

# SERVICIUL SANITAR AL JUDEȚULUI COVURLUI ÎN PRIMA JUMĂTATE A SECOLULUI AL XX-LEA. POLITICĂ ȘI LEGISLAȚIE SANITARĂ

*Gabriela Vulpe\**

## Health department of Covurlui county in first half of the 20<sup>th</sup> century, politics and health legislation

### – Abstract –

*Institution specialized in the medical field, the Healthcare Department enjoyed a well determined in the Romanian society along its existence, by the established regulations. In its entirety, the health legislation addresses the technical-organizational aspects related to the work of this institution.*

*In order to achieve a single program, the ministries to which it was subordinated (formerly the Ministry of Interior, afterwards the Ministry of Health and Social Security that after the fusion with the Ministry of Labour becomes the Ministry of Labour, Health and Social Security) establish compulsorily, by agreement with the concerned authorities (prefectures, town halls, police, justice, education, culture, church), activity programs and measures in order to improve the medical network which will be involved in local communities issues.*

**Key words:** *Health Departament of Covurlui, health legislation, activity programs, Ministry of Health and Social Security, epidemics, prophylaxis*

**Cuvinte-cheie:** *Serviciul Sanitar al Județului Covurlui, legislație sanitară, programe de activitate, Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, epidemii, profilaxie*

Instituție specializată în domeniul medical, Serviciul Sanitar de-a lungul existenței sale, prin reglementările stabilite a ocupat un loc bine determinat în viața societății românești.

În integralitatea sa legislația sanitară abordează aspectele de ordin tehnico-organizatoric cu privire la activitatea acestei instituții. În vederea realizării unui program unitar, ministerele în subordinea cărora s-a aflat (inițial Ministerul de Interne, ulterior Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale care prin fuziune cu Ministerul Muncii va deveni Ministerul Muncii,

Sănătății și Ocrotirilor Sociale) stabilesc în mod obligatoriu, de acord cu autoritățile interesate (prefecturi, primării, poliție, justiție, învățământ, cultură, biserică), programe de activitate și măsuri în scopul eficientizării rețelei medicale care se va implica în problemele colectivităților locale.

Pentru a înțelege rolul acestei instituții în menținerea parametrilor optimi ai stării de sănătate a populației e absolut necesară cunoașterea legislației în domeniu.

Legislația cu privire la înființarea Serviciului Sanitar la 16 iunie 1874<sup>1</sup> a suferit modificări legislative prin legile din 3 aprilie 1885<sup>2</sup>, 18 iunie 1893<sup>3</sup>, 22 februarie 1896<sup>4</sup>, 24 mai 1898<sup>5</sup>, prima modificare importantă fiind cea din 1885.

Legea sanitară din 3 aprilie 1885 a avut aplicabilitate până la 21 decembrie 1910, când a suferit modificări majore, exceptând Titlul V referitor la farmacii și a rămas aplicabilă până la intrarea în vigoare a legii din 23 martie 1926<sup>6</sup>.

Legea sanitară din 3 aprilie 1885 menționează în textul său categoriile de măsuri cu caracter medical, și anume: generale, locale și speciale (articolul 3)<sup>7</sup>.

Măsurile sanitare generale revin Ministerului de Interne, cele cu caracter local sunt aplicate de prefecturi și delegațiuni județene ale districtelor, subprefecturi și primării comunale iar pentru cele cu caracter special existau administrațiunile spitalelor și ospiciilor cu fundațiuni osebite, independente de district sau de comună și administrațiunile stabilimentelor de ape minerale și carantinești<sup>8</sup>.

Instituțiile cu responsabilități medicale aveau în structura lor propriile organe, pentru cele locale, care ne interesează în lucrarea de față sunt menționate în textul legii:

- medicii primari, consiliile de igienă publică și veterinarii în cazul județului, aceștia fiind arondați Prefecturii Covurlui;
- medicul și veterinarul plășii pe lângă subprefecturi;

---

\* Serviciul Județean Galați al Arhivelor Naționale.

<sup>1</sup> M. O., nr. 131 din 16 iunie 1874, p. 460.

<sup>2</sup> C. Hamangiu, *Codul general al României – Legi uzuale*, vol. II, ed. a II-a, Ed. Libraria „Universală” Alcaj&Co, București, 1924, p. 735.

<sup>3</sup> M. O., nr. 62 din 18 iunie 1893, p. 600.

<sup>4</sup> *Ibidem*, nr. 20 din 22 februarie 1896, p. 320.

<sup>5</sup> *Ibidem*, nr. 52 din 24 mai 1898, p. 620.

<sup>6</sup> *Ibidem*, nr. 68 din 23 martie 1926, p. 116.

<sup>7</sup> C. Hamangiu, *op. cit.*, p. 736.

<sup>8</sup> *Ibidem*.

- medicii și veterinarii aflați în serviciul comunelor pe lângă primării;
- medicii de plăși pentru comunele rurale care nu aveau medici plătiți din Casa comunelor<sup>9</sup>.

