

BULETIN EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. XIV.

1943

Nr. 3-4

C O N Ț I N U T

	Pag.
I. MOLDOVAN: Instituții sanitare și de ocrotire	73
V. MANUILA: Asistența socială	88
P. RAMNEANȚU: Cauzele de deces din România care se pot com- bate cu mai multă eficiență	95
P. NISTOR: Noțiuni de organizarea și administrația sanitară în județ	100
D. STANCA: Combaterea veneriilor în mediul rural	109
T. MORARIU: Maghiarizarea orașelor din Transilvania	113
A. MANUILA și M. VESTEMEANU: Constatări cu privire la apli- carea sero-antropologiei pe teren	121
P. RAMNEANȚU: Pentru o acțiune de medicină preventivă și de ocrotire	126
P. R.: Speranța de a trăi la naștere în câteva țări la epoci diferite .	131
Cronică: Etnopolitică. Demografie. Antropologie. Eugenie. Sănătate publică	132



EDITAT DE SECȚIA BIOPOLITICĂ A „ASTREI”
ȘI DE
INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI BIOPOLITICĂ, SIBIU

33 132

Organizarea sanitară și de ocrotire

de
I. MOLDOVAN

Instituții sanitare și de ocrotire.

Organizația sanitară și de ocrotire dispune de câteva categorii de instituții principale, cari în alcătuirea și funcționarea lor au rostul să corespundă necesităților mai însemnate de ordin sanitar și de ocrotire. Aceste instituții reprezentative pentru medicina curativă, igiena, igiena socială și ocrotirea sunt: spitalul, laboratorul, dispensarul de specialitate sau ambulatorul policlinic și oficiul de ocrotire. În condițiuni rurale o singură instituție cu atribuții generalizate trebuie să activeze în toate domeniile: casa de ocrotire.

Rostul spitalului este precis definit și bine cunoscut: diagnosticul și tratamentul bolilor individuale, fie că e vorba de bolnavi ospitalizați, fie că — în cazuri mai ușoare — măsurile de diagnostic și tratament se aplică sau indică în cadrele consultațiilor organizate de spital. Acesta mai trebuie să contribuie la formarea tinerilor medici, la specializarea medicilor și mai poate organiza un serviciu social al instituției cu rostul de a ancheta situația socială a bolnavului și de a supraveghea, îndruma și sprijini efectiv tratamentul la domiciliu. Se mai poate cere spitalului ca specialiștii săi să se deplaseze periodic pe teren, pentru a face părtași de competența lor și bolnavii, cari din orice motiv nu pot sau întârzie să se deplaseze la spital. În orice direcție însă s'ar desfășura activitatea spitalului, ea rămâne și trebuie să rămână limitată la domeniul medicinei clinice.

Rostul laboratorului de igienă este — pe lângă executarea analizelor clinice — participarea la lupta contra bolilor infecțioase și sociale prin descoperirea și urmărirea surselor de infecțiune, executarea analizelor necesare controlului alimentelor și băuturilor și al salubrității publice și participarea efectivă la acest control. Această activitate în domeniul igienei aplicate pe teren trebuie în orice caz să fie principala îndatorire a laboratorului, care în acest fel abia devine un laborator de igienă și se încadrează ca o instituție de însemnătate hotărâtoare în organizațiunea sanitară.

Mai puțin cunoscut și înțeles este la noi *rostul dispensarului de specialitate*, antituberculos, antiveneric sau de puericultură, cu toate că în alte țări de mai mult de o jumătate secol funcționează atari instituțiuni, precizate până în amănunte în atribuțiunile lor și fără de cari o combatere eficace a tuberculozei, veneriilor și mortalității infantile nici nu se mai poate imagina. Ele sunt de obicei, împreună cu alte specialități de importanță pentru sănătatea publică, grupate în aceeași clădire, ca dispensar sau ambulator policlinic, grupare necesară pentru a ușura strânsa colaborare între aceste ramuri ale activității de medicină preventivă. Reiese din aceste scurte indicațiuni, că aici nu este vorba numai de simple consultațiuni medicale, cu scopul precizării rapide a diagnosticului individual și a dispensării de sfaturi și medicamente. Participarea efectivă la depistarea cazurilor de tuberculoză și boli venerice, descoperirea și luarea în evidență a unor noi focare de infecțiuni prin examinarea familiilor celor constatați, mijlocirea izolării izvoarelor de infecțiune, în sanatorii, spitale sau a copiilor amenințați de tuberculoză, în preventorii sau familii sănatoase, controlul periodic al celor lăsați la domiciliu, înregistrarea cazurilor cu scopul de a ajunge la o evidență — ținută la zi — a tuturor factorilor de infecțiune din localitățile aparținând dispensarului, sunt pe lângă acțiunea educativă și de propagandă, de asistență socială și aplicarea tratamentului ambulator, îndatoririle principale ale dispensarului antituberculos și în parte ale celui antiveneric. Acesta din urmă își are rostul său de căpetenie în înregistrarea, controlul periodic, tratamentul ambulator și participarea la sanarea prostituției. Iar dispensarul de puericultură are rostul, de a executa examinarea periodică preventivă

a gravidelor luate în evidență de serviciul sanitar, și a lua măsurile necesare prevenirii mortalității materne, de a executa examinarea medicală periodică preventivă a nouilor născuți, a preșcolarilor și școlarilor în vederea descoperirii și tratamentului precoce a unor defecte, infecțiuni sau boli de altă natură, cari altfel împiedecă dezvoltarea normală sau compromit definitiv integritatea celor afectați sau în sfârșit pot duce la moartea multor dintre ei. Și aici contribuția la înregistrarea cât se poate de precisă nu numai a celor examinați dar și a familiilor lor cu scopul de a ușura în cât se poate de scurtă vreme o evidență a tuturor familiilor circumscripției aparținătoare, este pe lângă acțiunea educativă și de propagandă o necesară completare a atribuțiilor dispensarului. În orice caz în toate țările civilizate dispensarul și nu spitalul este centrul organizațiunii de combatere a tuberculozei, bolilor venerice și mortalității infantile.

Am insistat ceva mai mult asupra acestei probleme pentru a demonstra, că dispensarul de specialitate sau policlinic nu este o instituție curativă cu rosturi limitate la individul bolnav și la timpul cât acesta se află în căutarea instituției, cum este în esență spitalul. Dispensarul are sub veghea sa o colectivitate întreagă, în care urmărește mersul tuberculozei, al bolilor venerice sau al mortalității materne și infantile, cazurile de boală interesând mai ales ca indicatoare a unor focare morbide sau a unor situațiuni sanitare cari reclamă o urgență îndreptare. Activitatea principală a dispensarului este cea preventivă, mai ales examinările preventive urmate de îndrumări și măsuri profilactice. Dispensarul este o parte integrantă a organizațiunii sanitare, care își poate îndeplini rostul numai în strânsă legătură și permanentă colaborare cu serviciul local sanitar și de ocrotire, așa cum acest serviciu nu poate să ducă la bun sfârșit lupta contra tuberculozei, a bolilor venerice, a mortalității infantile, fără concursul permanent și esențial al dispensarului. A identifica deci acest dispensar cu o instituție de medicină curativă sau a crede că atribuțiile dispensarului pot să fie satisfăcute prin simple consultațiuni de spital este o eroare.

Dacă înțelegerea rosturilor dispensarului întâmpină încă dificultăți, nu trebuie să ne mire, că *rostul oficiului de ocrotire* este și mai puțin înțeles. Este o instituție nouă, creiată prin legea din 1930 și încercată fără prea mult sistem de atunci în-

coace abia în câteva centre municipale. Ca toate inovațiile acelei legi a întâlnit la început o vădită ostilitate, apoi o rezervă sau indiferență, care a zădărnicit nu numai realizarea dar și cercetarea mai serioasă a rosturilor și necesității acestei instituții. Și în majoritatea lor covârșitoare acele inovațiuni pentru noi ale legii din 1930 erau de mult cunoscute, realizate și verificate în rosturile lor în aproape toate țările civilizate, încât au devenit instituțiile de bază ale organizațiunei sanitare și de ocrotire fără de cari un serviciu efectiv nici nu se mai putea imagina. Este adevărat că instituția noastră se deosebește de ceea ce s'a realizat în această direcție în străinătate prin faptul, că cuprinde într'un singur așezământ și în organică legătură probleme, cari în altă parte sunt reprezentate prin instituții independente adeseori fără legătură între ele. Dar nu mai există țară civilizată care în organizațiunea ei de protecție biologică a populațiunei actuale și viitoare să nu dispună de instituții reprezentative pentru ocrotirea familiei normale, pentru asigurarea unei evoluții biologice normale a generațiilor viitoare și pentru asistența familiilor desorganizate.

Acestea ar fi atribuțiile principale ale oficiului nostru de ocrotire, iar însemnătatea lor covârșitoare este evidentă pentru oricine își poate da seamă de grozava amenințare a declinului numeric și a decăderii calitative a generațiilor viitoare.

O soartă similară de ostilitate sau indiferență, datorită unei lipse de înțelegere, a întâlnit și instituția casei de ocrotire, ale cărei atribuții au fost schițate într'un capitol anterior. Faptul însă că în ultimul timp casa de ocrotire a fost realizată în unele părți ale țării pe o scară mai întinsă, în înțelesul ei originar și așa cum prevede legea din 1930, ne dă nădejdea unei afirmări tot mai categorice și mai largi a acestei instituții reprezentative pentru serviciul nostru sanitar și de ocrotire rural.

Probleme privind personalul sanitar și de ocrotire.

Atribuțiile personalului sanitar și de ocrotire din circumscripție și plasă au fost schițate în capitolele premergătoare și se află precizate în proiectul de regulament al plășilor sanitare

dela sfârșitul acestui volum. Rămâne ca în cele ce urmează să prezint câteva reflexiuni de ordin principial privind mai ales pregătirea anumitor categorii de personal.

Pentru numirea ca medic de circumscripție nu se pot cere candidaților alte cunoștințe decât acele dobândite în cursul studiilor medicale. Examenul de capacitate nu are alt rost decât a unei clasificări în vederea distribuiri mai juste a posturilor vacante. Având însă în vedere îndatoririle cari revin medicului nostru de circumscripție și pe cari le-am schițat într'un capitol anterior, Facultățile noastre de medicină ar trebui să-și pună de acord programul lor de studii cu cerințele practicei noastre rurale și mai ales să dea o atenție deosebită problemelor de medicină preventivă și de igienă. Disciplinele cari hotărăsc prevenirea mortalității materne, prevenirea și combaterea mortalității infantile, a tuberculozei și bolilor venerice merită acea atenție deosebită, iar igiena în largul ei înțeles ar trebui să se predea la toate Facultățile 4 semestre. Desigur nu putem cere ca tânărul medic să iese din Facultate gata specializat în acele domenii, dar putem pretinde, să dispună de cunoștințele și practica necesare, pentru a-și da — cel puțin în problemele curente — contribuția pricepută la acțiunea de recunoaștere, tratament și prevenire.

Firească este condiția specializării în igienă pentru medicul șef de laborator, medicul școlar, medicul industrial, medicul igienist de plasă și pentru medicul primar de județ (șef de municipiu) și deopotrivă de natural este, ca inspectorul general sanitar, șef de regiune, să se recruteze dintre medicii primari de județ (șefi de municipiu). Dar tot așa de evident este, că pentru a fi un bun epidemiolog se cere înainte de toate să fii om de laborator și igienist și apoi clinician, deși fiecare medic va putea să-și dea contribuția la combaterea de boli infecțioase, contribuție care poate fi ușurată prin specializarea în clinică a bolilor infecțioase. Va putea un atare medic să pună diagnosticul clinic al infecțiunii cu atât mai precis, cu cât mai mare îi este competența de clinician, va putea indica primele măsuri de izolare și desinfecție în jurul bolnavului și va putea cere, în cazul dat, vaccinarea. Dar de aici până a fi epidemiolog este o mare distanță. A putea purta răspunderea unei situații epidemiologice, a stăpâni mersul ei prin lămurirea completă a răspândirii infec-

țiunii în colectivitate și adaptarea precisă a măsurilor de combatere la situațiunea dată, cere mai mult decât cunoștințe clinice. Mai importante în răspândirea infecțiunii decât cazurile clinice sunt purtătorii, excretorii de germeni, cazurile fruste și cele inaparente, cari fără o expertă anchetă și fără concursul hotărîtor al laboratorului nu pot fi descoperite și mai ales nu pot să fie urmărite în infecțiozitatea lor. Clinicianul se servește de laborator doar pentru a completa, preciza sau verifica — în caz de nevoie — diagnosticul clinic. Pentru el și în scopul arătat, o reacțiune de aglutinare are aceeași valoare ca și punerea în evidență a agentului patogen, iar odată boala terminată, cazul pentru el nu mai prezintă interes, deci nici problema dacă convalescentul mai elimină sau nu agenți patogeni. Dacă altfel ar fi, mai des s'ar executa în secțiile de boli contagioase examinările de control la convalescenți. Funcțiunea de epidemiolog deci ar trebui să rămână rezervată — în afară de personalul tehnic al institutelor de știință aplicată corespunzătoare — medicilor șefi de laboratoare, specializați în igienă și medicilor igienisți cu bază de laborator.

Una este mentalitatea clinicianului interesat în boala individuală și meșter în recunoașterea clinică și tratamentul individual al afecțiunii și alta mentalitatea epidemiologului, interesat în descoperirea și distrugerea agentului patogen într'o colectivitate, pentru care cazul clinic nu este decât una dintre multele surse posibile de infecțiune. A elimina pe epidemiolog din organizațiunea sanitară și a încredința pe medicul primar de boli contagioase cu combaterea epidemiilor, înseamnă a-l încărca cu o răspundere, pe care nu poate fi în stare să o poarte. Reflexiuni similare se pot face privind însărcinarea medicilor primari de spital ftiziologi, venerologi, pediatri, cu combaterea tuberculozei, veneriilor sau mortalității infantile pe teren. Dar chiar și între medicul primar de spital și medicul primar de dispensar de aceeași specialitate există — când își înțeleg perfect rostul — o deosebire esențială în felul de a gândi și a lucra, deosebire similară aceleia între mentalitatea epidemiologului și aceea a medicului primar de boli contagioase. Și dacă ne gândim la elementele de elită, reprezentative a celor trei cariere, altul este substratul vocațional la medicul primar de județ, al epidemiologului și al medicului primar de dispensar. Iar dacă azi — cum

e firesc — se găsesc mai multe elemente de valoare între medicii primari de spital, ca între reprezentanții carierelor oropsite ale medicilor sanitari, igienişti, de laborator sau de dispensar, aceasta nu îndreptăţeşte de a-i socoti pe primii capabili de orice şi de a-i nesocoti sau da la o parte pe ceilalți. Organizaţiunea sanitară pe aceştia trebuie să se bazeze şi trebuie să facă toate eforturile pentru a-i ridica la acelaş nivel al pregătirii, selecţiunei şi posibilităţii de muncă, la care se află azi reprezentanţii medicinei curative. Altfel zădarnică va fi aşteptarea unei reduceri progresive a mortalităţii, a păstrării sau chiar sporirii vigoarei noastre etnice.

Şi acum câteva cuvinte la *problema specializării*. A fi specialist înseamnă a fi stăpân pe materia specialităţii în toate compartimentele ei, atât din punct de vedere teoretic cât şi practic, şi a fi deci capabil de a conduce independent un serviciu de specialitate cu deplină răspundere tehnică. Desigur, nu putem cere, ca fiecare specialist să fie un savant şi în acelaş timp cel mai desăvârşit tehnician; dar nici nu este admisibil, ca titlul de specialist să fie acordat fără garanţia unei competenţe speciale, suficientă pentru a face faţă cerinţelor curente în domeniul specialităţii. Nu un stagiu făcut oriunde şi oricum şi un examen final teoretic poate să ne dea siguranţa acelei competenţe. *Esenţială este pregătirea sistematică* sub îndrumarea permanentă a unui specialist consacrat şi într'o instituţie, care prin zestrea diagnostică, terapeutică şi bibliografică şi prin marea circulaţie de bolnavi să dea toate posibilităţile unei cât mai perfecte şi solide specializări atât teoretice cât şi tehnice; condiţiuni cari nu sunt date decât în instituţii universitare sau în spitale mari, selecţionate în acest scop. Pregătirea trebuie să fie sistematică, începând cu studiile necesare fundamentării specializării — ca anatomia pentru chirurgie, anatomia patologică pentru clinica medicală — şi apoi specializarea însăşi făcută după un program precis şi progresiv, care să respecte întregul domeniu al specialităţii, urmând a se verifica din timp în timp progresul realizat. Un examen final sever, înaintea unui juriu oficial, va avea să confirme sau nu specializarea. Durata stagiilor se va fixa cu oarecari variaţiuni după specialităţi în așa fel, ca să fie asigurată o pregătire tehnică temeinică.

Programul specializării va trebui să fie acelaş, indiferent

dacă este vorba de calificarea pentru un post instituțional sau pentru practica particulară. Realizată în acest fel specializarea și având siguranța, că diploma de specialist și libera practică a specialității nu o pot obține decât cei de fapt bine pregătiți, concursul de medic primar nu va mai avea decât rostul clasificării, a selecțiunii mai drepte dintre specialiștii confirmați. Acesta era înțelesul dispozițiilor referitoare ale legii sanitare și de ocrotire din 1930.

Trecând la personalul nemedical al organizațiunei sanitare și de ocrotire nu pot să nu relev lipsa inginerului sanitar din serviciul nostru. Avem doar un singur atare tehnician într'un post pendinte de Ministerul Sănătății și nu știu dacă peste tot mai există într'o funcție publică la noi atari ingineri anume specializați în problemele tehnice ale ingineriei sanitare rurale și urbane, tehnicieni fără concursul cărora serviciul salubrității publice nu va putea să progreseze așa cum ar trebui.

