

HOTARUL

ANUL IV. Nr. 12

A R A D

DECEMBRIE 1937

NUMĂR CONSACRAT PROBLEMELOR DEMOGRAFICE

BCU Cluj / Central University Library Cluj



CUPRINSUL :

Către cititorii Hotarului

Dr. Corneliu Radu: Problema denatalității, mortinatalității și mortalității infantile

Dr. Vasile Cucu: Cum se face asistența mamei și copilului în municipiul Arad.

Ing. Vladimir Eșanu: Mișcarea populației în jud. Arad.

Dr. Corneliu Radu Mișcarea populației din România în a. 1936.

HOTARUL apare lunar sub îngrijirea unui comitet de redacție alcătuit din membrii «*Ateneului Popular*» și din câte un reprezentant al societăților culturale federalizate: *Astra*, *Institutul Social Banat-Crișana* despărțământul Arad, *Concordia*.

REDACTIA ȘI ADMINISTRAȚIA:

A R A D,

Strada Vasile Goldiș 6

ABONAMENTE:

Autorități, întreprinderi, instituții Lei 500
Biblioteci și Particulari Lei 200
Preoți, învățători, studenți Lei 100

HOTARUL

ANUL IV. Nr. 12

A R A D

Decembrie 1937

Către cititorii Hotarului

Institutul Social Bănat-Crișana despărțământul Arad, în dorința de a face cunoscut într'un cerc cât mai larg o serie de probleme ridicate pe planul actualității de forțele complexe ale evoluției, și în primul rând pe acelea în strânsă legătură cu viața socială din regiunea noastră, a obținut din partea Federațiunii Societăților Culturale din localitate încuviințarea ca să redacteze și editeze anual 2—3 numere ale Hotarului sub egida sa. Inceputul î-l facem astăzi prin publicarea unui bogat material documentar privind situația demografică a județului Arad în comparație cu Bănatul și țara întreagă.

Atenția deosebită ce-o acordăm problemelor de ordin demografic prin aceia că le asezăm înaintea altor preocupări, cari poate să intereseze într'un grad mai înalt opinia publică, cere desigur o justificare pe care suntem datori a-o da.

Motivul hotărâtor care a influențat atitudinea noastră a fost constatarea că aceiaș năpastă care s'a abătut de câțiva ani asupra populației din Bănat încearcă să înăbușe și izvoarele vitale — nu de mult îmbelșugate — de pe valea Mureșului și Crișurilor ca și pe acelea de pe coastele podgoriilor. Primejdia ce plutește deasupra comorilor biologice de pe plaiurile noastre ne este proiectată brutal în lumina ochilor de cifrele ce se înșirue reci dar grăitoare, lună de lună și an de an, în Buletinul Institutului Central de Statistică — condus de către Dl. Dr. Sabin Manuilă, unul din cei mai vrednici fii a-i ținutului — vestindu-ne o apropiată catastrofă.

În fața unei realități atât de crude eram datori ca fără zabavă să împărtășim tuturor acelora, cari în ciuda zgomotoaselor frământări ale zilelor ce se scurg, mai află răgaz să se adâncească în tainițele realităților sociale, constatările la cari am ajuns prin munca și oboseala colaboratorilor noștri.

Nădăjduim că îngrijorătoarele concluziuni, ce se desghioacă din noianul cifrelor, vor avea darul să stimuleze și forțele de reacțiune ale acelora în mâna cărora hazardul vieții a depus destinele populației din regiunea Aradului.

**Institutul Social Bănat-Crișana
despărțământul Arad**

Problema denatalității, mortinatalității și mortalității infantile.

— Cauze și remedii —

Aspecte din județul și municipiul Arad.

Dr. Corneliu Radu

Natalitatea și mortalitatea sunt doi factori de egală importanță în determinarea evoluției demografice ale capitalului biologic uman. E firesc deci ca studiul acestor factori să pasioneze numeroși cercetători străini și români, iar ca rezultat să avem o bogată literatură, conținând un prețios tezaur de documentare, asupra influințelor cari dirijează fenomenele biologice amintite. Cei mai mulți dintre cercetători s'au mulțumit numai cu simpla înregistrare și explicare a fenomenelor observate, dar au fost și de aceia cari au mers mai departe aventurându-se la preziceri cu un caracter profetic în legătură cu evoluția speciei umane în timp și în spațiu. Una din profețiile bazate pe observațiuni demografice complectate cu speculațiuni de ordin economic — a căror ecou încă nu s'a stins nici astăzi — este datorită lui Thomas Robert. Malthus, care în lucrarea sa „The principle of population“ a zugrăvit în culorile cele mai sumbre urmările nefaste ce le va avea de suferit omenirea din cauza discordanții dintre sporirea populațiunii de pe glob și sporirea resurselor materiale necesare existenței acestora.

I. Natalitatea.

Dar nici nu sa încheiat încă bine un deceniu dela data când a sunat semnalul de alarmă dat de Th. R. Malthus și iată că în Franța se și înregistrează un fenomen neașteptat, — fenomenul scăderii natalității — zguduind puternic însăși temelia teoriei malthusianiste. Ca o molimă înfricoșătoare scăderea natalității se propagă apoi spre sfârșitul secolului trecut în Anglia și Germania.

Evoluția natalității în câteva țări din Europa calculată la 1000 locuitori.

Țara	1811-1820	1841-1850	1871-1880	1881-1890	1891-1900	1900	1910	1920	1930	1931	1933	1935
Franța	31,8	27,4	25,4	22,9	23,6	21,4	19,6	21,3	18,1	17,4	—	—
Anglia	—	32,6	35,4	32,5	29,9	28,7	25,1	25,5	16,3	15,6	—	—
Germania	—	36,1	39,1	36,8	36,1	35,6	30,7	26,7	17,5	16	—	—
Italia	—	—	—	—	—	33,3	33,3	31,9	26,7	—	23,7	—
România	peste 40 p. 1000					—	39,9	33,7	35	33,4	32	30,7

*) Conferință ținută în cadrele despărțământului Arad al Institutului Social Banat-Crișana.

Astfel natalitatea în Franța scade începând cu anul 1811—1820 dela 31, p. 1000 de locuitori până 17,4 p. 1000 în anul 1931.

În Anglia proporția nașterilor arată un punct maxim în anii 1871—80 cu 35,4 p. 1000 pentru ca în anul 1931 să atingă cifra de 15,6 p. 1000 nivelul cel mai scăzut înregistrat până acum la popoarele europene.

Denatalitatea în Germania își are începuturile sale în aceeași perioadă ca și în Anglia cu deosebirea că aci diferența este și mai însemnată, căci în a 1871—1880 proporția nașterilor era de 39,1 p. 1000 iar în a 1931 a coborât la 16 p. 1000.

După războiul mondial natalitatea arată o tendință accentuată de scădere în toate țările civilizate inclusiv România. În România antebelică proporția nașterilor era de peste 40, p. 1000 pentru 1000 locuitori; în a. 1931 ea scade la 33,4 p. 1000 iar în a 1935 a fost abia de 30,7 p. 1000.

Deși fenomenul denatalității a fost la timp evidențiat nu i s'a dat totuși atențiunea cuvenită din motivul că în ciuda decadenței atât de manifeste în domeniul natalității, grație reducerii însemnate a mortalității generale, — reducere obișnuită în primul rând prin progresele realizate pe terenul medicinei preventive iar în al doilea rând prin îmbunătățirea incontestabilă a condițiilor igienice: habitație, salubritate publică, aprovizionarea cu apă și alimente etc. — populația Europei arată încă o continuă și puternică creștere numerică. Astfel până când — după calcule aproximative — populația continentului nostru în secolul XVI deabia a atins modesta cifră de 95 milioane, în a 1700 această cifră s'a ridicat la 130 milioane, pentru ca până la 1800 să sporească la 180—190 milioane. În secolul XIX și XX viteza de înmulțire s'a accentuat și mai mult încât în a 1900 soldul populației din Europa a ajuns la 400 milioane, iar numai în intervalul dela 1900—1930 a mai sporit cu alte 100 milioane în pofida războiului mondial și a altor calamități sociale.

Datele de mai sus par a ne demonstra că scăderea natalității nu periclitează cu nimic evoluția biologică a populației de pe continentul nostru. Și într'adevăr dacă punem chestiunea pe planul unei priviri generale asupra mișcării demografice ale continentului nici o îngrijorare nu este încă justificată în ceea ce privește soarta viitoare a capitalului biologic uman. Dar dacă ne adâncim în analiza fenomenelor biologice și demografice a diferitelor popoare de pe acest continent vom constata că la unele din ele balanța capitalului uman amenință cu un dezechilibru apropiat din cauza că scăderea natalității nu este urmată de o reducere direct proporțională a mortalității generale. Ca urmare o atentă examinare a situației demografice la aceste popoare este absolut necesară.

O asemenea examinare ni se impune și nouă — cu toate că astăzi ca natalitate stăm încă în fruntea popoarelor europene — din motivul că în unele regiuni denatalitatea a luat aspecte cu totul alarmante. Regiunea cea mai periclitată este aceea a Bănățului, dar nici județul Arad nu prezintă o situație mult mai fericită. Cifrele următoare vor fi mai mult decât concludente în această privință.

Astfel până când natalitatea generală în România înainte de războiu întrecea cifra de 40 p. 1000 de locuitori în a 1921 ea a căzut la 38,2 p. 1000 ajungând în a 1930, la 35 p. 1000 iar în a 1935 la 30,7 p. 1000.

În Bănat natalitatea în a 1921 a fost de 25,3 p. 1000 pentru ca în

1930 să scadă la 21,8 p. 1000 și să atingă în 1935 cifra de 17,1 p. 1000.

În județul Arad de unde în a. 1921 natalitatea a fost de 30,5 p. 1000 deci aproape cu 5 p. 1000 mai urcată ca în Bănat, dealungul anilor următori a scăzut vertiginos până la 24 p. 1000 loc., în a. 1930, și 18,6 p. 1000 în a. 1935.

În concluzie în mai puțin de 15 ani natalitatea județului Arad a înregistrat aproape aceeași scădere cât Franța într'un interval de 125 ani; iar în comparație cu Bănatul perspectivele noastre de viitor sunt și mai sinistre căci până când în Bănat pierderea în cursul ultimilor 15 ani a fost numai de 8,7 p. 1000, în județul Arad această pierdere a fost de 11,9 p. 1000 reliefând un declin apocaliptic în fluxul biologic al populației din regiunea noastră.

Scrutând acum cauzele cari influențează în mod direct sau indirect natalitatea determinând scăderea ei acestea se pot grupa în 3 categorii.

1. Social-economice 2. sanitare 3. psihologice. Să le analizăm pe rând.

1. Cauzele economice ce par a avea o înrăurire defavorabilă asupra natalității sunt:

a) lipsa sau insuficiența mijloacelor de existență.

În mod absolut este încă departe timpul când mijloacele de existență nu mai pot acoperi necesitățile vitale ale populației căci economiștii moderni au dat o desmintire categorică profețiilor lui Th. Malthus dovedind că mijloacele de existență sporesc grație industriei mult mai accentuat ca și populația consumatoare.

Dar ceea ce nu se poate contesta, este faptul că raporturile între mijloacele de existență și populație arată deosebiri manifeste nu numai dela popor la popor ci chiar și în cadrele unei și aceeași națiuni ele diferă dela regiune la regiune și dela o clasă socială la alta privilegiind pe unele și nedreptățind pe altele, justificând astfel în oarecare măsură reducerea prolificității la cele mai puțin favorizate de soarte.

