

# BULETIN EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

VOL. XIV.

1943

Nr. 5-6

## C O N Ț I N U T

	Pag.
I. MOLDOVAN: Igiena Neamului . . . . .	137
L. DANIELLO: Unificarea și raționalizarea măsurilor de combatere a tuberculozei în România . . . . .	151
I. STOICHIȚIA: Tabelă demografică . . . . .	167
C. RADU: Structura familiei românești. Aspectele sale actuale . . . . .	171
V. PEDA și A. G. LUDU: Evoluția indicelui cefalic în raport cu vârsta . . . . .	180
V. SECELEANU: Organizarea consultațiilor de puericultură în mediul rural . . . . .	185
P. RĂMNEANȚU: Frecvența grupelor de sânge la Românii din Valea Arieșului și a Ierii . . . . .	194
P. R.: Despre activitatea plășilor sanitare model Lipova-Timiș și Ineu-Arad . . . . .	197
Cronică: Etnopolitică. Demografie. Antropologie. Eugenie. Sănătate publică . . . . .	202



---

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

# Igiena Neamului

de  
I. MOLDOVAN

Am definit neamul ca o comunitate de sânge, tradiție, spațiu și destin și am numit etnobiologie stadiul genezei, structurii și evoluției firești a neamului având ca unitate de bază familia. Născut din contopirea de popoare sau fracțiuni de popoare mai vechi, neamul nou trece printr'o perioadă, de încheșare, care poate fi considerată atunci ca terminată, când în urma înrudirii progresive a familiilor componente, din amestecul original de sânge și tradiție a rezultat o individualitate etnică nouă cu un fond ereditar și spiritual propriu, o comunitate de sânge și tradiție capabilă să lupte pentru spațiul propriu de existență și pentru croirea unui destin propriu în viață. Evoluția ulterioară perioadei de încheșare a noului neam este hotărâtă în limitele ei de potențialități depuse în fondul ereditar și de felul cum acele potențialități sunt actualizate sau nu de mediul fizic și social, în care trăește neamul.

Patrimoniul moștenit, biologic și spiritual, este depozitat la început integral în țărănimea înrădăcinată în glie. Felul vieții familiale a țărănimii, lupta grea pe care trebuie să o ducă pentru existență și selecțiunea aspră căreia este supusă, ca și alcătuirea firească a vieții obștești asigură păstrarea în proporțiile originare a valorilor biologice proprii neamului. Și dacă viața ar rămâne aceeași, rurală, îndrumată de tradiție, înrădăcinată în glie și caracterizată prin luptă aspră și conducere înțeleaptă întru croirea destinului etnic, viața neamului ferită de catastrofe, ar putea să dăinuiască poate fără sfârșit. O atare evoluție însă pare aproape imposibilă. Progresul civilizației, re-

zultat inevitabil al activității omenești și proporțional cu valorile spirituale cari intră în acțiune, sporește odată cu binefacerile pentru viața individuală, primejdiile pentru desfășurarea firească a vieții familiale și etnice. Sunt o serie de factori patologici anti-etnici, cari sporesc odată cu progresul diferențierii activității omenești, a urbanizării și industrializării, a civilizației în general, iar obiectul principal de atac al acelor factori nocivi este familia și prin ea comunitatea etnică. Neamul care nu este hotărît sau capabil să ia din vreme măsuri de prevenire sau de combatere, intră inevitabil în declin atât numeric cât și calitativ. Așa au decăzut atâtea popoare vechi, ajunse la apogeul civilizației lor, și pe calea unui declin similar se află — se pare — aproape toate neamurile azi mai avansate în civilizație.

Primul simptom aparent al declinului este de obicei reducerea natalității, iar perspectiva, îngrijorătoare din atâtea puncte de vedere, a decadentei progresive numerice a fost primul îndemn pentru cercetări și măsuri de politică demografică din partea statelor amenințate. *Știința populației* se ocupă cu studiul evoluției numerice a populațiunii în cadrele statelor și cum problema populației interesa mai ales în legătură cu desfășurarea vieții economice, știința populației sau demografia intra mai mult în sfera de preocupări a economiștilor și juriștilor, decât a biologilor și medicilor. *Politica demografică*, care vizează sporirea excedentului natural, cuprinde măsuri mai ales de ordin economic, cari tind la creșterea numărului căsătoriilor, la sporul natalității, la reglementarea emigrațiunii, favorizarea colonizărilor interne și oprirea urbanizării, măsuri cari ajutate de o sistematică combatere a mortalității, se cred în stare de a opri declinul numeric.

Mișcarea sistematică în direcția opririi declinului calitativ a fost inițiată prin Francis Galton, care adoptând teoria evoluției a lui Darwin a încercat să o aplice la societatea umană. Convins prin cercetări proprii de însemnătatea deosebită a eredității, variațiunii și selecțiunii, și văzând deosebiri ereditare psihofizice cari există între diferitele categorii, grupări sau clase sociale, el a raționat că numai prin păstrarea actualelor proporții de reproducere a diferitelor categorii sociale se poate asigura același status quo biologic al populațiunii, că o îmbunătățire a

zestrei biologice va trebui să rezulte atunci când categoriile superior dotate se sporesc mai intens decât celelalte și că din contră un declin biologic inevitabil va fi rezultatul unei reproduceri mai intense a celor disgenici sau inferiori din punct de vedere biologic. Așa a ajuns la concepția eugeniei, care urmărește sporul reproducerii celor, cari se găsesc deasupra mediei în ce privește calitățile ereditare, și reducerea reproducerii stocurilor inferioare mediei. *Eugenia* — după definiția lui Galton — este studiul factorilor, stând sub control social, cari pot să îmbunătățească sau să altereze calitățile de rasă (ereditare) ale generațiilor viitoare. S'a accentuat apoi, că nu reducerea ca atare a natalității ar fi îngrijorătoare, ci caracterul ei diferențial. Măsurile eugenice erau în consecință de ordin pur calitativ, privind mai ales extremele, pe cei superior dotați și pe disgenici și încercau să ajungă scopul unei selecțiuni pozitive prin ușurarea și grăbirea căsătoriei elementelor de elită și un larg și variat concurs dat pentru a le ușura întreținerea unei familii cât mai numeroase pe de o parte, iar pe de alta prin sterilizarea sau segregarea celor disgenici, fie voluntară fie impusă.

S'a constatat însă, că în forma aceasta pur calitativă, adresându-se mai ales valorilor extreme pozitive sau negative și făcând apel numai la sentimentul individual de răspundere pentru soarta biologică a urmașilor, eugenia nu-și poate atinge scopul. Generalizarea unei denatalități progresive, cuprinzând și muncitorimea și țărănimea, a obligat statele să acorde o atenție tot mai susținută politiceii demografice, fie că partea eugenică a problemei era lăsată pe un plan secundar ca d. e. în Italia, fie că s'a ajuns la o combinațiune de măsuri eugenice și demografice, la cari s'au mai adăugat dispoziții de ordin rasial, cum este cazul Germaniei. *Igiena rasei* așa cum a fost concepută inițial de Ploetz de fapt era identică cu eugenia, sub rasă înțelegându-se dispozițiile ereditare în ansamblul lor. Abia sub influența concepției de viață rasistă conceptul igienei rasei a fost precizat în forma și azi valabilă, cuprinzând atât eugenia cât și politica demografică și în plus măsuri pentru prevenirea unui amestec rasal indezirabil, mai ales cu Evrei și Țigani. *Igiena rasei* în acest înțeles nou mai are însă rostul, de a-și integra toate eforturile pe idealul dominațiunii rasei nordice.

Ceea ce constituie forța acestei concepții germane și i-a asigurat până în prezent reușita, nu a fost numai grija deosebită și prestigiul acordat realizărilor eugenice și demografice ridicate la rangul de probleme dominante în preocupările statului, ci mai ales idealul desăvârșirii și dominațiunii rasiale a poporului german; ideal rasial care împreună cu cel etnic a fost capabil să solidarizeze spre supreme eforturi și jertfe nu numai în direcția soartei biologice a generațiilor viitoare, dar în general spre scopul propășirii poporului german. Pentru noi conceptul eugeniei ni s'a părut dela început prea îngust și puțin potrivit pentru a porni și susține o mișcare serioasă spre promovarea biologică a urmașilor, și nici rasa oricare ar fi ea, nu poate să fie pentru noi nici punct de plecare, nici scop, nici ideal pentru realizări, cari să ne asigure propășirea.

Noi am pus neamul în centrul preocupărilor pentru viitorul nostru biologic și credem că numai desăvârșirea neamului poate să fie idealul care să ne unească și să ne oblighe la supreme eforturi și jertfe. Știința preventivă, care să se ocupe cu soarta biologică, numerică și calitativă a generațiilor viitoare, cu păstrarea și desăvârșirea sănătății noastre etnice în devenire, nu poate să fie decât o igienă a neamului, care pe lângă măsuri eugenice și demografice, pe lângă prevenirea amestecului indezirabil cu alte neamuri, să cuprindă și îndatoriri privind vieța etnică actuală, luată ca atare, ca unitate biologică și nu fracționată în indivizi sau grupări de indivizi. Sunt probleme ca d. e. alcoolismul, sifilisul, mortalitatea infantilă, tuberculoza, nutriția, cari interesează în mod deosebit și din acest punct de vedere. Dar rostul igienei neamului nu este terminat cu aceste preocupări. Am definit neamul ca o comunitate de sânge, tradiție, spațiu și destin, fiecare din aceste componente având o deosebită însemnătate constitutivă și fiecare trebuind să fie respectată atunci, când vrem să precizăm și să punem în aplicare măsurile cuprinzătoare pentru asigurarea unei evoluții prospere a vieții etnice. Iar între studiile de bază ale igienei neamului trebuie să figureze în loc de frunte atât etnobiologia cât și etnopatologia, care ne lămurește asupra cauzelor declinului etnic; cauze, care fie primar fie secundar pot să privească fiecare dintre elementele constitutive ale neamului.

### Probleme.

Fără a intra în amănunte voi încerca să schițez cuprinsul igienei neamului, problemă pe care în parte am tratat-o mai amplu în broșura asupra igienei națiunii într'o vreme, când nu făcusem încă deosebirea între națiune și neam, așa cum am crezut-o necesară mai târziu<sup>1)</sup>.

În expuneri anterioare am arătat rostul covârșitor al familiei țărănești ca generatoare de vieață etnică și păstrătoare a patrimoniului ereditar și spiritual venit din străbuni. Am arătat însemnătatea înrădăcinării în glic a familiei țărănești, valoarea etnică a vieții rurale și primejdiile legate de diferențierile inevitabile și indispensabile datorite progresului civilizației, diferențieri adesea de valențe opuse, ilustrate mai ales prin deosebirile fundamentale între sat și oraș, între țăran și orășean. Cu cât mai diferențiată este vieața și grijile, obligațiile sau preocupările zilei absorb tot mai mult atenție și energii, cu atât mai izolat, individualist și materialist devine omul, cu atât mai mult simte ca poveri îndatoririle firești pe care le are față de familie și neam.

Urmările acestor cauze primordiale de declin etnic pot să se manifeste la nivelul fiecăreia din componentele esențiale ale neamului. Mai evidente sunt acele, cari privesc sângele adică fondul ereditar, etnobiologic: *reducerea progresivă a natalității elementelor de elită* și apoi a locuitorilor orașelor în general va avea un efect contraselectoriu cu atât mai serios, cu cât mai redusă este proporția populației rurale față de cea urbană și cu cât mai mult a durat natalitatea diferențială. Atunci, când capacitatea de regenerare a valorilor pierdute este insuficientă, sau denatalitatea cuprinde și elementele de valoare din țărănime și muncitorime, sărăcirea neamului în valori biologice este inevitabilă.

Acest *proces de contraselecțiune* este accentuat prin faptul eliminării progresive a selecțiunii naturale, prin păstrarea în vieață a unei proporții crescânde de disgenici cu boli sau defecte ereditare, valori negative în corpul neamului, cu o natalitate în parte disproporționat de urcată.

<sup>1)</sup> Vezi și Cupcea: Ce este eugenia? Bul. Eug. și Biopol. vol. XII, 1941.

*Generalizarea denatalității* are ca urmare nu numai o reducere crescândă a sporului natural, cu perspectiva sigură a unei reduceri progresive a forței numerice a neamului, dar și o îmbătrânire tot mai accentuată a populației, o scădere a proporției celor mai tineri și un spor proporțional al celor bătrâni, cu atât mai evident, cu cât mai lungă este durata medie a vieții în statul respectiv. La ruperea echilibrului dinamic între rural și urban, cu tot cortegiul de urmări potrivnice comunității etnice, se adaugă dezechilibrul între generații cu urmarea prevalării conservatismului exagerat și preamărirea trecutului propriu al bătrânilor și deficiența elanului, curajului, capacității de adaptare și sensibilității la chemarea viitorului ale tineretului.

*Intârzierea căsătoriilor* în mediul urban are ca urmare nu numai reducerea perioadei de reproducere, dar favorizează promiscuitatea contactului sexual, răspândirea mijloacelor anticoncepționale, propagarea bolilor venerice și deprinderi și obiceiuri cari ușurează celibatul și accentuează individualismul.

Progresul urbanizării și al industrializării a avut ca urmare și *sporul alcoolismului și al bolilor venerice*, plăgi mai mult etnice decât sociale, a căror răspândire este atât de mult ajutată prin individualism și lipsă de răspundere etnică, plăgi atât de importante prin urmările lor asupra capitalului uman. Dar și *tuberculoza și mortalitatea infantilă* cu toate că progresul civilizației le reduce, pentru noi trebuie să fie considerate ca plăgi etnice, cauze ale unor enorme pierderi de vieți românești. Ele trebuie considerate ca plăgi etnice și din motivul, că dănuirea lor se datorește în mare parte unei deficiențe a răspunderii și sensibilității etnice, de astădată nu atât a celor bolnavi sau primejduiți, cât mai ales a organelor de conducere în stat.

Din motive similare, dar și din motivul hipertrofiei, a dominației urbanului față de rural, a industriei față de agricultură, a economicului față de biologic, *problema nutriției* la noi trebuie considerată ca o problemă etnică. Subnutriția generalizată în satele noastre, în unele regiuni ca în Munții Apuseni în formă deosebit de gravă, nu mai poate fi privită ca o chestiune de interes individual sau local numai. Nutriția la noi nu poate să rămână numai o problemă de fiziologie, de igienă personală sau publică și de politică economică. Urmările dezastruoase ale subnutriției și ale unei alimentații greșite privind rezistența corpului nostru

etnic și punerea în valoare a energiilor sale, sunt incalculabile. Prevenirea lor depășește interesul individual și ca în cazul bolilor venerice, al alcoolismului și mortalității infantile nu un vag interes sau sentiment social ne poate impune eforturile necesare curmării stării de azi, ci numai interesul vital al neamului organizat în stat.

Între cauzele declinului etnic mai amintesc *amestecul cu alte neamuri*, căsătoriile mixte în proporții cari pot să altereze patrimoniul biologic și spiritual specific neamului, amestec asupra căruia am insistat într'un capitol precedent. Și de sigur și o *emigrațiune* masivă de elemente vigoeroase poate să accentueze declinul etnic.

Dar urmările progresului civilizației și mai ales ale urbanizării nu privesc numai fondul etnobiologic, ci pot să fie identice de serioase și în *domeniul tradiției*. Am definit tradiția ca patrimoniul spiritual moștenit din străbuni, cuprinzând limbă, credință, datini, obiceiuri, folklor, port, dans și cântec românesc. Produs al gândirii și simțirii specifice neamului, tradiția nu are numai rostul de a fi expresia sufletului etnic, ci mai ales de a-i fi un scut organic, o forță ocrotitoare și îndrumătoare a fondului etnobiologic. Când tradiția dispăre, corpul etnic rămâne descoperit și mai ușor accesibil influențelor nocive ale civilizației. A păstra tradiția în toată forța ei protectoare, a o regenera necentenit, este o condiție esențială pentru păstrarea intactă și rezistență a ființei etnice. O știință, care are de scop cercetarea factorilor determinanți ai evoluției biologice a unui neam și măsurile de îndreptare pentru desfășurarea vieții etnice, trebuie să rezerve grijei pentru cunoașterea rostului și pentru păstrarea și regenerarea tradiției o atenție deosebită.

Am înșirat între elementele constitutive ale neamului și *spațiul*. Am înțeles spațiul ca mediul fizic și social, de care este legată și influențată viața etnică, începând cu glia și așezarea familiei țărănești, peste așezările diferențiate rurale și urbane, până la spațiul vital al statului propriu, necesar pentru a adăposti generațiile prezente și viitoare ale neamului și pentru a le da posibilitatea de ași pune în valoare comoara de potențialități de cari dispun. Și în acest domeniu progresul civilizației a fost ostil desfășurării vieții etnice. Căci rezultatul este atât o progresivă desrădăcinare din glie a țărânimii, un dezechilibru



crescând între sat și oraș, cu toate urmările dezastruoase pe cari un individualism și materialism crescând le are asupra evoluției calitative și cantitative a fondului etnobiologic și asupra tradiției, cât și o nesocotire a cerinței vitale, ca necesitățile vieții etnice în devenire să hotărască programul geopoliticei și etnopoliticei în viitor.

Individualismul și materialismul în exagerarea lor sunt ostile croirii unui *destin* cerut de interesele firești ale neamului. Dat fiindcă destinul este rezultanta interacțiunii între ereditate și mediu, între forțele biologice, fizice și spirituale ale individului sau neamului și mediul în care trăește, și dat fiind faptul, că omul are capacitatea de a se adapta în mod voit mediului și de a stăpâni în anumite limite forțele acestuia, de a crea deci acel echilibru dinamic al forțelor antagoniste, necesar dăinuirii vieții, destinul atât individual cât și etnic poate să fie stăpânit numai printr'o permanentă luptă pentru continuarea și afirmarea vieții, printr'o sensibilitate capabilă să semnalizeze orice atingere ostilă intereselor vitale proprii, orice primejdie care le amenință, printr'o reactivitate promptă până la ultimele unități ale organismului menită unei apărări și adaptări imediate preventive sau reparatorii, și în sfârșit printr'o perfectă organizare a muncii și o prudentă integrare a tuturor eforturilor, a tuturor gândurilor și faptelor spre un scop superior, spre un ideal capabil să mențină permanența luptei, să cheme spre supreme eforturi și să realizeze acea solidaritate și disciplină, care abia ele pot asigura biruința.

Cu progresul civilizației și aceste condițiuni esențiale pentru stăpânirea declinului își pierd progresiv însemnătatea și forța lor protectoare. Individualismul materialist cere o viață fără lupte și jertfe, recunoaște ca scop și ideal al vieții numai binele maxim posibil individual, refuză tot mai mult solidarizări spre lupte și jertfe, cari nu sunt răsplătite imediat, devine incapabil de preocupări dincolo de interesele personale, insensibil la primejdii, cari amenință ființa etnică, incapabil de a reacționa imediat la atari amenințări sau primejdii, așa cum o cer interesele superioare ale neamului. Comunitatea etnică se transformă într'o societate de indivizi, asociați în formă de stat, pentru a-și avea în siguranță persoana și avutul, maximul posibil de libertate în schimbul unui minim posibil de jertfe și răspunderi. Pentru

atari indivizi chemarea sângelui este o iluzie, legile vieții sunt hotăritoare doar pentru evoluția biologică primitivă, animalică, spiritualitatea este nu numai unica valoare supremă, dar și scop al existenței individuale și colective, copiii mulți un balast inutil, tradiția un obiect de muzeu, de desfătare în zile de sărbătoare, înrădăcinarea în glie bună și necesară pentru „masa” țărăni-meii inculte, primitive, care în trudă și sudori are obligația să asigure pâinea pentru toți și să apere țara în primejdie. Că în atari condițiuni disoluția familiei și declinul etnic sunt urmări inevitabile, este evident.