Asistența socială este o achiziție mai recentă a organizațiunei noastre. Având o instrucție aleasă, într'o școală centrală la nivelul celor mai pretențioase instituții de acest fel din străinătate, asistentele sociale au venit să umple goluri foarte dureros simțite de administrațiile municipale în primul rând, pentru cari asistența socială în diferitele ei ramuri devenise o problemă, pe care sfortări adeseori considerabile ca cheltueli de bani și energii, lipsite însă de competență și metodă, zădarnic încercau să o soluționeze. Lucrând aproape exclusiv în municipii sau orașe mari, în cari problemele de asistență socială sunt în permanență la ordinea zilei și din timp în timp de o ardentă actualitate, asistentele sociale grație competenței lor și a unei superioare tehnici de lucru au putut relativ repede să se afirme, să se impună chiar, descărcând administrațiile locale de o grea răspundere și realizând considerabile economii de energii și bani. Calificarea perfect potrivită exigențelor serviciului, rezultatele prompte obținute, evidente pentru oricine, dar mai ales și vrednicia, priceperea și neincetata luptă pentru afirmare a unei conduceri profesionale solidare și adânc înțelegătoare nu numai a problemei asistenței, dar și a necesităților și posibilităților noastre românești, au consolidat cariera și au sporit prestigiul asistentelor sociale.

Nu în aceeași situație favorabilă se află *instituția surorilor*

de ocrotire. Cu toate că este mult mai veche, prima școală de surori de ocrotire începând doar să funcționeze în toamna anului 1919 în Clujul nostru drag, instituția este departe de a fi consolidată sau chiar numai înțeleasă în însemnătatea ei. Că administrațiile locale nu îi înțeleg rostul nu ne poate mira, căci munca principală a sursorilor de ocrotire, cea educativă și preventivă, nu se evidențiază în rezultate imediate, impresionante în promptitudinea lor. Ne-am aștepta ca medicii sanitari, mai ales cei cu răspundere mai mare, să pledeze neincetat în interesul serviciului sursorilor de ocrotire atât de însemnat pentru propășirea sănătății publice. Din nenorocire o parte a acestor medici nu sunt și nu se lasă convinși de acea însemnătate, atât din lipsă de interes pentru partea preventivă a serviciului, cât și din încăpăținată persistență într'o mentalitate tradițională, care este bânuitoare față de orice inovațiune în acest domeniu, cu toate că este accesibilă oricărei inovațiuni, chiar neverificată încă, în domeniul curativ. Ar fi atunci firesc, ca conducerea profesională a sursorilor de ocrotire, adânc înțelegătoare pentru rostul însemnat al instituției, pentru primejdia care o amenință pe aceasta, dacă atitudinea de indiferență sau chiar ostilitate continuă, și mai ales sensibilă la chemarea unei realități crude, care cere de atâta vreme și cu atâta insistență punerea cât mai largă în valoare a instituției sursorilor de ocrotire, ar fi cum spun firesc, ca acea conducere să lupte solidară, cu toată vrednicia și înțelegerea pentru afirmarea instituției. Din nenorocire nici această condițiune nu este pe deplin satisfăcută, așa încât eforturile Ministerului de a da instituției amploarea cuvenită, întâmpină adesea piedeci chiar de acolo, unde s'ar aștepta mai puțin.

Din cele peste 400.000 decese, înregistrate anual în România mare, aproape jumătate puteau să fie cu siguranță prevenite, deci peste 150.000 vieți anual cruțate prin organizarea perfectă a serviciului preventiv conform cu indicațiunile experienței nu numai din țările cari stau în fruntea civilizației, dar și din statele cari ne inconjoară, și la cari suntem adeseori dispuși a privi cu aere de superioritate. Acel serviciu preventiv constă în esența lui în perfectă funcțiune a plășilor sanitare și a instituției sursorilor de ocrotire, generalizate pe întreaga țară. Vreo 400 de plăși sanitare și vreo 4000 de surori de ocrotire vor fi ne-

cesare pentruca serviciul preventiv să-și poată da roadele așteptate, și cum rezultatul activității plășilor sanitare, bazată pe munca sistematică a surorilor de ocrotire, nu se evidențiază decât după vreo 5 ani dela punerea lor în perfectă funcțiune, instituția trebuie neîntârziat realizată. Va trebui — și prevenirea pierderii zădarnice de sute de mii de vieți scumpe românești merită acest efort suprem — ca în câțiva ani plășile sanitare să fie în întregime și în perfectă stare de funcțiune înfăptuite. Pe cei câteva sute de medici igieniști îi vom putea avea ușor dacă va înțelege conducerea noastră să le asigure condițiuni de existență și de muncă, menite și capabile să atragă elemente de elită ale tinerei generații medicale spre această carieră. Mai greu va fi de a avea în scurtă vreme la dispoziție numărul suficient de surori de ocrotire. Dar efortul va trebui să fie făcut, indiferent de jertfa care va trebui să fie adusă și cu riscul chiar, de a face în mod trecător, concesioni în ce privește învățământul. Și, deacurmezișul acestui efort nu va fi admisibil să se pună nici lipsa de înțelegere nici indiferența și nici ambiții deșarte. Căci în joc nu este o oareșcare interesantă problemă de discutat, ci economia mai multor sute de mii de vieți românești, de cari neamul nostru veșnic luptător și jertfitor va avea atâta nevoie în lupta tot mai grea care-l așteaptă și lipsa căroră va putea să însemneze înfrângerea definitivă, jug străin sau dispariție.

Abia atunci când vom avea numărul suficient de surori de ocrotire în funcțiune, pentruca ocrotirea familiei românești să fie asigurată în toate comunele țării, abia atunci se vor putea discuta măsuri privind școlaritatea de bază și învățământul, cari ar tinde la ridicarea nivelului lor, cu riscul de a fi restrictive, de a îngreuna accesul în carieră și de a asigura selecționarea severă a candidatelor celor mai potrivite. Dar și atunci fixarea baccalaureatului ca școlaritate de bază nu va fi în interesul instituției. Pentru a fi o bună soră de ocrotire se cer, înafară de cunoștințele și practica câștigate în Institut, o serie de calități sufletești deopotrivă de importante pentru misiunea sorei, calități innăscute și actualizate sau modelate prin educația în familie, cari printr'o școlaritate prelungită, stăpânită tot mai mult de rațiune nu numai că nu câștigă în intensitate, ci din contră ușor pot să fie reduse sau alterate. Spre deosebire de asistența

socială cu o activitate aproape exclusiv rațională, de analiză minuțioasă a realității sociale pentru a ajunge la concluzii de acomodată terapeutică socială, a cărei aplicare și răspundere cade în sarcina altora, sora de ocrotire lucrează mai ales în condițiuni rurale mult mai anevoioase și are a face cu un material uman dificil, țărâna noastră, a cărei încredere și devotată colaborare nu se câștigă atât prin argumente, prin iscusite discuții și interogări, ci prin felul de a fi, printr'o sensibilitate proaspătă la nevoi și situații sufletești, cari adesea nici nu se pot îmbrăca în cuvinte, printr'o adâncă pătrundere și înțelegere a sufletului țărâniei noastre, realizate nu numai pe calea rațiunii, nu numai prin răbdătoare observații, ci și pe calea instinctului sau intuiției senzibilizată prin dragostea sinceră și înțelegătoare față de țărânie și mai ales față de mamă și copil. Desigur sora va trebui să dispună de ample și temeinice cunoștințe teoretice și practice și nimeni nu poate nega însemnătatea acestora pentru buna îndeplinire a funcției. Dar ar fi o greșală gravă, decă s'ar nesocoti însemnătatea componentei sufletești, a vocațiunii pentru profesiune, care nu poate să fie suplinită prin nici un fel de cunoștințe liceale în plus.

De dorit ar fi ca surorile de ocrotire să fie elemente de elită atât din punct de vedere sufleteș, cât și intelectual și robuste ca fizic, pentru a corespunde întru toate cerințelor serviciului. Se cere deci o foarte atentă selecțiune la intrarea în Institut și pentru a avea suficient material de selecționat este necesar ca, fără a prejudicia nivelul serviciului, condițiunile de primire să ușureze prezentarea unui număr cât mai mare de candidate. Din toată experiența de până acum, se poate constata fără puțința de a fi contrazis, că școlăritatea de bază de 4 cl. de liceu este suficientă pentru învățământul surorilor de ocrotire și că în practica rurală surorile cu bacalaureat la bază nu s'au dovedit mai bune decât cele având cursul inferior de liceu. Iar în ce privește posibilitatea de selecțiune, ea va fi fără îndoială mai bogată condiționând primirea de absolvența a 4 cl. de liceu. Elementele cu bacalaureat și mai ales cele de elită cu această școlăritate, se vor îndrepta în majoritatea lor covârșitoare spre cariere universitare, așa încât totdeauna vor fi prea puține atari candidate pentru cariera sorei de ocrotire și mai ales prea puține dintre cele bune. A încerca o reconciliere

fixând absolvența alor 6 cl. de liceu ca școlaritate minimă de bază, nu mi se pare indicat, dat fiind că cine a început să urmeze cursul superior de liceu, în mod normal va face tot posibilul pentru a-l termina cu bine și dacă totuși va trebui să renunțe la continuarea studiului după absolvirea clasei a 6-a, în afară de excepții nu elementele bune vor fi acele cari se vor lăsa împiedecate de a ajunge la bacalaureat.

S'a invocat motivul că fără diplomă de bacalaureat surorile nu vor putea ajunge la salarizarea cuvenită, motiv fără îndoială serios. Dat fiind însă, că va trebui să ne nizuim, a avea surori multe, bune și bine salarizate, și nu surori bine salarizate însă prea puține pentru a ne umple institutele și pentru a da sucreșcența necesară profesiunii, firesc este să se facă toate eforturile pentru a convinge autoritățile în drept pentru a se aproba surorilor de ocrotire salarizarea pe care o merită.

Din toate cele expuse asupra sorei de ocrotire se vede clar deosebirea esențială ce există între această profesiune și aceea a sorei de caritate sau infirmierei de spital, prima activând educativ și preventiv pe teren și având ca obiectiv principal ocrotirea familiei sănătoase, a mamei și a copilului, educația spre sănătate și colaborarea la opera preventivă a medicului sanitar și igienist, iar a doua având ca atribuție esențială îngrijirea individului bolnav ca auxiliară a medicului de spital. Deosebirea în practică este deci fundamentală, cel puțin atunci când sora de ocrotire este întrebuințată în conformitate cu menirea ei. Faptul că în programa de învățământ a surorilor de ocrotire figurează și cursuri și stagii de îngrijirea bolnavilor și că sora de ocrotire ocazional poate să-și dea concursul și în această direcție, nu îndreptățește la identificarea sau confundarea acelor două profesii atât de deosebite ca rosturi principale.

Incheiere.

Expunerea noastră asupra organizațiunii sanitare și de ocrotire nu poate avea pretenția de a fi completă. Am prezentat principial câteva dintre problemele sanitare și de ocrotire pe cari le-am crezut mai importante și de mare actualitate. Dacă în unele părți expunerea noastră a luat forma unei pledoarii pentru o concepție, pe care o susținem cu atâta insistență și cu un

rezultat atât de modest, se datorește convingerii noastre, că singură organizațiunea sanitară și de ocrotire schițată aici și concretizată în articolele Legii noastre din 1930, poate să reducă mortalitatea noastră la nivelul altor țări civilizate și că orice întârziere a aplicării acelei concepții se plătește dureros de scump prin jertfa inutilă a atâtor vieți românești. Incăpăținata mea insistență în această direcție se explică și prin faptul că eu nu pledez pentru o concepție personală. Ea este de mult realizată exact după aceleași principii de bază în aproape toate țările civilizate și oriunde această aplicare s'a realizat cu precizie și respectând referințele specifice fiecărei țări, rezultatele favorabile nu au întârziat să se evidențieze. Acestui fapt în primul rând se datorește reducerea atât de însemnată și progresivă a mortalității generale și mai ales a mortalității infantile, prin boli infecțioase și prin tuberculoză în acele țări. Pentru a ilustra această afirmațiune și a arăta îndeosebi proporția jertfei zădarnice de vieți românești, pun în tabloul care urmează față în față cifrele mortalității pe anul 1935 din Germania și România. Tabloul cuprinde câteva dintre principalele cauze de deces, accesibile unei acțiuni preventive. Anul 1935 a avut, datorită epidemiei de gripă o mortalitate ceva mai urcată atât la noi cât și în Germania. Mortalitatea generală la noi în acel an a fost de 21.1‰ față de 11.8‰ în Germania.

Desigur nu numai activității sanitare se datorește proporția atât de redusă în Germania a mortalității generale de 11.8‰ față de 21.1‰ la noi, ceea ce pentru noi înseamnă un plus de 176.622 decese. Dar fără îndoială eficacității preventive a organizațiunii sanitare și de ocrotire se datorește în mod covârșitor reducerea atât de însemnată a mortalității prin boli infecțioase, tuberculoză pulmonară, pneumonii și bronco-pneumonii, diaree și enterite la copiii sub 2 ani și debilitate congenitală. Reducerile, cari s'ar putea realiza și la noi, dacă acțiunea preventivă a organizațiunii sanitare ar fi identică în precizie și eficacitate cu cea din Germania, ar fi impresionante, iar mortalitatea generală ar scădea cu 44%. Reduceri similare progresive s'au realizat în toate țările în cari acțiunea preventivă după principiile schițate mai sus a fost temeinică. Iar dacă am calcula reducerea morbidității datorită aceleiași acțiuni, economia de forțe active și de cheltuieli cari se realizează în acest fel, însemnătatea rezultatelor ar deveni și mai evidentă. În orice caz o reducere

Nivelul câtorva cauze de deces în România comparat cu al aceluiași cauze în Germania.

(Cifrele sunt din anul 1935)*

Cauze de deces	Nomenclatura internațională din 1929	România		Germania		Nr. deceselor calculat pt. România pe baza mort. din Germania	Nr. deceselor care s'ar putea preveni în România	% deceselor care s'ar putea preveni
		Cifra deceselor	Mortalitatea la 100 000 loc.	Cifra deceselor	Mortalitatea la 100.000 loc.			
Boli infecțioase și parazitare	1—22, 24—44	34.745	182,0	52.997	79,2	15.128	19.617	56,4
Tuberculoză pulmonară	23	28.231	147,9	41.106	61,5	11.733	16.948	58,4
Pneumonii și bronho-pneumonii	107—109	64.608	338,5	59.975	89,7	17.199	47.409	73,4
Diaree și enterită sub 2 ani	119	27.552	144,3	9.141	13,7	2.609	24.943	90,5
Debilitate congenitală (sub 1 an)	158	65.294	342,1	17.532	26,2	5.004	60 290	92,3

* Nu s'a ținut seamă de diferențele în compoziția pe vârstă a populației.

simțitoare a mortalității nu o vom putea avea în scurtă vreme fără realizarea promptă și integrală a organizațiunii schițate, fără a avea ca unitate de bază plasa sanitară, în frunte cu un medic igienist devotat exclusiv activității preventive și de ocrotire și fără concursul instituției surorilor de ocrotire.

Dar pe noi nu ne poate interesa numai problema mortalității. De egală însemnătate sau poate și mai îngrijorătoare pentru viitorul nostru este reducerea progresivă și accentuată a natalității. Nu insist asupra acestei probleme care își află dezvoltarea în altă parte. Dar este evident, că organizațiunea noastră nu se va putea desinteresa de problema vigoarei numerice și calitative a generațiilor viitoare. Inaugurarea unei politice demografice, care să oprească declinul, a unei acțiuni sistematice de ocrotire a familiei românești, care să-i ușureze îndeplinirea rosturilor ei etnice, iată o datorie de extremă urgență și de o covârșitoare însemnătate. Pe rând toate celelalte state civilizate fac eforturi tot mai mari și mai susținute pentru a opri declinul și chiar și statele vrășmașe din jurul nostru, conștiente de primejdie și de însemnătatea ei, conștiente mai ales de faptul, că lupta viitoare între popoare va fi hotărâtă în primul rând de vigoarea lor numerică și calitativă, fac tot mai serioase și sistematice sforțări de pregătire și chiar de înfăptuire a unei biopolitici salvatoare. La noi și în această direcție o indiferență aproape completă. Nu-mi pot da încă precis seama de motivele acestei atitudini atât de stranii. Primejdiile sunt doar evidente pentru oricine are ochi văzători, soluțiunile sunt simple și în parte îndelung experimentate în alte părți. Jertfele necesare pentru realizarea acestor soluțiuni nu sunt excesive, mai ales atunci nu, când programul de muncă se realizează treptat. Și totuși noi nu am intrat încă nici în faza de discuție serioasă a problemelor.

Această atitudine negativă nu va putea să dureze mult și nu va dura. Căci războiul acesta cu jertfele uriașe pe cari le cere, ne va solidariza în grija ocrotitoare pentru viitorul neamului și ne va obliga să pășim fără întârziere nu numai la o sistematică operă preventivă și la ocrotirea familiei, dar la punerea în centrul tuturor preocupărilor obștești a vieții românești în devenire, la inaugurarea unei biopolitici, bazată pe legile vieții, menită să pună optimal în valoare, să sporească și să desăvârșească patrimoniul nostru etnobiologic.

Asistența Socială

de
VETURIA MANUILA

Evoluția asistenței sociale. Ramurile asistenței sociale și științele conexe. Tehnica asistenței sociale: investigația, diagnoza, terapia. Cauzele dependenței sociale. Infirmitățile fizice. Infirmitățile mintale. Infirmitățile psihice. Factorii sociali de dependență. Procesul de desorganizare al individului, familiei și al societății. Mijloacele de acțiune pentru combaterea dependenței sociale: a) asistența individualizată, b) asistența de grup, c) profilaxia socială, d) reforma socială.

Evoluția asistenței sociale.

Asistența socială este cunoscută din cele mai vechi timpuri. Ea s'a manifestat în conformitate cu mentalitatea și cultura popoarelor respective, fiind expresia sentimentului de solidaritate, a concepției politico-sociale și a credinței lor religioase.