Cu toate acestea, urmărind natalitatea din sânul diferitelor straturi sociale, vom face constatarea — în aparență paradoxală — că tocmai acelea cari dispun de resurse materiale mai restrânse au dat în trecut, și dau și acum, o natalitate mai ridicată. Prin urmare, insuficiența mijloacelor de existență poate constitui numai o vină relativă în calea prolificității căci una absolută n'a constituit niciodată. Influența acestui factor se exercită numai în mod secundar prin întovărășirea sa cu un factor de ordin psihologic, caracteristic epocii contemporane, purtând pecetea unui dinamism material feroce și evoluând sub mantia întunecată a unei jalnice eclipse morale și spirituale.

b) Pervertirea instinctului de proprietate în sensul că proprietatea a devenit un scop și nu un simplu mijloc pentru asigurarea unui trai liniștit și demn are un rol de seamă în denatalitate.

Se acuză mai ales șvabii din Bănat — că „ein“ și „zweikindersystem“ — atât de des întâlnit la ei, ar fi urmarea unei atari pervertiri a instinctului de proprietate, limitarea voită a fertilității și fecundității constituind o măsură de prevenire în fața pericolului de descompunere ce ar amenința proprietatea din cauza plurinatalității în familie. Se mai spune că românii din Banat au adoptat acest sistem dela șvabi. Nu contestăm po-

sibilitatea acestei contaminări, dar nici nu-i putem acorda o importanță prea mare dat fiind că conviețuirea între șvabi și români are o vechime de câteva secole, ori de ce numai acum după războiul s'a ivit contagiunea și de ce nu s'a manifestat ea—cum era natural — mai demult. Explicația nu mi-se pare a fi prea dificilă.

Este incontestabil că setea de pământ este înăscută în țaran. Dar deși această sete este atavică, cu o tradiție care se întinde de parte, până la sfârșitul vieții de nomad a popoarelor, ea n'a fost în stare să influențeze și să modifice artificial fluxul normal al nașterilor decât începând cu secolului al XIX-a, secolul individualismului și al materialismului. *Se desprinde deci din acest fapt concluzia că instinctul de proprietate a fost pervertit de concepția materialistă a secolului trecut și a timpurilor noastre, concepție care-și are obârșia ei în cuceririle civilizației contemporane. Poporul șvab în contact mai intim cu civilizația apuseană decât cel român, datorită situației sale privilegiate în cadrele monarhiei austro-ungare, și-a însușit în mod firesc cu un ceas mai de vreme concepția de viață a timpului.* În acest sens pledează faptul că denatalitatea la șvabi s'a manifestat paralel cu denatalitatea la germani și mai de vreme decât la români. Poporul român în schimb retransat din cauza tratamentului vitreg în tradițiile sale multisekulare, și având contact redus cu centrele de civilizație străină precum și cu populația eteroglotă din jurul său, a rămas neinfluențat de atmosfera materialistă a cărei zăpug nu l-a atins decât numai după ce convulsiunile cataclismului social din 1914—18 nu i-a creat o situație favorabilă pentru a se înfrupta în plin din beneficiile civilizației. Și dacă românii bănățeani cât și acei din județul Arad precum și acei din Bihor a adoptat cu atâta ușurință sistemul limitării voite a natalității, desigur nu la șvabi trebuie să căutăm germele de contagiune, ci în civilizația apuseană, care aci la granița de vest bate mai puternic la porțile fortăreții noastre biologice.

c) *Structura societății* a suferit în jumătatea a doua din secolul XIX precum și în secolul XX o schimbare prielnică unei corectări defavorabile a fertilității, prin extensiunea pe care a luat-o pătura burgheză, căci este cunoscută senzibilitatea burgheziei față de binefacerile celor materiale și mai ales față de privațiunile de ordin material, senzibilitate care îi conturează un profil moral cu predominantă egoist, contrastând cu resemnarea firească a proletariatului, născut și crescut în mizerie și primind fără protest totul ce-i rezervă destinul — bucurii, năcazuri ca și copii — cu indiferența sufletului stăpânit de un fatalism atavic.

2. Cauzele sanitare la rândul lor sunt și ele destul de numeroase.

Un loc de frunte ocupă aci grupul însemnat al factorilor disgenici de natură a) ereditară, b) infecțioasă și toxică.

Nu este locul și nici timpul de a pătrunde în analiza lor amănunțită. Ravagiile pe cari le provoacă pe terenul fecundității și fertilității tarele ereditare și bolile sociale ca: sifilisul, blenoragia, mai puțin tuberculoza, apoi intoxicațiunile cronice ca alcoolismul sunt prea bine cunoscute chiar și în lumea laicilor încât descrierea lor nu ni se pare a fi necesară.

Dar mi s'ar putea obiecta, și încă cu destul temei, că toate aceste elemente au existat și în timpul când natalitatea înregistra cifre cu totul ridicate. Obiecțiunea aceasta, deși are în aparență un oarecare conținut de adevăr, nu rezistă câtuși de puțin unei analize critice mai temeinice și iată dece: întradevăr elementele disgenice aci înșirate și-au exercitat influința lor nocivă de multe secole, consecințele lor însă nu s'au resimțit până acum într'asa măsură dat fiindcă ele nu au fost niciodată în așa grad răspândite ca în anii din cursul războiului și cari au urmat războiului. Mișcările de masse din timpul războiului, contactul mai apropiat a populației rurale cu orașele după războiu, au provocat o diseminare intensă a boalelor venereice disgenice a căror consecințe în mod natural se resimt astăzi și se vor resimți încă poate multă vreme. La răspândirea lor a contribuit și contribuie încă în largă măsură celibatismul, una din plăgile sociale caracteristice epocii noastre.

Tot din rândul cauzelor sanitare ale denatalității deși e posibil să aibă un substrat de preferință economic, amintesc căsătoriile precoce, între copii neajunși la vârsta maturității. Aceste căsătorii se soldează în majoritatea cazurilor cu divorț, în urma divorțului viața de libertinaj a femeii (văduva veselă) cu toate urmările de ordin sanitar: boalele venereice și în primul rând blenoragia, cel mai redutabil dușman al fecundității și fertilității.

3. Cauze psihologice.

Intenționat am lăsat la sfârșit expunerea cauzelor de ordin psihologic, nu pentru că le-ași deprecia importanța lor în domeniul denatalității, ci din contră pentru a le proiecta cu mai multă vigoare în fața D-voastre, dat fiindcă personal le consider a avea un rol predominant în provocarea fenomenului despre care tratăm. Și părerea mea este împărțită de mulți confrați medici și sociologi. Ca dovadă citez faptul că în ultimul congres al Asociației »L'Assemblée française de médecine general«, ținut în cursul lunii acesteia la Paris, majoritatea participanților au evocat argumente de ordin psihologic în explicarea scăderii natalității. Deasemenea și dintre cercetătorii români o mare parte atribue acestui factor un rol de frunte în determinarea fenomenului denatalității.

Cari sunt factorii psihologici incriminați și care este proveniența precum și modul lor de propagare?

Dintre factorii psihologici cu rol determinant în dirijarea natalității consider ca cei mai de seamă: *cultul exagerat al »eului«, slăbirea legăturilor de solidaritate și devotament în cadrul familiei*, și criza moral-religioasă a vremurilor pe cari le trăim.

Cultul ipertrofiat al „eului“ este o urmare firească a potențării sau mai bine zis pervertirii spiritului burghez, la obârșile sale prevăzător și cumpănit, iar acum acaparator corupt și egocentrist, urmărind posesiunea materială nu atât din prevedere ci mai mult din satisfacerea unui orgoliu sau a unor vicii personale.

Slăbirea legăturilor familiare — atât de strânse altă dată — pare a avea drept cauză principală, după modesta mea părere, emanciparea femeii din rolul de paznic al căminului conjugal spre a intra în funcțiuni și a câștiga unele situații sociale și materiale cari le conferă o independență oarecare

față de bărbat sau soț. Și ca mișcările sale să nu fie stingherite de sarcinile grele și răspunderile materiale ea își limitează voluntar fecunditatea și își corectează fertilitatea. Și iată cum ruperea solidarității familiare zdruncină în modul cel mai serios însăși temeliile maternității.

Asupra crizei moral-religioase în care ne sbatem, cât și asupra legăturilor sale intime cu problema natalității nu cred necesar să mai inzist, fiindcă sunt convins că fiecare dintre noi i-a sesizat influința sa dezastruoasă asupra natalității.

Cunoașterea cauzelor aci înșiruite^{* * *} însă nu ne pune încă în situația de a putea preconiza toate mijloacele de combatere ale denatalității. În acest scop se cere încă să evidențiam și modalitățile practice sau mai bine zis materiale prin intermediul cărora se realizează fenomenul despre care tratăm.

Este știut că natalitatea este produsul a 2 factori biologici fecunditatea și fertilitatea. Creșterea sau descreșterea precum și stagnarea prolificității nu se poate realiza deci decât prin înlocuirea influințelor bune sau rele ce se exercită asupra acestor factori.

O serie de influințe de ordin patologic ca: boalele venerice, alcoolismul pot suprima complet fecunditatea și ca urmare și fertilitatea femeii. În majoritatea cazurilor însă denatalitatea nu se realizează prin acest proces ci prin procesul unei limitări sau corectări voite atât a fecundității cât și a fertilității deopotrivă. În acest scop, încă din vremurile preistorice, femeia a știut să recurgă la cele mai bizare instrumente, iar astăzi dispune de un vast arsenal de mijloace anticoncepționale — ce se bucură încă de dreptul unei largi publicități — precum și de sprijinul mai mult sau mai puțin desinteresat a unor inițiați în arta adaptării fertilității la dorințele standardizate ale femeilor moderne. Faptul că reducerea natalității se realizează cu deosebire prin limitarea „voită” a fecundității și fertilității confirmă încă odată rolul preponderent al factorului psihologic în determinarea fenomenului denatalității.

Combaterea denatalității.

Cunoașterea cauzelor cât și a mijloacelor prin cari se realizează denatalitatea a inspirat celor cari se frământau în găsirea remediilor în stare să curme acest rău, o serie de măsuri, adresându-se cu toate celor 3 factori; economic, sanitar sau medico — social și psihologic, a căror rol în cauză l'am reliefat mai înainte.

Cred că nu e de prisos să schițez aci cel puțin pe acelea a căror aplicare se încearcă sau s'a încercat și până acum, arătând și eventualele beneficii ce a înregistrat în urma lor lupta pentru stimularea natalității.

1. *Incep cu mijloacele de remediere cu substrat economic.* Deși nu admitem ipoteza — dealtcum destul de șubredă la o documentare mai serioasă — că denatalitatea este în primul rând în funcție de reducerea resurselor de existență, nu putem contesta totuși faptul că există o distribuție cu totul nejustă a bunurilor, în urma căreia o parte însemnată a populației duce o viață de privațiuni, determinând o reducere din ce în ce mai accentuată a căsătoriilor și a nașterilor legitime și înmulțind numărul bastarzilor.

Față de o asemenea situație am avea un remediu eroic, dar deocamdată numai de valoare teoretică și anume o distribuție mai echitabilă a bunurilor atât între diferitele popoare cât și între numeroșii indivizi cari o compun. Or, întrucât acest deziderat va rămâne pentru totdeauna în domeniul utopiilor, iar actuala structură a societății omenești nu ne îndreptățește să ntrim nici măcar speranța unei valorificări atât de favorabilă a muncii încât fiecare muritor de rând să poată fi pus la adăpost de grijile materiale, demografii și oamenii de stat s'au gândit să recurgă la o serie de expediente.