În legislația sanitară se specifică rolul Ministerului de Interne de a dirija și supraveghea Serviciile sanitare civile. În regulamentul pentru Serviciul sanitar județean din 12 august 1894 sunt menționate concret atribuțiile ce revin instituțiilor implicate în desfășurarea actului medical.

Astfel, acestei instituții îi reveneau următoarele sarcini:

1. supravegherea executării măsurilor sanitare prevăzute de legea sanitară, de legea de protecție sanitar-veterinară, regulamente, ordonanțe, instrucțiuni și ordine ministeriale ce aveau la bază aceste legi;

2. executarea în raza județului a măsurilor sanitare generale ordonate de ministru;

3. controlul serviciilor sanitare locale, sănătății populației, salubritatea orașelor și satelor;

4. măsuri privind igiena publică;

5. supravegherea alimentației rurale; se referă în special la culegerea porumbului necopt și punerea în consumație a celui alterat, absolut interzise, fapt ce a determinat apariția numeroaselor cazuri de pelagră. În acest context, Victor Babeș semnalează în pelagră existența probabilă a unei stări de „sensibilizare specială a organismului”, menționând prezența în porumb a unor „sensibilizanti” ai pielii ce produc „substanțe toxice” sub acțiunea razelor ultraviolete<sup>10</sup>;

6. măsuri de ajutorare în caz de accidente care aduc atingere vieții persoanei (inundații, incendii);

7. executarea regulamentului pentru prevenirea bolilor molipsitoare, supravegherea vaccinării și revaccinării, măsuri de prevenire a epidemiilor. În cazul epidemiilor, prefectului îi revenea obligația de a convoca de urgență Consiliul de Igienă și Salubritate Publică, care propunea măsurile necesare, prefectul fiind obligat să le execute și să le raporteze urgent Ministrului de Interne;

8. inspectarea periodică a stabilimentelor medicale și de binefacere publice, ce aparțin de județ sau comune, precum și cele private;

9. supravegherea transportului cadavrelor umane la distanțe mai mari și eliberarea pașapoartelor pentru transportul cadavrelor în alte județe și peste hotarele țării.

---

<sup>9</sup> *Ibidem*.

<sup>10</sup> SJAN Galați, fond *Serviciul sanitar al județului Covurlui*, d. 21/1921, f. 352.

Noua lege sanitară publicată în anul 1910<sup>11</sup> a fost votată în Senat în ședința din 27 decembrie 1910 iar de Cameră la 29 decembrie 1910, după reîntoarcerea ei de la Senat unde suferise unele modificări. În noua lege la Titlul II cu referire la Serviciul Exterior, art 20, precizează că acest serviciu este îndeplinit în întreaga țară de medici veterinari, moașe, agenți sanitari, agenți veterinari, chimiști, farmaciști, personal de birou, infirmieri și servitori. Medicii din Serviciul Exterior erau de trei categorii: medici inspecitori de regiune, medici șefi de oraș și medici de circumscripție urbană sau rurală. Acest Serviciu Exterior era implicat în:

- asistența sanitară, scopul fiind acela de a supraveghea, controla și studia igiena generală a localității, de a aplica măsuri generale și speciale cu privire la combaterea epidemiilor și de a acorda îngrijire gratuită bolnavilor care nu erau spitalizați;

- asistența spitalicească, scopul era acela de a îngriji gratuit bolnavii săraci din spitale.

O altă noutate a legii se referă la împărțirea în regiuni sanitare a țării. Articolul 30 din lege menționează cele 19 regiuni sanitare și competența lor jurisdicțională. Regiunea Covurlui, cu reședința la Galați avea în componență județele Covurlui și Tutova. Teritoriul unei regiuni se împarte din punct de vedere sanitar în mai multe circumscripții. O circumscripție rurală nu va cuprinde o populație mai mare de 15.000 locuitori și se va ține cont și de condițiile topografice. Localitățile urbane cu o populație de cel puțin 7.000 locuitori și cel mult 15.000 vor forma o circumscripție deosebită.

Galațiul era împărțit în mai multe circumscripții medicale. La conducerea Serviciului Sanitar al Regiunii Covurlui se afla un medic inspector regional. Fiecare circumscripție sanitară urbană sau rurală era condusă de un medic de circumscripție. Acesta era șeful circumscripției pe care trebuia să o conducă conform legii, regulamentelor, instrucțiunilor generale de serviciu și ordinelor speciale ale Direcției Generale Sanitare-structură a Ministerului de Interne. Acesta era șeful ierarhic imediat al personalului inferior din circumscripția sa, respectiv moașe și agenți sanitari iar la rândul său se subordona medicului inspector general. Activitatea acestui medic era raportată medicului inspector regional. Atribuțiile medicului șef de circumscripție au avut în vedere:

1. Măsuri împotriva celor ce nu respectau normele de igienă publică;
2. Vizite în propria circumscripție, stabilimente sanitare publice și private, farmacii, penitenciare, școli publice sau particulare, fabrici;

---

<sup>11</sup> M. O., nr. 211 din 29 decembrie 1910, p. 520.