La popoarele culte, cum au fost Grecii și Romanii, găsim clar exprimată ideea de profilaxie, menită să apere pe cetățenii liberi de căderea în dependență socială. O legislație corespunzătoare obliga familia, — fortăreața socială de totdeauna — să îngrijească de bătrâni, orfani și bolnavi, iar față de cei căzuți în mizerie, stabilea obligațiunea moral-religioasă de a fi ajutați din prisos.

Cu totul opusă acestui fel de asistență rațională și utilitaristă, la evrei, — un popor veșnic hărțuit — s'a dezvoltat asistența pe bază de solidaritate de grup. Fiind caracterizați printr'o excesivă dorință de câștig, conducătorii au trebuit să le impună principiul ajutorării, sub formă de comandament religios.

În acele timpuri, asistența socială s'a redus numai la acordarea de ajutoare materiale.

Era creștină aduce în asistența socială o mare contribuție: ideea iubirii aproapelui, a filantropiei și ideea dreptății sociale.

Cea dintâi implică în acțiunea asistenței sociale sentimentul. Cu aportul ei de sensibilitate sufletească, ea deschide căi libere spre legături de ordin emotiv, singurele capabile să aducă la muncă educativă în asistența socială. Iubirea aproapelui, al căruia derivat este mila, se adresează sufletului omenesc, urmărind

ridicarea lui din starea de mizerie psihică. Este primul început al asistenței sociale constructive.

Tot un aport al creștinismului este și ideea dreptății sociale, care îndeamnă pe cei bogați să dea celor săraci.

Concepția creștinismului în acțiunea de asistență socială a fost cel mai frumos exprimată prin munca Sfântului Francisc de Assisi, care a renunțat la viața sa de aristocrat bogat și a îmbrăcat straele populației muncitorești. Coborînd să trăiască în sânul acesteia, el a căutat s'o cunoască, s'o înțeleagă, să vadă care-i sunt nevoile, pentru ca să o poată ajuta din punct de vedere al unei vieți morale și al ridicării standardului de viață prin educație.

Un alt pas înainte în asistența socială, a marcat activitatea lui St. Vincent de Paul, organizatorul primei școli de asistență socială și întemeietorul profesiei de asistență socială. El a fost primul care a simțit nevoia de grupare și de pregătire tehnică a elementelor chemate să lucreze pe acest teren atât de greu și atât de plin de răspunderi. Tot el le-a dat îndrumări asupra felului cum trebuie să intre în familiile nevoiașilor și cum să cerceteze situația lor pentru a găsi măsurile necesare de îndreptare. El, cel dintâi, a introdus principiul de a ajuta pe cel în mizerie în sensul de a-l pune în situația de a-și putea câștiga singur existența. El în fine a înțeles că nu este suficient să dai oamenilor ajutoare materiale, ci că trebuie urmărit principiul de normalizare a situației lor, ajutându-i să se întrețină prin puteri proprii.

Odată lansat acest principiu, omeniirea a început cercetările pentru a descoperi cauzele dependenței sociale. După îndelungate dibuiri, s'a ajuns la concluzia, că dependența socială se datorește unei anomalii survenite la persoana respectivă sau în mediul social în care trăește, și că această stare de anomalie poate fi combătută. Astfel a luat naștere asistența socială constructivă; ea elimină filantropia, care având la bază sentimentul milei a schimbat starea de dependență socială a individului.

Treptat, pe măsură ce studiile în ceea ce privește etiologia asistenței sociale au devenit mai avansate, s'au făcut progrese și în ceea ce privește măsurile de remediere ale anomaliilor constatate. Astăzi, asistența socială face parte integrantă din politica socială a fiecărui stat conștient de importanța de a avea

cetățeni normali și viguroși, atât din punct de vedere fizic cât și psihic și moral. Un stat, cu un număr mare de dependenți sociali este un stat în plină desorganizare, care nu prezintă nici stabilitate, nici siguranță. Fiindcă acești cetățeni anormali, nu numai că nu produc nimic, ci dimpotrivă, consumă din bugetul statului și constituie elementele cele mai primejdioase pentru siguranța sa. Element vicios, care nu are nimic de pierdut, el provoacă desordini și revoluții, având numai de câștigat de pe urma jafurilor și răsturnărilor de ordine.

Ramurile asistenței sociale.

A. Asistența individualizată.

Asistența socială este o adevărată știință a vieții omului social. Terenul ei de acțiune este imens, după cum imensă este și diversitatea problemelor ce o preocupă și pe care este chemată să le rezolve. În vederea realizării acestui scop, asistența socială și-a schimbat mereu forma, căutând să se adapteze nevoilor impuse de problemele de patologie socială. Astfel au luat ființă diferitele ramuri de asistență socială ca: asistența familiei, asistența copiilor, asistența copiilor-probleme, asistența delicvenților, serviciul social de spitale, asistența industrială și asistența psihiatrică.

Fiecare din aceste specialități, are la bază aceeași metodă tehnică de lucru: ancheta socială. Felul lucrului diferă însă prin multitudinea problemelor, care cer cunoștințe speciale pentru lămurirea cazurilor lor și a felului cum ele pot să fie rezolvate.

Asistența familiei se ocupă de redresarea familiilor ajunse în stare de dependență socială din motive de boală, insuficiență mintală, conflicte de ordin psihic, insuficiență a câștigului, șomaj, pauperism, sau alte cauze similare.

Ramura care se ocupă de asistența familiei formează baza asistenței sociale, pentru motivul, că toate acțiunile omenești se desfășoară în familie, sau în legătură cu viața familială a altora. Asistența copiilor, asistența delicvenților, asistența psihiatrică, etc., toate au o legătură foarte strânsă cu asistența familiei și au la bază toate principiile și metodele utilizate în această ramură atât de importantă a asistenței sociale.

Asistența copiilor se ocupă de îngrijirea copiilor orfani,

semi-orfani și a copiilor moralmente abandonati. Această ramură cere o specializare numai pentru motivul, că agenții de muncă din acest domeniu, trebuie să cunoască bine psihologia copiilor, cu scopul de a-i înțelege în toate manifestările lor și a-i putea mânui cu iscusință, servindu-le ca îndrumător în marele labirint al vieții.

În acelaș timp, ei trebuie să cunoască toate elementele îngrijirii psiho-fizice a copiilor, în toate perioadele vieții, ajutându-i să se adapteze și să-și rezolve toate problemele ce-i preocupă.

Asistența copiilor-probleme este o ramură nouă a asistenței sociale, care se ocupă numai de copiii anormali din punct de vedere fizic, psihic sau mental. În trecut, acești copii erau tratați la fel cu copiii delicvenți, având de suportat, din această cauză, consecințele grele ce decurg din situația de delicvent.

Asistența modernă, știe, că delicvența la copii este, în mare parte, o joacă rău îndrumată și mai știe, că fiecare delicvent a fost „copil-problemă”, cu manifestările caracteristice „copilului rău”. Deci ea desparte grupul copiilor răi de cel al copiilor delicvenți. Nu fiindcă ei ar prezenta altă problemă, — între ei există numai diferență de grad în anomalie — ci fiindcă grupul delicvenților este o primejdie pentru copiii-probleme, atât din punctul de vedere al tovarășiei, cât și a situației ce decurge în urma procedurii judecătorești și a cazierului judiciar — oricât de discret ar fi el.

Tratarea copiilor-probleme în cadrele unei ramuri înrudită cu asistența psihiatrică, dă largi posibilități de a mânui acești copii cu delicateța necesară, acordându-li-se o atenție specială și ferindu-i de brutalități și umilinte atât de dăunătoare sufletului lor sensibilizat și neconsolidat.

Grație dezvoltării rapide a psiho-patologiei și a pedagogiei moderne, care au găsit metode noi de reeducare, cazurile normalizate în acest domeniu pretențios al patologiei sociale, sunt foarte numeroase.

Asistența delicvenților este cea mai grea și cea mai ingrătă ramură de asistență socială. La copiii-probleme anomalia este incipientă, la delicvenți ea este foarte avansată, fiind înrădăcinată și având perspective mult mai reduse de refacere. Separarea acestei categorii, nu s'a făcut numai din cauza acestor conside-

rente, ci și fiindcă atât partea de investigație socială merită să stabilească cauza anomaliei, cât și partea de refacere, diferă foarte mult din cauza procedurii judecătorești, în care asistența trebuie să se încadreze. Intreaga procedură judecătorească, prin regulile ei rigide, îngreunează munca de reeducare a delicvenților.

Asistența psihiatrică este cheia, atât a asistenței delicvenților cât și a asistenței copiilor-probleme. În fiecare din aceste cazuri, există la bază o anomalie de ordin psihic, care nu poate fi înțeleasă și interpretată decât în lumina psiho-patologiei. Această știință, care a luat o dezvoltare foarte mare în ultimul timp, a deschis noi orizonturi asistenței sociale, arătându-i, că în majoritatea cazurilor, factorul determinant al dependenței în care ajung diferiți indivizi, sunt diferite anomalii de ordin psihic. Dacă acestea sunt tratate științific, dispăre situația de dependență, munca de asistență socială fiind redusă, în asemenea cazuri, la felurite aranjamente de adaptare și de armonizare a condițiilor sociale în care trăește dependentul.

Serviciul social de spitale este o ramură a asistenței sociale care lucrează ca auxiliarul medicului curant, pe lângă spitale, în interesul bolnavilor cari nu dispun de mijloace, ca să poată urma tratamentul necesar vindecării lor. Specializarea, în acest domeniu, este necesară din cauza cunoștințelor medicale indispensabile, ce se cer spre a putea fi un bun auxiliar și interpret al medicului, astfel ca acestuia să nu i se răpească timpul cu instrucțiunile pe care — în caz contrar — ar trebui să le dea singur.

Bolnavul internat în spital, este prin firea lucrurilor un dependent, care nu este capabil să-și rezolve singur toate problemele personale și familiale. Adeseori din lipsă de mijloace el nu-și poate procura îmbrăcăminte, nu se poate interna în instituția cea mai potrivită, nu poate părăsi spitalul, pentru că acasă nu are mijloacele bune de completarea terapiei, deși medicii socotesc, că ar putea părăsi spitalul, sau nu are puțința de a lua contact cu familia lui, care eventual ar putea să-i poarte de grijă. Deci pe lângă starea de dependență fiziologică, omul bolnav adeseori prezintă și fenomene de dependență socială. Acest

caz este frecvent în spitale și este sarcina asistenței sociale de spitale să se ocupe de asemenea cazuri.

Asistența industrială se ocupă de rezolvarea problemelor de dependență socială specifică vieții industriale, ca: accidente industriale, boli profesionale, aparate intereselor profesionale, probleme de maternitate și alte probleme similare.

Asistența industrială s'a dezvoltat ca o ramură specială nu numai din nevoia de a cunoaște în cele mai mici amănunte toată legislația și problemele de muncă, ci și din cauză, că industriile nu tolerează un amestec străin în treburile lor; ele au preferat deci să-și alcătuiască singure serviciile de asistență necesare. Toate ramurile de asistență socială menționate sunt diferite variante ale asistenței sociale individualizate, care se ocupă de fiecare dependent în parte, căutând să-i înțeleagă problemele și să le rezolve prin îndrumări potrivite în așa fel ca dependentul să se poată descurca singur cu problemele lui de viață.

B. *Asistența de grup.*

În afară de asistența individualizată, mai există și o altă formă de asistență, care nu se adresează individului, ci unui grup întreg de indivizi, urmărind încadrarea lor în organizația grupului și influențarea lor prin atmosfera favorabilă ce poate fi creată. Această asistență necesită organizații speciale ca: instituțiuni, cămine de zi, centre de recreație, organizații sportive, centre de acțiune socială sau alte organizații similare.

Acțiunea de grup are marele avantaj, că permite să se facă în cadrele aceleiași organizații profilaxie socială și o ușoară asistență socială. Ea urmărește să-i îndrepte pe anormali și să evite căderea în dependență a indivizilor valizi.

Asistența de grup nu se poate ocupa de fiecare individ în parte; ea face însă, muncă educativă intensă prin acțiunile ce creează în interesul comunității pentru care lucrează, urmărind educația grupurilor în vederea unei munci constructive și trezind interesul pentru tot ceea ce este bun și frumos.

Fiecare așezare socială are nevoie de instituțiuni menite să atragă membrii ei spre anumite preocupări comune, cu scopul de a-i sustrage dela ocupațiuni antisociale și de a-i cointeresa la activități publice ce servesc cu dublu scop:

- a) de a fi de folos comunității;

b) de a fi interesate și recreative pentru grupul care întreprinde acțiunea.

Activitatea de grup este extrem de importantă pentru comunitate; prin ea membrii aceleiași comunități se simt legați unul de altul, fiind conștienți că ei formează un singur tot, al cărui bun mers depinde de eficacitatea activității membrilor ei.

Această conștiință a răspunderii colective, determină pe membrii grupului să activeze serios, cu tragere de inimă oriunde se vor găsi ei și în orice împrejurări, garantând progresul comunității din care fac parte. Astăzi asistența de grup, face parte integrantă din planul de organizare al unei comunități și contribuie la bunul ei mers, mai mult decât orice altă activitate socială.

Cauzele de deces din România care se pot combate cu mai multă eficiență

de
Dr. PETRU RĂMNEANȚU

Angajarea, într'un program de sănătate publică, cu personal mai numeros și cu sacrificii materiale mai mari decât cele actuale, în vederea combaterii mortalității cu mai mult succes decât până acum, trebuie să țină seamă de anumite fapte, devenite axiome în acest câmp de activitate. Intre acestea, atunci când este vorba să ne fixăm o anumită mortalitate, cum e obiceiul creat în alte țări, următoarele sunt considerate ca principale:

Variația mortalității dela o etate la alta. Cea mai urcată mortalitate o are populația de etatea dela 0—5 ani și cea dela 55 de ani în sus.

Dependența înegală a cauzelor de deces de factorii mediului extern. Debilitatea congenitală e mai mult în funcție de ocrotirea fizică a gravidei; diareea și enterita de factorii externi trecători și de mică importanță; tuberculoza de factori economici de primul rang, cum sunt locuința și condițiile sociale mai ales.

Variația mortalității cu sezonul. Așa diareea și enterita sub doi ani are frecvențe foarte urcate în cursul verii, pneumoniile și broncho-pneumoniile copiilor sub 5 ani în sezonul rece, pe când alte boli, tot cu mortalitate urcată, variază pe sezon mai puțin, cum sunt de exemplu tumorile maligne.

Din prezentarea acestor fapte reiese, că eficiența combaterii mortalității va depinde de selecția etății față de care se angajează, de cauza de deces căreia se adresează și de momentul când se deslănțuie acțiunea. În orice caz, trebuie să remarcăm o constatare, acceptată astăzi ca normă de toți specialiștii în administrație sanitară, anume că nu toate problemele de sănătate publică existente la un moment dat, se atacă simultan, ci eșalonat și cu efort maxim față de fiecare în parte. De altfel nici o țară, oricâte eforturi ar depune, nu e în stare să-și atace toate problemele sanitare deodată.

Dar pentru a alege la noi problema de căpetenie, cu care

să intensificăm lupta contra mortalității și mai ales pentru a avea și șansa izbânzii, cred că e util dacă se va ține seamă și de experiența din alte țări. Ne interesează deci cauzele de deces, care, dela data când într'o țară oareșicare mortalitatea a fost egală cu cea de astăzi din România, au suferit până de prezent reducerea cea mai urcată și apoi e bine dacă cunoaștem în general față de toate cauzele de deces de această categorie cuantumul reductibil. Relativ la prima cercetare ne poate fi de folos evoluția mortalității pe cauze în Statele Unite ale Americii dela 1900 până la 1934, iar pentru a doua vom calcula reducerea mortalității în România în cazul ipotetic dacă asupra populației ei s'ar exercita forța mortalității din alte țări.

Prima cercetare ne evidențiază — chiar numai printr'o privire paralelă asupra nivelului mortalității pe cauze, la 1900 și la 1934, — că reducerea mortalității generale în Statele Unite a început prin comprimarea numărului de decese produse de diaree și enterită, bolile infecțioase, tuberculoza pulmonară, pneumonii și broncho-pneumonii și de malformațiuni congenitale și bolile primei copilării. Odată ce avem ordinea de eşalonare a programului să vedem, pe baza experienței din Ungaria, Franța, Olanda, Germania și Statele Unite, la ce rezultate ne putem aștepta.

Pentru a ilustra această experiență ne-am folosit de un calcul încrucișat, cel mai des aplicat și deci bine cunoscut, în practica tuturor activităților omenești. Am înmulțit mortalitatea specifică a bolilor cu frecvențe reductibile, cu populația României și prin acestea am obținut cifra deceselor care s'ar fi produs la noi, dacă ar fi acționat asupra populației noastre forța mortalității din țările respective. Se înțelege că în majoritatea cazurilor cifra deceselor obținute pe această cale este inferioară celei reale. Astfel diferența, între cifra reală a unei boli și cea calculată, e în măsură să ne evidențieze, dacă o exprimăm în procente, cât din nivelul actual al mortalității s'ar putea reduce la noi dacă am avea mortalitatea țărilor considerate drept martori.

Procedeu urmat în acest calcul se poate ușor urmări în tabela anexată. În col. 3—7 redăm mortalitatea specifică din țările considerate martori de comparație. În col. 8—12 citim cifrele deceselor dacă mortalitatea de mai înainte s'ar fi exercitat asupra populației dela 1935 din România. Între acestea și cifrele reale ale deceselor care au avut loc în România, în acel an, am găsit diferențele în minus, cu excepție față de câteva boli. În fine diferențele obținute înmulțite cu 100 și împărțite cu cifrele reale ale deceselor ne-au dat procentele care s'ar fi putut reduce.

Procentul deceselor care s'ar putea preveni în România dacă mortalitatea ar fi egală cu cea din alte state (Ungaria, Franța, Olanda, Germania, S. U. A.)