Până unde a mers inventivitatea și ingeniozitatea omenească în căutarea soluțiilor practice pentru asigurarea unui cât mai puternic flux al natalității ne-o demonstrează măsurile luate de regimul fascist în Italia, una din țările cu o politică demografică din cele mai active. Astfel pentru încurajarea căsătoriilor s'au luat următoarele dispozițiuni (Nora Federici):

- a) prin legea din 6 Iunie 1929 se hotărăște ca la numirea în funcțiunile de stat și particulare să se respecte următoarea ordine: căsătoriți cu urmași, căsătoriți fără urmași, necăsătoriți,
- b) prin legea din 27 Martie 1930 s'a redus considerabil dota cerută soțiilor de ofițeri,
- c) s'a redus limita de vârstă admisă pentru căsătoriile ofițerilor,
- d) s'a consacrat o anumită zi ca sărbătoare a nunții,
- e) se acordă premii însemnate noilor menajuri,
- f) noii căsătoriți se bucură de o reducere însemnată pe căile ferate cu ocaziunea călătoriei de nuntă, etc.

Tot pentru stimularea nașterilor s'au luat și măsurile ce urmează:

a) scutirea de impozite directe, de suprainpozite comunale, de contribuții municipale și de taxe școlare a funcționarilor publici cu 7 copii și a tuturor cetățenilor de alte categorii cu 10 copii când venitul anual nu trece de 100,000 lire.

b) indemnizație specială, numit »adaus familiar« pentru fiecare copil minor al funcționarului,

c) premii pentru nașteri,

d) creierea »Operei naționale pentru protecția maternității și a copiilor« care are în sarcină ocrotirea morală și materială a mamei și copilului. Fondul acestea se alimentează și din impozitele însemnate a celibatarilor.

În Franța operele de asistență materială a maternității, patronate de stat sau susținute de inițiative particulare, precum și dispozițiunile legislative cari înlesnesc creșterea copiilor, sunt foarte numeroase, Franța fiind dealtcum și prima țară care s'a preocupat de această problemă — este adevărat că mai mult constrânsă de proporțiunile dezastruoase ale fenomenului denatalității decât de dragul ideologiei sociologice ale regimului politic —.

La noi protecția materială a căsătoriilor tinere, și a familiilor numeroase nici n'a format încă obiectul unor studii serioase și cu atât mai puțin a unor încercări de înfăptuire. Căci »adausul familiar« de 100 Lei pentru copil nu poate fi considerat, cu oricâtă bunăvoință l'am trata, ca un sprijin material real, iar la complectarea vacanțelor din funcțiunile publice și particulare cu totul altele sunt considerațiunile cari decid soarta candidaților, decât acelea fixate în legislația Italiei.

Să ne consolăm însă, căci pătrunzând mai profund în miezul problemei vom observa că în ciuda măsurilor economice citate, deși în Italia și acum există aproape 100,000 de familii cu peste 7 copii, natalitatea este totuși în continuă scădere, ajungând dela 31,8 la mie cât a fost în anul 1920 la 23,7 la mie în anul 1933, constatare care a determinat pe ilustrul savant Gini — el însuși italian — să arate că, »ajutoarele materiale nu pot fi niciodată atât de importante încât să elimine grijile economice cari influențează scăderea natalității și cari dimpotrivă uneori nu fac decât să întărească aceea mentalitate economică atât de primejdioasă din punctul de vedere al prolificității«.

2. Dintre măsurile medico-sociale cari se reclamă și se adoptă mai mult citez:

a. Creierea de consultațiuni prenatale și preconceptionale gratuite în toate centrele sanitare urbane și rurale, cu scopul de a recunoaște și îndepărta la timp toate primejdiile cari amenință fecunditatea și fertilitatea viitoarelor mame sau gravide. Spre complectarea obiectivelor urmărite de aceste consultațiuni se impune

b. *Combaterea energică a tuturor boalelor sociale disgenice la orice vârstă și în oricare* din straturile sociale s'ar ivi ele, reducând în limita posibilităților influința lor nefastă nu numai asupra cantității ci și asupra calității noilor generații.

În aceasta ordine de idei vom avea de dus o luptă sistematică și neîntreruptă contra sifilisului, gonoreei, malariei, pelagrei și a alcoolismului, cu toate extrem de răspândite în țara noastră. Certificatul prenatal de sănătate ne pare a ne putea aduce foloase reale în direcția aceasta.

c. *Combaterea căsătoriilor precoce una din plăgile specifice ale populației* noastre rurale care contribuie într-o măsură însemnată la reducerea fecundității și fertilității datorită divorțurilor cari le succed într'o proporție zdrobitoare.

d. *Combaterea divorțurilor și concubinajelor* agenți înfricoșători ai căsniciilor sterile și leagănele de procreație a celor mai multe din elementele cu starea civilă nelămurită fermenți de disoluție a societății prin calitățile lor fizice și psihice inferioare.

e. *Prevenirea și combaterea avorturilor criminale*, prin pedepse severe. Noul cod penal Regele Carol al II-a, aplicat cu toată rigurozitatea ar constitui un mijloc eroic pentru combaterea avorturilor criminale dacă justiția ar fi sprijinită în acțiunea sa de opinia publică.

f. *Consolidarea instituției familiare prin legi de protecție astfel întocmite încât să i se asigure o bază morală și materială capabilă să reziste cu succes atât la atacurile venite din afară cât și la zdruncinările dinlăuntru.*

3. Combaterea factorului psihologic.

Dar precum măsurile economice arătate n'au fost în stare să oprească declinul natalității în Italia totașa nu trebuie să ne legănăm în iluzia că măsurile medico sociale aci schițate precum și altele mai perfecte ce se vor preconiza ne-ar asigura soluționarea definitivă a problemei despre care tratăm. A crede astfel înseamnă a desconsidera tocmai factorul cel mai de seamă care dirijează astăzi atât fecunditatea cât și fertilitatea

anume factorul psihologic. Progresul biologic al diferitelor popoare din Europa nu este astăzi în funcție de legi și ordonanțe, și nici de premii sau alte expediente de ordin economic și medico-social ci numai și numai de atmosfera psihică a epocii în plămădire. Va reuși rasa albă și popoarele cari o formează să ardă într'un foc mistuitor toată povara morală a unor vremuri de neghioabă și absurdă negare a idealurilor spirituale, se va rezolva dela sine și problema care ne frământă astăzi. Va continua să se închine și mai departe aceluiași idoli meschini, cărora le-a jertfit și jertfește încă toată comoara sufletească adunată dealungul veacurilor se va prăbuși cedând locul altor rase sau altor popoare a căror suflet stăpânește materia pentru a lăsa mișcare liberă spiritului triumfător pretutindeni și în toate vremurile. Iată cheia problemei denatalității.

Dar a poseda numai cheia unei fortărețe nu înseamnă a stăpâni încă și fortăreața însăși. Totașa cunoscând drumul salvator nu înseamnă că suntem și în stare să-l urmărim până la sfârșit, căci deși la criza acută a capitalului biologic uman participă activ sau pasiv, conștient sau inconștient fiecare dintre noi iar sentinelele ce veghează asupra comoarei noastre biologice au semnalat încă de mult timp primejdiile ce-o amenință, luminându-ne și căile salvatoare, nu văd ivindu-se de nicăiri străfulgerarea vie a unei supreme sfortări de emancipare de sub zgura deșertăciunilor materiale care înăbușe astăzi nu numai oamenii, dar și instituțiile create de aceștia pentru a-i ridica din glodul pământului în sferele spiritualității. Biserica și școala stau neputincioase în fața dezastrului, deși ele în primul rând ar avea sarcina și chemarea de a schimba o mentalitate bolnăvicioasă cu urmări posibil catastrofale. Nu le învinuim pentru această neputință, căci neputința lor este numai un corolar al crizei sufletești care frământă pe aceia cari le-au creiat și pentru cari s'au creiat. Ele înși-le așteaptă cu nerăbdare ceasul unei renașteri, renaștere a cărei zori însă nu se vor ivi decât atunci când omenirea se va reînoi, nu prin selectorul legilor eugenice și nici prin revărsarea bunurilor economice ci prin focul unor zguduri profunde și dureroase cari vor nimici trecutul pentru ca pe ruinele sale să răsară o altă rasă de oameni, cu nesăcătuite resurse biologice și cu patrimoniul spiritual nealterat de viciile Sodomei și Gomorei contemporane.

II. Mortalitatea.

Până când natalitatea constituie un factor demografic activ, mortalitatea reprezintă unul pasiv, iar balanța biologică a capitalului uman va fi și ea activă sau pasivă după cum raportul aritmetic între cifrele cari exprimă natalitatea și acelea cari arată mortalitatea dau un sold excedentar sau unul deficitar. Prin urmare o politică demografică chibzuită va trebui să supună unei analize și supravegheri riguroase nu numai factorul activ ci și pe acel pasiv, făcând toate eforturile posibile pentru a realiza o balanță excedentară mereu activă și progresivă, ca exteriorizare a resurselor biologice de cari dispune un popor, sau o națiune.

Pornind dela atari considerațiuni este firesc ca după ce am examinat problema natalității, încercând să evidențiez cauzele cari dirijează atât fluxul cât și refluxul acesteia și să arăt mijloacele în măsură a exercita asupra sa o influință stimulentă, să trec la tratarea mortalității ca fenomen demografic analizând subiectul mai ales în raport cu elementul de bază al reimpoperării biologice, copilul.

Deosebirea de ritm între scăderea natalității și aceea a mortalității generale a creat la unele popoare o situație demografică din cele mai critice, din cauza excedentului natural extrem de redus sau chiar deficitar. Deși poporul nostru înregistrează de prezent excedente anuale destul de însemnate și va înregistra poate și de aci înainte încă o serie lungă de ani, totuși în unele regiuni ale țării spectrul unui faliment al capitalului biologic uman se reliefează în toată cruzimea sa. Cifrele de aci sunt mai mult decât lămuritoare în această privință ;

Raportul între natalitatea și mortalitatea din România, Bănat județul și municipiul Arad pe anul 1935

Teritoriul	Născuți vii	Totalul deceselor	Excedent natural
România	585386	402678	182708
Bănat	16084	18224	-2140
jud. Arad	6943	6889	+ 54
Municip. Arad	1011	1252	-241
Jud. și Municip. întrunite	7954	8141	-187

În rezumat deși România are încă asigurat un excedent natural impunător, Bănatul înregistrează în anul 1935 un deficit în populația sa ce trece peste două mii de suflete, — cât o comună fruntașă, iar județul — Arad începe să-i calce pe urme cu un deficit de 187 suflete.

(vezi statistica din pag. următoare)

Ceeace ne impune o atenție deosebită este faptul că deficitul cel mai însemnat îl dă în Bănat populația românească și germană până când ungurii realizează încă un mic excedent. În județul Arad românii manifestă acelaș fenomen îngrijorător, până când germanii au o proporție mai favorabilă.

Mortalitatea generală arată pretutindeni o tendință evidentă spre descreștere continuă și progresivă ca urmare firească a îmbunătățirii condițiilor de viață și a progreselor realizate în toate domeniile științei medicale. Acest fenomen se observă și în România.

Astfel mortalitatea generală în a 1905—1909 a fost de 25.9 la 1000 locuitori, în anii 1920—24 ea a scăzut la 29.6 la 1000 locuitori, iar în 1931—36 la 20.5 la 1000 locuitori.

Dar ritmul de scădere al mortalității generale este în cele mai multe state civilizate mai încet decât cel al natalității de unde și îngrijorarea celor cari privesc în viitorul acestor popoare. Nici România nu face excepție dela această regulă căci dacă mortalitatea generală a scăzut cu 5,4 p. 1000 loc dela 25,9 la 20,5 în schimb natalitatea a scăzut în proporție aproape dublă, dela 40,2 p. 1000 loc. la 32,6 p. 1000 loc.