3. Raportări înaintate medicului inspector de regiune despre toate problemele cu care se confruntă, solicitând ajutor administrației și poliției acolo unde se impune, exemplificând prevenirea epidemiilor.

În lege, la articolul 34, aliniatul 5, se menționează că medicul șef are conducerea Serviciului sanitar al orașului. Întregul Serviciu Sanitar e supus jurisdicției de control al medicului regional. Art. 35 face cunoscut existența unei alte instituții cu rol important în menținerea stării de igienă publică.

Laboratorul de igienă al regiunii Galați avea competență pentru județele Covurlui, Brăila, Râmnicu-Sărat, Tecuci și Putna. În componența Laboratorului se regăseau o secție de bacteriologie și una de chimie.

Legea din 1910, în conținutul art. 46 (Titlul III, cap. XVI) acordă atenție măsurilor ce se impun în cazul existenței unor focare de epidemii exotice. Aceste măsuri se vor lua conform principiilor stabilite de statul român prin convenții internaționale încheiate în acest sens. Articolul 48 precizează că declarația este obligatorie pentru următoarele boli: ciumă, holeră, febră tifoidă, tifos exantematic, febră recurentă, dezinterie, variolă, scarlatină, difterie, meningită cerebro-spinală, tuse convulsivă, febră puerperală, conjunctivită granuloasă, lepră, tuberculoză, tetanos, turbare, toate întâlnite în diferite valuri mai mult sau mai puțin severe la populația județului Covurlui.

Convențiile sanitare internaționale care s-au succedat, fie au avut un caracter strict pentru o anumită boală, exemplificând: Convenția pentru măsuri contra invaziei și propagării ciumei<sup>12</sup>, Convenția de la Haga contra holerei și ciumei<sup>13</sup>, fie un caracter general, având în vedere toate bolile enumerate și măsuri care se impun a fi luate de statele semnatare și implicit autoritățile de la nivel central și local cu atribuții în acest sens. În acest context sunt de amintit Convenția Internațională Sanitară din 1921<sup>14</sup>, respectiv Convenția Internațională sanitară din 1928<sup>15</sup>.

Legea pentru ratificarea Convenției sanitare din 1928 a fost aprobată de Senat și Adunarea Deputaților, promulgată prin Decretul nr 736 din 16 martie 1928<sup>16</sup>. Această Convenție aplicând principiile prevăzute în precedentele convenții aduce drept noutate completarea cu noile descoperiri ale științei și experienței profilactice cu privire la tifosul exantematic și variolă (boli care au decimat populația civilă și militară în timpul războaielor).

---

<sup>12</sup> *Ibidem*, nr. 208 din 19 decembrie 1898, p. 64.

<sup>13</sup> *Ibidem*, nr. 45 din 27 mai 1907, p. 320.

<sup>14</sup> *Ibidem*, nr. 45 din 31 mai 1921, p. 273.

<sup>15</sup> *Ibidem*, nr. 210 din 22 septembrie 1928, p. 48.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

În textul Convenției sunt clar definiți anumiți termeni cu care se operează în aplicarea măsurilor prevăzute în aceasta, și anume:

– Circumscripție – parte de teritoriu bine determinată: provincie, guvernământ, județ, departament, canton, insulă, comună, oraș, cartier de oraș, sat, port, aglomerație, orice ar fi întinderea și populația acestor porțiuni de teritoriu;

– Observație – izolare a persoanelor, fie pe bordul unui vas, fie într-o stațiune sanitară, înainte de obținerea liberei comunicații;

– Supraveghere – persoanele nu sunt izolate, ele obțin imediat libera comunicație, dar sunt semnalate autorității sanitare în localitățile unde se deplasează și supuse unui examen medical;

– Echipaj – orice persoană care nu se află pe bord numai cu scopul de a se transporta dintr-o țară în alta, ci este întrebuințată într-un mod oarecare, în Serviciul vasului al persoanelor de pe bord sau al caricului;

– Zi – interval de 24 ore<sup>17</sup>.

Termenii exact stipulați în Convenția Sanitară Internațională sunt utilizați în practica medicală, se operează cu ei în ce privește profilaxia cât și tratamentul propriu-zis, privesc igiena publică, măsurile aplicate pe uscat și pe mare, având în vedere că traficul fluvial și maritim reprezintă un sector important în transmiterea bolilor epidemice iar Dunărea, prin portul Galați a fost unul dintre aceștia.