Cauze de deces	Nr. codului din Lista Internațională detaliată	Mortalitatea la 100,000 locuitori					Nr. deceselor în România (1935), dacă ar fi avut proporțiile mortalității din *)					Nr. deceselor reale în România în anul 1935	Procentul deceselor care s'ar fi putut preveni în România în anul 1935 dacă mortalitatea ar fi fost egală cu cea din:				
		Ungaria, 1936	Franța, 1933	Olanda, 1936	Germania, 1935	Statele Unite Am., 1934	Ungaria, 1936	Franța, 1933	Olanda, 1936	Germania, 1935	Statele Unite Amer., 1934		Ungaria, 1936	Franța, 1933	Olanda, 1936	Germania, 1935	Statele Unite Amer., 1934
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Toate cauzele	1-200	1430,0	1591,6	868,0	1184,4	1143,1	272,955	303,801	165,682	226,076	218,192	402,678	32,2	24,6	58,9	43,9	45,8
Febră tifoidă și febre paratif.	1-2	10,0	3,4	0,5	0,9	1,1	1.909	649	95	172	210	1438	+32,8	54,9	93,4	88,0	85,4
Rugeolă . . .	7	4,0	2,8	2,7	2,5	1,8	764	534	515	477	344	4769	84,0	88,8	89,2	90,0	92,8
Scarlatină . . .	8	2,0	1,0	0,8	1,8	2,0	382	191	153	344	382	4352	91,2	95,6	96,5	92,1	91,2
Tuse convulsivă	9	6,0	2,1	4,8	2,7	3,0	1145	401	916	515	573	1701	32,7	76,4	46,2	69,7	66,3
Difterie . . .	10	5,0	5,1	1,2	11,4	1,3	954	974	229	2.176	248	1.294	26,3	24,7	82,3	+68,2	80,8
Tuberculoză pulmonară . . .	23	127,0	114,1	86,0	61,5	47,8	24 242	21.779	6.872	11.739	9.124	28.231	14,1	22,8	75,7	58,4	67,7
Pneumonii și broncho-pneum.	107-109	149,0	77,7	62,4	89,7	79,1	28 441	14.831	11.911	17.122	15 098	64.608	56,0	77,0	81,6	73,5	76,6
Diaree și enterită sub 2 ani	119	72,0	21,9	80,0 ¹⁾	13,7	10,2 ²⁾	13.748	4.180	15 270	2.615	1.947	27.552	50,1	84,8	44,6	90,5	92,9
Malf. congenit. și bolile primei copil.	167-161	107,0	31,8	43,8	66,9	48,7	32.449	6.070	8.360	12.770	9.296	69.970	53,6	91,3	88,0	81,8	86,7

1. Aria de înregistrare din 1900.

2 Cuprinde și decesele de diaree și enterită peste 2 ani.

*) Nu s'a ținut seamă de diferențele în compoziția pe vârstă a populației.

NR. DECESELOR ȘI PROCENTUL CELOR CARE S'AR FI PREVENIT ÎN ROMÂNIA ÎN CURSUL ANULUI 1935

ROMÂNIA
1935

DACĂ MORTALITATEA AR FI FOST EGALĂ CU CEA

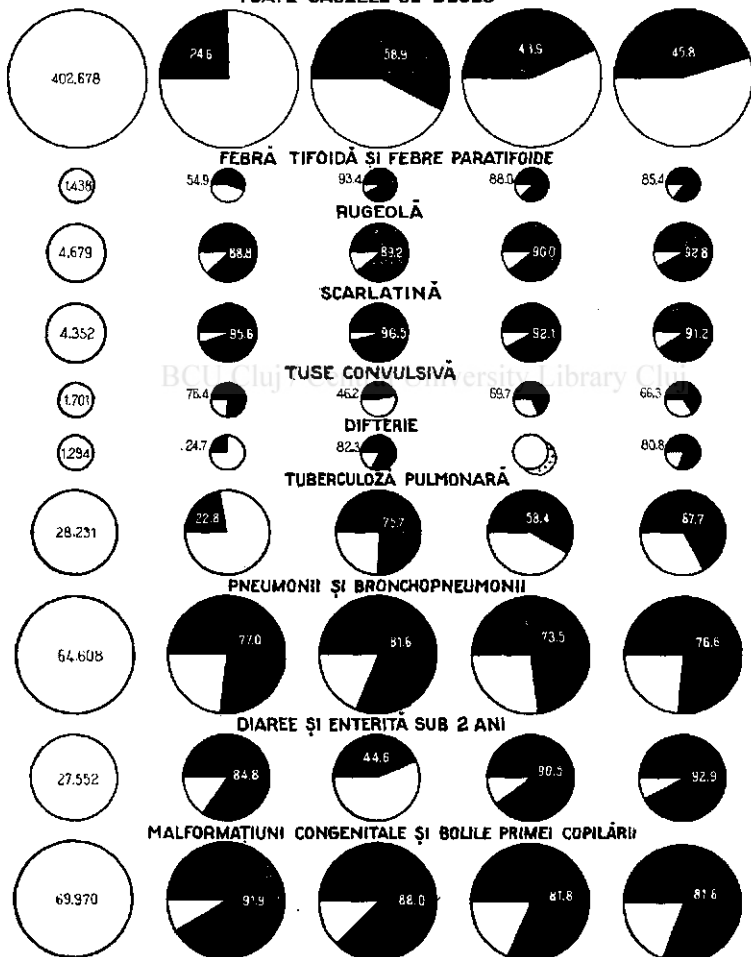
DIN: FRANȚA
(1933)

OLANDA
(1936)

GERMANIA
(1935)

STATELE UNITE
ALE AMERICII
(1934)

TOATE CAUZELE DE DECES

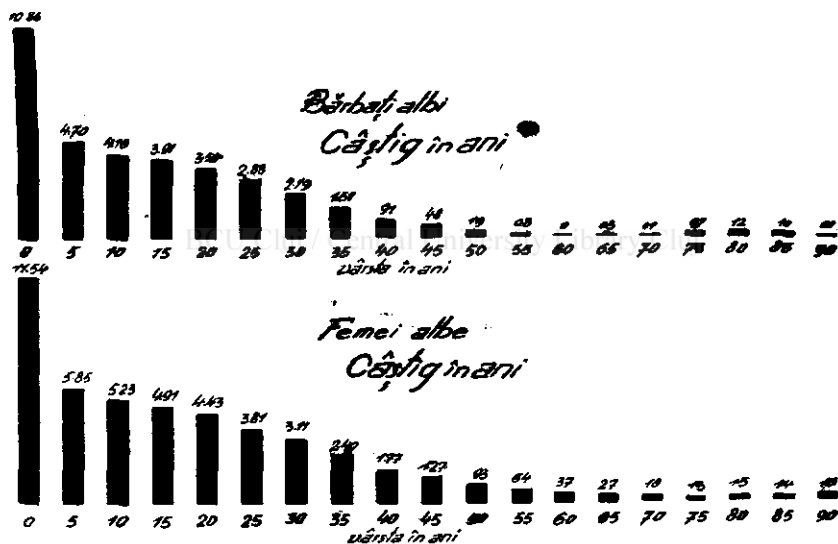


Din procentele expuse, în col. 14—18 a tabelii și din gra-
fica precedentă, reiasă că în România dacă s'ar fi exercitat for-
țele mortalității, uneia din țările de ale căror proporții ne-am
folosit, s'ar fi putut reduce mortalitatea de anumite cauze din

România, începând cu 14,1% până la 96,5%. În ordine descrescândă reducerile s'ar fi înregistrat la boli infecțioase, diaree și enterită, malformații congenitale și bolile primei copilării, pneumonii și broncho-pneumonii și în urmă la tuberculoză.

Ordinea aceasta ne servește cu două indicii prețioase. Unul că acele cauze de deces care pot fi mai mult comprimate corespund copiilor sub 5 ani, adică tocmai etăților prelungitoare a mediei de viață, după cum observăm din experiența americană demonstrată în grafica următoare.

Schimbări în speranța de a trăi în Statele Unite ale Americii
dela 1901 până la 1930



Și altul că bolile respective, nefiind condiționate atât de mult de factorii mediului extern care necesită investiții materiale mari, pot fi combătute mai ușor, cu sacrificii deci mai puțin însemnate. Eșalonarea luptei contra mortalității nu înseamnă specializarea serviciilor de medicină preventivă în anumite direcții și nici neglijarea ansamblului de probleme care îi sunt încredințate. E vorba numai de un efort, la un anumit timp mai deosebit, față de o cauză de deces mai mare, a cărei combatere ne asigură și reducerea mortalității generale. La noi această reducere o putem începe mai ales prin combaterea bolilor infecțioase și a diareei și enteritei sub doi ani, care nu reclamă jertfe mari și care alternându-se în sezoane diferite pot concentra din partea personalului și efort mai urcat.

Noțiuni de organizarea și administrația sanitară în județe

de
Dr. POMPIIU NISTOR

II. Organizarea sanitară a instituțiilor de asistență medicală.

A) Spitalele.

1. Legea sanitară din 1930 aduce unele schimbări esențiale în organizarea spitalelor.

Spitalele cu caracter local sunt în sarcina bugetară a județelor și comunelor. În conformitate cu această lege aceste spitale, cu excepția unor spitale mari, de interes regional, au trecut în administrația județelor sau orașelor sau a asociației acestora, cari se îngrijeau de întreaga gospodărie a lor, cu excepția salariului personalului medical care a rămas tot la Ministerul Sănătății.

Unele spitale au fost luate în îngrijirea unor Eforii locale, sub a căror conducere au luat un frumos avânt (de ex. în Brașov). În unele județe contribuția pentru spitale ajunsese până la 30% din bugetul județelor (de ex.: Târnava Mare).

În alte părți ale țării însă spitalele au fost și mai puțin tratate de administrațiile locale de cât erau la Ministerul Sănătății și au decăzut și mai mult.

Prin Decretul 3034 (M. Of. 233) din 1934 și Legea din M. Of. 77 din 1935 (citate în partea I), toate spitalele au trecut din nou sub directa conducere și administrație a Ministerului Sănătății. Chiar și cele cari erau proprietatea județelor și comunelor au trecut în patrimoniul Ministerului Sănătății prin efectul acestor legi.

Din cauza redactării imprecise a acestora s'au produs litigii și procese între administrațiile locale și Ministerul Sănătății; acestea au ajuns până la Curtea de Casație, care în 1939, prin Decizia 1827 din 27. VI. 1939, a statuit că spitalele administrațiilor locale nu trec în patrimoniul Ministerului Sănătății prin efectul decretului 3034/1934.

Între timp însă Ministerul Sănătății, pentru a pune capăt

acestor litigii a exoperat un Jurnal al Consiliului de Miniștri (M. Of. 252/1937) și un nou Decret-Lege (M. Of. 272/1937), prin care se statorește în mod precis această statificare și expropriere, care s'a înscris apoi și în art. 69 din Legea pentru organizarea Ministerului Sănătății din 1939 și prin care s'a pus capăt acestor procese și a făcut să fie fără obiect și jurisprudența ulterioară a Curții de Casație.

Prin efectul acestor legi au trecut în patrimoniul Ministerului Sănătății și terenurile și imobilele cedate de comune pentru înființarea de dispensare, băi populare, locuințe pentru medici, etc. Această prevedere însă a stârnit noi nemulțumiri, a căror urmare a fost că județele și comunele, cari porniseră să facă din mijloacele proprii dispensare și băi populare sau să le subvenționeze pe cele începute de Ministerul Sănătății sau să le întreție, au refuzat a-și mai da contribuția.

2. Legea din 1930 desființează spitalele sub 50 de paturi, adică spitalele zise mixte, cari funcționau fără a avea o bază legală, cum s'a amintit mai sus. Admite înființarea de infirmerii temporare pe timp de epidemii. În spitalele mixte existente trebuind să fie transformate în spitale de specialitate, spitale de plasă, dispensarii, casă de ocrotire etc. (art. 561).

3. Personalul medical al spitalelor conform legii sanitare din 1930, este compus din:

a) Medici primari de specialitate, șefi de secții, recrutați prin examen de capacitate, cu un tablou de clasificare valabil 5 ani.

Acest examen se schimbă în concurs prin modificarea legii din 1935.

b) Un medic primar director, numit de Ministerul Sănătății la propunerea consiliului medical. Logic a urmat ca toate spitalele, inclusiv cele mixte, pentru care nu mai exista nici o prevedere, fiind legal desființate, să aibă câte un medic primar director. Prin modificarea din 1935 s'a admis un director numai la spitalele cu mai mult de două secții.

c) Medici secundari, cari se numesc provizoriu pe 4 ani, recrutați dintre internii sau auxiliarii cu stagiul de un an, din preparatorii sau asistenții universitari, fără concurs. Modificarea ulterioară introduce și pentru medicii secundari concurs. (M. Of. 15/1936).

d) Medici asistenți, cu titlu definitiv, numiți câte unul de spital și numai la spitalele cu peste 100 de paturi, dintre foștii secundari cari au îndeplinit stagiul de 4 ani ca doctori în medicină.

Aceștia sunt desființați prin modificarea legii din 1935.

e) Medici auxiliari, cari sunt recrutați dintre doctorii în medicină, fără nici o condiție specială și fără a li se preciza atribuțiile.

O decizie ministerială din 1934 asimilează pe auxiliarii din centrele universitare cu internii (M. Of. 294/934) și îi recrutează prin concurs.

Internii sunt introduși și legal prin modificarea Legii sanitare din M. Of. 15/1936 ca personal ajutător pe lângă medicii primari de specialitate, urmând a fi recrutați prin concurs.

Avem deci medici auxiliari, cari trebuie să fie doctori în medicină, dar cari pot fi și interni, adecă studenți în medicină, iar internii pot funcționa și în afară de centrele universitare.

f) Medicii de spitale mixte sunt reintroduși prin Legea sanitară modificată în 1935, ca o consecință a nedesființării spitalelor mixte, care acum devin și legal spitale mixte (art. 198 și 188). Se recrutează prin concurs dintre doctorii în medicină, cari au un stagiu de 2 ani ca medici auxiliari, interni prin concurs, asistenți sau preparatori de clinici sau ca medici sanitari cu examenul de capacitate dat; sau în lipsă de candidați cu aceste stagii, dintre medicii cu 5 ani de practică medicală.

În consecință logică medicii de spitale mixte cu circumscripții sanitare urmau să fie mai întâi medici cu concurs de spital mixt, dar medicii de circumscripție nu putea conduce un spital mixt, fără a avea și concursul de medici de spital mixt. Această prevedere a fost și este adeseori neglijată.

Legea din 1935 introduce și un nou soi de concurs, sui generis: concurs cu tablou de clasificare cu valabilitate de 3 ani.

Condițiile concursurilor sau examenelor de capacitate pentru toate posturile prevăzute mai sus au fost foarte des modificate, după criterii mai mult sau mai puțin interesate.

4 Legea de organizare a Ministerului Sănătății din 1939 nu se ocupă mai de aproape de organizarea spitalelor, cari rămân deci așa după cum le-au prevăzut legile anterioare. În ce privește personalul medical introduce unele modificări.

5. *Autonomia bugetară a spitalelor.* Legea sanitară din 1930 prevede o autonomie bugetară a spitalelor (art. 120), care nu s'a realizat.

Un prim pas de emancipare a spitalelor s'a făcut prin legea din 1939 (art. 132).

Din taxele de întreținere urmau să se verse Ministerului pentru fondul sanitar central dela Casa Sănătății, numai o treime; o treime urma să servească pentru plata alimentațiunii și cheltuielilor mărunte, iar o treime era destinată a forma un fond, vărsat la Casa de Depuneri, pentru lucrările de amenajare, reparări, zestre, instrumentar etc. ale spitalului respectiv.

Această foarte bună dispoziție a fost în parte anihilată prin formele greoaie de vărsare la Ministerul Sănătății și Casa de

Depuneri și de reordonanțare pe bază de conturi, facturi, memoriile etc.

Un pas revoluționar, de cea mai mare importanță pentru progresul spitalelor, a fost modificarea art. 132 din legea citată, prin legea apărută în M. Of. 243/1941 care prevede următoarele:

„Taxele de întreținere și îngrijire incasate dela bolnavi vor fi întrebuințate direct și în totalitatea lor pentru nevoile de alimentație, cheltueli de gospodărie, întreținere și refacerea construcțiilor sau instalațiilor, precum și pentru procurarea instrumentarului necesar instituțiilor.

Contabilizarea operațiunilor de încasări și plăți la buget a taxelor incasate de instituțiunile sanitare, se va face ulterior pe bază de acte justificative înaintate Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale”.

Deși această lege s'a pus în aplicare numai cu 1 Aprilie 1941, efectul este uimitor. Spitalele putând întrebuința direct și imediat venitele proprii, au făcut lucrări atât de importante, încât cele mai multe spitale și-au schimbat aspectul, s'au înfrumusețat, s'au reparat, s'au mărit, încât unele pot rivaliza cu sanatoriile.

Această lege a făcut posibil și contractarea unui împrumut de o sută de milioane, prin gajarea acestor venite, care împrumut s'a repartizat la acele spitale cari au avut lucrări mai importante de făcut.

Tot ca urmare a acestei legi a apărut și Decizia de descentralizare a Administrației Sanitare No. 69.637 din 3 Nov. 1941, în Mon. Of. 36/942, prin care se aduc precizări de modul cum se va face întrebuințarea directă a venitelor proprii ale spitalelor.

Tot prin această decizie se dau și alte multe și importante delegații conducătorilor de spitale, cari sunt foarte apropiate de o adevărată autonomie administrativă și financiară a spitalelor.

Menționăm că această importantă decizie dă delegație de importantă descentralizare tuturor serviciilor sanitare, cari ușurează foarte mult sarcinile administrative ale Ministerului și simplifică administrațiile serviciilor exterioare; și că această

decizie este o amplificare a unei alte Decizii de descentralizare cu No. 3730/1941.