Mortalitatea și mortinatalitatea infantilă au un rol de seamă în determinarea curbei mortalității generale căci chiar și în Franța unde mortalitatea infantilă este destul de redusă, — 1/7 din totalul deceselor aparțin vârstei de 0—19 ani (100.000 morți la 0—19 ani față de totalul de-

Raportul între natalitate și mortalitate în România, Bănat județul și municipiul Arad (a 1935) pe neamuri

	Români			Unguri			Germani			Evrei			Ruși			Alți			To. al.		
	Născuți vii	Decese	Exced. nat.	Născuți vii	Decese	Exced. nat.	Născuți vii	Decese	Exced. nat.	Născuți vii	Decese	Exced. nat.	Născuți vii	Decese	Exced. nat.	Născuți vii	Decese	Exced. nat.	Născuți vii	Decese	Exced. nat.
România	465069	309125	+155944	30130	24028	+6102	16257	13005	+3252	10332	10182	+150	26957	20385	+6572	36641	25953	+10688	585386	402678	+182708
Banat	8744	10792	-2048	1809	1526	+283	3333	4014	-681	119	192	-73	159	91	-68	1920	1699	+221	16084	18224	-2140
Județul Arad rural	4633	4791	-158	961	934	+27	949	843	+106	16	28	-12	16	11	+5	368	282	+86	6943	6889	+54
Municipiul Arad	428	420	+8	420	537	-117	74	130	-56	60	117	-57	5	4	+1	24	44	-20	1011	1252	-241
Arad rural și urban întrunite	5061	5211	-150	1381	1471	-90	1023	973	+50	76	145	-69	21	15	+6	392	326	+66	7954	8141	-187

ceselor cari se soldează la 700.000). În România proporția este și mai mare. În anul 1935 de ex. decesele din grupul 0—14 ani au constituit 49,3 p. 100 din totalul deceselor, iar 56,5 p. 100 din grupul acesta au aparținut vârstei de 0—1 an. Excepționala importanță pe care o reprezintă din punct de vedere demografic mortalitatea infantilă a determinat în anul 1926 Comitetul de Igienă al Ligii Națiunilor ca să invite o seamă de specialiști la Geneva spre a pune bazele unei anchete internaționale privind această problemă. Ancheta s'a și efectuat încă în cursul anului 1927 alegându-se ca teren de studiu o serie de districte din Anglia, Austria, Franța, Germania, Italia, Norvegia și Țările de jos. Lucrările de cercetare în cele 7 țări au fost conduse cu ajutorul unui personal riguros selecționat și deaproape supravegheat astfel că rezultatele obținute sunt cât se poate de apropiate de adevăr. În Franța conducerea lucrărilor a avut-o prof. Debre ajutat de colaboratorii săi Pierre Ioannon și M. I. Cremieu Alcan, iar rodul muncii lor a fost sintetizat în volumul »La mortalite infantile et la mortinatalite« conținând toate datele adunate cu privire la problema care ne preocupă, completate cu explicațiunile științifice precum și cu concluziunile ce s'au impus.

Anchete identice au fost întreprinse în a. 1931 și în România având ca sediu plășile model Gilău și Tomești apoi a X-a circumscripție din București. Studii și cercetări asupra problemei materno-infantile, aparte de cele patronate de către Comitetul de Igienă al Ligii Națiunilor sau mai realizat încă și de către numeroși alți cercetători români perfecți cunoscători ai fenomenelor demografice. Dintre aceștia cităm pe Dnii profesori Dr. Iuliu Moldovan, Dr. Titu Gane, Dr. Gh. Popoviciu, Dr. Zoolog Doc. Dr. Gh. Banu, Dr. Sabin Manuilă Doc. Dr. A. Iancu, Dr. I. Nemoianu, Dr. Petre Vlad, Dr. P. Râmneanțu și încă o seamă de pasionați în urmărirea evoluției biologice a capitalului uman, lucrând fie independent fie încadrați sub stindardul unei instituțiuni, societăți științifice sau culturale. Expunerea mea de față fiind o încercare de a rezuma variatele aspecte ale mortalității infantile e firesc ca să mă folosesc în largă măsură nu numai de lucrările și studiile neasămuit de competente, întocmite și publicate în ultimul timp de către cercetătorii români, ci și de publicațiunile străine în stare a ne facilita lămurirea problemei atât prin datele statistice ce le aduc cât și prin explicațiunile ce le dau unor fenomene biologice sau demografice cari ne interesează și pe noi.

Mortalitatea infantilă sub un an în România este astăzi cea mai ridicată din toată Europa și ceea ce este mai îngrijorător are o tendință mult mai slabă spre descreștere ca în oricare altă țară.

Evoluția mortalității infantile sub un an în unele țări din Europa. Proporția la 100 născuți.

Țara	1911 - 1913	1921 - 1925	1930	1931-32	1934
Anglia	19,3	7,6	6,1	6,6	5,9
Bulgaria	28,5	—	13,6	—	—
Cehoslovacia	—	14,7	13,8	13,6	12,6
Franța	12,9	9,5	7,9	7,6	6,9
Germania	28,8	12,2	8,4	8,1	6,6
Italia	23,1	12,5	—	11,2	9,9
Norvegia	12,6	5,2	4,6	4,6	—
Olanda	16,9	6,4	5,4	4,8	4,3
Ungaria	29,3	18,5	15,4	17,3	14,8
România	—	20,1	18,2	18,3	18,2

Prin urmare cu atât mai justificată este munca tuturor cari se străduiesc să-i cunoască cauzele și să-i combată în limita posibilității efectele.

A. Cauzele mortalității infantile.

Prof. Mouriquand din Lyon împarte cauzele mortalității infantile în majore și minore, susținând că deși nu este drept ca să neglijăm pe cele minore o luptă contra celor majore ne poate servi cu rezultate practice mult mai evidente. Tot Dsa stabilește următoarele categorii în rândul cauzelor majore ale mortalității foeto-infantile 1. *pericolul congenital, în care încadrează traumatismele obstetricale și prematuritatea* 2. *pericolul alimentar* reprezentând tulburările digestive 3. *pericolul infecțios* cuprinzând bolile infecțioase acute sau cronice și 4. *diverse* în acest capitol înșiruiind malformațiunile congenitale, accidentele precum și alte cauze variate și necunoscute.

Prof. Debre adoptând clasificarea de mai sus a ajuns la constatări foarte interesante. Astfel din datele anchetei Dsale întreprinsă în Franța rezultă **că pericolul congenital reprezintă factorul dominant în cadrul cauzelor multiple ale mortalității foeto infantile $\frac{1}{2}$ din cifra totală a morților sub 1 an fiind victima acestui pericol.** Pericolul infecțios la rândul său revindecă pentru el $\frac{1}{4}$ până când cel alimentar abia $\frac{1}{10}$ din hecatomba morților, restul intrând la rubrica diverse.

Cauzele obstetricale i-se par a avea la activul lor $\frac{1}{2}$ din cifra care reprezintă pericolul congenital.

Natural aceste raporturi arată o oarecare diferență dela district la district și diferă mai ales dela mediul urban la mediul rural. Astfel în districtele urbane mortinatalitatea este mult mai ridicată 3,48% decât în districtele rurale 2,72% iar mortalitatea infantilă mai redusă (8,67 p. 100 față 9,52 p. 100).

Tot din concluziunile anchetei de mai sus reiesă **că mortalitatea în prima săptămână a vieții întrece mortalitatea înregistrată în ultimele 6 luni al primului an, în schimb este puțin mai redusă față de restul primului semestru. afară de districtele unde mortalitatea infantilă e joasă.** Și aceste cifre arată **predominența pericolului congenital față de celelalte categorii.**

Să analizăm din acelaș punct de vedere datele provenind din Germania redade aci după Prof. Walter Birck pe a. 1932 (Vermeidbare Kinderkrankheiten 1936 pag. 12).

Mortalitatea infantilă în Germania pe a. 1932 după cauza deces.

Cauza decesului	0—1 lună	1—12 luni	Total 0—12 luni	în procent.
Malformație congenitală	1767	943	2710	3,5
Debilitate congenitală	16365	2314	18670	24,1
Prematurație	12464	419	12783	16,6
Traumatisme obstetricale	2659	156	2815	3,6
Convulsii	2517	5137	7654	9,9
Pneumonie	963	8612	9575	12,4
Tulburări digestive	1001	6767	7788	10,0
Diverse	3234	12151	15385	19,9
TOTAL	40961	36489	77450	100

Deși Prof. Birck trage la îndoială corectitudinea în aprecierea cauzelor mortalității, arătând mai ales ca totul neverosimile cifrele referitoare la debilitate generală și la convulsii, nici unul și nici altul din aceste grupuri nerezprezentând o entitate morbidă ci în realitate acoperind o cauză ascunsă, totuși nu poate contesta că acestea evidențiază **în largă măsură importanța pericolului congenital** care fără grupul convulsiiunilor până la 1 an reprezintă 47,2% iar dela 0—1 lună însuimează 85 p. 100 a deceselor (inclusiv convulsiiunile).

Dacă cercetăm cu atenție datele următoare culese din Buletinul demografic al României vom afla o situație aproape analoagă și la noi în țară.

Decese sub 1 an pe vârstă și cauză de boală în România (a. 1935).

LUNILE	1 zi	1—6 zile	7—29 zile	1—6 luni	7—12 luni	TOTAL 0—1 an	Boli infectioase	Boli aparat. respir.	Diaree digestiv	Vicii de conform.	Boli I. copilării	Cauze externe	Alte cauze
Ianuarie	237	1689	2198	5377	1758	11259	543	2759	547	19	6992	42	357
Februarie	400	2222	2629	6697	3195	15143	1330	3776	586	16	9006	39	390
Martie	250	1655	2079	4478	2007	10469	596	2301	540	15	6636	33	348
Aprilie	229	1657	1963	3454	1489	8792	407	1617	580	23	5836	40	289
Mai	266	1590	1762	3098	1328	8044	357	1198	696	15	5424	49	305
Iunie	237	1464	1455	2656	1082	6894	270	711	1027	27	4604	40	215
Iulie	266	1535	1591	3529	1949	8870	324	619	2511	24	5082	40	270
August	213	1476	1966	4003	2382	10040	397	542	3106	29	5625	45	296
Septembrie	190	1427	1766	3391	1624	8398	304	565	2117	27	5089	36	260
Octombrie	179	1419	1945	3952	1579	9074	302	946	1911	25	5537	62	291
Noembrie	181	1253	1676	3575	1360	8045	285	1317	1050	18	5064	41	270
Decembrie	216	1343	1492	3130	1206	7387	275	1402	592	17	4747	62	292
TOTAL	2864	18730	22522	47340	20959	112415	5390	17753	15263	255	69642	529	3583

Grupând decesele sub 1 an pe vârstă și cauză de boală în a. 1935 după modelul prof. Mouriquand acestea se repartizează astfel:

I. Pericolul congenital

a) boalele primei copilării	}	69642 = 62%
a) debilitate congenitală		
b) naștere prematură		
c) consecințele nașterilor		
d) alte boli sub 3 luni	}	

II. Pericolul alimentar

diaree și enterite 15263 = 13.5%

III. Pericolul infecțios

boli infecțioase,
pneumonii, bronchop. . . . 23143 = 20.5%

IV. Diverse

vicii de conf. cauze exterioare
alte cauze 4367 = 4%

Total 112415

Concluziuni :

1. Pericolul congenital este chiar mai accentuat în România ca în Franța și Germania. Aceasta se explică desigur prin faptul că asistența la naștere se face în condițiuni mai proaste ca în țările amintite. În acest sens ar pleda și faptul că pericolul congenital în mediul rural se prezintă cu cifre mult mai ridicate ca în mediu urban. Cităm ca exemplu cifrele referitoare la județul și municipiul Arad pe anul 1935.