Iată în schiță sumară factorii principali etnopatologici atât de strâns legați și condiționați de progresul civilizației, încât par produși inevitabili, firești, necesari ai evoluției vieții în comun; factori cari, după cum cred mulți, s'ar acumula inevitabil cu progresul îmbătrânirii neamului, așa cum factorii patologici sunt tot mai frecvenți cu înaintarea vieții individuale, care atunci când ajunge totuși la bătrânețe își trăește ultimele zile, insensibilă la chemarea viitorului, adâncită în reflexii spirituale sau în amintirile unui trecut totdeauna mai frumos decât prezentul. Dar viața etnică în evoluția ei nu este identică cu cea individuală. Aceasta din urmă este incompletă, fatal limitată în existență. Abia din contopirea întregitoare a unor vieți individuale de valențe antagoniste, bărbat și femei, rezultă o unitate biologică, familia, capabilă în principiu de veșnică regenerare. O atare unitate pe plan superior este și neamul, o comunitate mare de familii înrudite, care în evoluția ei este hotărâtă de aceleași norme ca și familia. În orice caz avem mijloace la îndemână pentru a preveni, combate sau opri declinul etnic, măsuri cari constituiesc partea normativă a igienei neamului.

### Măsuri.

Dat fiind că familia este unitatea de bază a neamului și că de felul cum își îndeplinește familia și mai ales familia țărănească rosturile sale firești, depinde viitorul etnic, măsurile de prevenire sau de oprire a declinului etnic se adresează în primul rând acelei unități; măsuri pe cari le putem cuprinde sub denumirea de *ocrotirea familiei*<sup>1)</sup>. Ele cuprind: 1. practica eugenică

<sup>1)</sup> Vezi amănunte la Cupcea: Ocrotirea familiei. Bul. eug. și biopolitic. Vol. XIV. 1943, pag. 20.

cu încurajarea reproducerii elementelor de elită și eliminarea dela procreație a disgenicilor având la bază studiul eredității și al eredopatologiei; 2. încurajarea natalității în general, deci politica demografică cu caracter etnic și 3. împiedecarea sau prevenirea amestecului de alte popoare. Măsuri la care se adaugă reglementarea imigrării și emigrațiunii.

O atenție deosebită va trebui să se acorde *combaterii plăgilor etnice*, numite curent plăgi sociale, mai ales alcoolismului, bolilor venerice, tuberculozei și mortalității infantile. Nu interesează aici atât suferința individuală a cărei recunoaștere și terapie aparține cliniceii, ci mecanismul și gravitatea răspândirii acestor plăgi în corpul etnic, urmările calitative și cantitative pe cari le determină privind evoluția fondului biologic și măsurile preventive și de combatere, cari trebuiesc să li se adreseze ca probleme de ordin etnic.

Din motive similare a trebuit să introducem între preocupările igienei neamului și *problema nutriției mai ales a țărănimii și muncitorimii*, distribuția în mare a alimentelor de primă necesitate, în scopul de a asigura tuturor copiilor și tinerilor desvoltarea și rezistența normală și adulților energiile necesare muncii.

*Intervenția igienei neamului în domeniul tradiției și spațiului* își are ca problemă centrală echilibrul dinamic între sat și oraș, păstrarea capacității de creație specifică, de regenerare a patrimoniului spiritual moștenit din trecut și menținerea înrădăcinării în glie a unei țărănimii, ocrotită spre îndeplinirea acestor rosturi etnice și ferită de influențe, cari ar putea să-i „urbanizeze” mentalitatea sau să accentueze — peste capacitatea de regenerare — exodul către oraș. De sigur și în această privință ca și în combaterea urbanizării și industrializării disproporționate, mai departe în domeniul colonizărilor interne și cel al geo- și etnopoliticeii, igienei neamului nu-i va putea reveni îndatorirea, de a afla și duce la îndeplinire singură măsurile cele mai potrivite. Ceea ce trebuie însă să cerem igienei neamului este studiul acestor probleme din punct de vedere etnobiologic și o contribuție serioasă la ducerea la îndeplinire a unor programe de muncă stabilite de comun acord cu autoritățile competente și obligate să intervină.

În *croirea destinului etnic* igiena neamului își mai poate

da contribuția sa în două direcții: 1. prin *igiiena muncii* prinviind mai ales selecția și îndrumarea profesională, cu scopul ca fiecare individ să-și poată afla în viața obștească locul sau funcțiunea cea mai conformă cu zestrea sa biologică și să-și poată da în acest fel optimul de contribuție pentru satisfacerea exigențelor proprii și a intereselor etnice și 2. prin *educația spre neam* sau *educația etnică* menită să generalizeze conștiința și răspunderea etnică, să sporească sensibilitatea etnică pentruca fiecare în parte și toți împreună să fie sensibili la cea mai mică atingere sau amenințare a intereselor etnice și capabili de promptă reacțiune proporțională cu seriozitatea primejdiei, menită mai departe să imprime în sufletul fiecăruia și să mențină permanent activ imperativul luptei pentru continuarea și afirmarea vieții și în sfârșit să pună în fața tuturor fiilor neamului un ideal, capabil să-i solidarizeze, să le integreze gând și fapte spre acelaș scop și să-i facă să consimtă cu drag la orice efort și orice jertfă pentru atingerea acelui scop etnic. Această educație ancorată și ea în sânge, tradiție și glie și respectând însemnătatea familiei și a țărânimii, va ușura realizarea tuturor celorlalte deziderate și măsuri ale igienei neamului schițate înainte.

Mijlocul cel mai de seamă pentru stăpânirea destinului atât individual cât și etnic este munca organizată, privită nu numai ca un mijloc pentru asigurarea pâinei de toate zilele, nu ca o corvoadă rezervată mai ales aceluia, cari din lipsă de mijloace materiale sunt avizați la câștig. Munca este înainte de toate o necesitate fiziologică, dictată de legea folosirii și nefolosirii, care cere — în afară de perioadele alternante de repaus — permanența funcționării organelor, neconținută exteriorizare a facultăților fizice, mintale și sufletești. La copil această exteriorizare se face din imbold lăuntric, fiziologic, în formă de joc, la adult ea trebuie să se întâmple în formă de muncă organizată. Și cum fiecare individ este dotat cu potențialități proprii de muncă, date de ereditate și modelate prin educațiune, evident că munca cea mai acomodată firii fiecăruia și atunci cea mai plăcută și mai rodnică este aceea potrivită facultăților biologice ale fiecărui individ. Această potrivire o urmărește selecția și îndrumarea profesională.

Pe deasupra imperativului folosirei permanente a organelor sub pedeapsa atrofiei lor în caz de nefuncțiune, mai există

un imperativ biologic, o lege care impune *lupta sau efortul neconținut pentru continuarea și afirmarea vieții*. Această lege obligă vietățile de a lupta atât pentru păstrarea cât mai îndelungată posibilă a vieții proprii cât și pentru a asigura prin plodire suficientă continuarea vieții speciei sau la om a neamului; imperativ care la unele specii inferioare cere sacrificii a sute de mii de vieți individuale, ca un singur frate sau o singură pereche să ajungă în epoca de reproducere, distinsă atunci printr-o deosebită rodnicie în plodire. Reproducerea suficientă cerută de interesul continuității vieții neamului este deci un imperativ biologic. Dar acest imperativ al luptei pentru continuarea și afirmarea vieții ne mai învață, că nici pentru individ, nici pentru neam nu poate să fie scop al existenței o viață fără luptă și jertfe, un belșug material agonisit sau acaparat în vederea unei reduceri progresive a eforturilor de luptă și muncă. Grija exagerată a părinților, de a agonisi cât mai multă avere, pentruca trecând-o asupra unui număr cât mai mic de copii să-i scutească pe aceștia de eforturi și jertfe în viață, este o evidentă nesocotire a imperativului biologic amintit cu urmări adeseori grave privind vigoarea calitativă și numerică a urmașilor.

Menținerea permanentă în acțiune a facultăților trupești, mintale și sufletești este necesară nu numai pentru a răzbi în lupta cu mediul și pentru a-și stăpâni destinul, dar este și o cerință biologică fundamentală a organismului, care altfel se desechilibrează în funcțiunile lui organice. Se afirmă chiar că în parte cel puțin reducerea natalității în mediul intelectualizat urban și mai ales a elementelor de elită, deci dispariția familiilor urbane după câteva generații, s'ar datori reducerii capacității de fecundare, în urma desechilibrului organic, probabil endocrin amintit.

Educațiunea etnică, cu scopul de a satisface postulatele schițate mai sus, se va face de sigur în primul rând prin școală. Și cum idealul spre care trebuie să tindă toate gândurile și eforturile, nu poate să fie altul decât desăvârșirea neamului, școala va satisface postulatele educației spre neam nu prin câteva ore speciale plasate în cutare an al învățământului primar sau secundar, ci toate materiile dela școala primară până la universitate, vor trebui să fie pătrunse de cerințele neamului, să-și dea contribuția lor pentru a le satisface și să se integreze în

acest fel educativ spre scopul suprem al binelui etnic. Educația spre familie și neam va trebui însă începută înainte de școală, în sânul familiei și să fie consolidată și întregită printr'o organizațiune extrașcolară, care să cuprindă copiii și tinerii, să le imprime în suflet chemarea idealului etnic, conștiința și sentimentul de răspundere etnică, să contribuie la formarea caracterelor, la sporirea sensibilității și reactivității necesare pentru apărarea corpului etnic, să cultive tradiția, să fie pătrunsă de însemnătatea țăranimii pentru viitorul etnic și să contribuie la crearea și permanentizarea acelei solidarități, fără de care integrarea spre ideal și stăpânirea destinului nu sunt posibile. O organizațiune tinerească în felul cum am concretizat-o în anul 1928 în statutele „Șoimilor Carpaților”, și cum apoi a fost realizată în parte prin Prof. Dr. Iuliu Hațiegan. Ea are la bază educația fizică extrașcolară și își desfășoară acțiunea de propagandă etnică și prin expoziții și concursuri etnografice, expoziții de copii, distincții și sărbătoriri pentru mame sau familii de elită biologică, școli și cursuri pentru țărani și pentru viitoare mame, etc., tot manifestări menite să ușureze realizările igienei neamului privind toate componentele sale.

### *Incheiere.*

Am grupat sub numirea de igiena neamului problemele indispensabile pentru cunoașterea și promovarea evoluției biologice a comunității de sânge, tradiție, spațiu și destin, care este neamul. Ca studii introductive aparțin igienei neamului:

1. etnobiologia, cuprinzând și biologia familiei și
2. eredopatologia și studiul declinului etnic. Iar ca probleme centrale:
3. ocrotirea familiei, care cuprinde grija pentru soarta atât calitativă, cât și numerică a generațiilor viitoare, deci atât eugenia, cât și măsurile de încurajare a natalității,
4. problema amestecului cu alte neamuri,
5. problema plăgilor etnice și mortalității infantile,
6. nutriția ca problemă etnică,
7. ocrotirea țăranimii și problema echilibrului biologic între sat și oraș,
8. igiena muncii cu selecția și îndrumarea profesională și
9. educația etnică.

Justificarea igienei neamului este evidentă pentru oricine recunoaște neamul și desăvârșirea lui ca scop al existenței noastre, consideră generațiile de azi ca purtătoare vremelnice ale unui patrimoniu etnic, pe care au obligațiunea să-l păstreze, să-l regenereze și să-l transmită sporit și curat urmașilor, suficient de mulți și de vrednici pentru a-și putea îndeplini și ei la rândul lor aceeași datorie, pentru oricine înțelege, să privească neamul ca unitate biologică supremă și legile vieții ca hotărîtoare pentru evoluția noastră ca individ, familie și neam. Privire, care ne mai obligă să judecăm evoluția vieții nu în clipe sau ani, ci în generații, și să ne gândim că din familia sănătoasă a oricărui țăran sau muncitor umil de azi poate să răsară mâine un geniu sau conducător, că copiii țăranilor sau muncitorilor de azi vor putea fi mâine funcționari, profesioniști, industriași, cei din clasele superioare de azi să fie în mare parte sortiți să se stingă ca familie sau să recadă în mediocritate, privire deci care ne învață să ne împăcăm cu deosebiri de firești de azi, și să ne solidarizăm peste deosebiri de clase sociale în vederea viitorului etnic.

Între preocupările igienei tradiționale nu întâlnim grija pentru soarta neamului, departe de a se atribui conștiinței și răspunderii etnice un rol însemnat în combaterea sau prevenirea factorilor, capabili să altereze evoluția biologică a neamului și departe de a cere în domeniul igienei integrarea tuturor eforturilor spre idealul desăvârșirii etnice. Eugenia impune o răspundere individuală și nu etnică pentru soarta calitativă ereditară a urmașilor și întrebuintează mai ales constrângerea pe cale legislativă pentru a-și ajunge scopul. Igiena rasei deși cuprinde o mare parte a problemelor igienei neamului, le integrează spre desăvârșirea rasială, care pentru noi nu poate fi nici ideal, nici scop mai apropiat al preocupărilor noastre de viitor. Igiena socială, dealtfel foarte discutată și controversată încă în definiție și conținut, se ocupă de un grup restrâns de probleme și îndeosebi de așa numitele plăgi sociale, încercând să ușureze combaterea și prevenirea lor prin concursul unui sentiment de răspundere socială, care nu poate fi niciodată în stare să oprească mersul d. e. al bolilor venerice sau al alcoolismului și cu atât mai puțin va putea să ușureze grija pentru soarta biologică a urmașilor. Problema biologiei familiei, a etnobiologiei și etnopathologiei, a amestecului de neamuri, a nutriției ca problemă

etnică, a echilibrului biologic între sat și oraș, a educației spre neam bazată pe o educație fizică disciplinatoare ca și a unei igiene a muncii cu rosturi etnice, nu au intrat între preocupările igienei tradiționale, care nu cunoștea preocupări de natură etnoigienică. Gruparea tuturor acelor probleme în cadrele igienei neamului se impune atunci, când știința noastră preventivă își înțelege rostul, de a contribui și ea la păstrarea și sporirea vigoării trupești și sufletești a realității biologice în devenire care este neamul.

## Unificarea și raționalizarea măsurilor de combatere a tuberculozei în România

de  
Prof. Dr. LEON DANIELLO

Intr'un raport pe care împreună cu colegul Nasta am avut onoarea a-l prezenta Consiliului Sanitar Superior în ședința dela 27 Aprilie 1942, am schițat un program minimal de armament antituberculos cu ajutorul căruia s'ar putea organiza o campanie eficace de combatere a tuberculozei în România.

Am insistat atunci în deosebi asupra necesității sporirii numărului paturilor destinate tuberculoșilor și a dispensarelor, asupra depistării sistematice a cazurilor și a formării medicilor specialiști.

Acest raport a fost prezentat de noi Consiliului Sanitar Superior în ședința dela 23 Martie a. c. când s'a discutat problema reorganizării combaterii tuberculozei. Poate că nu l-am fi dat publicității dacă într'un articol apărut în Revista Științelor Medicale din București, Nr. 3-4, n'ar fi fost comentat într'o formă din care cititorul neprevenit ar putea rămâne cu impresia că anumite afirmațiuni cuprinse într'ansul nu sunt făcute cu cea mai strictă obiectivitate. Nu dorim să începem cu nimeni o polemică în privința modului cum a funcționat până în prezent la noi combaterea tuberculozei, căci nu credem că ar fi utilă cauzei și dacă în raportul nostru am arătat anumite lipsuri și lacune, bazându-ne pe date ușor controlabile n'am făcut-o din plăcerea de a critica ci numai din dorința de a îndrepta lucrurile. Erăm cu atât mai îndreptățiți să o facem cu cât multe din ele pentru a fi îndreptate nu reclamau numai fonduri, prin insuficiența cărora se încearcă a se scuza toate neajunsurile ci mai degrabă o concepție bazată pe principii științifice și o mai bună organizare. L. Daniello.





Astăzi am satisfacția de a putea constata că propunerile noastre de atunci n'au rămas literă moartă, căci Dl. Ministru al Sănătății, în ciuda dificultăților inerente împrejurărilor excepționale în care trăim, a găsit mijloacele necesare pentru începerea imediată a realizării lor. Astfel în cursul anului trecut s'au pus în construcție mai multe spitale noi de tuberculoză cu peste 1000 de paturi, continuându-se sau terminându-se lucrările și la o serie de sanatorii și spitale începute mai demult și care însuimează iarăși un număr de peste 1000 de paturi.

Au fost apoi comandate în Germania un mare stoc de aparate radiologice și alte materiale necesare depistării și tratamentului tuberculozei, iar prin înființarea unui învățământ oficial al fiziologiei la universitățile din București și Sibiu s'au creat condițiuni prielnice atât pentru studiul științific al problemei tuberculozei în România cât și pentru o mai bună pregătire a viitorilor medici în această materie și pentru formarea specialiștilor.

Mă simt dator să exprim aci Dlui Ministru al Sănătății cele mai vii mulțumiri pentru marele efort pe care l-a depus în vederea completării armamentului nostru antituberculos, efort care ne îndreptățește să credem că în anul ce vine și în cei următori programul minim de realizări propus de noi va fi integral înfăptuit.

Dar în afară de înzestrarea țării cu instalațiile tehnice care constituie scheletul material al combaterii tuberculozei, pentru a putea lupta cu eficacitate împotriva acestei infecțiuni și pentru a utiliza la maximum randamentul armamentului antituberculos existent sau pe cale de a fi creat, mai trebuie soluționată o problemă de mare însemnătate: aceea a organizării cât mai raționale și mai științifice a modului de funcționare a întregului aparat medico-social și economic pus în slujba combaterii tuberculozei.

Inercarea unei asemenea organizări la noi încă n'a fost întreprinsă; ea se impune însă în momentul de față și Dl. Ministru al Sănătății satisface unei nevoi urgente aducându-o în discuția Consiliului Sanitar Superior.

Lipsa unui plan comun și a unor directive unitare în combaterea tuberculozei nu este un fenomen specific românesc, el întâlnindu-se și în alte

țări europene în care organizarea profilaxiei antituberculoase este mult mai avansată decât la noi. Această stare de lucruri poate fi ușor explicată dacă ținem seama de faptul că profilaxia antituberculoasă a fost organizată pre-tutindena la început din diverse inițiative. Societăți particulare, case de asigurări sociale, diferite organizații profesionale și organele oficiale ale statului, au înființat sanatorii, spitale, dispensare și alte instituții anti-tuberculoase și aceste instituții au funcționat aproape tot timpul fără o legătură mai strânsă între ele și fără ca activitatea lor medicală și socială să se fi condus după norme unitare, fiecare instituție ce finanța o asemenea campanie antituberculoasă înțelegând să o organizeze după norme proprii. Cu timpul însă s'a ajuns la constatarea că rezultatele ce se obțin de pe urma acestor multiple și disparate acțiuni antituberculoase sunt foarte puțin satisfăcătoare, căci pe de o parte prin ele nu se realizează o profilaxie pentru întreaga populație a țării ci mai ales pentru anumite categorii de bolnavi cum sunt: asigurații, sau membrii anumitor organizații profesionale, etc., iar pe de altă parte fondurile importante pe care diferitele societăți și organizații le cheltuiesc pentru combaterea tuberculozei nu sunt utilizate rațional, deoarece se întreprind adesea acțiuni paralele și se dublează instituții acolo unde una singură ar fi suficientă, pe câtă vreme numerele alte regiuni sau categorii de bolnavi rămân fără asistență. S'a ajuns astfel la concluzia că această fărâmițare de forțe și risipă de mijloace materiale trebuie neapărat înlăturată procedându-se la o unificare radicală și la o coordonare a activității tuturor instituțiilor care se ocupă de combaterea tuberculozei. Astfel, Asociația Internațională contra Tuberculozei, reorganizată la Berlin în anul 1941, și-a fixat drept cel mai important punct al programului său tocmai realizarea acestei unificări a metodelor de profilaxie antituberculoase nu numai în cadrul singuraticelor state ci pentru întreaga Europă. România a aderat la hotărârile luate de cel dintâi congres al acestei asociații și are obligația să se conformeze normelor internaționale. În unele țări, cum este bunăoară Italia, opera aceasta de unificare a fost deja realizată dând roade minunate; în altele lucrările în vederea ei sunt foarte avansate. Din cauză că la noi nu s'a făcut încă nimic în această privință, situația delegaților români în comitetul central al Asociației Internaționale contra Tuberculozei este foarte dificilă, ei trebuind mereu să camufleze adevărata stare de lucruri din țară, pe care însă anumiți vecini ai noștri o cunosc și o exploatează înfățișându-ne străinătății într-o lumină puțin favorabilă și denunțându-ne lumii ca focar european de răspândire a tuberculozei.