B) Centrele de ocrotire a copiilor.

Deși de drept acestea sunt așezăminte de ocrotire, menite să adăpostească și să crească copii abandonati, în așezământ și prin colonii, ele sunt de fapt și spitale de copii, pentru această categorie. Din acest motiv și pentru că organizarea lor interioară este identică cu a spitalelor, ne ocupăm de ele aci.

Printr'o decizie a Ministerului Sănătății, centrelor li s'au dat și atribuții de a conduce și a se interesa de întreaga acțiune de puericultură din sfera lor de activitate; iar pe de altă parte s'a dat medicilor primari dela secțiile de pediatrie din spitale sau medicilor primari de pediatrie și puericultură de ambulatorii policlinice, atribuția de a se ocupa de copii dependenți din sfera lor de activitate, creindu-se chiar subcentre și secții în spitalele respective.

De altă parte unele centre (de ex. Timișoara și Galați) au fuzionat cu spitalele de copii, formând o singură instituție.

Deci tot mai mult centrele devin nu numai instituții de ocrotire socială, ci și de asistență medicală.

C) Dispensariile.

1. Încă înainte de apariția legii sanitare din 1930, legea sanitară a Consiliului Dirigent a înființat ambulatoriile policlinice, așa cum sunt definite și în legea sanitară din 1930.

Această Lege prevede 3 feluri de dispensarii:

— Dispensarii mixte, pentru consultații de orice boale, deservite de medicii comunali (de circ.).

— Dispensarii policlinice, cel puțin 3 secții (pediatrie, tuberculoză și venerice), conduse de medici primari specialiști.

— Dispensare speciale, cu o singură specialitate, conduse tot de medici primari.

Dar legea dă dispensariilor și un rol extradispensarial, să inițieze și să facă anchete sociale, de a înlesni examinarea periodică a populației și elevilor, de a da consultații și de a participa la acțiunea de propagandă sanitară și culturală în afară de dispensar.

Iniințarea și întreținerea lor este dată organelor locale.

Se prevede deci că aceste dispensarii să fie centrul de acțiune sanitară în teritoriul respectiv, după cum au și funcționat un timp. Mai târziu și astăzi aceste dispensare s'au mărginit să facă numai consultațiile la dispensar, pierzându-și deci o mare parte din dreptul lor la existență. Este timpul să revină la menirea lor originară.

2. Legea O. M. S. 1939 prevede dispensare polivalente în cadrul centrelor de sănătate din Municipii, dispensarii polivalente cu cel puțin 3 secții la județe, idem la centrele secundare de sănătate rurale (= plasele sanitare) și dispensare obișnuite la centrele primare de sănătate (= circumscripții sanitare).

Mai prevede echipe volante pe ținut și pe județe.

Aceste dispensare cu echipe nu s'au iniințat în urma acestei legi, care nu se ocupă mai deaproape de organizarea și de medicii acestor dispensarii, trimițându-ne la legea sanitară.

3. Legea sanitară din 1930 nu prevede dispensarele rurale ca o unitate, care să funcționeze singuratic în cadrul circumscripțiilor sanitare, ci ele fac parte din un așezământ mai amplu, numit Casa de Ocrotire, care cuprinde și cămin de zi, baie, paturi pentru cazuri de urgență și nașteri și infirmerie temporară pentru cazuri contagioase.

4. Dispensarele mixte în toate legile citate sunt conduse de medicii circ. urbane și rurale, sub numele ce li s'a dat acestora. Numai la 1935 se prevăd medicii de dispensare mixte, cari se recrutează dintre medicii sanitari cu un serviciu de doi ani cu titlu definitiv. În această formă însă au existat foarte puțini, ei devenind de regulă medicii de circumscripție.

5. Legea pentru recrutarea personalului tehnic din 1942 recunoaște:

— Medicii primari de specialitate, aceiași și pentru spitale ca și pentru dispensariile policlinice sau de specialitate.

— Medicii de dispensar și de consultații generale, recrutați prin concurs egal cu cel al medicilor de spitale mixte.

Deși nicăiri nu se precizează unde și cum vor funcționa acești medicii de dispensar, urmează logic că ei vor face consultații la acele dispensare cari nu sunt de specialitate, care însă de drept urmează să fie conduse de medicii de circ.

În practică există medici de dispensare și la cele policlinice și de specialitate, unde nu s'au putut afla medici primari de specialitate; și chiar la spitale, după cum am arătat la capitolul respectiv .

Mai semnalăm că aceștia, deși au acelaș concurs ca și medicii de spitale mixte, sunt salarizați în Codul Funcționarilor Publici cu 3 tipuri de salarizare mai jos decât medicii de spitale mixte (tip. 27), egal cu medicii secundari și cu medicii asistenți de spitale (tip. 30).

În ce privește medicii de consultații generale, sub acest nume nu există în legea sanitară, nici în Codul Funcționarilor publici, unde există însă „medici consultanți” pentru personalul diferitelor Ministere și Instituții, pe care acești medici urmează să-i consulte la domiciliu sau la dispensariile instituțiilor.

Această categorie va trebui să fie prevăzută ca o categorie de medici cari dau astfel de consultații fie la dispensarii simple, fie la cele policlinice, fie la spitale și fie la domiciliul diferiților bolnavi, funcționari sau nu, substituind pe actualii medici de dispensar.

D) *Laboratoarele de Igienă.*

1. Legea sanitară din 1910 prevede laboratoare regionale „cari vor mai servi ca centre de cultură și cercetare pentru medici”.

2. Legea sanitară din 1930 prevede laboratoare de igienă regionale, județene și de municipii, puncte de frontieră și porturi, și eventual secție anatomo-patologică. Mai prevede laboratoare în instituții comunale (abatorii, uzine de apă etc.).

Toate laboratoarele stau sub îndrumarea și controlul Institutului de Igienă. Ele servesc ca centre de activitate în combaterea boalelor infecțioase și în salubritatea publică.

Sunt conduse de medici șefi de laborator, cari trebuie să fie și igienisti și îndeplinesc și atribuțiile de medic igienist al plasei sanitare cu sediul în capitala de județ. Ei mai sunt referenți tehnici în materia de profilaxia boalelor contagioase ai medicilor primari de județe și șefi de municipii.

La examenul de medic șef de laborator se pot prezenta toți medicii cari posedă libera practică a specialității, dată de Mi-

nisterul Sănătății în baza diplomei de specializare, acordată de Facultatea de Medicină (art. 179, 199).

Medicul asistent și preparator de laborator este personal prevăzut să funcționeze pe lângă medicul șef. Medicul asistent se recrutează prin același examen de capacitate ca și medicul șef. Preparatorul este provizoriu și nu i se cere examen.

Între personalul laboratoarelor se prevăd și medici prosectori fără a se prevedea condiții de recrutare.

Chimiștii se recrutează dintre licențiații, doctorii și inginerii chimiști; cei dela chimia alimentară vor avea să urmeze cursul de specializare la universitate sau la un institut de igienă și vor da examen. Se prevăd gradele de chimiști asistenți, chimiști experți și chimiști șefi, fără a se prevedea cari sunt deosebiri de recrutare și de ierarhie între aceștia.

3. Legea de recrutare a personalului sanitar superior din 1942, prevede două feluri de laboratoare: laboratoare de igienă și laboratoare de analize; fără să precizeze însă ce se înțelege sub aceste laboratoare de analiză, urmând logic a se înțelege laboratoarele dela spitale, pe care le echivalează întru toate cu laboratoarele de igienă.

Mai prevede și laboratoarele dela institutele de știință aplicată, personalului cărora le cere aceiași recrutare ca și la laboratoarele de igienă.

Ca personal al laboratoarelor prevede: medici asistenți de laborator și medici șefi de laborator, pentru toate trei felurile de laboratoare.

La concursurile de medici asistenți la laboratoarele de igienă și analize, cari sunt puse pe acelaș grad cu concursurile de medici secundari, nu se cere nici o condiție specială de stagiu, ci numai doctoratul în medicină. La concursul de medici de asistenți la institutele de știință aplicată, se cere însă o vechime de doi ani ca medici preparatori de laborator sau ca medici funcționari publici.

Medici șefi de laborator, la laboratoarele de igienă și analiză, se recrutează prin examen de clasificare, iar cei dela institutele de știință aplicată prin concurs.

La acest examen sau concurs se admit medicii cari au diploma de specializare în igienă și cari au un stagiu de 3 ani ca

medici de laborator, ocupând o funcție publică, (preparator, asistent, secundar etc.).

În această lege nu se prevăd condiții pentru medicii preparatori de laborator. Din faptul că aceștia sunt citați atât la examenul de clasificare pentru medicii șefi de laboratoare (art. 32), cât și la concursul pentru medicii asistenți dela institutele de știință aplicată (art. 78), urmează ca medicii preparatori de laborator continuă să mai existe, însă nu se cere nici un concurs sau examen pentru ocuparea aceluși post.

* * *

Din cele de mai sus se poate constata că nici una din legile citate, atât pentru serviciile sanitare, cât și pentru instituțiile de asistență, nu cuprinde complet condițiile de organizare, de funcționare și de personal, adeseori trebuind a se recurge la toate acestea pentru a afla un modus-vivendi în o situațiune dată.

Legea sanitară viitoare va trebui să fie mai cuprinzătoare și să prevadă tot ce trebuie să rămână valabil, pentru toate situațiunile și prevederile de organizare ale viitorului, precum și pentru lichidarea celor actuale cari vor avea să înceteze.

Combaterea veneriilor în mediul rural

de
Dr. DOMINIC STANCA

În Ardeal combaterii plăgilor sociale i s'a dat o atențiune deosebită și foarte importantă chiar din primele zile ale constituirii Consiliului Dirigent, de către resortul Ocrotirilor Sociale (dr. Iuliu Moldovan, secretar general), prin creerea în luna Februarie 1919, a unor instituțiuni sanitare numite „Ambulator policlinic“ și spitale venerice, înființate în centrele urbane, dar cu menirea de a combate veneriile și celelalte plăgi sociale și în mediul rural. Prin aceste instituțiuni speciale Statul Român întreprinde o acțiune energică și plină de foloase contra plăgilor sociale. Prin organizarea ambulatoriilor policlinice, în Ardeal s'a pus bază solidă unei acțiuni mari, merită și singura capabilă să rezolve marea problemă igienico-socială a plăgilor sociale.

Ambulatorul policlinic și spitalele speciale trebuie să vadă (conform ordinului de înființare, anul 1919) în individul bolnav membrul colectivității, care direct, sau indirect poate interesa sănătatea publică, deci vindecarea lui este dictată de interesul general.

Plăgile sociale bazându-se în lățirea lor, toate pe existența aceluiaș substrat morbid social, (în special veneriile, alcoolismul, tuberculoza, având o covârșitoare influență și asupra mortalității infantile), se impune o luptă comună, intensivă, atât educativă, cât și de asistență socială. Iar, lupta aceasta sistematică se poate baza numai pe instituțiuni speciale formate pentru acest scop, anume *dispensarii* integrale (venerii, tuberculoză, boale de copii, etc.), interesându-se în mod sincer de toate boalele și problemele condiționate de stările morbide social-igienice.

În situația de azi, în plin război, cu majoritatea medicilor mobilizați, lipsa dela serviciile lor de bază, serviciul de combatere este foarte greu.

În fața primejdiei tot mai mari, tot mai alarmante, ni se pune întrebarea, ce putem face acum, prin ce eforturi putem stăvili primejdia care ne amenință cu toată seriozitatea. Sigur, că dacă țara ar fi fost înzestrată din bună vreme cu instituțiuni

solide (dispensării antivenerice) cu menirea specială de a combate plăgile sociale, azi pericolul ar fi mai mic, putându-l ju-gula cu ușurință.

În lipsa acestor instituțiuni, în număr insuficient, apelăm din nou la medicul de circumscripție, căruia îi revine rolul de a se pune cu tot devotamentul în serviciul combaterii bolilor sociale, de a face legătura strânsă cu ambulatoriile sau dispen-sarele existente, cu spitalele din apropiere, colaborând în mod intens pentru stărpirea bolilor.

Cum poate să desăvârșească această operă de regenerare medicul de circumscripție, azi, în plin război, copleșit de atâtea greutăți?

Printr'o colaborare serioasă cu Spitalul secția venerică, cu ambulatorul policlinic sau dispensarul și cu organele militare sa-nitare, între care trebuie să existe o legătură permanentă.

Bolnavul veneric nou depistat sau eliberat din spital, va fi îndrumat și obligat să se prezinte, imediat la medicul de circumscripție, pentru a fi introdus în registrul de evidență și este obligat a se prezenta la data prescrisă la un control, în caz că e nevoie la un nou tratament de spital. Cei cari își vor putea face tratamentul în mod ambulant, îl vor face sau la medicul de circumscripție în zilele designate pentru aceasta, sau la cel mai apropiat ambulator policlinic, sau spital, fiind obligați a ținea în curent pe medicul de circumscripție referitor la mersul tra-tamentului.

Pentru a putea executa în mod corect și prompt aceste mă-suri este neapărat de lipsă lărgirea puterii de execuție pentru medicul de circumscripție, toate organele administrative să fie obligate a executa imediat toate dispozițiile luate de medicul de circumscripție, ca aducerea la controlul medical al celor suspecti, renitenți, recalitranti, cât și pedepsirea aces-tora. Numai prin măsura aceasta vom fi în stare să urmărim firul boalelor venerice în pătura rurală, în familie.

Pentru bolnavii din asigurări, putând fi reglementați mai ușor, combaterea boalelor venerice se poate face cu ușurință, putând avea și evidența lor în mod perfect.

Tratamentul antisifilitic va fi făcut de medicul de circum-scripție, în zile anumite, după normele în vigoare. Ministerul

Sănătății pune la dispoziție cantitatea necesară de preparate salvarsanice, bismut, etc.

În ce privește tratamentul afecțiunilor gonoreice și a șancrului moale, este foarte mult simplificat azi, prin aplicarea preparatelor sulfamidice. La șancrul moale medicul trebuie să țină seamă de o eventuală infecțiune mixtă, deci bolnavul trebuie ținut în evidență și supus unui control serologic, la timpul anumit.

O deosebită atenție și supraveghere trebuie să exercite medicul asupra soldaților veniți acasă din campanie, fiind obligați aceștia a se prezenta imediat, la sosire în comună, atât la jandarmerie, cât și la medicul de circumscripție pentru a fi controlați.

Bolnavii din apropierea sediului dispensarului vor veni la centru pentru tratament, în zilele desemnate pentru dânșii, iar pentru cei din depărtare se vor forma echipe volante, sau ambulatoare policlinice filiale, unde se va prezenta echipa medicală în anumite zile, făcând tratamentul periodic, de două ori pe săptămână. Aceste echipe vor circula periodic prin sate, două luni primăvara, două luni toamna, când locuitorii sunt pe la vatră.

Pentru a ușura serviciul medical este consult a face sub-centre de tratament, concentrând bolnavii din 2—3 comune, într-o singură comună pe ziua, ceasul designat pentru tratament, când medicul va fi prezent.

Primăria comunală să fie obligată a pune la dispoziție în ziua numită, două camere, încălzite, și se va îngriji ca toți bolnavii înregistrați să fie prezenți pentru tratament.

Bolnavii sifilitici să fie obligați a se prezenta regulat la tratament, până la terminarea seriilor de injecții.

Până la completarea numărului necesar de dispensarii, serviciul sus arătat cade în sarcina medicului de circumscripție.

Prin anchetarea sistematică a comunelor, se poate forma icona fidelă a situațiunei sanitare, pe baza căreia se poate institui tratamentul sistematic. Pe calea aceasta nu poate scăpa nimeni netratat, iar, prin procedeul acesta vom generaliza tratamentul asupra tuturor bolnavilor.

Ancheta sanitară se va repeta în fiecare an, făcând statistica comparativă a infecțiunilor și vindecărilor pe sate.

La declararea deceselor din cauza sifilisului, să se facă mențiune specială, iar membrii familiei să fie supuși unui control special, iar în caz de boală să fie supuși obligatoriu tratamentului.

Conducerea acțiunii de combatere să o aibă dispensarul antiveneric, ca organ competent, unde lipsește acest organ, conducerea o va avea medicul primar al județului în colaborare strânsă cu medicii specialiști dela spitale și cu medicii de circumscripție.

În echipele volante vor lua parte medicii dispensarelor antivenerice, toți medicii de circumscripție și se vor angaja și medicii specialiști particulari.

Ministerul Sănătății în ultimii ani a luat măsura lăudabilă prin obligarea studenților în medicină pentru a presta muncă de folos obștească în timpul vacanțelor mari. Acești studenți, din anii ultimi, vor putea fi de un real folos în combaterea sistematică a plăgilor sociale, conduși de medici specialiști, în mediul rural, vor putea face ei tratamentul periodic al bolnavilor sifilitici pe sate.

Nu ne putem închipui o luptă sistematică, fără ca aceia în favoarea cărora se dă lupta, să nu se supună unei discipline absolute. Supunerea aceasta va fi de bună voe, sau silită, mai ales acum, când marile interese ale Statului cer această regenerare a populației.