În a. 1935 județul Arad, rural și urban întrunit a înregistrat deci **1657** copii morți în vârstă de 0—1 an, din aceștia 909 sau 55% fiind victimele pericolului congenital. În acelaș timp pe teritoriul municipiului Arad în acelaș an din 170 copii morți în vârstă de 0—1 an abia 45, ceea ce face **26.5%** sau mai puțin de jumătate ca în mediul rural se pot considera ca victime ale aceluiaș pericol congenital. *Este indiscutabil că cifrele din mediul rural nu corespund întocmai realității din motivul că necroscopia se face aci de obicei de laici, iar pe de altă parte în mediul rural la noi în general abia **16.8%** a copiilor morți sub 1 an au fost văzuți de medic, până când în mediul urban (municipii) în medie 69.6% au stat sub tratament medical.*

(În județul și municipiul Arad situația este mai favorabilă ca în alte județe deoarece în județul nostru 40—50% iar în municipiu aproape 100% din copii morți sub 1 an au fost sub tratament medical sau mai bine zis **au fost văzuți** de medic înainte sau numai după moarte).

2. *Pericolul alimentar* având la activul său abia 13.5 la sută din totalul copiilor morți sub 1 an nu justifică deocamdată nici o îngrijorare cel puțin în raporturile sale privind întreaga țară. În județul Arad însă situația pare a fi cel puțin pentru moment alta deoarece se prezintă cu 23%. Cari să fie motivele datorită cărora în județul nostru pericolul alimentar a luat proporțiuni atât de mari în raport cu Germania și Franța (unde acesta se prezintă cu o cifră de abia 10 la sută) cât și în raport

Numărul deceselor sub 1 an și cauza lor.
Județul Arad (rural și urban întrunite)

LUNILE	Total	Sub 1 zi	1—6 zile	7—29 zile	1—5 luni	6—11 luni	Boli inf.	Boli ap. resp.	Diaree tulb. dig.	Viciu de cont	Boli l. copilării	Cauze ex.	Alte cauze	Total
Ianuarie	142	3	17	39	64	19	5	44	16	—	67	—	10	142
Februarie	188	1	31	45	80	31	9	45	17	1	108	—	8	188
Martie	134	3	28	29	53	21	11	26	11	—	81	1	4	134
Aprilie	112	1	22	33	43	13	3	19	15	—	70	1	4	112
Mai	115	4	24	31	43	13	4	13	10	—	78	—	10	115
Iunie	95	2	24	26	34	9	3	9	12	1	66	1	3	95
Iulie	125	2	24	22	57	20	2	14	39	—	66	—	4	125
August	209	2	32	44	84	47	8	6	88	—	99	3	5	209
Septembrie	159	3	20	23	88	25	2	9	56	—	85	1	6	159
Octombrie	184	3	27	28	90	36	4	11	72	1	87	—	9	184
Noembrie	91	2	12	18	42	17	6	12	27	—	44	—	2	91
Decembrie	103	—	20	18	40	25	1	15	18	—	58	—	11	103
Total	1657	26	281	356	718	276	58	223	381	3	909	7	76	1657

Municipiul Arad

Ianuarie	13	1	2	4	4	2	1	4	—	—	4	—	4	13
Februarie	11	—	—	5	5	1	2	3	2	—	4	—	—	11
Martie	14	2	3	1	4	4	4	4	—	—	4	1	1	14
Aprilie	9	—	1	2	6	—	1	3	—	—	2	1	2	9
Mai	10	—	—	2	6	2	1	3	—	—	1	—	5	10
Iunie	10	—	1	2	7	—	1	2	2	—	3	1	1	10
Iulie	20	1	4	3	10	2	2	1	7	—	8	—	2	20
August	33	—	4	3	12	14	2	3	16	—	8	1	3	33
Septembrie	17	—	2	3	10	2	2	1	5	—	5	1	3	17
Octombrie	14	—	2	1	7	4	3	1	8	—	1	—	1	14
Noembrie	6	—	—	—	4	2	2	1	1	—	—	—	2	6
Decembrie	13	—	4	1	4	4	1	2	1	—	5	—	4	13
Total	170	4	23	27	79	37	22	28	42	—	45	5	28	170

cu media pe țară (13,5 p. 100).? *Faptul ni se pare a-și afla o explicație în deprinderea din ce în ce mai frecventă a femeilor, dela sate de a-și înfărca copiii cât de timpuriu posibil, fenomen ce se observă mai ales în podgorii, cât și nepriceperea de a prepara alimentele pentru sugaci atunci când se trece dela alăptarea naturală la alimentația mixtă sau artificială.* Ignoranța completă în acest domeniu am avut ocaziunea s'o constatăm și s'o verificăm cu ocaziunea anchetelor monografice din comunele Sâmbăteni și Conop.

Pe teritoriul municipiului Arad pericolul alimentar înscrie la activul său 25 p. 100 din morții în vârstă de 0—1 an. Cifra deși este mai redusă ca în alte municipii (de ex. în Cluj este de 27.6 p. 100) ea este totuși destul de ridicată. Majoritatea victimelor sunt recrutate aci din rândurile copiilor de muncitoare cari întrerup cu totul precoce alăptarea pentru a se reîntoarce în fabrici și uzine, cât și din rândurile

Proporția nașterilor și de

i
ș

și stare civilă în a. 1935.

Luna	Născuți vii				Născuți morți		D E C E S E											Decese sub 1 an			
	Legitim		Nelegitim		Leg.	N. l.	M.	F.	sub 1 an	1—4	5—14	15-24	25-44	45-64	peste 65	necun.	Legitim		Nelegit.		
	M.	F.	M.	F.													M.	F.	M.	F.	
I	24485	22500	2984	2779	1058	227	20735	19569	11259	6071	2037	1709	3276	5636	10308	8	5490	4458	757	554	
II	23070	21439	2732	2631	1043	229	28243	26549	15143	9377	2473	1992	4729	7838	13231	9	7558	5885	943	757	
III	21259	20015	2489	2362	999	211	20235	19079	10469	5767	2163	1889	3731	5722	9565	8	5156	4003	702	608	
IV	22888	21125	2707	2604	941	222	16865	15705	8792	3867	2006	1911	3350	4818	7813	14	4294	3347	620	530	
V	22546	20931	2819	2643	1025	204	15520	14467	8044	3627	1964	1836	3248	4369	6888	12	3869	3814	561	501	
VI	22749	21465	2696	2439	933	205	12901	13073	6894	3075	1693	1721	2818	3521	5245	4	3211	2714	532	457	
VII	24666	22583	2833	2687	948	184	15078	13827	8870	5048	1590	1477	2713	3647	5553	8	4182	3368	721	599	
VIII	25778	24158	3015	2771	890	198	15708	14792	10040	6085	1473	1416	2511	3492	5471	12	4742	3950	699	649	
IX	24392	22878	2855	2832	887	178	13802	12996	8398	4937	1321	1180	2427	3392	5131	12	3907	3366	605	520	
X	24039	22735	2621	2585	900	159	15295	14007	9074	5344	1642	1334	2623	3641	5630	14	4313	3553	625	583	
XI	18702	17694	2117	1955	836	157	16877	15977	8045	5837	1990	1425	2897	4663	7989	8	3891	3137	544	473	
XII	15819	15317	2053	1954	880	180	16596	15782	7387	4997	2021	1417	3089	4884	8574	9	3651	2799	514	423	
Total	270383	252803	31931	30242	11340	2354	207855	194823	112415	64032	22373	19307	37412	55633	91398	118	54264	43694	7823	6134	
	585386				13694		402678		402678								112414				

Județul Arad. Media rurală:

I	293	206	58	50	11	2	318	305	129	40	31	36	60	105	222	—	68	30	16	15
II	249	237	54	49	8	5	474	455	177	84	25	34	106	199	304	—	86	53	19	19
III	249	231	40	50	12	4	338	339	120	64	31	28	75	153	236	—	50	40	13	17
IV	255	226	61	46	5	1	283	278	103	31	33	31	72	106	190	—	45	39	9	10
V	252	244	68	59	8	4	253	242	105	26	19	30	66	90	158	1	52	29	16	8
VI	238	228	69	50	10	1	216	228	85	26	23	31	57	86	136	—	36	29	9	11
VII	249	238	67	54	16	2	227	212	103	23	18	23	50	86	129	1	37	41	15	12
VIII	273	282	56	54	9	3	272	282	176	30	23	27	54	78	165	—	73	72	14	17
IX	257	284	60	47	3	2	242	245	142	43	13	20	49	70	150	—	56	59	16	11
X	247	230	53	48	3	1	324	264	170	54	21	29	42	96	175	1	73	63	22	12
XI	213	160	46	33	6	5	256	257	85	53	35	26	52	83	179	—	32	35	13	5
XII	166	184	40	40	4	4	251	291	90	44	35	19	66	116	171	1	41	27	9	13
Total	2941	2750	672	580	90	34	3490	3398	1437	523	308	334	749	1268	2216	4	649	517	171	150

BCU Cluj / Central University Library Cluj Municipiul Arad

I	38	39	7	12	5	—	56	52	13	6	4	9	20	18	38	—	5	6	2	—
II	37	32	12	6	4	1	77	70	11	8	3	11	21	46	47	—	3	5	1	2
III	29	27	8	12	4	1	52	53	14	3	1	7	17	28	35	—	5	4	1	4
IV	36	32	9	9	—	—	51	45	9	2	2	12	17	19	34	1	2	5	1	1
V	41	33	11	6	8	2	62	53	10	—	4	7	24	28	42	—	3	3	1	3
VI	31	41	8	8	4	1	50	48	10	2	1	7	12	28	38	—	5	2	1	2
VII	39	39	7	18	6	1	53	47	20	6	4	9	18	17	27	—	5	9	4	2
IX	36	40	9	7	3	1	48	61	33	11	3	6	11	18	28	—	12	11	3	7
X	25	33	17	4	7	—	46	51	17	9	4	5	13	17	32	—	8	3	5	1
XI	23	34	11	10	—	—	52	40	13	5	4	5	9	26	29	—	5	5	3	1
XII	25	24	6	4	2	—	52	39	6	4	4	2	8	21	46	—	2	1	2	1
XII	32	31	11	3	4	1	46	46	13	5	2	6	12	19	35	—	5	3	2	3
Total	394	405	116	99	47	8	646	606	170	61	36	86	182	285	431	1	60	57	26	27

populației pitorești din cartierul Țigănesc al Checheșului cu mame precepețe, a căror sugaci în timpul activității »profesionale« a mamelor sunt lăsați în grija unor copii mai răsarîți sau a unor bătrâni nepuțincoși, ceiace înseamnă că sunt lăsați la voia și ocrotirea hazardului. Dintre cauzele minore (Mouriquand) cu influință evidentă asupra evoluției mortalității infantile cităm: a) vârsta, b) sexul, c) neamul și rasa, d) climatul și anotimpul, e) numărul copiilor în familie, f) starea civilă a părinților.

Rolul vârstei în determinarea mortalității infantile se reliefează din următoarele:

Mortalitatea infantilă pe grupuri de vârstă (a. 1935) și proporția la mortalitatea dela 0—14.