Legea pentru organizarea Serviciului exterior sanitar din 28 octombrie 1922 votată de Senat și Adunarea Deputaților în ședințele din 23 și 25 octombrie 1922<sup>18</sup> aduce o modificare (art. 2) referitoare la o nouă împărțire administrativ sanitară a țării, respectiv în 11 regiuni. Legea menționează că schimbarea reședințelor de regiune nu se poate realiza decât prin lege iar repartizarea județelor între regiuni se poate modifica de Ministerul Sănătății și Ocrotirii Sociale prin decret regal, în urma aprobării Consiliului de Miniștri. Regiunile sanitare iau denumirea de Direcții de Regiuni Sanitare. Se poate observa în conținutul acestui articol că instituția centrală coordonatoare avea altă denumire, și anume Ministerul Sănătății și Ocrotirii Sociale ce a avut în componență după înființarea sa instituțiile sanitare, care au fost subordonate Ministerului de Interne până la nivelul anului 1922.

Modificări legislative au mai avut loc în 1923<sup>19</sup>, 1926<sup>20</sup>, 1930<sup>21</sup>, 1935<sup>22</sup> și 1938<sup>23</sup>.

---

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> *Ibidem*, nr. 163 din 28 octombrie 1922, p. 520.

<sup>19</sup> *Ibidem*, nr. 42 din 27 mai 1923, p. 301.

<sup>20</sup> *Ibidem*, nr. 68 din 23 martie 1926.

În anul 1930 a fost adoptată în Parlamentul României o nouă lege sanitară<sup>24</sup>. Această lege urmărea crearea în paralel cu rețeaua medicală destinată îngrijirii bolnavilor a unei rețele igienico-sanitare deservite de un corp medical și de cadre auxiliare care beneficiau de o formație specială, întemeiată pe studiul aprofundat al disciplinelor teoretice și al tehnicilor menite să asigure primatul profilaxiei în toate sectoarele sănătății publice.

Ideea de bază a textului legii rezultă din preocuparea pe care un colectiv de specialiști au avut-o privitor la starea de sănătate a populației, în sensul că se accentua îmbinarea obligatorie a activității curative cu cea profilactică.

Desfășurarea pe scară mai largă a unei activități de educație preventivă era fără îndoială de mare însemnătate, dacă se executa cu priceperea cuvenită și era adresată celor interesați a contopi activitatea curativă și preventivă într-o unitate superioară, cu efect în conducerea și răspunderea în domeniul sănătății publice. Instituția reprezentativă a acestei unități era spitalul unificat iar personalul de conducere a activității sanitare pe teren era reprezentat de medicii șefi ai spitalului și policlinicii.

Această lege prezenta o nouă concepție a organizării sanitare. Preocuparea principală, aproape exclusivă a instituțiilor sanitare a fost întotdeauna boala. Grija pentru vindecarea bolii, pentru alinarea suferinței individului imprima pecetea asupra întregii activități medicale, pentru care spitalul era instituția reprezentativă, medicul terapeut – conducătorul firesc în lupta organizată contra maladiilor iar proporțiile morbidității și mortalității singurele indicatoare ale stării de sănătate a populație.

Descoperirile ramurii bacteriologice și progresele profilaxiei specifice au determinat un avânt deosebit al activității preocutive, o radicală schimbare în domeniul igienei și a organizării sanitare. Apar medicul igienist, instituții noi cu caracter profilactic, respectiv laboratoare și centre de acțiune preventivă. Activității preventive, bazate în primul rând pe laboratorul de bacteriologie se datorează reducerea lentă a morbidității și mortalității prin boli infecțioase, în raport cu exactitatea și amploarea aplicării măsurilor profilactice indicate. Boli care la sfârșitul secolului al XIX-lea și până la Primul Război Mondial, cu tot efortul sanitar, administrativ și financiar cedau dificil, după anii 1930 încep să se reducă.

---

<sup>21</sup> *Ibidem*, nr. 154 din 14 septembrie 1930, p. 240.

<sup>22</sup> *Ibidem*, nr. 140 din 22 iunie 1935, p. 452.

<sup>23</sup> *Ibidem*, nr. 199 din 29 august 1938, p. 610.

<sup>24</sup> C. Hamangiu, *op. cit.*, vol. XVII, Ed. Librăria „Universală” Alcaÿ&Co, București, 1930, p. 674.

Cauza o reprezenta spectrul larg de acțiune al antibioticelor și descoperirea DDT-ului.

În ce privește medicina curativă-obiectul activității era individul bolnav. Asupra lui medicul terapeut trebuia să-și concentreze atenția prin examinare, diagnostic și precizarea tratamentului. De asemenea, medicul trebuia să se intereseze ocazional și de mediul ambiant, fizic sau social al bolnavului.

În textul legii din 1930, în primul articol (Partea I, Titlul I) se face cunoscut că toate serviciile sanitare și de ocrotire din cuprinsul țării vor fi conduse după norme sanitare stabilite de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale, oricare ar fi autoritatea de care depind ele din punct de vedere bugetar<sup>25</sup>. Ministerul poartă o nouă titulatură, fuzionând cu Ministerul Muncii, sub titulatura de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale (măsură luată ca urmare a crizei financiare din 1929), după ce anterior funcționase independent.