Maghiarizarea orașelor din Transilvania

de
Prof. TIBERIU MORARIU

Structura etnică a orașelor Transilvaniei face parte dintre problemele mult discutate în legătură cu această provincie. Documente vechi, relativ la această problemă, avem prea puține. Cu toate acestea se poate constata — pe baza documentelor maghiare — că începând cu secolul al XII—XIII-lea se vorbește în Transilvania de numeroase organizații străvechi: *cnezate și voievodate*, stăpânite de populația autohtonă românească. Fiind organizațiile acestea primele nuclee administrative, au necesitat în mod logic, „ca o verigă firească a dezvoltării organice a unui popor așa de numeros cum era populația românească, înfiriparea unor așezări suprarustice”. Aceste așezări, întemiate în mijlocul unor unități geografice naturale, aveau să se desvolte mai târziu în importante centre urbane. După colonizarea germană în Transilvania, unele dintre vechile așezări suprarustice au luat avânt și mai mare. La aceste mai trebuie să adăugăm și înfiriparea căilor de comunicație mai importante. Stăpânirea vechilor organizații, în timp ce Ungurii se fereau de ele, este afirmată de altfel și de somități științifice. Ne având statistici detaliate pentru timpurile mai vechi, privitoare la populația urbană din Transilvania și peste tot din fosta Ungarie, lăsăm câteva citate. Astfel statisticianul *Martin v. Schwartner*, în lucrarea sa: „Statistik des Königreiches Ungern”, Ofen 1809, vol. I, la pag. 121 spune următoarele: „*Es scheint der Unger verabscheute das Stadtleben... Nur das freye offene Feld schien ihm für seine Neigung, und für seine Freyheit schicklich; und noch heute zieht der ungarische Stadtbürger, wo er einzeln in Städten anzutreffen ist, die äussere Vorstadt, dem innern Ring-Platz vor*”.

Un alt autor ungar, *Dr. Vitéz Málnasi Ödön*, în lucrarea: „A magyar nemzet öszinte története”, Budapest 1937, referindu-se la conscripția lui Iosif al II-lea relatează la pag. 119 că: „*Marea parte a orașelor sunt fără Unguri, cu cetățeni duri (rustificați) după stilul Biedermaier. Populația orașului Buda și Pest sporește la 60.000 locuitori, dar cetățenii ei abia vorbesc*

ungurește". (A városok nagyrésze magyartalan, biedermeiresen nyárspolgári. Buda és Pest népesége hatvanzerre szaporodik, de polgárai alig beszélnek magyarul"). Aceleași constatări le face și Kossuth Lajos care în discursurile sale, ținute în 1848, este intrigat de caracterul străin al Budapestei. El spune: „A fost teribil nu de mult încă a se și gândi, că însași capitala Ungariei nu are caracter maghiar, că este singura capitală din lumea întreagă care nu personifică, nu reprezintă tipul istoric al patriei sale . . .” (Borzasztó volt még nem rég azt csak is gondolni, hogy Magyarország fővárosának nincsen magyar jellege, hogy az egyedüliváros, az egész világon, mely hazája, történelmi typusát nem személyesíti, nem képviseli . . .”) (după Kossuth Ferenc în lucrarea: Kossuth Lajos iratai, Budapest 1904, vol. X, pag. 77). Afirmatii analoage sunt făcute de Dr. Szentkláray Jenő, Czoernig, Joan Csaplovics, Ortmayer Tivadar, Fényes Elek, Lakatos Otto, Beksics Gusztáv, St. Ludwig-Roth, Maya Depner, Hans Walter Rührig, Dr. Speck și alții, care arată în lucrările lor că orașele Dej, Baia-Mare, Satu-Mare, Cluj, Oradea, Turda, Arad, Timișoara, Brașov și a. erau orașe românești sau „blühende sächsische Städte”. Pentru exemplificarea celor de mai sus voiu reda, după acești autori, unele dintre afirmațiile lor. Astfel etnograful Czoering, în lucrarea sa: „Etnographie der Oesterreichischen Monarchie” Wien 1857, vol. II, spune la pag. 271: *Gross-Wardein in Komitat Bihar; Nationalität: gemischt (Deutsche auch Rumänen)*. În altă parte a lucrării menționate relatează că: *ueber Gross-Tolfału und Sitér-völgy wird das römänisch-magyarische Grosswardein und der schnelle Körös erreicht*. (vol. I, p. 65). Relativ la Satu-Mare, în aceeași lucrare, vol. II, pag. 272 spune: „*Szathmár-Némethi, Nationalität Deutsche aus Bayern (1002—1005), gegründet durch die Königin Gizela*. Orașul Cluj, este dovedit ca fiind întemeiat pe vechiul Napoca în care la 1270—1272 au fost colonizați Sașii, păstrând acest centru caracterul german până la 1568, când a început să fie maghiarizat. (Czoernig vol. II, pag. 277. *Klausenburg (1270—1272), Nationalität Sachsen, später auch Ungarn . . . Seit dem J. 1458 wurde alternative Richterwahl zwischen den Sachsen und Ungern Klausenburgs beobachtet . . . Seit dem J. 1568 erfolgte die völlige Magyarisierung Klausenburgs*). Deasemeni Brașovul avea între anii 1735—1736 numai populație germană și

română, fără a se aminti de existența Ungurilor (Czoernig, vol. II, pag. 286,289). La fel populația Aradului, în 1774, era compusă în cea mai mare parte din Români, reprezentați prin 60,3%, iar Unguri abia erau 7,8%, lucru afirmat de *Lakatos Otto* în lucrarea: *Arad város története*, 1881, pag. 127 (Arad városának, legnagyobb része 1774 évben oláhokból, szerbekből, németekből állot, a magyarság képezte a polgárság legkisebb részét). Istoricul maghiar *Lr. Szentkláray Jenő* vorbind despre caracterul orașului Timișoara recunoaște că nici chiar funcționarii orașenești nu cunoșteau la 1850 limba maghiară (Sőt a városi tisztviselők az ország nyelvet még csak nem is értik), (publicat la pag. 93 din lucrarea: *Temesvár sz. kir. város története*). Insuși Iosif al II-la vorbește într'o ordonanță din 6 Maiu 1783 despre „*Walachische Städte*” în Transilvania.

Prin urmare din aceste citate se desprinde următoarea concluzie: *până la începutul jumătății a doua a veacului trecut, majoritatea orașelor Transilvaniei aveau o structură etnică românească sau germană și abia în al treilea rând ungurească.*

Dacă orașele Transilvaniei aveau în trecut structura etnică română sau germană, aceasta a fost mult schimbată după încheierea dualismului (1867), când politica maghiară a fost stăpânită de idealul de a face din Ungaria poliglotă și poli-națională un stat național maghiar. Schimbarea structurii etnice a orașelor s'a făcut prin desnaționalizare și asimilarea în masă a Germanilor, Evreilor, Țiganilor, Slovacilor, Rutenilor, Sârbilor, Cehilor și ale altor elemente etnice din centrele urbane. Acest lucru este afirmat chiar de deputatul ungar, *Béla Grünwald*, care într'o ședință a parlamentului maghiar din 1879 a spus: „*Wen wir leben wollen so müssen wir uns vermehren und stärken durch die Assimilation fremder Elemente*”. (După *Debatten des ungarischen Reichstages über den obligaten Unterricht der magyarischen Sprache in sämtlichen Volksschulen*, München 1879, pag. 140). Cu cincizeci și cinci ani mai târziu, în 1936, ministrul cultelor, *Bálint Homán*, în calitatea sa oficială recunoaște rezultatele acestor maghiarizări, declarând într'o ședință a parlamentului maghiar din 20 Maiu 1936 (publicate în *Pester Lloyd*, Nr. 217, 1936) următoarele: „*Der grösste Wert der ungarische Nation ist die Fähigkeit, die oft zahlreichen fremden Gruppen, die sich auf dem Gebiete des Landes angesiedelt*

haben, vollkommen zu assimilieren. Wenn die ungarische Nation diese Fähigkeit nicht besessen hätte, so hätte sie nicht die Kraft aufgebracht tausend Jahre zu bestehen“.

Din cele ce urmează se va vedea că Ungurilor le-a reușit să creeze în orașe, o majoritate artificială ungurească, prin maghiarizări făcute, după cum vom vedea, prin diferite metode. După cum am amintit mai sus, dacă nu avem date statistice mai vechi relativ la structura etnică a orașelor totuși vom putea să vedem, urmărind pe epoci diferite, creșterile exagerate ale populației maghiare din care rezultă că acest spor este nenatural. Astfel *Dr. Sabin Manuilă*, în lucrarea „Evoluția demografică a orașelor și minorităților din Transilvania“, București, 1929, stabilește pentru orașele Transilvaniei că pe intervalul de timp dela 1880—1890, Ungurii sau sporit în centrele urbane cu 22,80%, în timp ce restul naționalităților abia au avut o creștere de 3% în 10 ani. Alte centre urbane ca de ex. Deva a

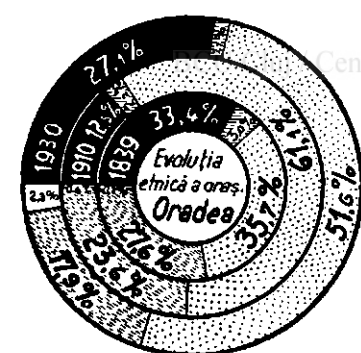
BCU Cluj / Cluj-Napoca University Library Cluj



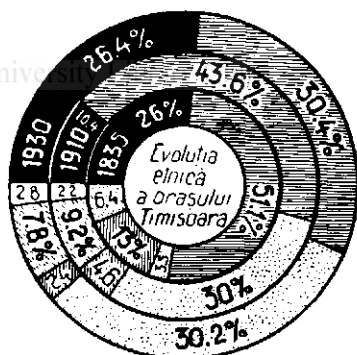
crescut cu 106%, Clujul cu 30,2%, pe intervalul de timp dela 1890—1900. Creșterile exagerate ale populației în centrele urbane sunt recunoscute de statisticienii Unguri, ca de ex. Varga care constată că pentru intervalul de timp dela 1880—1890 centrele urbane mari au sporit cu 85.56%, deci reprezintă o creștere vertiginoasă nenaturală, în timp ce populația nemaghiară arată o scădere de 1,93%. Acest lucru nu se întâmplă în mediul rural unde sporul populației ungurești, pe același interval de timp, era abia de 0,33%.

Creșterea vertiginoasă a populației maghiare în centrele urbane se datorește mai multor cauze. În primul rând este asimilarea populației evreești, ceea ce este afirmat de *Jekelfalusi* și *Varga* care susțin că de ex. în Bihor, începând cu anul 1890, au fost maghiarizați toți Evreii, iar în Sălaj un procent de

77,73%, ceea ce nu s'a întâmplat cu populația românească, după cum afirmă Kovács Alajos. Ca exemplu putem cita orașul Bistrița în care Germanii reprezentau 62,0% din totalul populației, în 1880, în timp ce Ungurii abia 7,1% iar Românii 26,2%. Cu douăzeci ani mai târziu, în 1900, procentul Sașilor a scăzut la 52,5%, al Românilor s'a menținut la 26,5% iar al Ungurilor a crescut la 20,17%. Creșterea Ungurilor se datorește maghiarizării Evreilor. Aceleași fenomene s'au petrecut cu Brașovul a cărei populație în anul 1735 era compusă numai din Români și Germani iar cu timpul au reușit să se infiltreze aici și Ungurii, care au fost aduși din Săcuime. Astfel pe intervalul de timp dela 1880 la 1900, Germanii scad în Brașov dela 33,5 la 29,8, iar Românii dela 31,7% la 30,3%, în timp ce Ungurii au un spor care se ridică dela 33,2% câți erau în 1880 la 38,1% în anul 1900.



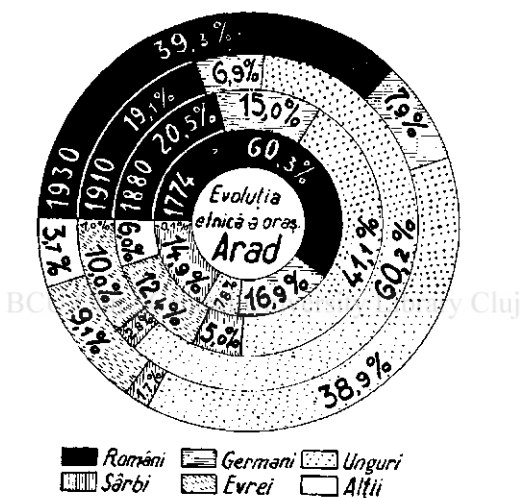
■ Români ■ Germani ■ Unguri
■ Evrei □ Alții



■ Români ■ Germani ■ Unguri
■ Sârbi ■ Evrei □ Alții

Un alt factor care a determinat creșterea populației maghiare în centrele urbane se datorește imigrărilor și colonizărilor. Aceste tendințe au fost susținute și alimentate în mod artificial de stăpânirea ungurească, înlesnindu-le prin toate mijloacele, în timp ce populația nemaghiară era împiedecată pentru a se stabili în centrele urbane. După datele statistice maghiare, din anul 1900 rezultă că procentul celor imigrați se prezenta astfel: Arad 54,0%, Timișoara 61,2%, Oradea 58,2%, Sătmar

46,3%, Cluj 53,3%, Tg. Mureș 53,6%. În general totalul celor imigrați la orașe, pentru intervalul de timp dela 1869 până la 1900 a fost pentru unele centre urbane de 77,6. Elementul românesc în schimb era silit să emigreze în România Veche și în America, unde au întemeiat numeroase colonii (Manuilă, l. c. p. 78--79). Dacă din partea Ungurilor nu s'ar fi întrebuințat mijloacele amintite, este foarte natural că orașele nu ar fi avut un excedent de populație atât de mare. Ba chiar mai mult,



după statisticile maghiare rezultă că dacă nu s'ar fi făcut asimilări de populație nemaghiară, procentul Ungurilor ar fi scăzut, ceea ce se confirmă în ce privește populația orașului Aiud, care la 1880 avea un total de 77,5% Unguri care în 1890 scade la 70,94%; Șimleul-Silvaniei avea în 1880 un total de 83,12% scăzând în 1890 la 80,50%; populația Zalăului scade dela 93,02% la 92,55% pentru același interval de timp (Manuilă, l. c.).

După ce am arătat factorii determinanți ai creșterii nenaturale a populației din centrele urbane, să vedem acum felul acestor maghiarizări. Ceea ce a ușurat mult asimilarea Evreilor se datorește masei lor compacte în orașe. Germanii în schimb, care cu câteva decenii în urmă aveau orașele lor proprii, ca de ex. Clujul, Oradea, Baia Mare, Satu-Mare au fost asi-

milați, datorită următorilor factori, după Manuilă (l. c. p. 79—80): 1. Germanii n'au dispus de o rezervă de populație rurală capabilă de a umple golurile dela orașe. Pentru ca să poată îndeplini acest rol, satele germane ar fi trebuit să fie numeroase și să aibă în permanență un mare excedent de natalitate, ceea ce nu a fost cazul; 2. Intelectualii germani din orașe se declarau Unguri; 3. Ungurii, care deși aveau o natalitate destul de mare, nu dispuneau de sate ungurești în jurul orașelor (de exemplu Clujul s'a maghiarizat în mijlocul unei mase compacte românești), au compensat această lipsă susținând în mod artificial aglomerarea la orașe a elementului maghiar de pe pusta ungurească și din Săcuime precum și prin colonizarea unui mare număr de Unguri prin regiunile românești; 4. La aceste se mai adaugă și împiedecarea elementului românesc de a se plasa la orașe, silindu-i să ia drumul pribegiei, emigrând în străinătate.

Prin mijloacele amintite mai sus au putut Ungurii să dea un caracter fals orașelor Transilvaniei ceea ce pe cale naturală n'ar fi putut reuși, fiindcă mediul rural, chemat să alimenteze centrele urbane, cu populație proaspătă rurală, nu era unguresc, după cum ne demonstrează statistica ungurească din anul 1910, după care populația românească prezenta 59,2% din totalul populației Transilvaniei în timp ce Ungurii abia 22,7%.

În rezumat: orașele Transilvaniei care în trecut în majoritatea lor covârșitoare nu erau ungurești au fost maghiarizate în mod artificial abia începând cu jumătatea a doua a veacului trecut.

Cu totul altfel s'a prezentat structura etnică a orașelor Transilvaniei după războiul mondial. A început un proces de aglomerare a elementului românesc spre orașele ardelen, astfel că Românii au luat un loc important în centrele urbane. La aceste mai trebuie adăugat și suspendarea emigrărilor în străinătate a elementului etnic românesc (Manuilă, l. c.). Prin faptul că structura orașelor era clădită în mod artificial, această structură s'a răsturnat dela sine. Statul Român, prin redeşeptarea la conștiința națională a Șvabilor, Sașilor, Slovacilor și Evreilor, ușurând această redeşeptare prin crearea de școli de Stat, cu limba de predare a neamului lor, a făcut ca mulți dintre cei pe cale de dispariție să-și revină iarăși la conștiința lor națio-

nală. Prin această măsură, structura etnică a orașelor a primit cu totul altă înfățișare, ceea ce se și explică dacă ținem seamă că toate centrele urbane din Transilvania erau situate în mijlocul unor compacte mase românești. Așa în 1930, în mediul rural populația era astfel repartizată pe provincii, după neam: în Transilvania Românii prezentau 61,7%, Ungurii 27,0%, Germanii 6,9% iar Evreii 1,3%, în Banat, Românii erau 58,6%, Ungurii 7,7%, Germanii 22,1%, Evreii 0,2%; în Crișana-Maramureș, Românii erau 67,6%, Ungurii 18,09%, Germanii 5,3%, iar Evreii 3,8%. Cu totul altfel s'a prezentat structura etnică în mediul urban: în Transilvania Românii erau 35,9%, Ungurii 39,7% (cuprinde și Evreii maghiarizați), Germanii 12,7%, Evreii 8,6%. În Banat Românii erau 35,0%, Ungurii 22,7%, Germanii 31,3%, Evreii 5,8% iar în Crișana-Maramureș, Românii 33,1%, Ungurii 43,6% (cuprinde și Evreii maghiarizați), Germanii 3,0% iar Evreii 16,7%.



Constatări cu privire la aplicarea metodei sero-antropologice pe teren

de
ALEX. MANUILA și MARIA VESTEMEANU

Nu arareori științele pozitive au suferit în concluziunile lor finale consecințele unor erori introduse în calcule, erori ce schimbau adesea complet sensul unei cercetări.

Sero-antropologia nu a fost ferită nici ea de aceste neoportune accidente.

Cercetări ce nu corespund în totul realității biologice, există chiar printre acelea efectuate în țară.