Grupul de vârstă	România		Jud. Arad rural		Municipiul Arad	
	Nrul morți.	prop.	Nr. deces.	prop.	Nr. deces.	prop.
0—1	112415	58.5	1487	64.1	170	63.7
1—4	64032	32.3	523	22.6	61	22.8
5—14	22373	19.2	308	13.3	36	15.5
TOTAL	198820	100.0	2318	100.0	267	100.0
0—14 ani						

Așadar mortalitatea sub 1 an formează $\frac{2}{3}$ din mortalitatea infantilă totală dela 0—14 ani. Din cifrele de mai sus se mai degajează și alt fapt pe cât de surprinzător tot atât de îngrijorător și anume: mortalitatea sub 1 an în județul și municipiul Arad este proporțional mai însemnată ca în restul țării, ceea ce ne îndreptățește să tragem trista concluzie că pericolul congenital face ravagii ce reclamă o intervenție grabnică și energică din partea celor în drept.

Extrem de instructive ni se par a fi și cifrele ce ne arată raporturile între mortalitatea dela 0—1 lună și dela 1—12 luni.

Decese sub una lună în proporție cu cele dela 1—12 luni (a 1935)

Grupul de vârstă	România		Jud. Arad rural		Municipiul Arad	
	Nr. deces.	prop.	Nr. deces.	prop.	Nr. deces.	prop.
0—29 zile	44116	39.2	609	40.9	54	32.5
1—12 luni	68299	60.8	878	59.1	116	67.5
TOTAL	112415	100.0	1487	100.0	170	100.0
0—12 luni						

In consecință în județ și mortalitatea sub 1 lună e mai ridicată ca pe țară ceea ce înseamnă că bolile sociale dsngenice alcoolismul, sifilisul, tuberculoza, subalimentația seceră cumplit iar asistența nașterii este aproape inexistentă. In municipiu situația este mai favorabilă, datorită desigur activității instituțiilor de asistență materno infantilă cu toate acestea este încă departe de a fi mulțumitoare.

Sexul pare a avea și el un oarecare rol în dirijarea evoluției mortalității copiilor sub un an.

Proporția deceselor comparată pe sex, țară, județ și municip.	Totalul deceselor sub 1 an	Decesele la sex masc.		Decesele la sex fem.	
		număr	prop.	număr	prop.
România	112135	62087	55.2	50328	44.8
rural jud. Arad	1487	820	55.1	667	44.9
Municip. Arad	170	86	50.6	84	49.4

Sexul masculin se arată prin urmare a fi mai fragil, cel puțin la vârsta aceasta, dând un coeficient de mortalitate mai ridicat ca și sexul feminin.

Neamul și rasa constituie deasemenea un factor vrednic de ținut în seamă la studiul mortalității infantile, fără ca să-i atribuim totuși o importanță excepțională, coeficientul mortalității nefiind deobicei în funcție de particularitățile sociale, ci mai mult de gradul civilizației la care au ajuns.

Vezi statistica pe pag. 352

Influența anotimpurilor sau a climatului în schimb ne pare a apăsa mai greu în balanța mortalității infantile.

Decesele sub 1 an pe anotimpuri.

	România		Jnd. Arad rural		Municipiul Arad	
	Nr. deces	prop.	Nr. deces	prop.	Nr. deces	prop.
primăvara	27305	24.3	328	22.0	33	19.4%
vara	25804	23.00	366	24.4	63	37.00
toamna	25517	22.7	397	26.8	37	21.5
iarna	33789	30.0	396	26.8	37	21.8
Total	112415	100.0	1437	100.0	170	100.0

Rezultă de aci că în România cea mai ridicată mortalitate infantilă sub 1 an pe țară o avem iarna — totasemenea și în județul Arad — ceea ce înseamnă că tulburările digestive datorită perzistenței marelui masse a mamelor de a-și alăpta singure copiii, constituie un factor de mortalitate mai puțin important ca infecțiunile aparatului respirator cari ridică în mod considerabil mortalitatea infantilă în cursul iernii. În schimb pe teritoriul municipiului în urma numeroaselor sustrageri ale mamelor dela alăptarea naturală mortalitatea infantilă e mai ridicată vara.

Starea civilă a copiilor trage din greu în cumpăna mortalității sub un an,

Vezi statistica din pag. 353

În rezumat în anul 1935 mortalitatea copilului legitim sub 1 an atât în România cât și în jud. Arad este mai scăzută decât aceea a nelegitimilor, un fenomen care se observă pretutindeni. Excepție face municipiul Arad care arată o proporție mai scăzută în mortalitatea nelegitimi-



Proporția deceselor sub un an pe neamuri în municipiul Arad, Perioada 1918—1936.

Anul	ROMĂNI			UNGURI			GERMANI			EVREI			SĂRBI			SLOVACI			Bulgari			Alte națiuni		
	Născuți vii	Decese	Propor- ția la 100	Născuți vii	Decese	Propor- ția la 100	Născuți vii	Decese	Propor- ția la 100	Născuți vii	Decese	Propor- ția la 100	Născuți vii	Decese	Propor- ția la 100	Născ vii	Decese	Prop. la 100	Născuți vii	Decese	Proporția la 100			
1918	109	22		392	51		83	8		51	2		19	4		16	1				2	—		
1919	213	18		571	63		131	8		88	4		13	1		27	3		2		2	1		
1920	251	23		553	51		145	14		101	6		28	2		18	1		1		2	—		
1921	237	14		593	38		91	22		98	6		30	—		43	11		2		3	1		
1922	262	32		581	37		113	20		105	1		14	4		17	6		2		6	2		
1923	270	35		510	38		97	10		91	4		17	1		27	2		4	1	2	—		
1924	203	28		492	36		87	10		101	6		18	4		24	5		—		1	—		
1925	236	22		425	31		71	10		93	2		17	3		15	3		—		2	—		
1926	247	29		431	51		93	1		84	6		25	4		23	2		3		3	—		
1927	286	43		450	48		78	8		74	5		18	5		16	1		—		1	—		
1928	275	37		307	46		65	9		47	2		22	7		14	3		2		3	—		
1929	196	36		279	44		52	8		43	7		16	1		13	3		—		1	1		
1930	527	86		446	56		132	12		82	5		16	4		26	—		4		1	1		
1931	472	65		501	53		123	11		59	—		20	1		28	5		1	1	2	—		
1932	447	65		429	62		106	15		57	—		16	9		38	4		3		3	1		
1933	420	47		376	43		98	11		71	1		6	—		22	2		1		—	—		
1934	440	74		429	48		106	6		73	6		21	7		18	3		—		1	—		
1935	405	43		393	42		96	11		58	5		30	2		24	3		4		1	—		
1936	438	58		397	34		108	12		63	2		39	6		26	4		5		7	—		
Total	5934	777	13.1	8555	872	10.2	1875	217	11.5	1439	70	5	385	65	17	435	62	14.1	34	26.2	43	7	16.1	

Proporția comparativă a deceselor la legitimi-nelegitimi
sub 1 an în a. 1935.

	România urban și rural		Jud. Arad rural		Municipiul Arad	
	legit.	nelegit.	legit.	nelegit.	legit.	nelegit.
născ. vii	523223	62163	5691	1252	796	215
morți	97958	14415	1166	321	117	23
Proporția	18.7	23.	20.	25.6	14.6	10.7

lor ca și în aceia a legitimilor — cel puțin în a. 1935 — fapt ce ne-ar părea paradoxal dacă nu am cunoaște că în ultimii ani sau legalizat prin căsătorie civilă un număr mare de concubinaje din cartierul țigănesc, cartierul cu mortalitatea infantilă cea mai ridicată scăzând astfel coeficientul mortalității nelegitime și urcându-le pe acel al legitimilor.

Numărul copiilor dintr'o familie nu constituie un factor indiferent în evoluția mortalității infantile în general. Dealtcum e și firesc să fie așa, căci după cum spune și Prof. Walther Birck: „cei cari au un singur copil acesta are un preț atât de ridicat încât îl îngrijesc cu cea mai mare atenție pentru a-l menține în viață“.

III. Mortinatalitatea.

Perderile în capitalul biologic uman nu se realizează însă numai prin marele număr al copiilor cari mor după naștere, ci și prin masa apreciabilă a foetusilor expulzați morți din pântecul mamei încă înainte de a putea ajunge la maturație. Spre a nu produce confuzie la înregistrarea acestor pierderi o comisiune specială a Comitetului de Igienă de pe lângă Liga Națiunilor a propus și Comitetul a acceptat ca termenul de mortnăscut să fie consacrat acelor progenituri umane cari au fost expulzate după o sarcină de cel puțin 6 $\frac{1}{2}$ luni — deci teoretic viabile — însă a căror respirație pulmonară nu s'a stabilit încă deloc, indiferent dacă moartea a survenit înainte, în cursul sau după naștere.

După datele statistice mortinatalitatea pare a fi mai redusă la noi ca în Franța, căci până când în Franța proporția ei față de nounăscuții vii este de 3.8% (media pe anii 1924—1930) în România calculând mediul rural și urban intrunite în a 1935 aceasta a fost abia de 2.3 p. 100 iar în județul Arad — numai mediul rural — 1,8 pe 100 de nounăscuți. Dacă cifrele noastre ar fi reale am fi desigur în fericita situație de a fi mulțumiți de asistența gravidității și nici combaterea sifilisului sau aceea a alcoolismului precum nici problema surmenajului femeii gravide n'ar mai trebui să ne preocupe prea mult. Dar să nu ne legănăm în iluzii deșarte, căci desigur numărul mortnăscuților este mult mai ridicat decât acel ce se arată din cifrele noastre statistice, dar pedeoparte insuficiența mijloacelor de informație pedealtăparte deformarea senzului constatării efectuate de necroscop, precum și cele mai de multeori confuzia între noțiunea

de nou născut și avorton modifică simțitor situația adevărată. Ipoteza aceasta pare a fi confirmată și prin faptul că pe teritoriul municipiului Arad, unde mijloacele de informațiuni statistice și de tehnică medicală sunt mai perfecte decât în mediul rural, proporția mortnăscuților în a. 1935 a fost de 5,4 p. 100 de născuți, deci aproape de 3 ori mai ridicată ca în mediul rural din același județ.

Proporția de mortnăscuți față de născuții vii în a. 1935.

România mediul urban și rural întrunite			Județul Arad			Municipiul Arad		
nou născuți	mort născuți	Prop.	nou născuți	mort născuți	Prop.	noi născuți	mort născuți	Prop.
585396	13694	2.3	6943	120	1.8	1011	55	5.4

Mortinatalitatea pare a fi mai însemnată la copiii nelegitimi ca la cei legitimi.

Proporția mortnăscuților legitimi și nelegitimi față de născuții vii

	România	Județul Arad	municipiul Arad
legitimi	2.1 p. 100	1.5 p. 100	5.9 p. 100
nelegitimi	3.8 p. 100	2.8 p. 100	3.8 p. 100

Combaterea mortalității și mortinatalității infantile

După analiza mai mult decât sumară a cauzelor mortalității foeto-infantile urmează în mod firesc să ne ocupăm cu măsurile cari ne pot pune în situația de a reduce pierderile ce se realizează neconținut în capitalul uman, ca rezultat al influințelor nefaste ce se exercită asupra acestuia în perioada cea mai senzibilă a evoluției sale biologice.

Prof. Debre împarte în 3 categorii mijloacele de luptă cari ne stau la dispoziție în acest scop, și anume: 1) economice, 2) sanitare și 3) psihologice.

A. *Mijloacele de ordin economic* preconizate până acum, sunt inspirate de credința sau ipoteza că lipsa resurselor materiale contribuie foarte mult la ridicarea mortalității infantile, în primul rând prin faptul că îndepărtează mama dela îndatoririle sale firești fiind și ea silită să intre în lupta activă pentru asigurarea existenței familiei, iar în al doilea rând din motivul că paupertatea creiază condițiuni igienice de habitație, îngrijire corporală, etc. cu totul inferioare și periculoase pentru fragedul vâstar omenesc.