Pentru a vă convinge de nevoia urgentă a coordonării activității instituțiilor antituberculoase din România, socot necesar să analizez pe scurt modul cum funcționează în prezent profilaxia tuberculozei la noi.

Ea a luat ființă acum patru decenii când a fost înființată Societatea pentru Profilaxia Tuberculozei, care mult timp a activat singură și cu mijloace foarte reduse în acest domeniu. Rând pe rând au fost apoi luate anumite măsuri contra tuberculozei de către organele sanitare oficiale ale Ministerului de Interne, mai târziu de cel al Sănătății, de către Casa Asigurărilor Sociale, de către Căile Ferate Române și de către anumite alte

societăți particulare dintre care cea mai importantă, Liga Națională contra Tuberculozei, înființată prin lege specială în anul 1934. Toate aceste instituții dispun azi de sanatorii, spitale, dispensare, preventorii și alte mijloace de combatere a tuberculozei pe care le întrețin din bugete proprii, cu ajutorul unui aparat administrativ și medical independent. În deosebi Liga Națională contra Tuberculozei are meritul de-a fi construit și pus în funcțiune o serie de sanatorii moderne. Activitatea medicală și socială desfășurată de aceste instituții nu se face însă după norme unitare și în baza unui program comun, fiecare instituție având în aceste privințe o independență aproape completă. Din acest motiv rezultatele acestor activități rămân după cum veți vedea foarte puțin eficace.

Este astăzi științificește stabilit că pentru a putea obține o diminuare progresivă a mortalității și morbidității tuberculoase în sânul populației unei țări sau a unei regiuni combaterea tuberculozei trebuie să fie în așa fel organizată încât să se desfășoare simultan în aceeași regiune geografică acțiuni medico-sociale multiple, adică să se depisteze precoce și sistematic cazurile de tuberculoză, să se supravegheze permanent (de la descoperire și până la moarte sau completa vindecare) cazurile depistate și aparținătorii lor, să se izoleze și trateze cei bolnavi și să se acorde asistență socială și economică familiilor tuberculoșilor. Cu alte cuvinte tuberculosul depistat nu mai trebuie să scape de sub supravegherea organizației de profilaxie, căci scopul urmărit este ca sursele de contagiune odată descoperite să fie făcute inofensive în mod permanent și definitiv, izolările lor temporare și de scurtă durată fiind lipsite de eficacitate.

Până în prezent nici una din instituțiile ce se ocupă la noi de combaterea tuberculozei, nici Ministerul Sănătății, nici Liga Națională contra Tuberculozei, nici Soc. pentru Profilaxia Tuberculozei n'au izbutit să pună în aplicare măcar pentru un singur oraș sau pentru o mică regiune a țării un asemenea program integral de combatere, ci s'au mulțumit cu măsuri parțiale de foarte mică valoare practică. În locul unei activități în profunzime dusă pe teren s'au întreprins numai acțiuni de suprafață și acestea adeseori fără legătură între ele.

Aproape tot ce s'a cheltuit până azi la noi pentru tuberculoză s'a investit în construcții de sanatorii și spitale și în întreținerea lor. Numărul dispensariilor este disparent de mic și cele mai multe funcționează defectuos, limitându-și activitatea la acordarea de consultații gratuite celor ce vin să le ceară din proprie inițiativă. Pentru depistarea sistematică a tuberculozei, supravegherea bolnavilor la domiciliu prin surori de ocrotire și protecția familiei, încă nu s'a făcut aproape nimic.

Avem actualmente în țară aproximativ 5000 de paturi pen-

tru tuberculoși și alte 2000 în construcție, repartizate în sanatoriile și spitale din diferite regiuni. Să vedem cum funcționează ele și ce aport real aduc pentru diminuarea frecvenței tuberculozei.

Mortalitatea anuală de tuberculoză în România fiind de 35.000 iar cifra aproximativă a tuberculozelor deschise de 300.000, este evident că numărul paturilor e cu totul insuficient. Pentru a putea începe organizarea profilaxiei pe întreaga țară ne-ar trebui un minimum de 15.000 paturi.

Dacă cercetăm însă mai de aproape cum sunt utilizate paturile existente putem face constatarea paradoxală că *avem în țară sanatorii care au în permanență paturi goale* cum este bunăoară cazul sanatoriului Bisericani, unde din 500 paturi 200 stau neocupate, sau a sanatoriului Ruginoasa, al Căilor Ferate, care este deasemenea aproape gol, pe câtă vreme alte sanatorii refuză zilnic numeroși bolnavi. Este evident că această regretabilă stare de lucruri nu se datorește unei lipse de cazuri, ci unui viciu de organizare.

Dar să vedem cum sunt utilizate paturile sanatoriilor noastre din alte puncte de vedere.

Mai întâi să ne orientăm cine sunt locatarii sanatoriilor?

Iată spre exemplu cum sunt în prezent ocupate locurile la cel mai mare sanatoriu din țară, Moroeni. Din totalul de 465 de bolnavi sunt:

Membri ai Casei Asigurărilor Sociale . . . . .	48,06%
Ceferiști . . . . .	9,45%
Membri ai Casei de credit a Minist. de Finanțe și altor organizații funcționărești similare . . . . .	5,57%
Militari în contul M. A. N. . . . .	17,42%
Particulari cu plată . . . . .	5,59%
Membrii corpului didactic primar sau secundar . . . . .	—
Studenti . . . . .	0,21%
Gratuiți în contul Ligii Naționale . . . . .	2,36%
Tărani . . . . .	1,07
Gratuiți în contul Ministerului 6,45%, din care două treimi la clasa I și II	

La Bisericani (propr. „Profilaxiei”), proporțiile sunt următoarele:

Membri ai Casei Asig. Soc. . . . .	62,1%
Ceferiști . . . . .	5,2%
Internați în contul Min. Săn. și Apărării Naționale . . . . .	7,4%

Particulari cu plată . . . . .	1,3%
Gratuiți în contul Soc. Prof. Tub. . . . .	27,6%
Membrii corpului didactic primar și secundar . . . . .	0,3%
Studenti . . . . .	0,3%
Din aceștia proveniți din mediul rural . . . . .	27,3%

*La Aiud:*

Asigurați . . . . .	21,2%
Ceferiști . . . . .	2,5%
Particulari cu plată . . . . .	9,2%
Gratuiți în contul Min. Sănătății . . . . .	65,6%
Membrii corpului didactic primar și secundar . . . . .	2,1%
Studenti . . . . .	1%
Proporția țăranilor . . . . .	26,2%

Dacă ținem seama de faptul că din cifra globală a mortalității noastre de tuberculoză de 33.674 anual, 25.885 de cazuri provin din mediul rural și numai 7788 din cel urban, putem imediat constata că de locurile din sanatoriile noastre beneficiază într-o măsură disproporționată orășenii în dauna ruralilor, deși  $\frac{3}{4}$  din îmbolnăvirile de tuberculoză se găsesc la țară și nu la oraș.

Dar și dintre orășeni beneficiază numai anumite categorii sociale privilegiate, în primul rând membrii casei asigurărilor sociale, ceferiștii, funcționarii din ministere, pe câtă vreme altele cum sunt învățătorii sau studenții, printre care tuberculoza este foarte frecventă, nu se bucură de aceleași avantagii.

Cea mai injustă repartitie pe categorii sociale se constată la Moroeni unde proporția ruralilor este abia de 1,07% iar a urbanilor lipsiți de mijloace și internați în contul proprietarului adică a Ligii Naționale contra Tuberculozei, de 2,11%.

Din cifrele de mai sus rezultă că sanatoriul Moroeni este aproape în întregime subînchiriat altor instituții care își plasează acolo bolnavii.

Liga Națională contra Tuberculozei în afară de asistența medicală plătită pe care o acordă acestor bolnavi nu desfășoară aproape nicio altă activitate în domeniul profilaxiei tuberculozei. Ea nici nu depistează cazurile internate nici nu le urmărește după părăsirea sanatoriului, dar nici nu le vindecă și nici nu le izolează suficient, căci în trei luni cât este durata medie de in-

ternare a fiecărui bolnav numai o mică parte din ei devin negativi.

La Bisericiani situația sub acest raport este mai bună, proporția ruralilor fiind de 27,30% și a gratuitilor în contul Societății pentru profilaxia tuberculozei de 27,60%; și aici însă membrii casei de asigurări și ceferiștii formează 67,30% a internaților.

Cea mai justă proporție a diferitelor categorii sociale de bolnavi o găsim în sanatoriile Ministerului Sănătății dela Aiud și Geoagiu, unde țărani reprezintă 26%, gratuitii în contul Ministerului Sănătății 50 și 62% iar asigurații numai 21 și 29%.

*Să cercetăm acum criteriile în baza cărora se face internarea bolnavilor în sanatoriile noastre și prin cine se face?* În toată lumea admiterea tuberculoșilor în sanatorii sau spitale este făcută de către dispensariile antituberculoase în baza unei indicații medicale sau sociale bine precizate. În unele cazuri mai greu de interpretat bolnavii sunt ținuți întâi în observație în anumite servicii speciale de triaj pentru ca să nu fie trimise cazuri nepotrivite în stațiuni de altitudine și pentru ca să fie internate cu precădere tuberculozele ce necesită intervenții terapeutice urgente sau pentru a se evita ocuparea locurilor din sanatorii de bolnavii stabiliți sau de forme prea grave care ar putea fi izolate la domiciliu ori în secțiile de tuberculoză a spitalelor regionale.

Dintr'o anchetă pe care am întreprins-o recent am putut constata că internarea tuberculoșilor se face la noi, în absoluta majoritate a cazurilor, fără să se țină seama de vre-un astfel de criteriu științific.

Numai membrii Casei Asigurărilor Sociale, ceferiștii și o mică parte din ceilalți bolnavi sunt văzuți în prealabil de către dispensarii, nici pentru aceștia însă triajul nu este totdeauna suficient de riguros; ceilalți sunt internați în baza unor cereri adresate Ministerului, Ligii naționale sau altor autorități și a căror soluționare favorabilă depinde mai mult de insistențele depuse de bolnav și de legăturile pe care le are, decât de indicațiile medicale sau sociale de internare. Rezultatul este că sanatoriile noastre sunt ocupate în bună parte cu bolnavi ce n'ar avea ce căuta acolo, pe câtă vreme formele de tuberculoză care ar trebui să beneficieze în primul rând de sanatorii nu se pot interna. Așa de pildă la Bisericiani, care este un sanatoriu de al-

titudine, cei mai mulți bolnavi prezintă, după cum rezultă dintr'o scrisoare recentă a directorului acelei instituții, forme avansate de tuberculoză și internarea lor se face prea târziu. „Se întâmplă de multe ori ca bolnavul să fie adus în sanatoriu în agonie și să moară după câteva ore dela internare” scrie textual Dl Dr. Cipău în amintita scrisoare.

O oarecare ameliorare a intervenit în această tristă situație în ultimul timp de când Dl Ministru al Sănătății a luat poziția ca directorii sanatoriilor de Stat să poată interna ei înșiși 50% din bolnavi. Tot de atunci s'a realizat în aceste sanatorii și o mai justă repartiție a bolnavilor după regiunile lor de origină, căci înainte în sanatoriile din Transilvania spre ex. 80% a bolnavilor internați erau din București și regiunile învecinate.

Înainte de a încheia acest capitol vreau să arăt cum funcționează sanatoriile și spitalele noastre de tuberculoză din punct de vedere gospodăresc și medical, căci și în această privință se constată între ele deosebiri considerabile și numeroase insuficiențe.

Înainte de toate trebuie semnalată marea inegalitate ce există în privința îngrijirii generale ce se dă bolnavilor. Astfel alimentația bolnavilor este foarte diferită căci alocația de hrană la Moroeni este de 180, la Bisericiani 100, iar în sanatoriile Ministerului Sănătății de 80 lei pe zi.

În genere hrana ce se acordă tuberculoșilor este puțin satisfăcătoare căci nicăieri nu există bucătării conduse după preceptele dietetice moderne, deși alimentația rațională este unul din principalii factori curativi ai sanatoriilor.

Deosebiri mari se constată apoi în condițiile de confort, de igienă și curățenie, de îngrijirile acordate din partea personalului infirmier, dar mai ales în ce privește modul cum funcționează sanatoriile și spitalele de tuberculoză din punct de vedere medical. Nu există nici o unitate în privința procedurii diagnostice, a indicațiilor terapeutice și a aplicării diferitelor tratamente, a terminologiei medicale, a clasificării tuberculozei etc.

Voi ilustra această stare de lucruri numai prin câteva exemple.

În ce privește diagnosticul științific și urmărirea exactă a evoluției tuberculozei, în multe sanatorii și spitale ele nu se pot face din lipsa unui utilaj tehnic corespunzător. Astfel multe din

sanatoriile și spitalele noastre nu practică nici azi radiografii, deși toată lumea știe că fără clișee radiografice în clinica tuberculozei nu se poate face nici un diagnostic exact, nici o indicație terapeutică precisă.

În alte părți unde există instalații radiologice corespunzătoare ele nu sunt utilizate în măsura necesară. Astfel la Sanatoriul Moroeni care are 465 de paturi și internează anual peste 1500 de bolnavi, s'au practicat în anul trecut numai 1422 radiografii, ceea ce este extrem de puțin față cu exigențele reale ale unei bune observații a cazurilor, pe câtă vreme în acelaș timp în Clinica de tuberculoză din Sibiu, care are 50 de paturi și a internat în anul trecut 287 bolnavi, s'au practicat 2787 radiografii (inclusiv tomografii).

Cunosc un mare sanatoriu din țară care ține de multă vreme o instalație tomografică împachetată în căzi, deși ea ar fi putut aduce de atunci servicii prețioase unui mare număr de bolnavi, și un altul unde nu se practică nici măcar radioscopii sistematice. deși există un aparat radiografic, iar cazurile de pneumotorace se reînsoțesc fără control radiologic.

În privința terapiei diferențele sunt poate și mai mari. În unele spitale și chiar sanatorii pneumotoracele se aplică și azi excepțional, de obicei tardiv, fără indicații și control precis; în cele mai multe pneumotoracele cu aderențe nu se completează prin operația lui Jacobäus. În ce privește intervențiile de chirurgie toracică nu beneficiază de ele decât bolnavii din foarte puține instituții, deși toate spitalele și sanatoriile ar putea selecționa cazurile potrivite, trimițându-le în serviciile unde se practică asemenea intervențiuni.

Nicio unitate nu există apoi în terminologia medicală și radiologică a tuberculozei, sau în clasificarea ei. Dintr'un chestionar pe care Liga națională contra tuberculozei l-a trimis de curând tuturor spitalelor din țară în vederea întocmirii unei statistici generale, se poate constata că în sanatoriile Ligii se lucrează și azi cu vechea clasificare a tuberculozei după Turban și Gerhard.

Aș putea să mai înșir o serie întreagă de alte exemple; cred însă că prin cele de până acum am demonstrat îndeajuns lipsa de unitate și de sistem în funcționarea instituțiilor noastre de cură pentru tuberculoși.



*Concluzia ce se desprinde din cele expuse la acest capitol este că paturile din sanatoriile și spitalele noastre de tuberculoză nu sunt utilizate nici măcar cantitativ în întregime, că repartiția bolnavilor în aceste instituții este cât se poate de injustă atât din punct de vedere medical cât și social, că nu se pun în aplicare toate resursele diagnostice și terapeutice de care dispune fiziologia modernă, că internările tuberculoșilor se fac în majoritatea cazurilor fără niciun criteriu științific și că nu există nicio unitate și niciun sistem în modul cum funcționează sanatoriile și spitalele de tuberculoză.*

*Fără teama de a fi desmințit pot afirma că așa cum funcționează azi la noi profilaxia socială a tuberculozei, cu o activitate limitată aproape exclusiv la internarea pe un timp scurt a unui număr mic de bolnavi în spitale și fără ca acțiunea de profilaxie să fie dusă pe teren, ea nu împiedecă aproape cu nimic răspândirea infecțiunii tuberculoase în Țara Românească.*

## II. BCU Cluj / Central University Library Cluj

Având în vedere această stare de desorganizare, această risipă zadarnică de energii și fonduri, ce rezultă de pe urma completei lipse de sistem în lupta antituberculoasă dela noi, cred că dacă vrem să realizăm un progres în această privință, trebuie să începem prin a raționaliza modul de funcționare a organizațiilor și instituțiilor antituberculoase existente.

Această raționalizare nu se poate realiza decât prin crearea unui organ central de conducere și control pentru întreaga acțiune de profilaxie antituberculoasă. În aplicarea ei pe teren lupta împotriva tuberculozei trebuie să se organizeze autonom pe regiuni geografice; dar conducerea ei trebuie să fie unitară și să se facă după un plan de ansamblu bine studiat, iar nu ca și până acum după bunul plac al fiecărei instituții, din inspirația momentului sau din motive de oportunitate politică ori de altă natură.

*Este în ordinea firească a lucrurilor ca acest organ central de conducere să funcționeze în cadrul Ministerului Sănătății. Propun ca el să fie cât mai curând înființat prin lege specială și să aibă în primul rând imputernicirea de a putea singur încuviința cheltuelile ce se fac pentru profilaxia tuberculozei, în-*

diferent dacă este vorba de fondurile Ministerului, ale Ligii și ale celorlalte asociații particulare, ale Casei Asigurărilor Sociale sau ale Căilor Ferate.

Această măsură mi se pare cu atât mai justificată cu cât toate aceste instituții, înafară de Casa asigurărilor, își alimentează bugetele direct sau indirect din fondurile statului. În acest mod se va evita ca anumite instituții (cum este cazul asigurărilor) să țină în portofoliu un fond al tuberculozei de sute de milioane până se devalorizează moneda, iar altele să nu aibă cu ce să-și termine construcțiile începute sau să-și întrețină sanatoriile existente.

Celelalte atribuțiuni ale organului central vor fi: întocmirea unui plan general pentru combaterea tuberculozei elaborat pe baze științifice, ținându-se seamă pe de o parte de prețioasa experiență acumulată în acest domeniu în alte țări, precum și de directivele date de Asociația Internațională contra Tuberculozei, iar pe de altă parte de realitățile sociale dela noi;

— supravegherea permanentă a aplicării corecte a acestui plan;

— încadrarea în acest plan și coordonarea activității tuturor instituțiilor antituberculoase existente;

— realizarea unei colaborări a profilaxiei tuberculozei cu celelalte ramuri ale medicinei sociale: propagandă și educație igienică, combaterea mortalității infantile etc., căci lupta contra tuberculozei nu trebuie concepută ca o acțiune izolată, ci înglobată în ansamblul medicinei preventive;

— definirea exactă a rostului fiecărei instituții antituberculoase, unificarea procedurilor diagnostice și terapeutice, a terminologiei și clasificărei, cu un cuvânt elaborarea normelor exacte de funcționare a întregului aparat medico-social al profilaxiei tuberculozei.

Ar fi de dorit ca acest organ să editeze o publicație lunară sau măcar trimestrială în care să fie discutate științific toate problemele de organizare ale luptei antituberculoase și relatate experiențele rezultate de pe urma aplicării lor practice.

În ce privește numirea pe care ar urma s'o poarte acest organ central nu vreau să dau nici o sugestie, menționez că în Franța el se numește „Comité National de défense contre la Tuberculose“, în Germania „Reichstuberkuloseausschuss“.

Preferabil ar fi ca numărul membrilor acestui comitet să nu fie prea mare și din el să facă parte în cea mai mare parte oameni de specialitate.