Nu este locul de a pătrunde mai adânc în miezul acestei probleme cu atât mai mult cu cât ea face obiectul unui studiu special încă neterminat, ce va aduce toate lămuririle pe care această afirmație le incumbă. Enunțarea simplă a acestui adevăr, cu valoare de axiomă, ne folosește însă pentru expunerea ideii de bază ce dorim să se desprindă din aceste câteva rânduri.

Pericolul erorilor a fost studiat de sero-antropologie cu deosebită atențiune tocmai din pricina susceptibilității acestei metode față de accidente și neprevăzute.

Finețea mecanismului de izoaglutinare, exactitatea atât de necesară în lucru și atenția cercetătorului în cursul reacțiilor, de care rezultatul exact depinde în mare măsură, au făcut ca toate sursele de erori să fie cercetate, cunoscute și semnalate.

Tehnica de lucru, datorită acestor fapte, este astăzi standardizată după principii ce garantează absolut exactitatea diagnosticului serologic.

S'ar părea cu acestea, că rezultatul final nu mai poate fi denaturat în nici un fel, alte surse aparente de erori ne existând.

Metoda de lucru însă nu epuizează toată gama erorilor posibile. Pe lângă ea, *natura materialului* examinat reprezintă cea de a doua sursă generatoare de erori și surprize.

A determina indicele biochimic al unei populațiuni purtătoare a unui anumit nume, nu însemnează a alege la întâmplare câteva sute de voluntari din sânul ei și a-i examina. Căci printre

aceștia se pot ascunde cu ușurință elemente streine de populațiunea cercetată și susceptibile de a aduce erori în calcule. Este cam ceea ce s'a petrecut în Runcu-Gorj, în anul 1935, când pentru bărbați s'a fixat un $I.H.=1,3$, iar pentru femei de 1,7.

Mai mult chiar decât atâta, materialul de cercetat trebuie selecționat după anumite criterii, iar locul cercetării trebuie să îndeplinească și el anumite condițiuni.

Vom folosi pentru exemplificare datele unei cercetări pe care împreună cu D-l M. Vlad am executat-o în anul 1942 într'un sat din Transnistria.

Examinând populațiunea românească după principiile clasice, utilizând în reacții metoda Beth-Vincent cu unele modificări propuse de D-l Dr. P. Râmneanțu, am putut determina $I.H.=2,08$. Numărul mai mare de 500 reacții efectuate ne-a garantat exactitatea rezultatului.

Comparat cu altă cercetare efectuată în sânul aceleiași populațiuni românești Transnistriene, în Speia, sat situat la câțiva km. depărtare, rezultatul din Tașlăc a fost verificat de cel din Speia unde $I.H.=1,96$, deci cu totul asemănător¹⁾.

Încercând o verificare a numărului minim de cazuri pe baza cărora se poate stabili un indice biochimic, am alcătuit un tablou pe care-l dăm mai jos.

Examinând datele tabloului pe care-l reproducem, constatăm că în afară de majoritatea coloanelor, la care $I.H.$ variază în limitele normale, explicabile prin intervenția elementului „hazard” față de numărul mic de 50 analize, la coloanele 3, 8, 9 și 10, se observă o exaltare neașteptată a indicelui biochimic.

Intr'adevăr:

a) Coloana No. 3 (dela 101—150) realizează un $I.H.$ foarte scăzut (0,95), datorită creșterii grupului asiatic (12 cazuri) și grupului AB (7 cazuri).

b) Coloana No. 8 (dela 351—400) înregistrează același $I.H.$ scăzut (0,95), datorită enormei creșteri a grupului B (15 cazuri).

c) Coloana No. 9 (dela 401—450) înregistrează o enormă creștere a $I.H.$ (12,0!), datorită creșterii grupului A (24 cazuri),

¹⁾ M. Vestemaneu, A. Manuilă, M. Vlad: „Recherches sur les groupes sanguins des Roumains d'au dela du Nistre”. Comunicare la Academia de Științe a României.

I. H. calculat pentru grupe de câte 50, 100, 200 250 și 543 elemente

Nr. coloanei	Cazurile cercetate	O	A	B	AB	$\frac{A+AB}{B+AB}$				
						1-50	1-100	1-200	1-250	1-500
1	1-50	10	26	8	4	2,67	1,97	1,73	1,87	2,40
2	51-100	10	21	11	8	1,53				
3	101-150	2	11	12	7	0,95	1,48			
4	151-200	17	23	8	2	2,50				
5	201-250	20	22	7	1	2,88	2,37			
6	251-300	18	21	10	1	2,00				
7	301-250	20	18	6	6	2,00	1,33	4,71		
8	351-400	15	14	15	6	0,95				
9	401-450	24	24	2	0	12,00	9,17	2,40		
10	451-500	17	29	2	2	7,75				
11	501-543	9	21	9	4	1,92	4,21			
12	Totalul 543 cazuri					2,08				

Notă. — Au fost încadrate proporțiile anormal de mari sau mici.

cât și datorită înaltei valori a grupului O (tot 24 cazuri), care face ca din totalul de 50 analize numai 2 să mai poată fi repartizate grupelor B și AB, singurele în măsură să scadă indicele biologic la o valoare normală.

d) În fine coloana No. 10 (de la 451—500) înregistrează un I.H urcat (7,75), datorită aceleași creșteri a grupului european A până la valoarea de 29 cazuri.

Dela început am exclus cu totul rolul hazardului în ivirea acestor accidente. Cercetând variațiunile îndeaproape prin examinarea cauzelor care au dus la creșterea exagerată a anumitor grupe, am putut constata următoarele.

În câteva rânduri s'au prezentat la examenul serologic câteva familii numeroase. Aceste familii, cum era și de așteptat, aparțineau aproape în totalitate aceluiaș grup sanguin, modificând valoarea acestuia în coloana respectivă prin faptul că numărul analizelor total (50) era prea mic pentru a putea oferi acelaș joc de hazard și celorlalte grupe în sânul respectivei coloane.

Iată exemplificarea:

In coloana 2-a apare o familie întreagă aparținând grupului B și ridicându-i deci valoarea, după cum urmează:

1. Durbailov Natalia, 8 ani, grup B;
2. Durbailov Fiodora, 13 ani, grup B;
3. Durbailov Clara, 7 ani, grup B;
4. Durbailov Stepanida, 14 ani, grup B;
5. Durbailov Pavel, 16 ani, grup B.

Grupului AB aparțin:

1. Demianov Grigore, 15 ani, grup AB;
2. Demianov Silvestru, 18 ani, grup AB;
3. Demianov Arion, 39 ani, grup AB;
4. Cernov Gavril, 28 ani, grup AB;
5. Cernov Paraschiva, 10 ani, grup AB.

In coloana 8-a apare următoarea familie aparținând în majoritatea grupului B și influențând în cest fel valoarea grupului respectiv:

1. Brăilă Grigore, 30 ni, grup B;
2. Brăilă Maria, 7 ani, grup B;
3. Brăilă Daria, 13 ani, grup B;
4. Brăilă Eftimia, 15 ani, grup B;
5. Brăilă Agafia, 16 ani, grup B;
6. Cernov Maria, 16 ani, grup B;
7. Cernov Daria, 16 ani, grup B.

In coloana 9-a, manifestând cea mai mare exaltare, găsim două familii jucând rol preponderent în influențe:

1. Angan Grigore, 13 ani, grup O;
2. Angan Mihail, 9 ani, grup O;
3. Angan Filimon, 13 ani, grup O;
4. Angan Maxim, 10 ani, grup O;
5. Angan Tudose, 46 ani, grup O;
6. Angan Anton, 23 ani, grup O;
7. Angan Sava, 34 ani, grup O.

1. Țăran Vasile, 59 ani, grup A;
2. Țăran Anton, 35 ani, grup A;
3. Țăran Ecaterina, 16 ani, grup A;
4. Țăran Clava, 7 ani, grup A;
5. Țăran Mihail, 17 ani, grup A;
6. Țăran Alexe, 32 ani, grup O.

In fine în coloana 10-a indicele biochimic capătă o valoare mare prin influența următoarelor familii:

1. Țăran Niculae, 30 ani, grup A;
2. Țăran Nichita, 33 ani, grup A;
3. Țăran Fidusia, 20 ani, grup A;
4. Țăran Paraschița, 12 ani, grup A.

1. Bordian Petre, 6 ani, grup A;
2. Bordian Foca, 42 ani, grup A;
3. Bordian Filip, 29 ani, grup A;
4. Bordian Maria, 13 ani, grup A.

Iată dar explicația biologică și matematică a exaltărilor înregistrate la calcularea I.H. pentru analize puține (50).

Famițiile venind la analize în întregime, cu toți membrii, „aparținând în mare majoritate unui anumit grup au modificat valoarea acestui grup”, deci I.H. al coloanei respective, influența pierzându-se numai în numărul mare al totalului analizelor.

Concluziunile practice ce rezultă din această experiență sunt:

1. Numărul analizelor, pentru ca o cercetare sero-antropologică să aibe absolute garanții de exactitate trebuie să fie mai mare sau cel puțin egal cu 500.

2. Subiectele analizate să nu aibe, pe cât posibil, nici un fel de legătură de rudenie între ele. Analizele excutate în școli, cazărmi, instituții publice, sunt acelea ce convin mai mult din acest punct de vedere.

3. Atunci când numărul analizelor este mai mic de 500, nu se vor examina familii întregi, ci numai capii de familie, restul familiei aparținând în mare parte grupului căroră părinții aparțin și modificând astfel rezultatul cercetării, după cum am demonstrat mai sus.

4. Cercetările nu se vor efectua în sate cu un număr mic de locuitori (ex. 500) deoarece în felul acesta nu se examinează 500 de elemente diferite ci un număr de, bunăoară 100 familii cu câte 5 membri; și, admitând pentru ușurința demonstrării ca într'o familie toți membrii aparțin aceluiaș grup sanguin aceasta însemnează că cercetarea conține analize a numai 100 tipuri reprezentative sanguine și nu a 500.

Pentru o acțiune de medicină preventivă și de ocrotire

de
P. RĂMNEANȚU

Dacă facem o privire comparativă asupra acțiunii medicinei curative și asupra celei preventive și de ocrotire, constatăm, pe baza succeselor obținute până în prezent, că aceasta din urmă are un rol mai hotărâtor și a contribuit incomparabil mai mult la reducerea mortalității decât medicina curativă. Medicina preventivă are drept scop să îndrume și să supravegheze ființa umană în toate fazele ei de evoluție pentru a o menține pe linia normalității fizice și mintale, să-i urce capacitatea de rezistență față de agenții patogeni, să amelioreze influența factorilor nocivi din mediul extern și să ofere populației actuale ocrotirea și educația, necesare asigurării progresului numeric și calitativ al generațiilor viitoare. Acțiunea aceasta e exclusiv de stat. Instituții și persoane particulare în acest domeniu nu se angajează, decât cu puține excepții, ceea ce și explică de ce statele convinse mai mult de posibilitatea pe care știința ne-a pus-o la îndemână, în ce privește asigurarea permanenței capitalului biologic, își au cadrele de sănătate organizate aproape numai cu scop preventiv, lăsând mai mult sau mai puțin sănătatea indivizilor izolați în mâini particulare.

În grupe mari câmpul de activitate al medicinei preventive și de ocrotire se subimparte în:

Statistică vitală;

Combaterea bolilor infecțioase;

Combaterea bolilor venerice;

Combaterea tuberculozei;

Ocrotirea copilului în toate fazele lui de evoluție;

Controlul alimentelor, apei și îndepărtarea reziduurilor;

Laborator și

Educație sanitară.

Aci nu ne va preocupa justificarea existenței și necesitatea acestor probleme, ele ne sunt prea bine cunoscute. Vrem să le analizăm numai din punctul de vedere al dimensiunilor pe care le îmbracă și al eforturilor pe care le depune serviciul sanitar în soluționarea lor. Fiecare din punctele înșirate reclamând, atât preocupări de ordin sanitar, cât și de ocrotire, le vom analiza din ambele puncte de vedere. Unitățile de bază de plecare sunt fenomenele vitale din anul 1940, iar drept standard de acțiune sanitară și de ocrotire vom lua următoarele raporturi:

Necesitățile sanitare și de ocrotire exprimate în vizite, pe baza datelor demografice din 1940.

PROBLEME	Nr. vizitelor pe unități		Nr. total al vizitelor	
	Medicale și sanitare	De ocrotire și asistență	Medicale și sanitare	De ocrotire și asistență
TOTAL, România	—	—	8.279.887	10.762.423
Statistică vitală și administrație	10% din activitatea totală	15% din activ. totală	827.989	1.614.363
Combaterea bolilor infecțioase				
Consultații de bolnavi	3 la 1 bolnav	2 la 1 bolnav	193.077	128.718
Imunizări contra febrei tifoide. Pentru 1 caz 100 de persoane ¹⁾	20 la 1 bolnav	—	40.080	—
Vaccinări antivariolice ²⁾	1 la 10 născuți	—	35.253	—
Revaccinări anti-variolice ²⁾	2 la 10 școlari	—	370.600	—
Vaccinări antidifterice și antiscarlatinoase ¹⁾	24 la 10 preșcolari	—	357.200	—
Combaterea bolilor venerice				
Consultații de bolnavi	2 la 1 bolnav	—	81.072	—
Tratament	10 la 1 bolnav	2 la 1 bolnav	400.536	81.072
Combaterea tuberculozei				
Consultații și tratament	10 la 1 decedat	20 la 1 decedat	262.620	525.240
Ocrotirea copilului				
Ocrotirea sugarului	25 la 1 născut	10 ³⁾ la 1 născut	881.320	3.525.280
Ocrotirea preșcolarului	2 la 10 preșcolari	2 la 10 preșcolari	357.200	357.200
Ocrotirea școlarului ⁴⁾	1 la 1 școlar	2 la 1 școlar	1.853.000	3.706.000
Controlul alimentelor, apei și îndepărtării reziduiilor				
Inspecții sanitare comunale	15 la 100 loc.	—	199.488	—
Controlul alimentelor, apei și îndepărtării reziduiilor	15 la 1000 loc.	—	199.488	—
Laborator	15 la 1000 loc.	—	199.488	—
Educație sanitară	2 la 1000 loc.	12 la 1000 loc.	26.598	159.590
Asistență publică ⁵⁾	—	5 la 1000 loc.	—	664.960
Consultații gratuite, pentru boli sociale și pentru dependenți ⁶⁾	15 la 100 loc.	—	1.994.878	—

Raporturilor notate de sigur le putem aduce multe critici, până când însă nu vom cunoaște necesitățile dintr'o unitate sanitară în care s'a activat cu succes, în ce privește combaterea mortalității și cu condiții de generalizare pe țară, ele totuși ne pot face o părere apropiată de realitate. Suma totală a vizitelor medicale și sanitare, împărțită cu produsul dintre numărul medicilor (1660) și numărul zilelor de lucru (297), ne dă media vizitelor pe care trebuie să le presteze un medic pe zi. ($7.451.898 : 493.020 = 15,1$). La fel, procedând și pentru vizitele de ocrotire și asistență, obținem media vizitelor pe o soră. Fiindcă deocamdată nu avem decât prea puține surori, în această ramură de activitate nu putem face nici măcar reflexii, relativ la un bilanț. Propriu zis, nu avem decât un sâmbure de început foarte modest. De aceea cu această latură a problemei nici nu ne ocupăm.

Reiesă din calculul de mai sus că un medic ar trebui să acorde zilnic 15,1 vizite, plus 1 pentru gravide (după cum a reieșit dintr'o altă analiză a noastră), adică aproximativ 16, iar în domeniul ocrotirii propriu zise, cu ceea ce avem astăzi nu putem realiza decât foarte puțin. Întrebarea care ni se pune, e deci dacă un medic sanitar poate sau nu să facă zilnic 16 consultații? Răspunsul ar fi pozitiv dacă e vorba de consultații la dispensar. Dacă privim însă amănunțit grupele de probleme din tabela precedentă, și dacă ținem seamă de marea dispersiune a populației noastre (80% populație rurală, iar un sat în medie are numai 949 de locuitori), atunci ne dăm seama că, aproximativ trei sferturi din activitate necesitând deplasări în comunele nereședințe, cifra medie de 16 vizite pe zi întrece capacitatea fizică a unui medic sanitar. Această concluzie are însă și un corectiv însemnat, acela că activitatea de medicină preventivă în marea ei majoritate, fiind de grup și susceptibilă unui

Apartin tabelei precedente.

¹⁾ Echivalența de lucru în timp: cinci imunizări le considerăm egale cu o vizită.

²⁾ Zece imunizări le considerăm egale în timp cu o vizită.

³⁾ Sunt cuprinse și conferințele ținute mamelor cu copiii sănătoși.

⁴⁾ Trei consultații de asemenea natură le considerăm egale cu o vizită.

⁵⁾ Fiindcă la noi aceleași servicii și organe sunt obligate a face asistență medicală și de altă natură, am înglobat și problemele acestea între cele de sănătate și de ocrotire.

program înainte stabilit, numărul deplasărilor se poate reduce considerabil. E suficientă o deplasare săptămânală într'o unitate.

O cifră de consultații apropiată de aceasta medicii noștri sanitari au și realizat. În anul 1938, în cele 1464 de circumscripții rurale s'au dat 4.506.169 de consultații la dispensare și 1.068.289 la domiciliu, adică în medie 10,4 și 2,5 de circumscripție.

În general deci ajungem la concluzia că, neținând seamă de insuficiența mare a surorilor de ocrotire, numărul actual al medicilor sanitari aproape că ar corespunde cu necesitățile reclamate de un program mediocru de sănătate publică, bine înțeles, dacă li s'ar adăuga și un număr suficient de mare de medici igienişti. Și cu toate acestea procentul deceselor asistate de medic se opun categoric acestei afirmări. Iată câteva exemple.

În anii 1935—1941 între decedații de toate etățile și cauzele, pe luni de calendar, numai dela 36,4%—53,1% s'au bucurat în viață de asistență medicală.