Unele din măsurile economice sunt aplicate chiar de stat, iar altele au fost inițiate și create sub impulsul instinctului de solidaritate al omului în fața nevoilor. Voi cita câteva din măsurile de acest soi aplicate fie la noi în țară fie aiurea arătând în același timp și beneficiile ce le pot aduce cauzei, cât și eventualele amplificări sau corectări pe cari le necesită pentru a avea o eficacitate cât mai intensă.

a) Una din primele măsuri de ordin economic având ca scop protecția materno-infantilă sistematică și rațională o aflăm în legislația franceză sub numirea de »Legea lui Paul Strauss«. Promulgată în 17 Iunie 1913 și complectată în 2 Dec. 1917, această lege asigură femeilor fecundate și lipsite de mijloace o *alocație de graviditate și lăuzie zilnică* cu o cotă de minimum 1'50 fr. pe zi și pe o durată de timp care nu poate depăși în total 8 săptămâni — repartizate înainte și după naștere. — Cota minimă inițială de 0'50 fr. pe zi în 1920 a fost ridicată la 2 fr. 50 iar cea maximă la 7 fr. 50. Nu încapă îndoială că legea de mai sus este mai mult decât salutară, totuși nu mulțumește pe deplin toate cerințele. Astfel lăsând la o parte insuficiența cotei alocației, ceea ce scade mai mult din eficacitatea sa, este durată scurtă a perioadei în cursul căreia se acordă, fapt care determină pe Prof. Debre și colaboratorii săi să propună lărgirea acestei perioade cu cel puțin 2 luni dat fiindcă femeia gravidă are absolută nevoie de un repaos minim de 2 luni în unele cazuri chiar și de 3—4 luni înainte de naștere.

Legi cu asemenea caracter de asistență materno-infantilă există aproape în toate statele Europei, acestea însă se deosebesc în mod esențial de legea lui Paul Strauss deoarece până când de legea franceză beneficiază *toate gravidele franceze* oricărei clase sociale ar aparține ele, avantajele materiale acordate de celelalte legi sunt de obicei limitate în cadrele asigurărilor sociale. Astfel și legea asigurărilor sociale din România dă dreptul femeilor muncitoare cari au cotizat cel puțin timp de 6 luni să primească un ajutor bănesc 2 săptămâni înainte și 6 săptămâni după naștere.

b) Un alt mijloc cu substrat economic utilizat în combaterea mortalității infantile este și acordarea unor *premii de alăptare* mamelor cari i-și alăptează singure copilul. Scopul acestor premii este de a da mamelor posibilitatea ca să continue un timp cât mai îndelungat alăptarea la sân, — unica alimentație ideală a sugaciului. Asigurările sociale de pretutindeni au adoptat sistemul premiilor de alăptare și-l aplică cu toată sollicitudinea. Legea asigurărilor sociale din țara noastră acordă asemenea premii tuturor mamelor asigurate, dar numai până la sfârșitul unei a 3-a după naștere.

Legea lui Paul Strauss în Franța dă dreptul tuturor mamelor, — fără deosebire de situația lor socială și materială, — cari își alăptează singure copiii, să primească premii sau alocații de alăptare de 15 fr. pe luna timp de 12 luni dela naștere, cotă care printr'o lege din 16 Aprilie 1930 s'a ridicat la 45 franci lunar.

Eficacitatea reală a premiilor de alăptare a fost contestată de unii puericultori fapt care a determinat pe Prof. Walter Birck să institue o anchetă în rândurile asistentelor sociale și surorilor de ocrotire din Württemberg, cerându-le să se declare asupra utilității acestor premii (Stillgeld). Ca rezultat majoritatea răspunsurilor a fost favorabil acordării premiilor de alăptare susținându-se totodată utilitatea de a se urca cota și mai ales a se prelungi timpul pentru care se acordă aceste premii, pentru că astfel să se slăbească tentația pe care o exercită asupra mamelor salariile dela fabrici.

Ele mai cer ca întrucât viitorul copilului nu interesează numai o clasă socială ci întreaga națiune, problema să fie deslegată din cadrele

Caselor de asigurări și situându-o pe planul problemelor de stat (așa cum este privită și tratată în Franța).

c. Deoarece s'a constatat că mortalitatea infantilă este mai ridicată în familiile cu copii numeroși evident că asistența materială sub felurite forme a unor atari familii care să permită ameliorarea condițiilor igienice și combaterea promiscuității poate să aibă efecte cu totul salutare. Astfel acordarea unor ajutoare incidentale sau periodice în bani sau în natură precum și o serie de avantagii de ordin financiar ca scutiri de impozite, deși nu rezolvă integral problema, totuși ușurează situația materială a familiei și ca atare îmbunătățește îngrijirea copilului.

d. În aceiaș ordine de idei s'a preconizat construirea unor locuințe igienice pentru cei lipsiți de mijloace, o problemă de urbanistică care preocupă astăzi în mod intensiv toate centrele industriale de pe continent și care ar merita să fie îmbrățișată cu elan și din partea conducătorilor din fruntea colectivităților noastre orășanești.

Inițiativa privată activează și ea cu succes pe terenul asistenței materiale a familiilor susținându-le în lupta ce o dau pentru întreținerea și salvarea vieții copiilor. Activitatea lor de cele mai multe ori complectează pe aceia a organizației de stat sau se desfășoară paralel cu ea.

Dar întrucât acestea lucrează cu resurse mai modeste în mod forțat acțiunea lor este limitată la cercuri restrânse și astfel numai un număr destul de redus de nevoiași beneficiază de serviciile unor atari organizațiuni, cum sunt de ex. *mutualitățile materne* a căror fonduri se adună din cotizațiunile statutare ale membrilor mame sau viitoare mame.

B. Măsurile de *ordin sanitar* la rândul lor ni se par a exercita o influință mai puternică asupra mortalității foeto-infantile ca cele economice.

Nu există o țară civilizată — precum nu există nici o religie, — care să nu aibă codificate o serie de măsuri legislative sau precepte cu substrat medico social, urmărind combaterea numeroaselor primejdii ce amenință viața copilului încă din pântecul mamei.

În România Decretul Regal 1048 din 9 Aprilie 1928 statuiază nu numai o prudentă menajare a sănătății femeii gravide ci și o apărare viguroasă a vieții copilului prin faptul că interzice munca de noapte a femeilor și acordă femeilor din asigurările sociale un concediu medical de 6 săptămâni înainte și 6 săptămâni după naștere. Tot acest decret mai impune întreprinderilor industriale cari au mai mult de 50 femei angajate ca muncitoare să susțină camere de alăptare cu scopul de a da posibilitatea mamei muncitoare să continue alăptarea sugaciului chiar și după ce și-a reluat ocupația obicinuită în fabrică.

O lege interesantă este și aceea a lui Roussel (23 Dec. 1874 în Franța) care dă posibilități reale autorităților sanitare spre a supraveghea și ocroti cu succes copiii separați de mamă și plasați într'un mediu străin.

Dar lupta cea mai fecundă ce se dă pe teren medico social, și cu mijloace sanitare în combaterea mortalității infantile se desfășoară în cadrele și prin mijlocirea instituțiilor de asistență materno-infantilă dirijate și însuflețite de un personal sanitar superior și auxiliar adaptat ca număr și pregătire cerințelor specifice ale fiecăreia dintr'aceștia.

a) *Maternitățile*, având rolul de a oferi oricărei gravide condițiuni

optime pentru perioada de naștere și aceia a lăuziei, utilitatea lor este mai ales justificată pentru cazurile când sarcina prezintă unele tulburări patologice iar facerea nu se poate realiza în mod spontan fără controlul sau intervenția unui personal specializat. Evident că, spre a-și îndeplini cu folos chemarea lor, aceste instituțiuni trebuiesc amenajate și organizate într'un mod cât mai perfect posibil, și fără ca să piardă din vedere faptul că pe lângă gravidă sau lăuză să se bucure de o egală atențiune și noul născut, atât de fragil la influințele nocive ale colectivităților când nu se iau măsurile necesare spre a le îndepărta.

b) *Consultațiunile prenatale* — pre și postconcepționale — au darul de a sprijini în mod eficace activitatea maternităților, prin supravegherea și îndrumarea periodică a sarcinei, precum și prin sfaturile de ordin eugenic pe cari le împărtășesc femeilor.

c) *Deasemenea căminele de zi și de repaos* pentru gravide sunt instituțiuni de o necontestată utilitate pentru femeile din pătura socială săracă, acestea aflându-și aci un adăpost sigur în perioada când din cauza sarcinei nu-și pot asigura existența, iar ca urmare suprimă o serie de primejdii cari amenință viața și sănătatea acestor mame vitregite de soarte precum și a copiilor cari se vor naște din corpul lor trudit și supt de mizerie.

d) *Spitalele de copii*, instituțiuni cu un trecut relativ scurt încă, și-au afirmat deja cu prisosință marele aport ce-l pot aduce operei pentru combaterea mortalității infantile în cazul când nu se economisesc prea mult nici banii și nici munca necesară pentru a le asigura o înzestrare adaptată tuturor cerințelor în materie de organizare a unor atari așezăminte.

Una din preocupările de seamă ale spitalelor de copii trebuie să fie evitarea contagiunilor interne recurgând în acest scop la o cât mai riguroasă separare a ospitalizațiilor. Deasemenea vor face toate eforturile pentru a procura sugacilor lapte de mamă și a reține mamele cari alăptează lângă copii lor. Un deziderat iarăși de care trebuie să țină seamă este acela al unei aerisiri continue întovărășită de o reglementare rațională a temperaturii localurilor mai ales în cursul căldurilor tropicale din cursul verii când pericolul insolăției amenință sugacii chiar și în localuri închise dacă nu au dispozitive pentru răcorirea aerului. Decesele numeroase ce se înregistrează în așezămintele de asistență infantilă în timpul verii s'ar putea reduce în mare măsură dacă acestea ar fi înzestrate cu dispozitive speciale pentru condiționarea aerului.

e) *Pouponierele* servesc ca adăpost pentru sugacii debili și prematuri cari fără o îngrijire specială lăsați în mediul lor familiar ar fi condamnați la moarte.