### III.

Mai rămâne să discutăm o latură importantă a problemei tuberculozei și anume aceea a finanțării luptei antituberculoase.

Până în prezent pentru această operațiune nu s'a găsit încă la noi o soluție favorabilă, fiindcă sub regimurile politice trecute a dominat regretabila concepție că grija pentru sănătatea publică poate fi considerată de către guvernanți ca o preocupare accesorie, de mână a doua. Din acest motiv bugetul Ministerului Sănătății n'a fost niciodată suficient pentru a putea face față nevoilor sanitare reale ale țării, iar sumele cheltuite pentru combaterea tuberculozei, raportate la proporțiile pericolului ce ne amenință din cauza acestei plăgi, au fost deadreptul derizorii.

Multe din neajunsurile ce se constată azi în funcționarea instituțiilor noastre antituberculoase se datorează în mare parte acestei penurii bugetare.

În noua organizare a Statului ideea biopolitică începe însă să-și croiască un drum din ce în ce mai larg și grija pentru protejarea capitolului uman preocupă tot mai mult cercurile conducătoare. Sunt deci îndreptățite nădejtile că într'un viitor apropiat combaterea tuberculozei va fi concepută ca o luptă politică de cea mai mare însemnătate, dirijată de un comandament unic, după un plan rațional și susținută prin cele mai largi mijloace financiare așa după cum s'a făcut în Italia, Germania și alte țări ai căror conducători au înțeles că ori cât de mari ar fi investițiile făcute în acest scop ele sunt foarte rentabile salvându-se prin ele multe sute de mii de vieți omenești.

Unul din sistemele finanțării profilaxiei tuberculozei ar fi deci acela de a înscrie în bugetul ordinar al Ministerului Sănătății, precum și în acela al orașelor și comurelor, sume care să permită să se realizeze în fiecare an o tranșă completă din programul de combatere.

Cum însă lupta contra tuberculozei trebuie începută imediat, fiindcă din cauza războiului tuberculoza sporește și mai mult, iar pe de altă parte din aceeași cauză este greu să se realizeze astăzi din veniturile ordinare ale Statului aceste importante sume în plus, s'a studiat și la noi o altă soluție, aplicată cu deplin succes în Italia și propusă în repetate rânduri de către Dl. Dr. Irimescu: asigurarea generală a cetățenilor țării contra tuberculozei.

Din partea Ministerului Muncii a fost întocmit nu de mult un anteproect de lege privind această asigurare și el se află

reprodus într-o broșură publicată de Dl Dr. Irimescu. Cred că este de cea mai mare însemnătate ca el să fie cunoscut și dezbătut de Consiliul Sanitar Superior. În principiu sunt cu totul de părerea dlui dr. Irimescu și a autorului anteproiectului că între împrejurările de azi cea mai potrivită cale de a realiza fondurile necesare combaterii tuberculozei ar fi un sistem de asigurare generală împotriva acestei boli.

În ce privește însă amintitul anteproiect de lege găsesc că în privința lui trebuiesc făcute numeroase rezerve. Nu vreau să discut aici partea pur financiară a anteproiectului care prevede o cotizație asupra retribuțiilor salariaților particulari și publici, o contribuție de 40 lei la hectar asupra proprietății agricole, o contribuție asupra desfacerii produselor din industria alimentară și a Casei Autonome a Monopolului, a pielăriei, a importului și exportului, a comerțului de tot felul, etc.

Este rolul experților financiari să evalueze sumele ce se vor putea realiza din această contribuție și în ce măsură va putea fi aplicată această parte a legii. Pe noi medicii ne interesează în primul rând partea medico-socială a proiectului. Cercetarea atentă a ei ne permite să constatăm că ea are numeroase defecte și lipsuri asupra cărora mă simt dator să atrag atențiunea.

Intr'un anteproiect de lege ca cel de față care își propune să soluționeze definitiv problema tuberculozei, sub triplul ei aspect medical, social și economic, ar trebui să fie schițat măcar în liniile sale mari programul general de combatere, elaborat pe baze științifice și să se arate mai precis obligațiile pe care „Casa Națională pentru asigurarea contra Tuberculozei” care ar urma să ia ființă prin această lege și-le asumă în schimbul impozitului pe care îl percepe. În anteproiectul de care ne ocupăm programul de activitate al „Casei Naționale” este foarte vag definit și numeroase măsuri de cea mai mare însemnătate pentru profilaxia tuberculozei nu sunt menționate.

Astfel prin această lege „Casa Națională” nu-și ia obligația să organizeze combaterea tuberculozei pe regiuni geografice, înființând dispensare regionale, și să organizeze opera de profilaxie a familiei pe teren, ci vrea să acorde asistența medicală prin dispensarii cu concursul altor instituții: Ministerul Sănătății, al Educației, al Apărării Naționale și al Internelor, în textul anteproiectului confundându-se noțiunea de „dispensar anti-

tuberculos" cu cea de „echipă". Ori partea esențială a luptei antituberculoase este tocmai activitatea permanentă de depistare și supraveghere a familiei pe teren, făcută de dispensar și sora de ocrotire.

Pentru tratamentul și izolarea tuberculoșilor se prevede o singură modalitate: internarea, de care însă din lipsă de paturi nu vor putea beneficia multă vreme decât o mică parte din tuberculoșii cu leziuni deschise. Ca instituții de internare anteproectul menționează numai sanatoriile și preventoriile omițând spitalele regionale de tuberculoză de mult mai mare însemnătate decât cele dintâi. Despre preventorii se spune că asigurații vor putea fi internați în ele până la restabilirea capacității de muncă, de unde se vede că autorul anteproectului nu știe că preventoriile nu internează tuberculoși, ci indivizi clinicește sănătoși, indeosebi copii, scoși dintr'un mediu unde erau expuși infecțiunii tuberculoase. Printr'un alt articol al anteproectului se spune însă că preventoriile pentru copii vor trebui înființate de primăriile comunale, Ministerul Educației, Crucea Roșie, Consiliul de Patronaj și alte societăți.

Mai departe în anteproect nu se vorbește nimic despre asistența postsanatorială, despre ergoterapie și readaptarea la muncă, atât de importante pentru bolnavii din cercurile muncitorilor manuali, pentru cari se face în prima linie această lege.

Tot atât de însemnată este pentru această categorie de bolnavi problema asanării locuințelor insalubre, care în toată lumea intră în programul de activitate al luptei antituberculoase, dar în anteproectul nostru nu este menționată; în schimb se vorbește acolo despre desinfectarea locuințelor în care au stat tuberculoși, chestiune de ordin cu totul secundar.

Nici în ce privește acordarea ajutoarelor bănești, date familiilor tuberculoșilor, textul anteproectului nu este deloc clar. Se spune acolo că ajutoare vor primi numai familiile asiguraților capi de familie internați. Cum însă timp de cel puțin zece ani de acum înainte nu vor putea fi internați, din lipsă de spitale, decât o mică parte a tuberculoșilor și niciodată nu vor putea fi internați toți câți ar avea nevoie, anteproectul nu precizează ce se va întâmpla cu familiile bolnavilor incapabili de muncă dar rămași la domiciliu.

În privința acordării de ajutoare tuberculoșilor și familiilor

lor mai trebuie făcută și o altă remarcă. Este astăzi un principiu științific unanim admis ca ajutoarele materiale ce se acordă familiei tuberculosului să nu se achite în mod automat de o casierie oarecare, ci plata lor să se facă numai cu avizul dispensarului, în supravegherea permanentă a căruia se află acea familie, și să fie condiționată de respectarea și executarea prescripțiilor de igienă și profilaxie domiciliară date de medic și sora de ocrotire. În acest mod asistența materială a familiei tuberculosului devine un admirabil instrument educativ și un stimulent pentru o colaborare activă a cetățenilor la lupta anti-tuberculoasă.

De altcum la noi s'a făcut deja o experiență în ce privește valoarea profilactică a acordării necontrolate a unor ajutoare bănești tuberculoșilor. Funcționarii publici și militarii activi beneficiază de multă vreme de concedii plătite cu durată de 3—5 ani, în caz de tuberculoză, dar ei nefiind controlați permanent nici diagnosticați precoce și nici tratați convenabil, până în prezent tuberculoza printre ei n'a diminuat cu nimic.

Tot din cauza lipsei de supraveghere permanentă se întâmplă foarte frecvent ca anumiți funcționari ale căror leziuni stabilizate nu i-ar îndreptăți să stea în concediu, să beneficieze ani de zile de avantajile acestei legi.

Dacă anteproiectul discutat acum s'ar aplica fără controlul permanent al tuturor asiguraților, el ar da naștere fără îndoială la mari abuzuri. Intocmai după cum asigurările sociale au determinat pe vremuri apariția acelei faimoase „Rentenneurose”, tot așa vor creia rentieri ai tuberculozei, pe câtă vreme cazurile incipiente, care ar avea într'adevăr nevoie de asistență urgentă, nu vor beneficia de ea fiindcă nu vor fi descoperite la timp.

Anteproiectul mai are încă o parte cu care cred că majoritatea medicilor nu se va declara de acord și anume articolul prin care se spune că toate instituțiile ce au ca obiectiv combaterea tuberculozei devin organizații ale „Casei Naționale de Asigurări contra Tuberculozei”. Adică nu numai Liga Națională, Societatea pentru Profilaxia Tuberculozei și celelalte societăți, ci și sanatoriile, spitalele și dispensariile Ministerului Sănătății intră sub tutela Casei Asiguraților Sociale.

Dacă acest articol ar deveni lege, întregă combatere a tuberculozei, care după cum am arătat nu se poate concepe decât

încadrată în ansamblul măsurilor de medicină preventivă, ar fi scoasă de sub autoritatea și controlul Ministerului Sănătății, ceea ce ar constitui o aberațiune și o răsturnare a ierarhiei în stat.

Ar fi și o nedreptate fiindcă aportul cel mai însemnat în combaterea tuberculozei tot Ministerul Sănătății l-a adus și-l va aduce prin spitalele, sanatoriile, dispensarele și medicii săi, pe câtă vreme cel adus până acum de asigurări a fost disproporționat de redus, față de însemnatele mijloace financiare de care această instituție a dispus și în trecut.

Mai departe, prin modul cum este format consiliul de administrație al „Casei Naționale” de asigurări contra tuberculozei, anteproectul nu oferă nici o garanție că imensele fonduri pe care le va avea la dispoziție vor fi utilizate rațional și conform unui program științific, căci din acel consiliu fac parte 11 nespecialiști față de un singur specialist, adică președintele consiliului de miniștri, 6 miniștrii de resort, 2 reprezentanți ai Casei Asigurărilor Sociale, un reprezentant al Consiliului de Patronaj, președintele Ligii Naționale contra Tuberculozei și un ftiziolog. Ne putem ușor imagina ce greutate va avea cuvântul acestui din urmă când va fi vorba de stabilirea destinației fondurilor.

Ajuns la sfârșitul expunerii mele permiteți-mi dle Ministru și onorat Consiliu să rezum propunerile concrete pe care am onoarea să vi le fac:

*Pentru a se pune capăt lipsei de sistem și unitate ce se constată astăzi în activitatea diferitelor instituții care se ocupă de combaterea tuberculozei, să se procedeze cât mai neîntârziat la coordonarea tuturor acestor acțiuni disparate și la unificarea tuturor metodelor de lucru.*

*Să se realizeze în cadrele Ministerului Sănătății un comandament unic al luptei antituberculoase care, cu ajutorul unui comitet constituit din specialiști, să elaboreze un plan sistematic și științific de combatere, să controleze aplicarea lui și utilizarea rațională a fondurilor.*

*Să se studieze din nou problema asigurării contra tuberculozei, întocmindu-se un alt anteproect de lege care să definească precis obiectivele profilaxiei sociale și să găsească modalitatea de a pune în aplicare această asigurare nu prin Casa Asigurărilor Sociale, ci prin Ministerul Sănătății.*

# Tabela demografică

de

Prof. Dr. I. STOICHIȚIA

Pentru a se cunoaște în orice moment evoluția principalelor fenomene demografice dintr'o anumită colectivitate sau unitate sanitară, este necesar ca aceste fenomene să fie astfel înregistrate și prezentate sinoptic sau în cifre, încât oricine să se poată documenta ușor și rapid asupra lor.

Este necesară această documentare ușoară și rapidă atât pentru organele de inspecție și control sanitare sau administrative, cât și pentru membrii componenți ai colectivității respective, al căror interes față de problemele de mișcare a populației trebuie mereu trezit și menținut prin toate mijloacele posibile, în vederea unei mai prompte și mai conștiente executări a măsurilor convenite de îndreptare.

În acest scop am conceput împreună cu Dl Dr. I. Cósma, cu mai mulți ani în urmă, un model simplu de „tabelă demografică”, model care a fost mai târziu (1941) aprobat și de Ministerul Sănătății, și introdus în mod obligator în toată țara.

Astăzi găsim tabela demografică afișată în mai toate primăriile comunale, la dispensariile circumscripțiilor sanitare rurale, la reședința plășilor sanitare, în birourile serviciilor sanitare județene, cum și la inspectoratele generale sanitare regionale, fiecare tabelă înfățișând datele referitoare la unitatea sanitară sau colectivă respectivă.

Dacă totuși revenim în acest loc asupra acestei chestiuni o facem din motivul că unii dintre medicii noștri, care au îndatorirea de a întocmi și de a ține la zi tabela demografică, nu au acordat suficientă atențiune sau nu au înțeles pe deplin instrucțiunile — de altfel detaliate — privitoare la completarea ei și din această cauză în unele locuri tabela este greșit întocmită, sau cuprinde date care nu corespund cu realitatea. Se înțelege că în asemenea cazuri nu numai că informarea celor interesați este falsă, dar se produc adeseori confuziuni regretabile, care la rândul lor dau naștere la concluziuni și chiar la măsuri greșite.

Pentru a evita asemenea greșeli care pun într'o lumină nefavorabilă seriozitatea și temeinicia documentării statisticii sa-



nitare, am socotit că este necesar să completăm prin câteva îndrumări de ordin tehnic, instrucțiunile care s'au dat la timpul său de Ministerul Sănătății.

Tabela demografică este uniformă pentru toate colectivitățile și unitățile sanitare, ea este întocmită pentru 10 ani și are cinci părți distincte cuprinse în trei coloane.

Coloana I-a ne înfățișează grafic evoluția natalității, a mortalității generale și a excedentului de populație pe an, constituind curba de tendință a acestor fenomene demografice. Pentru o mai bună și mai ușoară orientare, curba fiecărui fenomen demografic va fi marcată cu o anumită culoare (natalitatea cu roșu, mortalitatea generală cu albastru, excedentul cu negru), iar proporția medie se calculează pentru 1000 de locuitori, luându-se ca bază cifra populației la 1 Iulie a anului respectiv.

La calcularea *natalității* se va lua cifra nouilor născuți vii din acel an, care se înmulțește cu 1000 și se împarte cu cifra populației dela 1 Iulie a acelui an. (Spre exemplu: comuna X., cu 2000 locuitori are în anul 1942 un număr de 40 copii născuți vii, dela 1 Ianuarie până la 31 Decembrie. Formula:

$$\frac{40 \times 1000}{2000} = 20,0\text{‰}.$$

*Mortalitatea generală* se calculează după aceeași formulă, luându-se cifra tuturor deceselor din acel an, care se înmulțește cu 1000 și se împarte cu cifra populației.

Pentru calcularea *excedentului* se adună diferența dintre numărul născuților și al morților (adică excedentul natural) din anul respectiv, cu numărul persoanelor stabilite definitiv în comună în cursul anului (imigrații), din care se scade numărul persoanelor care au părăsit comuna definitiv (emigrații). Rezultatul se calculează ca și la natalitatea sau mortalitatea generală la mia de locuitori.

Pentru comunele și județele care nu au excedent de populație sau sunt chiar deficitare, având pierderi de populație, curba de tendințe se va desemna sub zero.

În partea întâia a coloanei a II-a (coloana din mijloc) se înscrie pe ani cifra globală a populației, luându-se cifra dela 31 Decembrie a anului expirat și adăugându-se cifra globală a excedentului din acel an. (Spre ex.: La 31 Decembrie 1939 numărul populației este de 2000 locuitori +30 excedentul anului

1939, avem deci pentru 1 Ianuarie 1940 un număr de 2030 locuitori).

Partea a doua a coloanei din mijloc ne înfățișează grafic curba de tendință a *mortalității infantile*, adică proporția deceselor sub 1 an, referită la 100 de noui născuți din acel an. (Spre ex.: În comun Y., s'au născut în 1939, 20 copii și au decedat 4. Formula:  $4 \times 100 / 20 = 20,0\%$ ).

Partea a treia a coloanei din mijloc cuprinde în cifre globale și pe ani numărul căsătoriilor și al divorțurilor (nu căsătoriți și divorțați), din comuna sau unitatea sanitară respectivă.

Coloana a III-a din dreapta este destinată înregistrării numerice pe ani a cazurilor de decese, după diagnosticul înscris în coloana de deces. Prin această evidență se poate orienta rapid și ușor asupra frecvenței cauzelor de deces, care au survenit în decursul anilor în colectivitatea respectivă.

În tabela demografică comunală se vor înscrie datele referitoare la comuna respectivă, inclusiv satele sau cătunele ce-i aparțin. În tabela dela circumscripția sanitară rurală se vor înscrie datele totalizate din toate comunele aparținătoare circumscripției. La plasă se înscrie datele totalizate din toate circumscripțiile sanitare din plasă; în tabela dela județ se înscriu datele totalizate din întreg județul; iar la Inspectoratul General Sanitar Regional se înregistrează datele totalizate din întreaga regiune aparținătoare.

Tabela demografică astfel întocmită va trebui să fie afișată la loc vizibil la sediul autorității respective, ea fiind la îndemâna tuturor celor ce se interesează de mișcarea populației. Pentru a se evita alterarea ei de vreme și praf, ea se va păstra într'o vitrină închisă sau se va așeza într'o ramă de lemn acoperită cu sticlă.

Tabela demografică, dacă este bine întocmită și completată la zi cu toate datele necesare, poate servi nu numai ca orientare și documentare rapidă și ușoară pentru organele sanitare și cele administrative, ci în același timp ea devine un indicator prețios pentru acțiunile de ordin sanitar și social, care sunt necesare în colectivitatea respectivă.

De aceea insistăm asupra importanței și rosturilor ei bine precizate și stăruim ca, acolo unde din diferite motive încă nu a fost introdusă până în prezent, să se facă acest lucru fără întârziere în interesul sănătății publice.

## TABELA DEMOGRAFICĂ\*)

a comunei -----

### Numărul locuitorilor

ANUL	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949
Nr. locuitorilor										

### Natalitatea, mortalitatea generală și excedentul

		A		N		U		L			
1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949		

### Mortalitatea infantilă

		A		N		U		L			
1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949		

### Căsătorii și divorțuri

A N U L	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949
Nr. căsătoriilor										
Nr. divorțurilor										

### Numărul deceselor după cauze

Febra tifoidă și paratifoidă, tifus exantematic, variolă, Rugeolă, scarlatină, tuse convulsivă, difterie, gripă, pestă, tuberculoza aparatului respirator, celelalte tuberculoze, sifilis, paludism, alte boli infecto-parazitare, cancer și alte tumori maligne, tumori nemaligne, reumatism, gută, diabet-zaharat, alcoolism, pelagră, alte boli generale și intoxicații cronice, ataxie loc. progr. și paraliz. gl., Hem. cerebr., embolie, tromboză, alte boli ale sistemului nervos și org. simț., bolile inimii, alte boli ale aparatului circulator, bronșită, pneumonie alte boli ale aparatului respirator, diaree, enterită sub 2 ani, diaree, enterită peste 2 ani, apendicită, bolile ficatului și căilor biliare, alte boli ale aparatului digestiv, nefrite, alte boli genito-urnare, septicemie, și inf. puerperale, alte boli puerperale, boli de piele, oase, țesut celular, malformațiuni congenitale și boli prim. copil., senilitate, sinucidere, omucidere, moarte violentă și accidentală, cauze nespecificate și rău definite.