În aceeași ani asistența medicală a copiilor, de etatea dela 0—1 an, decedați a variat dela 21,9% până la 22,2%.

În anul 1939 asistența deceselor sub un an de pneumonii și broncho-pneumonii în mediul rural a variat dela 33,4—40,2%, iar în cel urban dela 79,8—88,3% și a celor de malformații congenitale, în sate a fost dela 10,8—13,2% și în orașe 41,5—58,2%.

Nu avem fenomene înregistrate ca să putem da o interpretare sigură acestei deosebiri. Ținând însă seamă de privirea mai atent făcută asupra câtorva registre de consultații, credem că cifra de consultații redată mai înainte, aproape egală cu necesitățile populației, se datorește vizitelor repetate pe care medicii le fac acelorăși bolnavi. Am găsit, în registrele amintite, bolnavi trecuți pe aceeași pagină de două-trei ori, ceea ce denotă că în caz dacă am ține seamă de cifra bolnavilor consultați, am ajunge la o suprapunere cu procentele deceselor care au avut asistență medicală. Prin urmare proporțiile deceselor care au avut asistență medicală reprezintă într'adevăr realitatea. Medicii noștri sanitari își consumă majoritatea timpului, examinând și tratând de mai multe ori aceleași persoane, iar problemelor de medicină preventivă nu ajung să le dea atenția cuvenită.

Făcând o privire de ansamblu asupra acestei analize desprindem două observațiuni, pe care credem că ni se impun să

fie relevate. Prima că serviciile sanitare și de ocrotire în actualul lor stadiu străbat un drum greu și nu au eficiența energiei cheltuite și a doua, că ar fi ultimul moment când mai avem răgaz, — din cauza excedentului natural care tinde spre zero — să ne gândim că totuși dacă am îndruma serviciile sanitare pe alte căi, am putea reduce mortalitatea. Indrumările ar fi următoarele:

1. *O intensificare a activității preventive față de toate problemele înșirate în tabela precedentă, care să determine o reducere a mortalității și a irosirii activității pentru îngrijirea medicală a bolnavilor izolați.*

2. *Organizarea țării pe plăși sanitare cu 50.000—100.000 locuitori, conduse de medici igienişti și acordarea unei pregătiri mai temeinice medicilor sanitari în medicina preventivă și în administrația sanitară.*

3. *Acordarea de transport oficial adecvat medicilor sanitari și surorilor de ocrotire, și*

4. *Pregătirea în curs de maximum cinci ani a unui număr de surori corespunzător de mare cu necesitățile populației.*

Speranța de a trăi la naștere în câteva țări la epoci diferite ¹⁾

ȚĂRI — ANI	Speranța medie de a trăi la naștere, în ani		ȚĂRI — ANI	Speranța medie de a trăi la naștere în ani	
	Bărbați	Femei		Bărbați	Femei
Anglia și Galia			Italia		
1841	40,19	42,18	1876 — 1887	35,08	35,40
1936	60,13	64,39	1930 — 1932	53,76	56,00
Australia			Japonia		
1881 — 1890	47,20	50,84	1898 — 1903	43,97	
1932 — 1934	63,48	67,14	1926 — 1930	44,82	46,54
Belgia			Norvegia		
1881 — 1890	43,59	46,63	1821 — 1830	45,00	48,00
1891 — 1900	45,35	48,85	1921 — 1930	60,98	63,84
1928 — 1932	56,00	59,83	Olanda		
Bulgaria			1816 — 1825	29,32	35,12
1900 — 1905	42,08	42,50	1926 — 1930	61,9	63,5
1925 — 1928	45,92	46,64	Polonia-de-Sud		
Canada			1927	43,8	43,8
1926 — 1830	57,70	59,74	România		
1930 — 1932	58,96	60,73	1912	39,17	40,20
Cehoslovacia			1935 (Cluj)	62,23	la bărbați
1929 — 1932	51,92	55,18	Rusia Europeană		
Danemarca			1926 — 1927	41,93	46,79
1835 — 1844	42,6	44,7	Scotia		
1931 — 1935	62,0	63,8	1861 — 1870	40,33	43,85
Elveția			1930 — 1932	56,00	59,50
1876 — 1880	40,60	43,20	Statele Unite ale Americii		
1929 — 1932	59,25	63,05	1850	38,30	40,50
Finlanda			1936 (allii)	60,18	64,36
1881 — 1900	41,4	44,2	Suedia		
1921 — 1930	50,68	55,14	1755 — 1776	33,20	35,70
Franța			1926 — 1930	61,19	63,33
1817 — 1831	38,30	40,80	Ucraina		
1928 — 1933	54,30	59,02	1926 — 1927	43,73	47,50
Germania			Ungaria		
1871 — 1880	35,58	38,45	1920 — 1921	40,5	42,7
1932 — 1934	59,86	62,81	1930 — 1931	48,3	51,3
India			Zelanda Nouă		
1901 — 1010	22,59	23,31	1891 — 1895	55,29	58,09
1931	26,31	25,56	1931	65,04	67,88

¹⁾ Râmneanu, P.: Elemente de biometrie medicală și statistică vitală. București 1939.

Cronică

Etnopolitică. Demografie. Antropologie. Eugenie. Sănătate Publică.

Ce este un neam? L. St. v. Rutkowski examinând diferitele definiții date „poporului” ajunge la concluzia că „numai biologia poate să-i dea o definiție satisfăcătoare, care să răspundă tuturor exigențelor științei, opiniei mondiale și politice”. Din definiția relativ lungă, pe care i-a dat-o, reproducem partea esențială: „Un popor e un complex ereditar, reproductiv, istoric și operativ”. Autorul demonstrează aplicarea acestei definiții în lupta vieții, în istorie, în evoluția popoarelor, în dreptul natural, penal, în artă și literatură, în științele morale și în politică.

Măsuri de ocrotire rasială în Norvegia. Dela 1814 până în 1851 așezarea Evreilor în Norvegia a fost oprită, iar dela această dată până la 27 Oct. 1942 a fost din nou admisă. Prin dispoziția guvernului norvegian din toamna anului precedent Evreii iarăși nu mai pot imigra în Norvegia și nu mai pot poseda nici bunuri materiale, care vor trece în patrimoniul Statului norvegian.

Populația Ungariei. La recensământul din 31 Ianuarie 1941 și la cel de completare din 10 Octombrie 1941, Ungaria a înregistrat 14,7 mil. locuitori. Din aceștia 9,3 mil. sunt pe teritoriul Ungariei dinaintea războiului, iar 5,4 mil. sunt în regiunile ocupate dela Slovacia, Polonia, România și Jugoslavia.

Creșterea dela 1930 până la 1941 în general a fost de 6,8%, cea mai urcată revenind capitalei și orașelor mari, iar cea mai redusă comunelor cu mai puțin de 10.000 locuitori. Acestea au crescut cu 4,8%.

În total comunele cu mai puțin de 10.000 locuitori au, după noul recensământ, 62,4% din populația totală a Ungariei.

Populația Australiei. La recensământul din 30 Iunie 1940 Australia a numărat 7 mil. locuitori. Dintre aceștia numai 50.000 sunt aboriginari. Țara dispune de posibilități existențiale încă pentru o populație de zece ori așa de mare. Natalitatea țării, ajunsă la 1938 foarte scăzută, în 1940 a marcat o tendință de urcare. Aceasta se explică prin urcarea frecvenței căsătoriilor și a familiilor colonizate în condiții care le oferă existență sigură.

Urcarea mortalității bărbaților de etatea dela 20—25 de ani. Se știe că mortalitatea pe etate e foarte urcată la copiii mici, apoi scade treptat, ajungând minimă către 15 ani. Dela această etate iarăși urcă, însă nu uniform, ci între 20—25 ani prezintă un cârlig mai pronunțat. Această urcare a fost studiată de N. Federici într'un volum mai mare. Fenomenul de urcare îl explică prin condițiile din viața bărbaților de această etate, care scoțându-i din mediul familial îi introduce în viața independentă,

supusă mai multor riscuri de îmbolnăvire. Se înțelege că mortalitatea mai urcată în această epocă are însemnate repercusiuni și asupra fertilității. La noi cârligul se formează la începutul perioadei cincinale de care vorbim.

Reducerea creșterii reale a populației în Statele Unite ale Americii. Dela 1800 până la 1900 creșterea reală decenială a populației din Statele Unite a fost de peste 20%. Dela 1900 încoace creșterea aceasta s'a redus. Intre 1920—30 a fost de 16,1%, iar până la 1940 a scăzut la 7%. E de remarcat că Negri, grație creșterii lor naturale mai urcată decât a Albilor, contribuiesc la excedentul real cu mai mult decât e relativ cifra lor din totalul populației. Astfel pe când procentul lor e de 6,6% din populația totală, pe atunci creșterea reală o au de 10,7%. Consecințele acestei evoluții a creșterii vor fi două. În general până la anul 1970 Statele Unite vor marca o creștere a populației. La acel an vor atinge cifra maximă, cu condiția, dacă nu vor avea loc imigrări. Dela acea dată cifra populației va începe să scadă. Privind creșterea diferențiată pe culoare, Negri vor lua loc tot mai pronunțat față de Albi.

Reproducerea diferențială în orașul Kiel. Orașul Kiel a avut, în anul 1937, un număr de 218.335 de locuitori. Dela 1921 până la 1937 a înregistrat 4022 de nașteri și 2585 de morți, între care 343, adică 7,90% au fost copiii sugaci. E un oraș deci cu denatalitate și mortalitate redusă.

Reproducerea e caracterizată de următoarele procente, care tin seamă de numărul copiilor născuți într'o familie.

<i>Nr. copiilor pe o familie</i>	<i>% familiilor</i>
1	43,4%
2	27,8%
3	13,4%
4 și peste	15,4%

Reproducerea diferențială pe clase sociale variază mult față de aceste procente medii. Clasele industriale și comerciale au mult mai urcat procentele familiilor cu 1 și 2 copii față de funcționari și muncitori, care au mai multe familii cu 4 copii și peste.

Colonizările în regiunea Warthe din Germania până la 1 Aprilie 1942. Până la această dată au fost așezate în regiune 57.924 de familii cu 228.778 de persoane. Proveniența acestora e următoarea:

- 16.800 de familii din Țările Baltice;
- 20.600 de familii din Galiția și Wolhyinia;
- 5.300 de familii din Cholm și Liubliana;
- 9.000 de familii din Basarabia;
- 5.200 de familii din Bucovina.

Aproximativ 1700 de familii din Dobrogea urmează să fie așezate după data de mai sus. Cu acestea pentru moment se vor și termina colonizările în regiunea Warthe.

Legi și ordonanțe, în câmpul politicii populației, puse în aplicare în Germania național-socialistă până în Mai 1942:

A. Generale.

1. Legea pentru Reorganizarea Țărănimii Germane, din 14 Iulie 1933. La aceasta directive pentru alegere și mijlocire.
2. Legea pentru Unificarea Dreptului de Căsătorie și Divorț în Austria și în celelalte provincii ale Reichului, din 6 Iulie 1938. La aceasta regulamentul de aplicare și întregire din 27 Iulie 1938: Scutirea de excepția dela căsătorie și interzicerea căsătoriei, din 29 Octombrie 1940 și Regulamentul din 25 Octombrie 1941 care prevede: Hotărâri pentru Protectoratul Boemiei și Moraviei.
3. Legea asupra Adopțiunii de Copii, din 19 Aprilie 1939. Regulamentul din 2 Ianuarie 1940 și din 7 Martie 1941 al acestei legi și directivele din 28 Iunie—10 Iulie 1941 pentru sănătatea, însușirile ereditare ale copilului, părinților și ale părinților adoptivi. Legea contra Abuzului la Căsătorie și la Adopțiunea de Copii din 23 Noembrie 1933.
4. Legea Stării Civile din 3 Noembrie 1937: Introducerea cărții de familie, naștere și deces. La aceasta regulamentele din 19 Mai 1938, din 30 August 1939 și din 4 Noembrie 1939. Regulamentul stării civile în armată. In 2 Iulie 1938 printr'o ordonanță s'a introdus și în Austria.
5. Legea pentru Schimbarea Numelui și Pronumelui, din 5 Ianuarie 1938. Regulamentul ei din 7 Ianuarie 1938, din 17 August 1938 și din 24 Decembrie 1940.
6. Ordonanța Führerului și Cancelarului Reichului asupra înființării ordinului „Crucile de onoare a mamei germane”, din 16 Decembrie 1938. (Va continua în numerele viitoare).

Cercetări arheologice în provinciile din Nord-Vestul Chinei, în Sinkiang. Expediția chino-suedeză în Sinkiang a găsit în anumite localități mumii atât de bine conservate încât prezentau mai mult aspectul unor indivizi adormiți decât morți. În jurul lor s'au găsit și numeroase obiecte și inscripții făcute într'o limbă indiscutabilă. Cercetătorii după examinări amănunțite au ajuns la concluzii foarte interesante. Între acestea remarcăm numai câteva. Astfel pe unele dintre mumii le consideră aparținătoare epocii neolitice, asemănătoare cu *Homo alpinus*, iar pe altele le atribuie epocii dintre 100 a. Chr. și 300 p. Chr., când Chinezii încă nu ocupaseră regiunea cercetată. Pe acestea din urmă le cred că ar fi strămoșii Hunilor, care după ce au fost alungați de aici de Chinezi au luat drumul invaziei în Europa.

Persistența suturii medio-frontale la om. Problema metopismului la om studiată cu multă asiduitate la mai multe neamuri a adus însemnate contribuții de ordin rasial. Astfel, dacă sunt examinate cel puțin 20 de cranii sau chiar 50 cum ar fi de dorit, după Broca, se observă diferențe dela o regiune la alta, mai ales în raport cu originea etnică a populației

examine. Procentele obținute pe cifre mari de subiecți dela un continent la altul variază în sensul următor:

	Nr. pers. exam.	% pers. cu metopism
Europeni	54.486	7,7
Asiatici și Indonezieni	7.732	5,3
Americani	10.329	3,1
Oceanieni	2.854	2,0
Africani	3.398	2,0

În raport cu originea etnică încă se observă variații destul de însemnate.

Germanii vechi și actuali au dela 9,5 - 12,3% de metopici:

Turco-Finii, 6,7%;

Rușii, 6,8%;

Balcanicii, 15,8%;

Românii, 6,5% (după Pittard);

Românii și Ungurii, 8,2% (după Davida, în Essen Moller);

Românii și Ungurii, 8,4% (după Velluda).

Catedra de ereditate și igiena rasei dela Universitatea din Frankfurt, rămasă vacantă prin transferarea Profesorului Dr. Frhr. v. Verschuer la Berlin, a fost ocupată de Prof. Dr. H. W. Kranz din Giessen.

Profesorul Dr. Günther Just a fost transferat în locul Profesorului Dr. L. Schmidt-Kehl căzut pe front, ca titularul catedrei de ereditate la Universitatea din Würzburg.

Degenerescenta hepatolenticulară sau pseudoscleroza lui Westphal-Wilson e o boală ereditară. G. Koch studiind câțiva arbori genealogici demonstrează rolul eredității în această boală. Reproducând și o statistică pe țări evidențiază că, după cazurile publicate până de prezent, boala are maximum de frecvență în Germania, Statele Unite ale Americii, în Anglia, Danemarca și e foarte rară în Sud-Estul Europei și în America de Sud. Deasemenea e rară la neamurile neolatine.

Rolul Vitaminei E în reproducere. Wendt și Müller-Lenhartz într'o broșură prețioasă arată că fertilitatea se poate sensibil urca printr'o alimentație bogată în vitamina E.

Evoluția bolilor venerice în Germania. Frecvența bolilor venerice are atât o însemnătate asupra sănătății populației actuale, cât și una asupra generațiilor viitoare, în urma sterilizării și opririi dela reproducere a venericilor cu plasmă germinativă de calitate normală sau chiar superioară. Poporul german, cunoscând aceste urmări și având o conștiință demo-

grafică, de sus dela Conducătorul sănătății publice și până la cetățenii de rând, a obținut în această privință, dela războiul precedent până acum, succese de remarcate. Pe când la sfârșitul războiului mondial trecut au fost 800.000 de soldați cu boli venerice, în cel actual, în întreaga populație, în cursul anului 1940 s-au declarat numai 170.000 de cazuri noi. Conducătorul sănătății publice Dr. Conti într-o cuvântare, atribue acest succes posibilităților de luptă organizată, cât și intervenției în terapia gonoreei a preparatelor sulfonamidice.

Pentru colaboratori

Spre a evita corespondența zadarnică, rugăm pe colaboratorii noștri să noteze pe manuscris:

1. Numărul extraselor ce doresc.
2. Calitatea hârtiei.
3. Cu sau fără copertă și calitatea acesteia.

Autorii achită costul extraselor direct tipografiei, care livrează extrasele în decurs de o săptămână dela apariția „Buletinului”.

Pentru cititori

1. „BULETINUL EUGENIC ȘI BIOPOLITIC” apare obișnuit ca nr. dublu, odată la două luni.

Costul abonamentului pe un an e 700 Lei.

Costul unui număr e 120 Lei.

Administrația se află la Institutul de Igienă și Biopolitică, Sibiu, strada Bârseanu 3.

Articolele se vor trimite d-lui profesor Dr. I. M o l d o v a n, Sibiu, Piața Regele Ferdinand 19.

„BULETINUL” nostru se menține în cea mai mare parte din abonamente. În străduința noastră de a asigura apariția „BULETINULUI”, facem apel către cititorii noștri să ne sprijine prin:

**a contribui să lărgescă cercul abonaților noștri;
a ne achita regulat abonamentul.**

2. Revista noastră e destinată tuturor categoriilor de intelectuali. Persoanele, sau Instituțiile, cari au primit un număr de probă, dar cari nu se pot abona, sunt insistent rugate de a ne restitui numărul, urmând a-i da o altă destinație.

3. D-nii abonați cari își schimbă adresa, sunt rugați a ne anunța la timp.

PREȚUL 120 Lei.