În ce privește organizarea serviciilor sanitare și de ocrotire exterioare, în acest sens, administrația sanitară și de ocrotire a țării se împarte în șapte regiuni sanitare și de ocrotire conduse de către un serviciu ministerial local al Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale, cu sediul în București, Iași, Chișinău, Cernăuți, Cluj, Timișoara și Craiova (art. 46)<sup>26</sup>. Județul Covurlui, din punct de vedere administrativ, era încadrat în Regiunea Sanitară Iași.

Atribuțiile Serviciului Sanitar și de Ocrotire din județ, condus de un medic primar de județ, care era șeful autorității sanitare și subordonat șefului Serviciului ministerial local sanitar sunt cele prevăzute în legile elaborate anterior.

Conducerea Serviciului Sanitar Județean va conlucra cu organele administrative și polițienești, obligate să execute măsurile sanitare luate de medicii oficiali (art. 66)<sup>27</sup>. Administrativ-sanitar județele erau împărțite în plăși sanitare. Plasa sanitară era condusă de un medic igienist, ajutat de medici comunali, oficanți sanitari și surori de ocrotire (art. 63)<sup>28</sup>.

Medicul igienist avea sediul obligatoriu și permanent la reședința plășii sanitare. El era șeful ierarhic al întregului personal tehnic din circumscripția sa: surori de ocrotire, moașe, oficanți sanitari și era subordonat medicului primar de județ<sup>29</sup>. Mai este de semnalat și faptul că

---

<sup>25</sup> *Ibidem*.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 683.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

<sup>28</sup> *Ibidem*.

<sup>29</sup> *Ibidem*.



textul legii prevedea că medicul igienist de plasă și medicul dispensarului mixt aveau să se implice în viața culturală a satelor, participând la activități de propagandă<sup>30</sup>.

O altă problemă ce a fost discutată la întocmirea acestei legi a avut în vedere organizarea sanitară rurală. În acest mediu trebuiau soluționate o serie de probleme, care nu intrau numai în apanajul serviciului sanitar ci depindeau esențial de concursul administrației locale și al școlii, menite să contribuie în mod hotărâtor la ridicarea standardului de viață al populației rurale. Problema majoră în mediul rural o reprezenta lentoarea progresului în privința igienii, menținându-se aproape neschimbate deficiențele, îndeosebi cele ce vizau salubritatea publică, nutriția și cultura sanitară a populației.

Viața rurală avea și o latură pozitivă, avantaje și beneficii față de mediul urban raportată la sănătate, și anume: densitatea mai redusă a populației, ritmul vieții mai liniștit, munca în aer liber. În mediul rural, Serviciul sanitar, pe lângă obligațiile clasice de asistență medicală și de igienă trebuia să activeze și în domeniul ocrotirii. Realizarea acestui deziderat la nivelul circumscripției rurale a întâmpinat dificultăți în ce privește lipsa de personal și instituții de specialitate. Predomină în textele legilor intrate în vigoare după Unire pledoaria pentru educația populației, respectiv insistența pe latură profilactică, abandonată mult timp, familia rurală (s-a pus accent în special în mediul rural dezavantajat de accesul și posibilitatea recepționării informațiilor în acest sens) poate deveni un focar de boală, influențată fiind în geneza și evoluția ei nu numai de mediul ambiant, ci și de felul cum aceasta știe să-și facă datoria în profilaxia bolii.

Prevenția mai are un caracter distinctiv, ea nu se concentrează asupra individului și actualității, ci are în vedere comunitatea și viitorul, calculat nu numai în ani, ci în perspectivă de generații. Deși o serie întreagă de alte servicii trebuie să colaboreze la desăvârșirea ocrotirii, rolul primordial trebuie să revină Serviciului sanitar. În acest sens s-a avut în vedere ca Serviciul sanitar, pe lângă obligațiile clasice de asistență medicală și de igienă, să activeze și în domeniul ocrotirii. Nu este vorba de trei categorii de activitate linear despărțite, deoarece așa cum asistența medicală avea adesea și un răsunset preventiv și metodele sale sunt puse prin medicina preventivă, la contribuție, prin transmiterea de cunoștințe și deprinderi păstrătoare de sănătate. Ele deci se întrepătrund și se integrează în mod necesar spre același scop comun. Esențial este că Serviciul sanitar abia atunci va putea să contribuie în mod opțional la păstrarea și îmbunătățirea sănătății populației,

---

<sup>30</sup> *Ibidem*, p. 684.

când va cuprinde concomitent și pe plan de egalitate toate acele trei categorii de activități și acestea pe toate treptele organizării sanitare de la minister până la circumscripția rurală.

Legislația sanitară acordă un capitol separat și statisticii medicale. Din corespondența purtată de Serviciul sanitar cu superiorii, este accentuată, în însemnări, ideea că o țară civilizată nu se poate lipsi de statistică<sup>31</sup>.