\*) Originalul are dimensiunea 33 pe 48 cm.

## Structura familiei românești. Aspectele sale actuale

de  
Dr. CORNELIU RADU-ARAD

Familia este un organism cu un lung trecut, rădăcinile sale se întind departe, în epoca preistorică. Prosperitatea biologică și spirituală deopotrivă a colectivităților omenești organizate își are o bază de rezistență și acțiune mult mai viguroasă în familia patriarcală ca în acea matriarcală, mai ales când familia patriarcală este concretizată în forma sa monogamă. Că monogamia este forma ideală a familiei ne-o dovedește și faptul adoptării acesteia de către toate societățile omenești, ajunse pe o scară mai evoluată a structurilor sociale, precum și constatarea că până și la popoarele unde poligamia se întemeiază pe tradiție, numai una din femei este considerată de soție legitimă.

Dar dacă state amorfe ca și structură etnică s'au născut și au trăit numai atâta timp cât la temelii lor au avut familii bine încheiate din punct de vedere biologic și social, destinul unui stat național se contopește și mai adânc în destinul familiilor, căci singura cheazășie a continuității ca și a propășirii unui neam, o avem în valoarea biologică și socială a lanțului nesfârșit de generații ce se zămislESC și își iau sborul din cuibarele familiare legate între ele prin firele strânse ale sângelui, tradiției, idealului și moșiei comune<sup>1)</sup>.

Oricât de precis ar fi însă conturată, ca fond și formă, familia monogamă ea arată totuși unele caractere diferențiere determinate de condițiunile specifice ale mediului în care aprinde viața și se desăvârșește. Influențe diverse de ordin geopolitic, material, spiritual, moral etc. își împregnează neconținut pe-cetea lor asupra ființei sale contribuind fie la întărirea fie la destrămarea ei. Nici familia românească nu s'a putut sustrage unor atari influențe.

Nu trebuie să fie cineva inzeștrat cu prea multe cunoștințe de ordin biologic sau social pentru ca să poată remarca, la o fugară incursiune în câmpul organismului nostru etnic, unele

<sup>1)</sup> I. Moldovan, Biologia familiei și etnobiologia. Bul. Eug. și Biopol. Nr. 9—12, 1942.

deosebiri fundamentale, ce există între structura familiilor orășenești și acelea țărănești. Astfel este cât se poate de firesc să înfățișez în mod succesiv și distinct situația actuală din cadrul celor două categorii.

### *Familia țărănească.*

Ea se apropie mai mult de familia patriarcală monogamă ideală decât cea orășenească, substratul său biologic ca și cel social păstrându-se mai unitar, mai pur și mai vigoșos.

Unitatea sa biologică este menținută prin ascendența și succesiunea unui număr mai însemnat de generații.

Puritatea sa etnică, la rândul său, se datorește proporției foarte redusă de amestec cu sânge străin, iar vigoarea sa unei fertilități îmbelșugate.

Aceste calități îngemănate în mod atât de armonios în structura familiei noastre țărănești, conferă acesteia dreptul de a fi considerată ca cel mai prețios izvor de regenerare biologică a neamului.

Dar să nu ne lăsăm seduși în asemenea măsură de sclipirile acestei comori, încât să lăsăm nedescoperite infiltrațiunile ascunse ce o incrustează cu valori inferioare. Criza demografică, în care se zbate patrimoniul biologic din Banat, Crișana și alte părți ale țării, ne arată că osătura familiei, în multe părți ale țării, este în vădită suferință. Numeroasele case părăsite, precum și tot atâtea vetre stinse și acoperite de cenușă, stau drept mărturie a refluxului biologic neliniștitor ce primejduște destinele ființei noastre etnice, tocmai în acele locuri unde ea ajunge în contact cu neamuri ce veacuri de-a-rândul au încercat să ne secătuiască seva vitală.

Fenomenul denatalității ce bântue în aceste regiuni, este cu atât mai îngrijorător cu cât și la sate ca și la orașe se prezintă mai accentuat în sânul familiilor cu situație materială și socială mai bună. slăbind astfel încetul cu încetul grupul elementelor de conducere a satelor și în același timp grupul acelor familii din care se reimprospătează și o bună parte din elitele conducătoare, ale colectivităților mari ca și cele ale statului.

Așișderea fondului său biologic, familia țărănească se prezintă și ca un nucleu social bine incheșat. Unitatea sa socială

este pecetluită prin moșia strămoșească și cimentată prin muncă. Până când glia formează chiagul economic al cceziunii sale sociale, munca constituie pivotul său educativ. Interesul întregii familii, a părinților ca și acela al copiilor, se îndreaptă spre moșie. Prin ea și pentru ea trăiesc, iar la nevoie, știe să și moară. Lupta pentru glie a țaranului pornește dintr'un indemn lăuntric și se impune ca o necesitate organică, ce nu așteaptă să fie nici lămurită și nici înțeleasă de el sau de alții pentru ca să se încingă cu pasiune ba adeseori și cu patimă. Tot așa și munca ogorului nu rostuește la țaran după comandamentele rațiunii, ci după pornirile întregii sale ființe. Familia și moșia se întregesc una cu alta, într'o unitate organică, vie și inextricabilă. Moșia fiind preocuparea de căpetenie a familiei țărănești, ea adună într'un mănunchiu strâns pe toți membri acesteia, dela cel mai bătrân până la cel mai tânăr, pentru fiecare din ei păstrarea și îmbunătățirea ei constituie supremul ideal. Activitatea fiecărui membru din cadrul familiei desfășurându-se în aceeași direcție, în mod firesc cimentează o solidaritate trainică în rândurile lor, solidaritate ce nu poate fi slăbită decât arareori și în asemenea cazuri tot numai prin dorul nepotolit după moșie.

Autoritatea paternă la rândul său, grație drepturilor discreționale ale capului de familie de a dispune de glia strămoșească, aci este încă activă și eficace, supunerea și respectul filial constituind regula în raporturile dintre părinți și copii.

Dar caria destrămării a început să pătrundă și în bărnele, până acum sănătoase pe care se reazimă edificiul social al familiei țărănești, atacând chiar pe acelea cari se bucurau până acum de cea mai puternică rezistență. Atacul său vrăjmaș a fost pregătit prin controlul nașterilor care a rupt raporturile patriarcale normale dintre părinți și copii. Copilul unic ca singur moștenitor al patrimoniului biologic și economic al familiei, cere să fie ocrotit cu deosebită atenție, căci pierirea lui ar atrage după sine distrugerea cuibului strămoșesc. Grija exagerată pentru ființa sa vremelnică provoacă însă o slăbire în fondul educativ al căminului, deoarece favorizează tendința de emancipare al acestuia de sub autoritatea părintească și slăbește disciplina muncii în comun. Moșia, pentru unicul copil, încetează de a mai constitui un subiect de cult, situându-se în orizontul preocupărilor de fiecare zi ale acestuia mai mult ca un mijloc pentru

satisfacerea unui orgoliu de proprietar sau a unor plăceri fizice. Părinții, la rândul lor, sunt doborâți de pe pedestalul lor înalt ce-l ocupă în viața sufletească a familiilor echilibrate, ba adeseori devin o povară ce apasă asupra unor bunuri, spre care copiii sunt atrași nu de simțământul curat al dragostei ce fecundează ogorul, ci de egoismul unui suflet sterp și rece.

Departe de mine gândul să susțin că familia noastră țărănească trebuie să se întoarcă la forma pe care a avut-o la strămoșii noștri romani, când pater potestas avea drepturi nelimitate nu numai asupra moșiei, ci și asupra vieții tuturor membrilor din familia sa. Și tot așa nu cred că s'ar potrivi pentru condițiunile noastre de viață nici tiparul familiei chineze, la care cultul strămoșilor și-a păstrat proporțiile arhaice. Cu toate acestea oricine dintre noi, care este în stare să înțeleagă urmările nefaste ce le poate avea asupra organismului social al neamului descompunerea fondului social al familiilor fruntașe dela sate, trebuie să se gândească cu nostalgie la vremurile când autoritatea paternă nu era o ficțiune ci o realitate, câteodată adevărat aspră și dureroasă, dar întotdeauna o pârghie vișoasă a unei vieți familiale echilibrate.

### *Familia la orașe.*

Spre deosebire de familia țărănească, care are la temelie sa un fond biologic și social în bună parte încă nealterat, familia dela oraș arată o profundă zdruncinare a osaturei sale materiale, spirituale și morale deopotrivă. Alterarea aceasta adâncă este provocată de numeroase influențe ce emană din însăși structura mediului social al colectivităților urbane, cu mult mai complexă și amorfă ca și aceea dela sate. Deoarece contribuția elementului urban în evoluția politico-socială a statelor și neamurilor adeseori este hotăritoare, se cuvine să ne ațintim privirile noastre cu oarecare insistență asupra sâmburelui din care invadează energiile sale și să reținem învățămintele ce se desghioacă din studiul particularităților înregistrate.

Conținutul biologic al familiei dela oraș este măcinat cu osebite prin următoarele fenomene și acțiuni.

a) Prin fenomenul demografic binecunoscut al stingerii familiilor de oraș în cursul a câtorva generații. Lanțul scurt al

generațiilor ce se succed, nu dau răgaz pentru ca plămada de materie biologică să dospească și să se toarne într'un tîpar căruia natura i-a ciselat contururi desăvârșite.

De aceea familia de oraș, sub acest aspect deși constituie și ea, ca și aceea dela țară, o unitate biologică distinctă, această unitate, atît din punctul de vedere al duratei sale, cât și mai ales acel al calității, se așează la un nivel mult inferior aceleia din urmă.

b) Puritatea conținutului său biologic, la rîndul său, este compromisă prin amestecul etnic deosebit de intens, mai ales în localitățile unde grupuri etnice diferite se întîlnesc într'o conviețuire mai mult sau mai puțin armonioasă.

Spre a învedera proporțiile acestui amestec în sânul familiilor românești cred că e bine să vă înșirui aici câteva date statistice. Astfel în orașele din Transilvania, procentul de căsătorii mixte, între bărbați români și femei de origine etnică străină, în anii 1920—1937 a fost în medie de 30 p. 100 (Dr. Râmneanțu). De reținut că, asemenea căsătorii se contractează în număr mai însemnat de către funcționarii de stat, particulari, liber profesioniști și meseriași. Considerațiuni mai mult de ordin politic decât biologic au determinat măsuri eroice pentru curmarea căsătoriilor mixte și introducerea unor elemente eterogene în familiile funcționarilor de stat. Dar măsurile luate nu par a acoperi în întregime nevoile, căci, cunoscînd acțiunea nefastă ce a exercitat-o imixtiunea sîngelui străin în patrimoniul biologic al unor neamuri și popoare mai mari ca și acela al nostru, ne putem da seamă de serioasa primejdie ce amenință viitorul ființei noastre etnice. Soarta Romei antice și a Franței din zilele noastre, să stea pururea drept memento în fața tuturor Românilor conștienți de misiunea lor istorică.

c) Dar fenomenul care sapă mai insistent la temelia biologică a familiei dela oraș este reproducerea diferențială și urmarea ei fatală: întărirea grupurilor sociale cu valori biologice inferioare în detrimentul valorilor superioare. Acțiunea dezasastroasă a reproducerii diferențiale nimic nu o va înfățișa mai lămurit ca și cifrele relatate de cercetătorii acestui fenomen ce devalorizează nu numai tezaurul biologic al unor familii sau neamuri, ci și pe acela al întregii umanități. Dar să lăsăm să vorbească cifrele.



Lenz, urmărind reproducerea diferențială din Prusia, în a. 1912, dă pentru o căsătorie, următorul număr de copii:

La ofițeri, funcționari sup., liber prof.	2,0
Angajați . . . . .	2,50
Calfe . . . . .	2,90
Muncitori de fabrică . . . . .	4,1
Zileri și servitori . . . . .	5,2

Nu mai puțin lămurite sunt datele culese de către dl. Dr. Râmneanțu, în cuprinsul orașului Cluj, precum și în plasa Baia de Arieș și Iara din județul Turda, și care ne arată pentru fiecare femeie următoarea medie de reproducere diferențială:

Prof. universitari . . . . .	1,00
Prof. secundari . . . . .	0,89
Învățători . . . . .	1,71
Muncitori . . . . .	1,21—1,48
Agricultori, muncit. suburb. . . . .	1,72—3,14
Agricultori rurali . . . . .	3,30—3,46

De remarcat că reproducția maximă o înregistrează cele trei grupuri sociale cu starea economică mijlocie sau rea, iar cea minimă, cele cu stare economică bună.

Reproducerea diferențială a contribuit și până acum la decadența biologică a popoarelor civilizate atingând cu deosebire, pe acelea, la care urbanizarea a evoluat într'un ritm precipitat.

În mare parte de sigur că ea a provocat și strigătul de alarmă dat de Alexis Carrell prin cartea sa „L'homme cet inconnu” și în care se înfățișează în culori sumbre declinul biologic al popoarelor.

Este adevărat că neamul nostru, format în marea lui majoritate din țărani, (populația rurală constituie  $\frac{4}{5}$  din populația totală a țării), nu a suferit în aceeași măsură în urma fenomenului reproducerii diferențiale ca și neamurile cu o civilizație mai înaintată și o vieță industrială și urbană mai dezvoltată. Dacă ținem seamă totuși, de faptul că, grupul elitelor conducătoare din mediul nostru urban este relativ restrâns, iar pierderile ce se realizează cu încetul prin reproducerea diferențială

ca și masiv, prin războiul în curs, se împlinesc într'un ritm destul de lent prin absorbirea elementelor superior dotate din mediul rural, reproducerea diferențială pentru viitor își va imprima stigmatele sale nefaste cu aceeași asprime și cruzime asupra tezaurului biologic al familiilor noastre orășenești ca și pe acelea din țările supraindustrializate.

În aceeași măsură, sau poate în măsură și mai mare ca fondul său biologic, familia orășenească arată semne vădite de descompunere și în fondul său social. Cuibul familial se constituie și aci la adăpostul zidurilor și în jurul vetrei familiale, dar în sufletul membrilor familiei nu poate prinde rădăcini un ideal comun așîderea aceluia ce animă și întărește familia țărănească. Căci, glia, în vecinică reinnoire atrage cu pulsația ei de viață pe toți aceia cari se împărtășesc din puterile ei roditoare, îi adună, îi încălzește, toarnă curaj în suflete și încredere în Dumnezeu. Dar în orașe, există oare o putere, există un țel, există un lucru sau o faptă în jurul căreia să se întrunească toate credințele, spre care să se îndrepte toate năzuințele și dela care să-și culeagă toate virtuțile aceia, a căror sevă vitală se adapă și se împospătează din aceeași plămadă?

Răspund la aceste întrebări cu un hotărit — nu, — căci nici un bun material nu poate deveni un izvor generator de valori biologice, spirituale și materiale în stare să deschidă omului orizonturi noi pe calea evoluției, să-l înalțe pe culmile unor aspirațiuni menite să contribuie la împospătarea, propășirea și permanența patrimoniului biologic moștenit.

De asemenea, munca, cariera ca și mai ales desfătările trupești, cărora se dedau cu atâta frenezie orășenii, sunt prea legate de gusturi și aptitudini individuale pentru ca să poată forma un ideal statornic pentru o familie și cu atât mai puțin, pentru un neam sau un șir de generații.

Nu e de mirat deci, dacă, familia orășenească în lipsa unui ideal superior, navighează besmetică în apele vieții, fără ca să-și poată îndeplini nu numai misiunea sa biologică, ci nici măcar pe aceea socială, lăsând nouile generații să se avânte în torentul vieții cu un fond moral și social șubred, prea îndepărtat de virtuțile ce cimentează o societate echilibrată, ca: respectul față de părinți și diriguitorii obștei, supunere față de

autoritatea acestora, simțământul de solidaritate ca și conștiința datoriei.

De unde ar și putea oare copilul dela oraș să învețe respectul pentru părinți, și dacă l-a învățat totuși, cum să-l păstreze când părinții nu se respectă între ei și duc o vieată sufletească a cărei cărări sunt adeseori despărțite de ziduri întunecate, bine camuflate câteodată pentru ochii străinilor, dar în schimb întotdeauna străvezii pentru aceia ai membrilor familiei? Cum să se cuibărească pe de altă parte în sufletul copilului simțământul supunerii față de autoritate, când însăși autoritatea paternă și maternă este deficientă și gata oricând să capituleze în fața dorințelor grăite sau chiar numai presupuse ale unicului lor vlăstar? Cum să se infiltreze conștiința datoriei dacă în jurul său totul îndeamnă la desconsiderarea îndatoririlor omului față de om, cât și a omului față de societate, începând cu îndatoririle conjugale și familiale și până la acelea ce le impune o ordine socială temeinic așezată? Și în sfârșit, de unde să pătrundă în frageda ființă umană simțământul solidarității când în cuibul familial chiar raporturile între părinți sunt animate de cel mai feroce egoism, când nici unul nici altul nu știe sau nu vrea să renunțe la plăcerile și distracțiile proprii pentru desăvârșirea armoniei familiale; când goana după bunuri materiale și plăceri trupești constituie de cele mai multe ori preocupările principale ale celor mari?

Dacă nu pierdem din vedere că educația în familie se consumă în mare parte prin exemplu, vom înțelege pe deplin criza din câmpul caracterelor tari, criză ce ne-a cășunat și până acum și ne va cășuna și în viitor multe năcazuri, va provoca multe pagube și dureri.

Recapitulând cele spuse până acum în legătură cu structura biologică și socială a familiei românești, putem concretiza următoarele concluziuni:

1. *Deși, mai puțin marcată ca în țările supraindustrializate, familia românească arată și ea semne de slăbiciune în conținutul său biologic și social.*

2. *Alterarea fondului său biologic și social este deja puternic accentuată în mediul urban până când, în familia țărănească ea se mărginește încă la grupuri și regiuni izolate.*

3. *Reproducerea diferențială reprezintă o primejdie reală*

*pentru capitalul biologic al neamului, din pricina că zeci de familii de elită din mediul urban, iar în unele regiuni chiar și pe acele din mediul rural.*

*4. Spre fericire, caracterul, în marea sa majoritate rurală, al populației noastre, ne garantează încă o securitate relativă în fața dezechilibrului ce se conturează tot mai distinct pe fondul biologic și social al familiei românești.*

În fața realităților înmănunchiate în cele 4 puncte, pătrunderea în tainele viitorului nu mai poate fi considerată de aici încolo ca și o nechibzuită încercare de precizie, ci ca o firească înlănțuire în tălmăcirea lucrurilor și a faptelor. Ca urmare, situația actuală din câmpul familiei noastre ne îndreptățește să susținem că, pentru cazul când nu vor interveni acțiuni regeneratoare asupra fondului biologic și social al familiei românești, ci ele vor înainta pe linia evoluției actuale, pentru viitor li se desemnează următoarele perspective:

*1. O alterare cât mai profundă și mai rapidă în fondul biologic al familiilor din cadrul grupurilor sociale superioare dotate ce viețuiesc în mediul urban, întovărășită de o slăbire și devalorizare mai înceată, dar progresivă, a conținutului biologic propriu familiei țărănești de elită.*

*2. Ca epilog fatal apoi a acestei alterări, devalorizarea continuă, cantitativă dar mai ales calitativă, a patrimoniului biologic în general.*

*3. Destrămarea fondului social în același ritm și la aceleași grupări sociale din același mediu.*

*4. Reducerea potențialului de creație și de afirmare în concurență cu alte neamuri, iar*

*5. Drept corolar, al tuturor fenomenelor aici schițate, primejdia iminentă a unor urmări grave de ordin politic, cu proveniență internă sau externă, și care, într-o constelație internațională defavorabilă ar putea evolua la un moment dat până la pierderea suveranității noastre statale sau chiar și până la destrămarea ființei și unității noastre naționale.*

*Chiar și numai creionarea sumară a umbrelor ce se profilează în perspectiva viitorului familiei românești poate constitui pentru noi un izvor de încordată îngrijorare.*

## Evoluția indicelui cefalic în raport cu vârsta

de

Conf. Cr. VICTOR PREDA și Drd. A. G. LUDU

Intr'o serie de articole anterioare, unul dintre noi, a publicat împreună cu C. C. Velluda, o serie de date antropometrice, asupra evoluției diferitelor dimensiuni ale trunchiului, în raport cu vârsta. Aceste date au format rezultatul cercetărilor executate de echipa de antropologie și biotipologie a copilului, de pe lângă Institutul Social, cu ocazia anchetei executate de acest Institut în vara anului 1939 în județul Turda.

