români, Săcui și Unguri	124
" ": Compoziția rasială a Mărginenilor (Sibiu) . .	191
" ": Predispoziția pentru crimă. Studiu genealogic .	223
" ": Compoziția rasială în populația din Borloveni și Pataș (Caraș)	247
" ": Conferința orizontală cefalică în raport cu gradul în armată	262
" ": Privire critică asupra legii finlandeze de sterilizare în comparație cu legea germană	339
Făcăoaru, I. și	
Comșia, O.: Criterii pentru determinarea valorii eredo-biologice (Încercare metodologică)	75
F. I.: . . . Cronica Eugenică	96, 180, 283
" ": . . . Recenzii	179
" ": . . . Articole eugenice și biopolitice publicate de re= vistele românești în schimb cu Buletinul pe anul 1937	379
Ionășiu, L.,	
Lungu, C. și	
Cupcea, S.: Psihopatologia gemenilor (Schizofrenia la gemeni)	61
Maier, N.: Din tipologia bacilului difteric	377
Moldovan, I.: Actualități sanitare	95
" ": Actualități sanitare	169
" ": Medicul igienist și plasa sanitară	291
Prodan, I.: Efectul activității Plășii Sanitare Model Giâu, asupra mortalității infantile și generale . . .	362

	<u>Pag.</u>
Prodan, L.:	Reglementarea profesiunii medicale în Germania, Danemarca și Ungaria 82
„ „:	Reglementarea specializării în diferitele ramuri ale medicinei 215
Nistor, P.:	Proba Dick și Schick la vaccinații cu anatoxină difterică și scarlatinoasă din județul Brașov . 90
„ „:	Atribuțiunile serviciului sanitar județean . . . 143
Preda, Gh.:	Al II-lea Congres internațional de Igienă mintală 232
„ „:	Dări de seamă 278
Preda, V.:	Evoluția în lumina epigenezei fiziologice . . . 228
Radu, C.:	Reflexii asupra ierarhiei, recrutării și atribuțiilor personalei medicale al spitalelor 157
Râmneanțu, P.:	Evoluția structurii pe vârstă a populației din România 54
„ „:	Starea de nutriție și alimentația țăranilor din trei comune a județului Caraș 97
„ „:	Rezumat asupra ședințelor de organizare sanitară a subsecției eugenice și biopolitice a „Ăstreii“ 171
„ „:	Știința de carte și mortalitatea infantilă în România 210
„ „:	Din metodologia biotipologiei 257
„ „:	Mortalitatea maternă în România 267
„ „:	Cauzele de moarte în România 275
„ „:	Problema căsătoriilor mixte în orașele din Transilvania în perioada de la 1920—1937 317
R. P.:	. . . Cronica demografică 96
„ „:	. . . Cronica eugenică 379
Turcu, T.:	Actualități epidemiologice 354
Zolog, M.:	Principii de organizare sanitară rurală . . . 239
Zolog, M. și Prodan, I.:	Plasa Sanitară Model — Gilău. (Raport de activitate pe anii 1931—1936) 3
Zolog, N.:	Igiena oculară în școli 373