Medicii, în general, nu vor sau nu pot să facă statistică, schimbându-se frecvent nu acordă importanță arhivei create, arhiva nu „arată ca una oficială ci ca un morman de hârtii de pus pe foc, fără nicio valoare”<sup>32</sup>, noul personal fiind dezorientat în ce privește statistica și nu-și pot face decât o vagă idee în acest sens. Legislația sanitară la capitolul de personal prevedea și postul de referent statician în schema de organizare a fiecărei instituții de profil medical aflată în teritorii, dar deficiul bugetar contrazice acest fapt. În opinia medicului primar al județului Covurlui, referentul sanitar ar asigura continuitatea lucrărilor statistice chiar îndrumând medicul.

Întocmirea unui buletin statistic medical prezintă importanță din punct de vedere al studiului epidemiologic precum și scopul de a trage concluzii asupra aplicării unei profilaxii naționale, de aceea e necesar ca datele statistice să fie însoțite de observații pe care medicii le fac asupra evoluției epidemiilor, asupra formelor sub care ele se prezintă, a tratamentului și oricărei împrejurări excepționale pe care boala respectivă le-ar prezenta<sup>33</sup>.

Până la desființarea serviciilor sanitare județene<sup>34</sup> prin legea nr. 17 din 11 ianuarie 1949 (trei luni mai târziu au luat ființă Comitetele Provisorii, acestea exercitând prin organele locale proprii, printre altele și atribuții cu privire la protecția sănătății publice), este important de semnalat intervențiile pe care conducătorii ministerului de resort le-au avut în anii celui de-Al Doilea Război Mondial. În expunerile lor se propunea o reorganizare a ministerului, a medicinei preventive, a celei curative și a organizației profesionale a medicilor în plan legislativ.

Într-o prezentare din 1941<sup>35</sup> se considera, la momentul respectiv, că instituția ministerială avea o structură hipertrofiată a serviciilor administrative în dauna celor sanitare, respectiv existau șase direcțiuni cu preocupări tehnice și medicale raportat la nouă de natură administrativă. Ideea conducerii ministeriale era de simplificare a aparatului administrativ

---

<sup>31</sup> SJAN Galați, fond *Serviciul sanitar al municipiului Galați*, d. 2/1918, f. 45.

<sup>32</sup> *Ibidem*.

<sup>33</sup> *Ibidem*.

<sup>34</sup> M. O., nr. 12 din 15 ianuarie 1949, p. 551-556.

<sup>35</sup> „Revista Medicală”, nr. XXVII, martie 1941, București, f. 22.

inutil și redarea caracterului tehnic medical<sup>36</sup>. În mod logic, această hotărâre conduce la o descentralizare administrativă extinsă și foarte necesară. Se au în vedere acordarea de drepturi personalului medical și conștientizarea că serviciul sanitar ca și instituție are mari responsabilități față de populație, medicilor șefi revenindu-le libertatea inițiativei, dar și întreaga răspundere a hotărârilor și acțiunilor lor. Se precizează, totodată, faptul că centralismul exagerat și hipertrofia administrativă a fost complicată de o legislație surprinzătoare.

Ministerul Sănătății la începutul anului 1941 se conducea de 201 legi și regulamente<sup>37</sup>, ceea ce crea dificultăți crescute în administrație și determina unele complicații juridice. Ministrul Sănătății, prof. dr. P. Tomescu, întrunind la 20 februarie 1941 Consiliul superior al Sănătății Publice<sup>38</sup> aduce la cunoștință că are în vedere o lege unitară, adaptată spiritului, nevoilor și posibilităților de realizare la momentul respectiv. În privința medicinei preventive se impunea un plan de durată în vederea îmbunătățirii generale a vieții rurale, prin promovarea tuturor metodelor de acțiune în domeniul prevenției.

Sănătatea românilor nu putea fi ameliorată numai prin măsuri de ordin sanitar, întrucât aceasta depindea foarte mult de starea economică și culturală a populației. Ministerul avea în vedere înființarea de plăși sanitare conduse de medici igienişti, care se vor ocupa nu numai de profilaxia bolilor, dar și de propaganda sanitară în mediul rural. În mediul rural, acolo unde organizarea sanitară era deficitară urma să se lucreze prin dispensare mobile, bine utilate și conduse de medici specialiști. Pentru înlăturarea epidemiilor și introducerea în satele românești a normelor de igienă individuală, se vor construi cât mai multe cuptoare de deparazitare și băi. Într-o statistică națională se preciza faptul că, la nivelul anului 1941 existau 197 de cuptoare fixe de deparazitare și 547 mobile pentru cele 7928 de sate ale vechiului regat<sup>39</sup>.

O atenție deosebită trebuia acordată specializării igienă publică, școlară (atât învățământului cât și organizării), în acest context, în colaborare cu Ministerul Învățământului, copiii și tinerii urmând să constituie o preocupare serioasă atât din punct de vedere educativ cât și al sănătății.

În acest scop, se are în vedere unificarea și generalizarea fișei medicale care să urmărească pe copiii pe tot parcursul școlarității până la

---

<sup>36</sup> *Ibidem*, f. 60.