Cu acea ocazie au fost cercetați, în plasa Iara și Baia, un total de 1956 copii, dintre cari 1003 de sex masculin și 953 de sex feminin, toți între 6—19 ani inclusiv. Acești copii erau cu toții de origine etnică română.

Din cercetările făcute pe acest material, prezentăm în lucrarea de față, datele privitoare la valorile și ritmul de creștere a diametrului anteroposterior și transvers cefalic maxim, precum și acele ale indicelui cefalic.

Tehnica întrebuițată a fost cea obișnuită, utilizând compasul antropometric cu care s'a măsurat distanța glabelo-opistocranion (pentru diametrul anteroposterior maxim) și distanța euryo-euryo (pentru diametrul transvers maxim). Indicile cefalic a fost calculat după formula:

$$\frac{\text{diam. transvers maxim} \times 100}{\text{diam. anteroposterior.}}$$

### A) *Diametrele și indicele cefalic în raport cu vârsta.*

#### 1. *Diametrul anteroposterior maxim.*

Cercetările au fost executate pe 951 copii de sex masculin și 917 copii de sex feminin.

Rezultatele obținute pe vârstă și sex sunt redată în tabloul I.

Din acest tablou reese că: *la băieți* el variază între o minimă de 175 mm. și o maximă de 192 mm., deci în cadrul unei variații de 25 mm. Creșterea ne apare mai uniformă decât la fete, diferențe foarte mici dar mai accentuate decât celelalte,

TABLOUL I.

Băeți						Fete					
V	N	M	Mx	Mn	dif.	V	N	M	Mx	Mn	dif.
6	54	166	181	157	—	6	45	162	177	151	—
7	78	167	181	157	0,1	7	44	163	177	150	0,1
8	88	168	185	157	0,1	8	70	164	180	150	0,1
9	76	168	184	160	0,0	9	72	165	175	152	0,1
10	82	170	186	160	0,2	10	77	166	180	156	0,1
11	63	171	187	160	0,1	11	75	169	184	158	0,3
12	67	171	184	160	0,0	12	83	170	185	157	0,1
13	66	173	187	162	0,2	13	68	170	185	163	0,0
14	67	173	188	161	0,0	14	74	170	188	151	0,0
15	70	174	184	162	0,1	15	67	172	183	158	0,2
16	62	176	186	164	0,2	16	69	172	185	157	0,0
17	57	176	190	163	0,0	17	61	172	186	162	0,0
18	62	178	192	167	0,2	18	50	173	185	162	0,1
19	59	178	190	167	0,0	19	62	173	188	155	0,0

indică cele două perioade de creștere maximă a acestui diametru (între 12—13 ani și între 15—16 ani).

Interpretând în aceleași condițiuni variațiunile diametrului anteroposterior *la fete*, vedem că diametrul anteroposterior maxim variază între 6—19 ani, între o minimă de 150 mm. și o maximă de 173 mm., deci în cadrul unei variațiuni de 23 mm. Creșterea ne apare treptată pe măsură ce înaintăm în vârstă. Diferența cea mai mare dintre mediile a două etăți succesive, este între media vârstei de 10 ani și aceea a vârstei de 11 ani (3 mm.).

Această diferență ne arată că în perioada de mai sus (10—11 ani) creșterea diametrului anteroposterior este maximă. În rest, creșterea diametrului anteroposterior maxim ne apare ca treptată și uniformă.

## 2. Diametrul transvers cefalic maxim.

Cercetările au fost făcute pe un număr de 955 băeți și 892 fete între 6—19 ani. Rezultatele obținute pe vârstă și sex sunt redate în tabloul II.

Din acest tablou reese că *la băeți*, diametrul transvers maxim variază între 6—19 ani, între o minimă de 140 mm. și o maximă de 170 mm., deci în cadrul unei variațiuni de 30 mm. Creșterea este treptată și extrem de uniformă, singurul accident formându-l o diferență de 2 mm. ce apare între media vârstei de

TABLOUL II.

Băeți						Fete					
V	N	M	Mx	Mn	dif.	V	N	M	Mx	Mn	dif.
6	53	149	161	140	—	6	44	145	153	133	—
7	76	151	164	140	0,2	7	44	146	155	135	0,1
8	87	151	164	140	0,2	8	70	146	156	135	0,0
9	77	152	167	140	0,0	9	71	146	163	135	0,0
10	82	152	162	140	0,0	10	77	147	158	135	0,1
11	62	152	165	140	0,0	11	75	148	163	137	0,1
12	68	153	167	143	0,1	12	81	148	158	138	0,0
13	67	153	166	145	0,0	13	68	150	168	140	0,2
14	66	153	163	144	0,0	14	74	150	166	140	0,0
15	70	153	167	144	0,0	15	67	150	165	140	0,0
16	67	155	167	146	0,2	16	69	150	161	140	0,0
17	59	156	170	144	0,1	17	61	150	164	142	0,0
18	62	156	165	144	0,0	18	50	151	165	141	0,1
19	59	156	169	147	0,0	19	61	151	162	140	0,0

15 ani și cea a vârstei de 16 ani, epocă corespunzătoare pubertății, în care creșterea acestui diametru este maximă.

La fete, diametrul transvers maxim variază între o minimă de 133 mm. și o maximă de 168 mm., — deci în cadrul unei variațiuni de 35 mm. Ca și la băeți creșterea este extrem de uniformă, lentă și treptată, prezentând însă un mic salt (2 mm.) între media vârstei de 12 ani și media vârstei de 13 ani, perioadă în care creșterea acestui diametru ne apare ca maximă.

3. *Indicele cefalic* prezintă atât la băeți cât și la fete o evidentă descreștere. Tabloul III.

TABLOUL III.

Băeți					Fete				
V	N	M	Mx	Mn	V	N	M	Mx	Mn
6	53	89,3	95	83	6	44	89,4	99	80
7	76	89,2	99	81	7	44	88,9	97	80
8	87	88,1	99	78	8	70	87,8	98	80
9	77	90,0	98	78	9	71	88,1	98	79
10	82	88,7	98	78	10	77	87,9	99	81
11	62	88,9	98	80	11	74	87,4	98	76
12	68	88,7	96	81	12	81	86,8	95	78
13	67	88,4	98	80	13	67	87,5	97	81
14	66	88,1	99	79	14	73	87,5	96	78
15	70	88,6	98	82	15	67	86,5	94	79
16	67	87,7	95	77	16	69	86,4	95	77
17	58	87,8	96	76	17	61	86,8	94	76
18	62	87,2	95	81	18	50	87,0	95	79
19	59	87,3	95	81	19	61	87,3	98	80

Din acest tablou reese că la băeți descreșterea se face dela 89,30 (hiperbrahicefalie), valoare pe care o are indicele la 6 ani, până la 87,30 (hiperbrahicefalie), valoare pe care o are indicele la 19 ani. La fete descreșterea se face dela 89,40 (hiperbrahicefalie), valoare pe care o are indicele la 6 ani, până la 87,30 (hiperbrahicefalie), valoare pe care o are indicele la 19 ani. Descreșterea la ambele sexe este extrem de neregulată, fapt ce poate fi pus în legătură cu faptul că indicele cefalic este bazat pe amplitudinile de variație a două diametre diferite. Această descreștere a indicelui cefalic în raport cu vârsta este desigur în legătură (cum am arătat împreună cu C. C. Velluda), cu creșterea mai activă a diametrului anteroposterior, față de cel transvers.

## B) *Diametrele și indicele cefalic comparate la ambele sexe.*

### 1. *Diametrul antero-posterior maxim.*

Din datele expuse în tabloul I, reese evident, că diametrul antero-posterior maxim este mult mai dezvoltat la băeții de toate vârstele, decât la fete. În ceea ce privește perioada de creștere maximă a acestui diametru, ea corespunde epocii de pubertate și anume între 15—16 ani la băeți și între 10—11 ani la fete.

### 2. *Diametrul transvers maxim.*

Din datele expuse în tabloul II, vedem că diametrul transvers maxim este mult mai dezvoltat la băeții de toate vârstele, decât la fete. În ceea ce privește perioada de dezvoltare maximă a acestui diametru, ea corespunde epocii de pubertate, fiind situată într 15—16 ani la băeți și între 12—13 ani la fete.

### 3. *Indicele cefalic.*

La ambele sexe, valorile indicelui cefalic sunt cam egale pentru perioadele de vârste corespunzătoare. Descreșterea indicelui cefalic în raport cu vârsta, este evidentă la ambele sexe și poate fi pusă în legătură cu creșterea mai activă a diametrului antero-posterior față de cel transvers.

## C) *Date comparative cu cercetările altor autori.*

Atât în literatura antropologică universală, cât și în literatura românească, datele antropometrice privitoare la evoluția



diametrelor și indicelor cefalice în raport cu vârsta, sunt extrem de puține.

În literatura universală, nu găsim decât datele lui Godin privitoare la evoluția antropometrică a copiilor francezi și datele lui Saller privitoare la evoluția indicelui cefalic a copiilor lui Lübeck.

În literatura românească, nu găsim decât cercetările lui C. C. Velluda și V. Preda, asupra copiilor din comuna Cacova Si-  
biului.

Comparând datele noastre cu acelea obținute de autorii de mai sus, obținem rezultatele expuse în tabloul IV, V și VI.

**TABLOUL IV.**  
Evoluția diametrului antero-posterior cefalic maxim

Băieți				Fete		
Vârsta	Turda	Cacova	Godin	Vârsta	Turda	Cacova
6-7	167	—	176	6-7	163	166,7
8-9	168	173,3	178	8-9	165	167,8
10-11	171	172,4	179,2	10-11	168	167,8
12-13	172	175,2	180,7	12-13	170	171,1
14-18	175	180	181,3	14-18	172	177,6

**TABLOUL V.**  
Evoluția diametrului transvers cefalic maxim.

Băieți				Fete		
Vârsta	Turda	Cacova	Godin	Vârsta	Turda	Cacova
6-7	150	—	140,5	6-7	146	141,1
8-9	152	149,2	146,0	8-9	146	144,6
10-11	152	146,9	146,5	10-11	148	146,5
12-13	153	146,2	147,7	12-13	149	146,7
14-18	155	152,8	150,0	14-18	150	147,0

Din aceste tablouri putem trage următoarele concluziuni:

a) Diametrul anteroposterior cefalic maxim ne apare cu mult mai scăzut la copiii din județul Turda, decât la copiii din Cacova și copiii francezi.

b) Diametrul transvers maxim ne apare cu mult mai mare la copiii din județul Turda, decât la copiii din Cacova și copiii francezi.

c) Indicele cefalic suferă, în raport cu vârsta, un proces de

**TABLOUL VI.**  
**Evoluția indicelui cefalic.**

B ă e Ț i					F e Ț e		
V	Turda	Godln	Saller	Cacova	V	Turda	Cacova
6	89,3	80,4	—	86,3	6	89,4	84,5
7	89,2	80,6	—		7	88,9	
8	88,1	82,6	—		8	87,8	86,0
9	90,0	82,6	—	9	88,1		
10	88,7	82,6	83,6	85,2	10	87,9	87,3
11	88,9	81,6	84,1		11	87,4	
12	88,7	81,7	82,8	82,2	12	86,8	84,6
13	88,4	81,3	82,8		13	87,5	
14	88,1	82,2	82,5	84,5	14	87,6	82,3
15	88,6	82,1	82,0		15	86,5	
16	87,7	81,9	81,7	80,6	16	86,4	87,0
17	87,8	81,7	80,6		17	86,3	
18	87,2	81,5	80,9	—	18	87,0	
19	87,3	79,2	—		19	—	

descreștere atât la copiii din jud. Turda cât și la cei din Cacova, la cei francezi și la cei germani. Pe când copiii francezi se situează în grupa mezocefalilor, copiii germani și cei din Cacova se situează în grupa celor brahicefalici, iar copiii din județul Turda, se situează în grupa hiperbrahicefalici, având deci capul mult mai lat (în normă verticală) decât copiii din Cacova, copiii francezi și cei germani.

## Organizarea consultațiilor de puericultură în mediul rural

de  
**Dr. VASILE SEGELEANU**

*Introducere.* Problema organizării consultațiilor de puericultură în mediul rural este de o actualitate și importanță capitală, pentru a putea mări randamentul acestui sector de activitate a medicului de circumscripție rurală. Este bine știut, că, nu există o problemă mai grea și mai spinoasă, în mediul rural, ca cea a combaterii mortalității infantile cu toate mijloacele și pe toate căile.

Printre mijloacele preventive de luptă, contra mortalității

infantile consultațiunile de puericultură, alături de consultațiunile prenatale, sunt mijloacele cele mai puternice cari stau la dispoziția medicului, în acest scop. Se înțelege deci, de ce organizarea acestor consultații din punctul de vedere al tehnicei și al condițiilor locale aduce după sine reușita medicului în acest câmp de activitate.

Sub numele de consultațiuni de puericultură, se înțeleg consultațiunile ce se dau de organizații sanitare, instituții de puericultură, societăți de binefacere, cu scopul de a supraveghea, a urmări și a îndrepta sănătatea și dezvoltarea copilului nou născut, până la vârsta de 2—3 ani, obligând mamele să se prezinte în mod periodic la consultațiunile ce se dau gratuit la date și zile fixe.

Scopul acestor consultațiuni este multiplu:

a) de a educa mamele și a favoriza alimentația naturală, la sânul mamei,

b) de a supraveghea și a reglementa regimul și alimentația copilului,

c) de a controla talia și greutatea, deci dezvoltarea copilului,

d) de a depista la timp bolile și tulburările ce se ivesc în cursul dezvoltării (rachitism, tulburări alimentare, dispepsii, etc.),

e) de a ține în evidență printr'o fișă starea sanitară a noului născut.

Consultațiunile de puericultură precedate de consultațiunile prenatale, cari la rândul lor vor trebui să fie organizate și intensificate, constituiesc adevărate școli practice pentru mamele tinere și lipsite de experiență, aducând o ușurare în problema grea a creșterii copilului.

Dacă aceste consultații sunt însoțite de activitatea sorei de ocrotire pe teren, rezultatul nu va întârzia să se evidențieze, fiind totdeauna urmate de scăderea mortalității infantile în acea colectivitate.

\* \* \*

După ce am schițat pe scurt cadrul problemei, pentru a fi mai bine înțeles, vom face o scurtă privire istorică asupra originii și funcționării acestor consultații.

Primele consultațiuni de puericultură s'au organizat de Hergott la Nancy, care era obstetrician și care a organizat aceste consultațiuni pentru gravide și copii, iar mai apoi (1892) au fost organizate și de către Budin și Variot, cari au atras în mod deosebit atenția asupra rolului deosebit pe care îl au aceste consultațiuni pentru dezvoltarea copilului. După începuturile făcute astfel, consultațiunile s'au extins și au fost inițiate de toți pediatrii cei mai de seamă din Franța și Germania. Numele ce s'a dat acestor consultațiuni varia, scopul lor fiind însă același. În Franța au fost numite: Consultation de nourisson sau goutte de lait; iar în Germania se cunosc sub numele de: Mutterberatungsstelle, Milchkühe și Milchgabe, etc.

În prezent consultațiunile de acest fel s'au extins în toate țările unde se află organizate servicii sanitare.

După ce am văzut pe scurt istoricul dezvoltării consultațiunilor de puericultură, să facem acum o scurtă privire asupra modului cum funcționează în prezent aceste consultațiuni în țările cele mai bine organizate.

În Germania în urma venirii la putere a partidului național-socialist, problema ocrotirii mamei și a copilului fiind problemă de stat, s'au reorganizat și extins consultațiunile denumite Mutterberatungsstelle, Milchkühe și Milchgabe, cari funcționează cu o mare precizie și o perfectă organizare, având drept rezultat o schimbare completă a fenomenelor demografice și producând o adevărată emulație printre mame, spre a se da copilului maximum de condiții de dezvoltare.

Scăderea mortalității infantile și în special cea datorită tulburărilor alimentare, precum și revenirea la alimentația naturală, pe o scară cât mai întinsă, se datorește bunei organizări a consultațiunilor de puericultură, precum și propagandei făcută prin aceste consultații.

În ultimul timp lupta s'a dat cu mult succes și pentru combaterea rachitismului în regiunile miniere și industriale, unde procentul lui varia între 30—70% din copii.

În Italia, copilul este la fel o problemă de stat. Organizația Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell' Infanzia, are în toate centrele mari și în mediul rural pe lângă casa mamei și a copilului, organizate consultațiuni de puericultură. Consultațiunile de puericultură se dau aici însă în scop

profilactic, preventiv, educativ și nu curativ. Instituțiunile spitalicești se ocupă apoi cu scop exclusiv curativ.

Medicul conducător al acestor consultații are în grija sa supravegherea igienei, dietetice (regimului) precum și profilaxia și prevenirea bolilor, cu excepția celor infecțioase. El face în același timp educația igienică a mamei, insistând cu deosebită grijă asupra avantajilor alăptării naturale.

Consultațiunile de puericultură sunt frecventate de copii dela naștere până la 3 ani. Ele se țin de cel puțin 2 ori pe săptămână.

La consultațiuni asistă infirmiera vizitatoare (sora de ocrotire), care dă medicului lămuriri asupra vizitelor făcute în familie, iar medicul îi dă directive în legătură cu constatările făcute. Copiii sunt desbrăcați și mășurați de infirmieră. Medicul după examinare insistă asupra alimentării naturale, iar acolo unde se ivesc piedici în cale, prescrie sau dă preparate alimentare complementare. Celor săraci li se acordă lapte, alimente și medicamente în contul oficiului de asistență comunală.

În Jugoslavia consultațiunile de puericultură datează din 1922.

Prima organizație maternă infantilă sub numele de consultațiuni pentru mamă și copil se adresează educației mamei și în același timp face și consultațiunea copilului prezentat. Policlinicile de copii se adresează copiilor dela 1—14 ani și au anexate o bucătărie de lapte, care se ocupă cu prepararea laptelui în condițiuni bune de igienă și care apoi se distribuie copiilor alimentați artificial.

În Ungaria organizația „Crucea Verde” are sub directa ei conducere supravegherea sugărilor, preșcolărilor și școlărilor care se face la dispensare special organizate în acest sens.

La noi, organizațiunile de puericultură în mediul rural au suferit o întârziere. Legea sanitară din 1930, fixa în art. 122—124, ca prim scop al dispensarelor combaterea mortalității infantile, iar art. 433 din aceeași lege, fixa deasemenea în mod expres, că ocrotirea copilului până la 3 ani se face la dispensare de puericultură. Toate aceste prevederi ale legii nu au fost traduse pe teren. Abia prin ordinul No. 53237 din 14 August 1936 și ordinul No. 108411 din 29 Decembrie 1936, ale Ministerului Sănătății, s'a dispus crearea și înzestrarea cu cele nece-

sare, la început a câte 5 dispensare pe județ, iar prin ordinul No. 47078 din 8 Iulie 1937, s'a hotărît dublarea numărului acestor dispensare de fiecare județ. Consultațiunile urmau să se țină de 1—3 ori pe săptămână, pe lângă dispensarele existente în circumscripție. Pentru acoperirea cheltuelilor s'a fixat o sumă de 1000 lei lunar de fiecare dispensar. Problema a fost apoi lăsată în voia întâmplării, și elanul primelor începuturi s'a distrus prin complicatele și multiplele măsuri luate cu distribuirea alimentelor în contul sumei de 1000 lei, precum și prin lipsă de cele mai elementare instrumente și aparate necesare examinărilor.