<sup>37</sup> *Ibidem*.

<sup>38</sup> *Ibidem*.

<sup>39</sup> *Ibidem*.

universitate sau în școlile practice. Această fișă va servi pentru orientarea profesională și va furniza elementele importante pentru stagiul militar al tinerilor. Această inițiativă legislativă (de subliniat, în timp de război) încearcă să compenseze deficiențele existente în precedentele prevederi sanitare în ceea ce privește activitatea Serviciului sanitar.

Analizând și medicina curativă, aceasta era deficitară în special în specialitățile puericultură, dermato-venerice și obstetrică. Referitor la organizația profesională a medicilor, aceasta era menită să supravegheze practica și deontologia medicală, chestiune de mare interes public, organizația profesională a medicilor, aduce în același timp și o colaborare prețioasă la studiul și rezolvarea problemelor sanitare ale țării, conform legii asupra Colegiilor medicilor<sup>40</sup>. Mandatul Comisiilor interimare expira la 04.04.1941, iar în cursul lunii martie urmau să aibă loc alegeri pentru noile comitete. Mulți medici erau însă concentrați și această activitate electorală ar fi fost inoportună, astfel s-a decis ca toate Colegiile medicilor să fie conduse de Comisii interimare, în care să fie numiți medici cu reputație profesională.

Legislația sanitară din<sup>41</sup> din perioada celui de-al Doilea Război Mondial a prezentat următoarele idei fundamentale:

1. Simplificarea administrativă și consolidarea aparatului tehnic atât în organizația centrală cât și în cea exterioară (Serviciul sanitar);
2. Descentralizarea administrației sanitare;
3. Unificarea tuturor serviciilor medicale sub autoritatea Ministerului Sănătății;
4. Dezvoltarea vieții medicale astfel ca activitatea științifică și profesională să se desfășoare intens în toate regiunile țării.

Noua lege a urmărit să satisfacă unele din vechile revendicări ale medicilor, stabilind norme obiective de soluționare pentru personalul medical, o evoluție ierarhică în raport cu însușirile personale și o situație material socială la nivel corespunzător. Din nefericire aceasta din urmă nu s-a realizat decât parțial. Astfel s-au acordat prime de reședință în valoare de 10.000 lei lunar medicilor de circumscripție rurală și medicilor specialiști care se își stabileau sediul în zone defavorizate (cu un nivel economic scăzut), aceștia fiind practic în imposibilitatea de a avea venituri importante în practica profesională.

Prin decizie ministerială s-au acordat aceste prime de reședință de 10.000 lei, alături de alte servicii și Serviciului Sanitar Covurlui, pentru

---

<sup>40</sup> M. O., nr. 34 din 5 aprilie 1941, p. 170.

<sup>41</sup> „Buletinul Sănătății și Ocrotirilor Sociale”, nr. 5-6, anul XLVI, București, 1941, f. 304.

circumscripțiile sanitare<sup>42</sup>: 1. Băneasa; 2. Băleni; 3. Cudalbi; 4. Oancea; 5. Tulucești; 6. T. Vladimirescu; 7. Independența (medic igienist de plasă); 8. Slobozia Conachi. Tot legea prevedea mărirea diurnei de transport de la 5.000 la 8.000 lei lunar<sup>43</sup> și dotarea serviciilor sanitare pentru zonele rurale cu mijloace proprii de transport.

După promulgarea legii sanitare, care a stabilit normele generale de funcționare și cadrele tuturor serviciilor, urmau să fie soluționate legislativ marile probleme sanitare ale țării: combaterea tuberculozei, bolile venerice, alte boli sociale, ocrotirea mamei și copilului. Se dorea să se constituie Codul Sanitar al țării, în care să se regăsească întreaga legislație menționată. Din Cod trebuia să facă parte și legea de organizare a Colegiului medicilor, pentru a cărei redactare au fost convocați președinții tuturor Colegiilor din țară. O inovație necesară o va constitui legiferarea Caselor de ajutor a Corpului medical care ar funcționa în cadrul Colegiului. Perioada războiului a fost marcată de valuri de epidemii care au decimat populația civilă și militară. În acest cadru trebuiau create și aplicate pe cât posibil, realist, planuri și metode eficiente.

Experiența epidemiologică trăită în campania din 1913 pe de o parte, în timpul și după război pe de altă parte, valurile de boli infecto-contagioase care au urmat invaziei rușilor în Polonia în 1920 și întoarcerii prizonierilor și refugiaților din Rusia, au arătat cu prisosință importanța acestor factori epidemiologici în izbucnirea epidemiilor cu caracter fulminant, în urma cărora România a pierdut mai mult de 800.000 de oameni. În acest sens orientarea trebuia să vizeze:

a) prevenirea și combaterea epidemiilor în timp de război, aceasta trebuia efectuată pentru populația civilă și militari de către un organism unic;

b) crearea unui birou central de informații epidemiologice pentru armată și populația civilă;

c) distribuirea datelor obținute către autoritățile militare și civile;

d) schimb direct de informații epidemiologice între autoritățile civile și militare;

e) întocmirea unui plan unic de către serviciile sanitare pentru combaterea focarelor epidemiologice.

Sănătatea, ca și stare caracteristică pentru membrii unei anumite colectivități, este condiționată de o serie de factori dependenți sau independenți de voința titularilor. Lăsând la o parte factorii independenți, legați de cauze obiective, necontrolabile la nivelul atins în acel moment de

---

<sup>42</sup> „Revista Medicală”, nr. XXVII, martie 1941, București, f. 61.

<sup>43</sup> *Ibidem*.

știință și tehnică sau determinați de posibilitățile materiale și organizatorice concrete ale perioadei respective, sănătatea unei populații este în general reprezentanta unor componente și atitudini proprii respectivului grup populațional.

Necesitatea rezolvării tuturor problemelor de dezvoltare socială în mod planificat, pe bază de program s-a impus permanent. În acest sens a funcționat principiul participării, reușita progresului fiind condiționată de cooperarea membrilor societății și colectivităților ce beneficiau efectiv de program. Elementele esențiale ce revin populației sunt reprezentate de moștenirea și preluarea fiecărui individ din tradițiile familiale în legătură cu relația sănătate-boală, „acest bun simț” se exprimă prin ceea ce s-ar putea intitula „consecințe de largă circulație în materie de sănătate”.

Medicii români au simțit nevoia, încă din anul 1897 să se organizeze într-o grupare profesională și astfel s-a întemeiat Asociația Generală a Medicilor.

În anul 1930 s-a considerat necesar și oportun ca pe lângă Asociația Generală a Medicilor, să se organizeze de către stat, Colegiul Medicilor, în care toți profesioniștii erau obligați să se înscrie. Asociația Medicilor și Colegiul Medicilor au funcționat paralel din 1930 până la 17 aprilie 1940, când legiuitorul a considerat că este bine să se unifice într-o singură instituție, sub controlul statului. În toamna anului 1940, la 15 noiembrie s-a modificat din nou legea Colegiilor Medicilor, impunând astfel un caracter strict național.

Deoarece prin legea de organizare sanitară a statului din 25 martie 1943 s-au stabilit norme noi în ce privește și practica profesională. Ca și inovație față de precedentele legi, se stabilește o proporție între numărul medicilor și populația orașelor, pentru a combate tendința de a aglomera mai mult medicii în centrele urbane în dauna celorlalte regiuni ale țării, în special în mediul rural.

Această nouă reglementare, pornind de la starea de drept și de fapt a momentului, recunoaște drepturile câștigate tuturor medicilor care au dobândit libera practică anterior anului 1943 și erau înscriși în colegii la data promulgării legii. Această lege se dorea să facă o mai justă repartitie medicilor în țară, ceea ce ar fi fost desigur în folosul progresului sanitar dar și al medicilor care urmau să fie orientați în acele regiuni ale țării unde activitatea era mult mai necesară.

Aplicarea legislației cu caracter sanitar în practica cotidiană, reușitele și eșecurile constatate, încercările de reformă ale sistemului rezultă din informațiile pe care documentele vremii ni le înfățișează.

# **POLIȚIA GĂLĂȚEANĂ ÎN PERIOADA DINTRE LEGEA LUI VASILE LASCĂR ȘI SFÂRȘITUL PRIMULUI RĂZBOI MONDIAL (1903-1918)**

***Adrian Pohrib\****

## **The Police of the Town of Galați, in the Period between Vasile Lascăr's Law and the End of WWI (1903-1918)**

### **– Abstract –**

*This material aims to be a rigorous approach, complying with the historical truth and based on archive materials, of the history of the Police of the town of Galați. Without having a linear development, just as the history of the Romanian people, in the history of the Police of Galați, the periods of evolution, stagnation or involution mix together. The factors that influenced such an evolution of this institution were mainly internal factors: the number of the staff, the moral and professional quality of the staff, the material basis, national events, legislation and the local conditions.*

*The period under debate is comprised between 1903, when the first organic law of the Police, initiated by the Liberal Ministry of Internal Affairs, Vasile Lascăr, became effective and the end of WWI.*

*The article deals with various issues, such as the evolution of the legislation, the attributions of the Prefect and of the Head of the local Police, the organization of the Commissariats, the attributions of the circumscription secretaries, of the police agents and officers, of the city sergeants; it also mentions the major events that marked the development of the Police of Galați and of the town itself.*

*A special attention was paid to the period comprised between 1916 and 1918, the years of WWI, when the situation of the town of Galați was a peculiar one, as a result of its great importance as a major port and as being situated in the proximity of the enemy troops disposed near the Siret and the Danube.*

**Key words:** *Vasile Lascăr, Ministry of Internal Affairs, WWI, Police of Galați*

**Cuvinte-cheie:** *Vasile Lascăr, Ministerul de Interne, Primul Război Mondial, Poliția din Galați*