Mai târziu s'a dispus înființarea eforturilor sanitare locale, pentru a cointeresa și publicul la această problemă. Totuși cointeresarea publicului și a factorilor locali din comună nu s'a putut realiza în toate părțile, astfel că problema a rămas tot pe planul unilateral: medico-igienic. Dispozițiunile regulamentului pentru ocrotirea mamei și a copilului publicat în M. Of. No. 301 din 30 Dec. 1937, nu au fost traduse în fapt și deci nu s'a progresat nici de data aceasta în rezolvarea problemei. Ici, coela, s'au produs rezultate frumoase, cari nefiind însă secondate de toate circumscripțiile sanitare nu au putut influența, în mod simțitor, miezul problemei, care era: combaterea mortalității infantile.

\* \* \*

*Organizarea practică a consultațiunilor de puericultură este mai mult o problemă de natură locală. Ea va fi lăsată în grija medicului, care poate mai bine aprecia situația și condițiunile locale.*

Prima condițiune este găsirea unui local corespunzător, care va fi situat pe cât posibil în centru, și nu va depăși ca rază de acțiune distanța de 2—3 km., deoarece dela o distanță mai mare copiii vor trebui atunci să fie aduși cu căruța, trăsura sau cărucioare.

Imobilul să fie corespunzător din punct de vedere igienic; la nevoie se poate compune și din două camere: sală de așteptare și sală de consultații, iar după posibilități se pot apoi adăuga alte camere (sala de boxe, sala de desbrăcare, bucătăria de lapte și closet). Casa de ocrotire prevăzută de Legea sanitară din 1930, art. 136—151, corespunde acestor cerințe.

Orariul consultațiilor este important de fixat și depinde tot de cunoașterea condițiilor locale. Se va alege timpul cel mai potrivit, spre a se putea asigura participarea cât mai numeroasă a mamelor, și spre a nu se aduce perturbațiuni în programul de alimentare a copiilor. Credem că timpul cel mai potrivit este între 9—12 a. m. sau 3—5 p. m. la nici un caz nu se vor fixa orarii prea matinale (între 7—9 dim.) sau prea târzii (între 6—9 după masă).

Materialul necesar consultațiilor: se compune dintr'o masă de examinare, masă de cântărire cu cântar, dulap pentru instrumente, aparat de măsurat lungimea, spatule, depărtătoare de gură, aparat pentru spălături stomacale, termometre, registre de consultațiuni, fișe personale, afișe de propagandă și broșuri pentru mame. Insistăm asupra afișelor de propagandă, care ar avea un rol intuitiv și ar facilita asimilarea unor cunoștințe pe care prin expunere medicul nu le poate face așa de atrăgătoare, oricât talent și oricâtă bunăvoință ar avea dânsul.

Se impune tipărirea unor afișe sub formă de frescă, care ar reprezenta diferitele faze ale dezvoltării copilului, și ale îmbolnăvirii lui și ale tulburărilor de orice fel, precum și diferitele boli infecto-contagioase. Mijloacele de propagandă ar trebui utilizate în acest sector de activitate la maximum. Se vor utiliza pentru același scop prescripțiuni de regim, tipărite în mod special pentru diferitele tulburări digestive spre a putea fi date mamelor, cari astfel ar putea urma întocmai sfaturile indicate de medic.

Personalul consultațiilor de puericultură este redus, el se compune din medic și soră de ocrotire. Conducerea consultațiilor o are medicul, care fără a fi specialist, ci numai cu cunoștințele din facultate și cu practica ce și-o dobândește în scurt timp pe teren, dacă are dragoste de muncă, poate să fie pe deplin folositor scopului urmărit. Chemarea periodică a medicilor la cursuri cu demonstrațiuni practice, pe lângă că favorizează și completează dezvoltarea cunoștințelor, are darul de a stimula pe cei ce au rămas în urmă, în special în tehnica dieteticei, care are aici rol primordial. Colaborarea cu medicul primar de puericultură dela ambulatorul județean (municipal), sau cu medicul primar director al unei instituții de puericultură, credem, că ar aduce la fiecare dintre noi, pe lângă bucuria și plăcerea de a co-

labora cu un coleg competent, în materie, și posibilitatea de a clarifica și îndrepta anumite stări, la copiii găsiți că nu se desvoltă în condiții normale. Această colaborare o concepem sub forma unei vizite cordiale, pe care o face medicul primar de puericultură dispensarului la dată fixată de comun acord (trimes-trial sau lunar) după caz și după posibilitățile de deplasare.

Cu această ocazie se poate face o trecere în revistă și o examinare a tuturor cazurilor „*dificile*“, iar în cazurile indicate s'ar putea dispune internarea în serviciul de specialitate.

Dacă medicul conducător este primul factor — creerul — conducerii și al organizării consultațiilor de puericultură în mediul rural, sora de ocrotire este „*osia*“ acestor consultațiuni, după cum se exprimă și Dl Dr. I. Nemoianu. Ea face legătura între dispensar și familie; ea recrutează și aduce copii la consultațiuni; ea asistă pe medic la aceste și dă informații cu datele necesare la consultațiuni; ea controlează la domiciliu prin vizite și prin demonstrațiuni practice, la nevoie, executarea măsurilor ordonate de medic.

Clientela consultațiilor o formează în primul rând copiii de săn și anume cei sănătoși, rămânând ca cei bolnavi să fie văzuți la consultațiunile comune, sau la consultațiunile fixate la o altă dată tot sub formă de consultațiuni de puericultură.

În realitate acest deziderat întâmpină dificultate pe teren, care rezultă din lipsa de înțelegere a mamelor noastre, precum și din lipsa de boxe în sala de așteptare, așa că în prezent mamele, mai ales acum, când se distribuie alimente și haine la dispensar vin și cu copii bolnavi de boli infecțioase, transformând astfel uneori, cu toată vigilența medicului, consultațiunile de puericultură într'o sursă de diseminare a bolilor infecto-contagioase. Soluția cea mai simplă constă în suspendarea consultațiilor pe timpul cât se află boli epidemice în localitate, în cazul când nu se poate face izolare prin boxe. Continuarea sistemului, ca la vizite să se prezinte copiii bolnavi și sănătoși la aceleași ore, după propria noastră observație, în comunele mai mari și cu o populație mixtă, cu un nivel cultural și material mai ridicat, aduce după sine o scădere în frecventarea dispensarului și deci a consultațiilor de puericultură mai ales de către unele mame hipersensibile și foarte impresionate de posibilitatea unei contagii. Vârsta până la care un copil trebuie să urmeze consul-



tațiunile de puericultură, variază după diferiți autori și diferite organizațiuni. La noi art. 433 din Legea sanitară din 1930, fixează această vârstă până la 3 ani, ca în Italia.

*Tehnica examinării.* După ce am văzut toate elementele care colaborează la reușita consultațiunilor de puericultură, să revenim pe scurt la tehnica examinării. Condițiile unei bune examinări sunt:

1. examinarea să se facă fără a obosi sau a expune copilul la răceală sau alte neplăceri. Se va controla deci temperatura sălii;

2. copilul să fie văzut, pe cât posibil, complet desbrăcat;

3. examinarea să nu dureze prea mult, pentru a nu transforma scopul urmărit într'o pierdere de timp pentru mame și medic. Acest fapt este important mai ales vara, când numărul consultațiunilor descrește din lipsă de timp a mamelor, deși ar fi nevoie tocmai de un plus de vizite pentru copil;

4. consultația să nu constituie un focar de diseminare a bolilor infecțioase. Iată cum se face pe scurt examinarea: copilul la intrarea în sala de așteptare va fi înscris într'un registru și va primi un număr de ordine, dacă numărul consultațiunilor e mare.

Tot acum prezintă sorei, dacă a mai fost la consultațiuni, adeverința cu numele și numărul fișei copilului, spre a i se poate scoate fișa. Trece apoi în sala de examinare, dacă nu este sală specială de desbrăcare, unde este desbrăcat, se face apoi cântărirea lui de către soră și înscrierea taliei și a greutateii pe fișa de consultațiuni. Trece astfel desbrăcat la examinare în fața medicului.

Medicul dintr'o privire face inspecția copilului, examinează țesuturile, observă igiena corporală a copilului și face inspecția întregului corp.

Trece apoi la examinarea diferitelor aparate, în ordinea preferinței sale (respirator, circulator, digestiv), reține dela mamă regimul la care se găsește copilul și verifică buna stare a țesuturilor (turgor), iar la nevoie dacă mama alăptează copilul examinează și sânul mamei. Dă apoi scurte sfaturi mamei pentru continuarea regimului, insistând, în mod special, asupra avantajilor alimentării naturale și indicând în mod deosebit fiecare prescripție de regim ce ar dori să fie urmată. De exemplu: în loc

de sugerea dela ora 12, copilul va primi 150 gr. supă de zarzavat, sau în loc de sugerea de noapte, i se va administra 100 gr. ceaiu de tei cu zaharină, etc. Aceste prescripții vor fi notate de sora de ocrotire pe fișa sugărilor, și le va ține în evidență în carnetul său, iar cu ocazia vizitei la domiciliu va controla executarea. Toată această examinare trebuie să fie în împrejurări normale terminată în 10 minute. Urmează deci, că în timp de o oră medicul nu va putea examina mai mult de 6—8 copii.

Medicul nu va neglija nici partea morală și educativă a consultațiilor, interzicând cutare obicei sau apucături nepotrivite, muștrând, ușor, pe mamă pentru cutare neglijență, mai ales dacă a fost semnalată de medic, deasemenea va încuraja pe mama care dă dovadă de bună respectare a regulilor de igienă și va mângâia în același timp pe mama care își vede cu desădejde pierdut cel mai mare bun al vieții: copilul unic grav bolnav. Această parte a consultației este uneori o sarcină ingrată pentru medic, însă medicul conștient de menirea și responsabilitatea sa nu se va da înapoi dela nici o piedică.

Conștient și convins de binele ce-l aduce prin aceasta colectivității și neamului său, încurajat de rezultatele strălucite pe care le va recolta, după ce va fi învins orice piedică, și cu persistență și tenacitate va fi urmărit scopul fixat, își va vedea singur progresele și va înregistra cu multă satisfacție și cu un sentiment de încredere rezultatele eforturilor sale pentru combaterea mortalității infantile.

*Concluziuni, deziderate.* Consultațiile de puericultură sunt în prezent, cel mai eficace și cel mai puternic mijloc de combatere a mortalității infantile în mediul rural. Ele trebuiesc organizate și sistematizate, pe întreg cuprinsul țării, după norme unitare și conforme cu progresele făcute de alte țări pe acest teren. Dispensarele de puericultură să fie aprovizionate cu făinuri alimentare, vitamine, medicamente antirahitice și medicamente antisifilitice, pentru combaterea erodofilisului, în cantități suficiente. De asemenea să se trimită periodic broșuri, instrucțiuni, afișe și mici prescripțiuni dietetice, care să se distribuie mamelor cu ocazia consultațiilor. Prin aceste mijloace, se poate stimula dragostea de muncă și abnegația medicilor și se poate asigura participarea mamelor în mod asiduu la consultații.

## BIBLIOGRAFIE

- Prof. Dr. Gh. Banu*: Problemele sanitare ale populației rurale din România.  
*Dr. R. Goepfert*: Consultations de nourissons.  
*Dr. Iosif Nemoianu*: Organizarea și funcționarea consultațiilor de copii mici în mediul rural. (Medicina Infantilă, Nr. I, 1939).  
*Giovani de Toni*: Puericultura, pediatria preventiva individuale e sociale. Torino.

## Frecvența grupelor de sânge la Români din Valea Arieșului și a Ierii<sup>1)</sup>

de  
**Dr. P. RĂMNEANȚU**

Pe baza individualității sângelui, determinată de reacția de isohemaglutinare, posedăm numeroase cercetări care evidențiază atât deosebiri între rasele primitive (albă, neagră, etc) și între neamurile de astăzi, cât și anumite variațiuni în interiorul aceleiaș neam. În general variațiunile cad în interiorul curbei gaussiene, normale, ilustrând prin tendința de concentrare spre medie, că neamurile cu această însușire sunt în stadii de definitivă încheiere a nucleelor care au participat originar la compunerea lor.

Cercetând rezultatele de sânge făcute până în prezent la Români, pe aproximativ 50.000 de inși, rediate pe grupe de câte 400—500, constatăm că indicii lor sangvini, de rasă și al lui Wellisch, reprezentați în cartograma țării, în triunghiul lui Streng și pe axul Anglia-Indii au valori aproape egale, nu fac salturi dela o regiune la alta și nici nu se interpun în spațiul sau locul altor neamuri. Nu depășesc deci, decât în unele cazuri excepționale și fără nicio coincidență cu trecutul istoric al popu-

<sup>1)</sup> Di cercetările de biologie umană făcute în vara anului 1939, în cadrele Institutului de Igienă din Cluj și ale Institutului de Cercetări Sociale din București.

lației cercetate, limitele curbei normale fixate de trei ori deviația standard a mediei lor. Ba mai mult, dispunem și de rezultate obținute pe grupe de populație a căror conștiință etnică declarată e desmințită de proprietățile seroetnice ale sângelui. Așa sunt Săcuii și Ciangăii a căror grupe de sânge au frecvențe egale între ele și identice cu ale Românilor<sup>1</sup>).

Cu toate acestea de o caracterizare definitivă a populației românești, așezată de o parte și de alta a arcului carpatic, prin care văile izvorite de aici și prelungite pe întreaga arie străromână o leagă într'un mănunchiu unitar, încă nu poate fi vorba. Sunt încă multe regiuni românești „țări”, cum le mai zicem, relativ la care nu avem nicio cercetare. Și tot așa sunt nenumărate enclave de populație care încă nu și-a cristalizat bine conștiința apartenenței etnice, fie din cauză de amestec, fie că anumite elemente trecătoare le-a influențat tradiția, limba în special. Toate acestea așteaptă să fie cercetate.

Ca o contribuție nouă la acest deziderat se înșiră și rezultatul cercetărilor pe care le redăm mai jos, obținute pe populația de pe Văile Arieșului mijlociu<sup>2</sup>) și pe unul dintre afluenții lui, Iara<sup>3</sup>). Regiunea aparține Munților Apuseni. Comunele sunt situate de-a-lungul văilor amintite, despărțite de altele prin masivi muntoși, totuși permeabili de o parte și alta. Prin urmare populația comunelor studiate circulă în toate direcțiile, dar mai ușor de-a-lungul văilor respective și spre valea Someșului. Astfel sangvin e intim înrudită cu cea de pe Arieșul Mare și Mic (Vidrele) și cu cea din Muntele-Rece și Măguri, unde încă au fost făcute determinări de sânge.

Cei 2032 de inși studiați îi redăm la un loc deoarece dacă i-am distribui pe comune, grupele ar fi sub 500 și atunci, după cum prea bine se știe, intervenția hazardului ar risca certitudinea concluziilor.

<sup>1</sup>) Râmneanțu, P., Grupele de sânge la Ciangăii din Moldova. *Buletin Eugenic și Biopolitic*, Nr. 1—2, 1943.

<sup>2</sup>) Comunele cercetate situate pe această vale sunt: Lunca-Arieșului, Ocoliș, Poșaga-de-Jos, Runc, Sălciua-de-Sus și Vidolm.

<sup>3</sup>) Pe Valea Ierii am cercetat: Băișoara, Cacova-Ierii, Făgetul-Ierii, Filea-de-Jos și Sus, Hăjdate, Iara, Lita-Română, Ocoliș, Săcel și Surduc.

Nr. ca- zurilor	Procentul grupelor				Indicele Biologic		Frecvența genelor			Indicele Wellisch
	AB	A	B	O	AA+AB	BB+AB	p	q	r	
										q+r
2,032	6,74	45,92	16,68	30,66	2,25	31,66	12,96	55,37	99,99	1,273

Populația cercetată, fără să depășească limitele normale de variație la Români, are proprietatea europeană cu ceva peste media obișnuită. Astfel față de valoarea indicelui biologic de rasă de 2,20 și a lui Wellisch de 1,25, primul indice îl are egal cu 2,25, iar pe al doilea cu 1,273.

Cât privește față de rezultatele publicate de Papilian și Velluda<sup>1)</sup> pe Români de pe cursul Arieșului, Mare și Mic, deci care au o circulație mai limitată, observăm că ai noștri au cu ceva mai redusă proprietatea europeană și mai urcată pe cea asiatică. În comparație cu cei studiați de noi, mai de mult în Măguri și în Muntele-Rece, sunt aproape egali, iar față de concluziile redată de Popovici și Birău<sup>2)</sup> obținute pe Români din Lunca-de-Sus, Someșul-Rece, Stolna, Căpușul-Mic, Păniceni și Muntele-Rece și mai ales față de cei din comuna Avram Iancu se deosebesc mult. Autorii din urmă au redat pentru grupa satelor dintâi un indice biologic egal cu 3,06 și pe a lui Wellisch de 1,31, iar pentru locuitorii din Avram Iancu, 4,27 și 1,49.

*In rezumat deci frecvențele proprietăților seroetnice ale Românilor de pe Văile Arieșului și Ierii se suprapun aproape perfect cu mediile ponderate, calculate pe baza tuturor cercetărilor de asemea natură făcute pe Români. Se deosebesc însă întru câtva de frecvențele și indicii obținuți de Papilian și Velluda, fără să fie însă cazul unei diferențe semnificative. Cât privește față de rezultatele obținute de Popovici-Birău diferă mult.*

<sup>1)</sup> Papilian, V. și Velluda, C. C., Cercetări antropologice asupra Motilor dintre Arieșe. Academia Română, M. S. Șt., S. III, T. XV, M. 19.

<sup>2)</sup> Popovici, Gh. și Birău, I., Revue Anthropologique, 1936, pp. 181-183.

## DESPRE ACTIVITATEA PLAȘILOR SANITARE MODEL LIPOVA—TIMIȘ ȘI INEU—ARAD

La Lipova și la Ineu funcționează câte o plasă sanitară model. Prima, în anul 1942, și-a încheiat al IX-lea an de existență, iar cea din urmă numai la mijlocul celui an și-a început organizarea. Cu toate că în fiecare se lucrează, cu mult elan, în toate ramurile sănătății publice și s'a izbutit să se înjghebeze un program de medicină preventivă rațional, totuși felul deslănțuirii activității, rezultatele obținute și neajunsurile care încă mai dăinuiesc, redate trimestrial și anual în rapoartele oficiale au rămas nerelevante, închise în arhive. Nepublicându-se nimic relativ la aceste unități sanitare, metodele lor de lucru — care merită să fie cunoscute și chiar difuzate — sunt cunoscute numai de cei care au avut posibilitatea ca pe teren să le observe. Faptele acestea ne-au determinat ca aici, în câteva rânduri, să insistăm asupra structurii plășilor, felului cum ele muncesc și asupra problemelor atacate și rezultatelor obținute.

A) *Plasa sanitară model Lipova.* Plasa sanitară Lipova, depășește pe cea administrativă, pe lângă cele 27 de comune proprii îi mai aparține încă 8 din plășile administrative vecine Recaș și Vinga. Sanitar plasa e împărțită în 7 circumscripții, fiecare cu câte 3, 4, 7 sau 9 mii de locuitori.

Plasa e condusă de un medic igienist, are 7 medici de circumscripție, câte un puericultor, fiziolog și dentist, mai are 8 surori de ocrotire, 1 ofician sanitar, 2 agenți sanitari, 19 moașe, 1 șofeur și 1 om de serviciu.

Remarcăm stăruitor că în anul 1942, în acest județ care dispune de resurse bugetare suficiente și în care problemele demografice și sanitare trebuie să fie pe primul plan de procurare, de altfel ca și în anii precedenți, în plasa sanitară specialiștii în pediatrie, fiziologie și stomatologie n'au putut funcționa din lipsă de fonduri.

De sigur mersul normal al serviciului a fost stânjenit și din lipsa parțială a celui personal medical și auxiliar masculin, dar din motive impuse de interesele înalte ale timpului.

Ca zestre plasa sanitară are o casă de ocrotire centrală și câte una la sediul a lor 5 circumscripții sanitare, cu clădiri proprii sau închiriate, iar în două circumscripții se lucrează provizor în localul Primăriilor respective.

*Populația plășii.* La 1 Iulie 1942 populația plășii a fost de 32,821 de locuitori, dintre care 69,2% sunt Români, restul în ordine descrescând sunt Germani, Maghiari, Ruteni, etc.

Mișcarea populației în plasa sanitară model Lipova e de asemenea natură încât justifică pe deplin atât necesitatea ființării cât și acordării ei de mijloace suficiente pentru a o pune în situația unei funcționări optime. Fenomenele demografice, în anul 1942 sunt caracterizate prin următoarele proporții:

Natalitatea . . . . .	12,3	la 1000 locuitori
Mortalitatea . . . . .	22,6	" " "
Excedentul natural . . . . .	10,3	" " "
Mortalitatea infantilă . . . . .	11,6	" " "

*Câmpul de activitate.* Problemele în care plasa și-a angajat activitatea sunt cele două obișnuite într'un program combinat de medicină preventivă și curativă.

Ocotirea familiilor și a gravidelor.

Combaterea mortalității infantile.

Ocotirea și asistența mamei și a copilului de toate etățile.

Prevenirea și combaterea bolilor infecțioase.

Combaterea tuberculozei și a bolilor venerice.

Asistența medicală a populației.

Salubritatea publică și

Educația medico-socială a populației.

Programul de lucru în aceste domenii se desfășoară la Casa de ocrotire centrală, la cele dela sediul circumscripțiilor și prin vizite făcute de surorile de ocrotire la domiciliul familiilor. Consultații se acordă atât bolnavilor, cât și populației sănătoase, adică gravidelor, sugariilor, preșcolariilor și școlariilor. Personalul medical mai face vaccinări preventive, intervenții medicale și aplică tratament.

Consultațiile de specialitate și cele generale la dispensarele Caselor de ocrotire se dau pentru gravide, tuberculoză și stomatologie la copii, odată pe săptămână, pentru sugari, preșcolari, școlari și boli venerice de două ori pe săptămână. Cele mixte, generale, se țin zilnic dela ora 8—9. La dispensarul Casei centrale din Lipova numărul ședințelor săptămânal e mai urcat. De trei ori se țin consultații pentru gravide, sugari, preșcolari, școlari și dentistică, de două ori pentru boli venerice și odată pe săptămână pentru tuberculoză.

Intensitatea activității din anul 1942, în ce privește consultațiile și vizitele în familie, e exprimată în cifrele următoare:

<i>Categorii</i>	<i>Nrul consultațiilor</i>	<i>Nr. vizitelor făcute de surori</i>
Prenatale	177	358
Sugari	997	3661
Preșcolari	545	3290
Școlari	857	961
Tuberculoză	77	271
Venerici	850	154
Cu afecțiuni dentare	120	—
Altora bolnavi	4014	1925
<b>Total</b>	<b>7.634</b>	<b>10.620</b>

Cu toate că încă nu s'a putut afecta atenție suficientă, așa cum sperăm să se facă de acum înainte, prevenirii îmbolnăvirilor, adică examenelor periodice ale gravidelor și copiilor sănătoși, totuși faptul că la consultații de sugari au fost prezentați și 31.3% de copii sănătoși, la cele de

preșcolari 28,8%, la cele de școlari 65,0% cu imbolnăviri de mică importanță și 2,5% sănătoși constituie un început plin de speranță. Medicina preventivă își ia locul cuvenit alături de cea curativă.

În ce privește combaterea tuberculozei, bolilor venerice și a celor infecțioase paralel cu activitatea de rutină, ca vaccinări, diagnostic, izolare și tratament, pentru confirmarea de diagnostic s'a recurs frecvent și la alte mijloace. S'au făcut 2104 de radioscopii pulmonare, un număr mare de analize de sânge, spută, urină și alt material recoltat dela bolnavi suspecți de boală sau purtători de germeni.

În problemele înșirate în care s'a activat în casele de ocrotire nu s'a lucrat însă egal. Mai mare parte din activitate s'a acordat consultațiilor mixte sau generale, după cum reiese din distribuția cifrelor, de mai înainte, redată în procente:

Prenatale . . . . .	2,3%
Sugari . . . . .	13,1%
Preșcolari . . . . .	7,1%
Școlari . . . . .	11,2%
Tuberculoză . . . . .	1,0%
Boli venerice . . . . .	11,1%
Afecțiuni dentare . . . . .	1,6%
Mixte . . . . .	52,6%

Cât privește munca surorilor de ocrotire pe probleme ea ne atrage atenția asupra unui fapt destul de important. Anume distribuidu-se în:

Vizite la domiciliu și deplasări . . . . .	47,7%
Lucrări de birou . . . . .	25,8%
Asistența la consultații . . . . .	13,5%
Activitate școlară și socială . . . . .	2,1%
Altă activitate . . . . .	13,9%

evidențiază că surorile petrec un timp exagerat de mare în birou, deși acum în ce privește imprimatale s'a ajuns la o raționalizare și simplificare optimă.

*Rezultatele* obținute de Plasa sanitară model Lipova, analizate imparțial, așa cum se cuvine, și nu numai pe baza datelor înregistrate în biroul plășii sau pe fapte care se pot interpreta într'un sens sau altul, ci în raport cu fenomenele demografice din oficiile de stare civilă, ne arată că în anumite direcții au fost minimale, iar în altele meritorii, ba chiar foarte mulțumitoare. Natural, nu am fi drepti, dacă ne-ar scăpa din vedere că, multe din dezideratele exprimate în rapoartele Plășii din anul 1942 și din ceilalți ani, nu au fost realizate (în domeniul salubrității publice mai ales) sau au fost îndeplinite numai temporar ori parțial, independent de cei care au activat pe teren, din lipsă de concurs și fonduri. După cum amintisem, în anul trecut și foarte frecvent chiar în anii precedenți, Plasa nu a putut avea nici măcar personalul medical specializat,



strict necesar. In această analiză a rezultatelor ne vom referi deci la mortalitatea generală și infantilă și la cauzele medicale care le-au produs.

Privind mortalitatea generală, în raport cu proporțiile dinaintea înființării plășii și paralel cu cele din județul Timiș, vedem că în Plasă ea nu a scăzut în mod deosebit. De altfel într-o populație cu o grupă mare a celor înaintați în etate, din cauza că în urma reducerii mortalității, cea tânără a ajuns la procente mici, nici nu ne putem aștepta la o reducere însemnată. Că mortalitatea generală urcată se datorește în primul rând etăților înaintate ne demonstrează continua urcare și în intervalul dela 1934—1942 a deceselor de senilitate. Acestea în anii 1934—1937 au avut o medie anuală de 216, iar în anii 1938—1942 de 284. În același sens între aceste două perioade sunt diferențe date și de alte cauze de deces, caracteristice populației îmbătrânite. Așa sunt bolile de inimă, tumorile maligne și hemoragiile cerebrale. De aceasta din urmă în prima perioadă au fost înregistrate anual 24, iar în a doua, dela 1938—1942, au avut loc anual 31.

Mortalitatea infantilă în schimb a marcat în Plasă, atât față de proporțiile ei dinaintea organizării, cât și în timpul funcționării plășii, și față de cea din județul Timiș, o regresivitate semnificativă. În perioada 1934—1938 a fost de 17,9 iar în 1938—1942 de 14,5 la 100 de născuți-vii. Scăderea a fost continuă, fără nicio oscilație după cum citim din proporțiile următoare:

<i>Anii</i>	<i>Mortalitatea infantilă</i>
1938	16,2
1939	15,4
1940	14,1
1941	13,8
1942	11,6

Județul Timiș, în anul 1940 și 1941 a avut mortalitatea infantilă de 14,0 și 12,2, iar județul Arad, care e în vecinătatea plășii, în 1934, 1937, 1938, 1939, 1940 și 1941 de 18,9, 17,9, 19,3, 16,4, 19,4 și 15,9. Ținând seama că plasa Lipova e una din cele mai sărace și românești din județul Timiș, și că oriunde la Români se observă o mortalitate infantilă mult mai urcată decât la Germani, — chiar în plasă e situația aceasta — putem afirma hotărît că scăderea din plasă e absolut reală, nu e o întâmplare ci un meritos rezultat al acțiunii desfășurate de organele ei. Declinul acestor proporții e coroborat și de reducerea dela o perioadă la alta a gastro-enteritelor sub 2 ani, cauză de deces care la o acțiune de medicină preventivă reacționează cu prioritate față de altele. Decesele de această cauză dela 1934 până la 1937, în medie au avut o cifră de 18,8, iar în perioada următoare de 12,8. În anii 1940, 1941 și 1942 de gastro-enterită sub 2 ani au decedat în plasă numai 8, 7 și 4 copii.

Pentru a nu lăsa nicio nedumerire asupra reducerii mortalității infantile din plasă mai amintim, că ea nu se poate pune pe socoteala unei scăderi a natalității, adică a unei lipse de copii, survenită mai ales în pe-

rioadă 1938—1942. Natalitatea în plasă e la nivel redus încă dinaintea înființării ei. Media anuală a născuților vii în 1934—1937 a fost de 567, iar în 1938—1942 de 505.

În rezumat activitatea din Plasa sanitară model Lîpova, cu toate că numai prin denumire și metodă de lucru se deosebește de oricare altă unitate sanitară, neavând în lipsă de concurs și „fonduri” decât foarte puțină zestre sanitară și personal în plus, totuși a obținut și rezultate care sunt demne de reținut. Chiar dacă nu ar fi contribuit cu nimic la urcarea indicelui de robusticitate fizică a populației, la reducerea frecvenței îmbolnăvirilor și la scăderea duratei de boală a celor îmbolnăviți, — fenomene pe care noi nu le-am putut analiza — și atunci salvarea dela moarte sigură alor 5—6% dintre copiii de etatea dela 0—la 1 an e o justificare de netăgăduit a muncii depusă cu competență, trudă și suflet.

Ea merită să fie văzută pe teren și natural să fie imitată.

B) *Plasa sanitară model Ineu*. Are 16 comune, fără să le cuprindă pe toate din plasa administrativă. E în plină organizare, așa încât de prezent luptă pentru achiziționarea de clădiri, necesare caselor de ocrotire. E compusă din 4 circumscripții sanitare și deocamdată are numai 3 surori de ocrotire, câțiva agenți sanitari și moașele care au funcționat și până de prezent.

Plasa sanitară la 31 Decembrie 1942 a avut 39.552 locuitori, între care aproximativ 90% sunt Români. Mișcarea populației în 1942 a fost reprezentată de următoarele proporții:

Natalitatea . . . . .	13,4%
Mortalitatea . . . . .	21,4%
Excedentul natural . . . . .	8,0%
Mortalitatea infantilă . . . . .	26,6 la 100 născuți vii.

În cursul lunilor Aprilie și Maiu 1943 în Plasă s'au făcut preșcolariilor și școlariilor un examen al frecvenței infecției tuberculoase prin reacția Pirquet. Au fost examinați 1923, de inși. Din rezultatul obținut reiese că 67,7% au reacționat pozitiv.

Mortalitatea generală și infantilă mai urcate poate decât oriunde în țara noastră justifică pe deplin înființarea noii plăși. De sigur că organele administrative și sanitare ale județului Arad care au sesizat situația excepțional de gravă a mișcării populației din Plasa sanitară model Ineu ne vor da plăcuta ocazie ca să revenim în curând mai amănunțit și cu cifre relativ la funcționarea serviciului sanitar din această unitate pur românească.

Dr. P. R.

## Cronică

### Etnopolitică. Demografie. Antropologie. Eugenie. Sănătate Publică.

*Sub direcțiunea D-rului A. Carell s'a întemeiat la Paris, in Ianuarie 1942 un „Institut pentru studiul problemelor umane”, care-și are sediul în localurile ocupate mai înainte de Fundația Rockefeller. Este vorba de un organism destinat să examineze din punctul de vedere al eugeniei și antropologiei problemele privitoare la populația franceză. O serie de anchete au fost întreprinse asupra relațiilor între starea actuală a acesteia în diverse regiuni și factorii rasiali, sociologici, economici, patologici, etc., care o condiționează. Aceste anchete sunt destinate a servi de temelie pentru stabilirea unui plan rațional de ameliorare în același timp rasial și demografic a populației Franței în întregime.*

*La Universitatea din Jena s'a înființat prima catedră de „Rasă și Drept” din Germania.*

*Guvernul din Danemarca a hotărât să promulge o lege pentru acordarea de împrumuturi pentru căsătorii.*

*Cercetarea longevității.* Oficiul central de statistică din Stockholm a întreprins cercetări pe o scară întinsă pentru a stabili numărul centenarilor care există în toată lumea și distribuția lor. Bulgaria deține primul loc cu 1200 centenari, apoi Columbia, Brazilia, Suedia și Danemarca. Italia nu are decât doi centenari la un milion de locuitori, la fel Germania și Elveția. Celelalte țări au un procentaj inferior.

In toată lumea ar exista numai 2500 centenari.

*Mortalitatea mamelor în trecut și acum în Prusia.* În trecut asistența la nașteri se dădea de cele mai multe ori acasă. Dela 1877 până la 1882 cifra oficială a mortalității mamelor era de 6 la mie din femeile însărcinate și a scăzut până la 1896 la 3 la mie. Înainte de războiul mondial mortalitatea mamelor era de 1 la mie. În același timp însă cazurile mortale în urma avorturilor creșteau mereu (dela 0,8 la mie în anul 1896 la aproape 2 la mie în 1906), așa că tot ce se câștigase era din nou pierdut. Astfel Berlinul a avut în 1913 o mortalitate a femeilor cu 6,6 la mie mai mare decât cu 27 ani înainte. — Dela 1919 la 1933 mortalitatea s'a dublat aproape din cauza raclajelor și de abia în 1936 s'a ajuns iarăși la stadiul din 1914.

*Înrăurirea războiului asupra numărului nașterilor și al morții.* Fr. Burgdörfer dă câteva date statistice din care reiese că până în Aprilie 1940 numărul nouilor născuți a crescut în mod simțitor. În Iunie 1940 se remarcă pentru prima oară o scădere în numărul născuților. Procentajul scade cu 15% față de datele statistice ale anului trecut. Această scădere este însă cu mult mai mică decât cea înregistrată în 1915 în timpul războiului mondial.

*Despre creșterea avorturilor spontane.* La 100 cazuri de nașteri sunt patru cazuri de avorturi spontane. Cu creșterea numărului nașterilor, crește și numărul avorturilor spontane. Astfel avem: la 2 nașteri 8 avorturi spontane; la 3 nașteri 12 avorturi spontane; la 4 nașteri 16 avorturi spontane; la 5 nașteri 19 și la 6 nașteri 22 avorturi spontane.

În afară de aceasta numărul avorturilor spontane crește probabil cu vârsta mamei.

*Stadiul cercetărilor asupra cauzelor regresiei natalității.* Ungern-Sternberg accentuiază încă odată teza sa cunoscută și mult răspândită că regresivitatea natalității la popoarele europene se datorează unor cauze de concepție a vieții (*Weltanschauung*) și că ea nu poate fi combătută cu succes decât pornind de la această premisă. Zice că spiritul timpului, curente și atitudinile spirituale, domeniul științelor spiritului (*Geistenwissenschaften*) dau tonul pentru fenomenele biologice cele mai profunde ale unui popor. În sensul acesta vede și urmărește autorul marile curente ale istoriei culturii. Concluzia este: regresul legăturilor tradiționale și religioase, apariția concepțiilor arivistice și materialiste, începând din secolul al XVII-lea, au pricinuit pericolul cel mai grav ce a amenințat vreodată popoarele occidentale.

*Sănătate, muncă și fertilitate.* Influența defavorabilă a muncii profesionale asupra numărului copiilor se evidențiază în mod clar la toate grupele de lucrătoare cercetate, cel mai mult la lucrătoarele de fabrică și de oraș mare, mai puțin la cele ce lucrează acasă. Tulburări ale gravidității și nașterii sunt mai frecvente la lucrătoare, mai ales dacă munca a fost continuată până scurt timp înainte de naștere.

*Accelerarea dezvoltării tineretului de azi este determinată de influența orașului mare?* Pe baza examinării a circa 3500 băieți și fete în vârstă de 10—16 ani, se neagă întrebarea cuprinsă în titlu. Tineretul de la țară prezintă aceeași, ba câteodată o și mai pronunțată accelerare a dezvoltării.

*Creșterea staturii în Norvegia.* Ameliorarea condițiilor de viață e cauza principală pentru creșterea mediei înălțimii corporale. Analiza variației înălțimii a permis determinarea apariției pubertății și pentru trecutul mai îndepărtat, ajungându-se la concluzia că maturizarea a devenit precoce. Acesteia îi corespunde o încetare mai de vreme a creșterii.

*Tipul constituțional și menstruația.* Și până acum tipul constituțional a fost socotit printre factorii care determină apariția menstruației fără ca să existe suficient material doveditor. Autorul a găsit deosebiri de natură aceasta la un material vast, anume: 1113 femei leptosomă și 751 pnicice. La femeia pnicică menstruația apare în genere mai de vreme decât la cea leptosomă.

*Pentru întâia oară în legislația franceză se introduce o măsură de ordin eugenic.* Noua lege asupra protecției mamei și copilului mic prescrie obligativitatea examenului medical înaintea căsătoriei, fără însă a da posibilitatea unei interziceri a căsătoriei, ci apelează numai la conștiința și simțul de responsabilitate al viitorilor soți. Articolul de lege respectiv sună astfel: „L'officier de l'Etat Civil ne pourra procéder à la publication en vue du mariage qu'après la remise par chacun des futurs époux d'un certificat médical datant de moins d'un mois, attestant, à l'exclusion de toute autre indication, qu'il a été examiné en vue du mariage“.

*Raport despre 660 sterilizări eugenice.* Metoda de elecție pentru sterilizarea eugenică (la femeie) este metoda operatorie și anume, ca singura metodă absolut sigură, tubectomia cu excizie din uter și peritonealizarea suprafețelor operate cu ajutorul peritoneului vezical. Operația a fost făcută pentru:

Idioție congenitală . . . . .	66,7%
Schizofrenie . . . . .	18,0%
Epilepsie . . . . .	8,3%
Manie depresivă . . . . .	3,6%
Surdomutism congenital . . . . .	2,4%
Anomalii corporale ereditare . . . . .	0,6%
Luxația congenit. a coapsei . . . . .	0,3%

Rezultatele operatorii sunt satisfăcătoare: nicio graviditate după operație, niciun singur caz mortal. Aceasta indică operația abdominală ca fiind cea mai indicată pentru sterilizarea eugenică.

*Diagnosticul prenatal al sexului.* Observații la animale și la om au arătat că celulele tinere duc la formarea de sex feminin și cele mature la formarea de feteși masculini.

Fecundațiile la 8 zile dela terminarea menstruației produc băieți, cele imediat după ruperea folicului produc fete. Medicul cunoscând data cohabitației fecundante poate prezice sexul.

*Lupta sistematică în contra reumatismului în Germania.* Pentru a înfrunta sistematic această maladie și pentru a o combate cu toate mijloacele de care dispune știința și organizarea medicală, s'a înființat recent, în Saxonia, primul centru de luptă în contra reumatismului. Institutul acesta lucrează într'o intimă colaborare cu posturile de observație, care au fost instalate pe lângă Universitățile și principalele spitale din regiune și a căror însărcinare este de a vizita și controla pacienții suspecți de a fi bolnavi de reumatism. În afară de aceasta se dau -- dacă este necesar -- primele îngrijiri, ca extirparea dinților cariati și eliminarea glandelor inflamate care au un rol important la formarea maladiiei. După stadiul în care se află boala, pacienții sunt internați în clinici sau trimiși în stațiunile termale adecvate. Diferiți specialiști ca: dentiști, medici specializați în bolile interne, chirurghi, anomiști, etc., colaborează la bunul mers al instituției.

---

## 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. Moldovan, 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 altă destinație.

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

---

**PREȚUL 120 Lei**