Dacă spitalele de copii au nevoie imperioasă de o instalație pentru condiționarea aerului din localurile lor, pouponierele fără o asemenea instalație sunt puse aproape în imposibilitate de a se achita cu folos de misiunea lor, căci prematurii și debili suferă și mai mult din cauza incapacității lor de a-și adapta temperatura corpului la aceia a mediului.

f) *Camerele de alăptare atașate* fabricelor și stabilimentelor industriale sau comerciale urmăresc scopul de a continua alăptarea la sân a sugacilor chiar și în timpul când mama — silită de nevoile zilnice — renunță la liniște și odihna atât de necesară și binemeritată a maternității pentru căștigul ce i-l aduce munca în fabrică. Deși transportul su-

gaciului dela căminul familiar și până la camera de alăptare din fabrică uneori întâmpină greutăți destul de mari, foloasele ce le aduce cauzei prin menținerea contactului între copil și mamă dar mai ales prin continuarea alăptării la sân până la o vârstă când alimentația mixtă sau artificială nu mai primejduiește sănătatea și viața copilului, remunerează din belșug oboselile mamei.

g) *Căminele de zi* pentru copiii dela 1 an în sus până la vârsta preșcolară sunt instituțiuni preconizate cu scopul de a lua sub scutul lor copiii abia despărțiți de sânul mamei, în timpul când munca obligă pe aceasta să fie departe de cuibul familiar, prevenind astfel numeroase accidente ce pândesc la orice pas plâpândeale vlăstare omenești. Deși utilitatea acestor așezăminte nu poate fi contestată, ele se pot transforma totuși cu multă ușurință în adevărate pepiniere de contagiuni dacă nu sunt conduse cu pricepere și devotament.

h) *Consultațiunile de puericultură* au un rol neasămuit de important în prevenirea accidentelor și îmbolnăvirilor datorite ignoranței mamei în materie de îngrijire și alimentație. Spre a ne da foloase cât mai însemnate se cere ca: a) să fie conduse de către un medic specialist, b) să fie ca poziție ușor accesibile clienței sale, deci să fie situate în centrul regiunii sau cartierului în raza căruia activează, c) să nu admită la consultațiunile sale și bolnavi cari le pot transmite boli contagioase, d) să aibă la dispoziție una sau mai multe surori vizitatoare cari să urmărească la domiciliu felul cum se respectă și se aplică sfaturile primite, etc.

i) *Consultațiunile gratuite de pediatrie* sunt indispensabile în lupta pentru combaterea mortalității infantile căci dau posibilitatea să beneficieze de tratament medical rațional și copiilor proveniți din păturile sociale paupere, din acele straturi sociale cari încă sunt bogate în copii dar sărace în resursele materiale necesare vieții.

j) *Bucătăriile* de lapte ne aduc mari servicii cauzei pentru care milităm, deoarece ele asigură un lapte recoltat și preparat în condițiuni tehnice superioare și acelor sugaci cari din diferite motive nu pot beneficia de laptele mamei lor, iar la un lapte de vacă potrivit cu vârsta și necesitățile vitale nu pot ajunge fie din cauza paupertății familiei fie din cauza ignoranței mamei în ceea ce privește prepararea laptelui. Asemenea bucătării de lapte sunt de o supremă utilitate în marile aglomerațiuni orășenești unde procurarea laptelui de vaci întâmpină dificultăți adeseori insurmontabile pentru clasa muncitorilor. iar mamele sunt nevoite să lase sugaciul în grija unei terțe persoane. Conducătorii acestor bucătării vor avea însă o grijă deosebită ca să nu încurajeze totuși cât de puțin substituirea laptelui de mamă cu cel de vaci, luând toate măsurile ce se impun pentru continuarea alăptării la sân, oriunde posibilitatea e dată.

Intrucât mortalitatea și mortinatalitatea infantilă este în bună parte dependentă și de evoluția bolilor sociale ca: bolile venerice, tuberculoza, alcoolismul etc. evident că paralel cu acțiunea desfășurată de către instituțiunile de protecție materno-infantilă aci înșirate trebuie să punem în mișcare o armatură complectă și suficient înzestrată pentru a putea lupta cu deplin succes contra factorilor disgenici amintiți. O colaborare strânsă și neîntreruptă între instituțiunile de protecție materno-infantilă și acelea cari activează în combaterea bolilor sociale este nu numai utilă, ci chiar indispensabilă.

C. *Factorul psihologic* influințează fluxul mortalității infantile sub aspecte variate ca: superstiții, lipsă de discernământ în primirea sfaturilor și îndrumărilor venite din afară, fatalism etc., alimentate din belșug de *ignoranța* ce copleșește încă mintea masselor populare lipsite de o educație igienică temeinică. Or, aceste realități psihologice defavorabile cauzei noastre nu se pot înlătura decât în parte prin legi și instituțiuni economice sau sanitare. Rezultate mai însemnate nu suntem în stare să obținem decât prin mijloace cari urmăresc combaterea ignoranței izvorul celor mai multor primejdii cari amenință viața și sănătatea fragedelor vlăstare omenești. Dar ignoranța nu se poate suprima decât prin măsuri de educație.

Prof. Debre cere o acțiune sistematică și întinsă pentru lămurirea masselor populare asupra problemelor cardinale ale protecției materno-infantile fixând următoarele obiective:

- a) demonstrarea utilității consultațiilor prenatale și postnatale.
- b) demonstrarea neajunsurilor provenite din cauza surmenajului mamei precum și în urma intoxicației cu alcool.
- c) dovedirea superiorității alăptării la sân față de alimentația artificială,
- d) cunoașterea măsurilor de prevenire contra infecțiilor căilor respiratorii.
- e) cunoașterea avantajilor ce le oferă asistența rațională la naștere precum și a primejdiilor ce pot surveni în urma unei asistențe empirice.
- f) cunoașterea beneficiilor ce rezultă din consultările periodice ale medicului, cât și din apelul precoce la asistența acestuia în caz de nevoie.

Dar oricât de perfect ar fi ticluită armătura utilizată în lupta pentru combaterea mortalității infantile și oricât de numeroase și bine organizate ar fi elementele cari o compun nu putem considera încă pe deplin asigurat succesul scontat, fără a ne îngriji la timp de încadrarea unor forțe animatoare, îndestulitoare ca număr și bine înzestrate din punct de vedere tehnic și sufleteș. Acțiunea pe teren cere multă răbdare și tact dela medicul puericilor pediateru sau mamoz, dar înzecit mai multă trudă și răbdare de martir dela personalul sanitar auxiliar, — surori de ocrotire, moașe, etc., — elementul de susținere și continuitate în lupta de guerilă pe care suntem nevoiți a-o duce cu vrăjmașii mamei și a copilului. Prin urmare nu vom pierde din vedere necesitatea de a acorda o atențiune deosebită pregătirii tehnice și sufletești a personalului destinat unei misiuni atât de grele și piine de răspundere.

Măsurile de combatere a mortalității și mortinatalității infantile adaptate situației din România județul și municipiul Arad.

Intrucât din cele relatate până acum reiese în mod evident deosebirea manifestă ce există în gradul de influință a diversilor factori cu rol determinant în evoluția mortalității foeto-infantile — deosebire justificată prin structura economico-socială, culturală etc. cu totul distinctă a colectivităților omenești — nu-mi pot încheia expunerea rezumativă asupra problemei care ne preocupă fără a schița cel puțin în linii generale măsurile de combatere, pe cari le cred mai potrivite cerințelor specifice din țara, județul și municipiul nostru.

Deoarece concluzia esențială care se degajă din datele statistice este că *pericolul congenital* constituie factorul predominant al mortalității foeto-infantile din România este logic ca acțiunea noastră să se îndrepte în primul rând spre acest pericol și numai în al doilea rând spre factorul infecțios și cel alimentar.

Prin urmare în ordinea de bătaie vom așeza în prima linie elementele de combatere ce vizează *pericolul congenital*, elemente făcând parte din domeniul psihologic medico-social și economic. Vom da o atenție deosebită mijloacelor de ordin psihologic deoarece la noi în țară nu numai pe terenul natalității ci și pe acel al mortalității infantile pare-se că factorul economic joacă un rol cu totul secudar, până când factorul psihologic primează chiar și față de cel medico-social.

Bogația folklorului nostru în superstiții, descântece și vrăji este o dovadă sigură nu numai pentru imaginația fecundă și înaripată a poporului român ci și pentru *ignoranța* sa în tălmăcirea și stăpânirea variațelor manifestări ale mediului extern și intern cu înrăurire mai mult sau mai puțin puternică asupra evoluției sale biologice sau psihologice. Astfel fiind se impune înainte de toate o campanie susținută pentru difuzarea cunoștințelor elementare în legătură cu protecția materno-infantilă atacând cu deosebire următoarele obiective:

a) lămurirea femeilor asupra fenomenelor fizico-patologice ale sarcinii și nașterii;

b) convingerea lor despre utilitatea consultațiilor prenatale și a celor de puericultură;

c) demonstrarea efectelor nocive ale surmenajului și subalimentației în timpul sarcinii;

d) împărtășirea cunoștințelor practice referitoare la îngrijirea, îmbrăcăminte și hrana copilului precum și a primejdiilor ce amenință viața noului născut și a sugaciului, din cauza îngrijirii și hranei neraționale.

Opera de educație e bine să înceapă chiar pe băncile școlii. Clasele supraprimare ne oferă un prilej bun pentru inițierea viitoarelor mame din mediul rural și în parte și acelora din mediul urban aparținătoare claselor sociale paupere, a căror educație se oprește la sfârșitul cursurilor superioare secundare. Continuarea operei de lămurire asupra problemelor maternității și a copilului cade apoi în sarcina instituțiilor de protecție materno-infantilă și a personalului medical și sanitar auxiliar, surori de ocrotire, infirmiere, vizitatoare, moașe, etc., ajutate de către intelectualele satului, învățătoare, soțiile preoților, învățătorilor, notarilor, etc. Pentru ca ajutorul acestora din urmă să poată fi real evident că e necesar ca și acestea să se împărtășească în prealabil în mod temeinic de cunoștințele ce urmează să le transmită altora. În acest scop se cere ca în cl. IV-a și a VIII-a a școlii secundare de fete să se facă o instrucție serioasă de către un personal stăpân atât pe noțiunile practice cât și pe cele teoretice din domeniul puericulturii. Demonstrațiunile practice cu participarea activă a elevelor la consultațiunile de puericultură, la prepararea alimentelor, vizitele la domiciliul sugacilor sub călăuză surorilor de ocrotire, vor fi pentru eleve de mai mare folos decât exercițiile de aritmetică superioară sau de memorizare a unor cunoștințe a căror trăinicie este limitată la termenul examenelor.

Paralel cu desfășurarea acțiunii de educație a mamei vom pune

în acțiune o întreagă armătură sanitară compusă din instituțiuni preventive și curative pentru protecția materno-infantilă cât și din personal tehnic.

Pentru ca activitatea acestor instituțiuni să ne poată da rezultate optime, este necesar că ele să formeze o rețea perfect adaptată cerințelor specifice ale colectivităților omenești, unitățile componente ale acestei rețele fiind în stare să atace toate problemele în legătură cu denatalitatea și mortalitatea infantile. Voiu schița aci arhitectura unei asemenea rețele pornind dela elementele periferice spre centru.

Unitățile cele mai periferice trebuie să ființeze chiar la sediul circumscripției sanitare, contopindu-se aci cu instituțiunea de bază a organizației sanitare rurale preconizată de către dl. Prof. Iuliu Moldovan, sub numirea de »Casă de ocrotire«.

Disponând de local pentru asistența nașterilor cât și pentru asistența medicală de urgență necesitate a sugacilor și condusă de însuși medicul de circumscripție în mâna căruia se concentrează controlul sanitar al întregii populații din circumscripție, Casa de ocrotire ar rezolva nu numai problema protecției mamei și copilului ci și aceia a coordonării operei de protecție a întregului capital biologic din raza unei circumscripții sanitare.

Indrumarea activității acestor case de ocrotire rurale s'ar da în sarcina unor centre de ocrotire județene având la sediul lor, consultații de puericultură, pouponieră pentru copii debili, crescătorie pentru copii abandonați, bucătărie de lapte pentru sugacii alimentați mixt sau artificial eventual chiar și un serviciu pentru plasarea și controlul doicelor etc.

Afară de Centrele de ocrotire județene în fiecare capitală de județ cu rang de municipiu va ființa câte un spital de copii cu serviciu pentru sugaci și o maternitate cu un cămin de zi pentru gravide și lăuze, iar în capitalele mai mici servicii de pediatrie și de obstetrică aparte rațional amenajate și încadrate în spitalul central județean.

Deoarece înființarea și funcționarea unor instituțiuni atât de numeroase și de prietenoase cere imense jertfe materiale nici nu ne putem gândi la realizarea globală pentru întreaga țară ci numai la o realizare treptată începând făcându-se în regiunile cele mai periclitare de primejdia depopulării. Dealtcum chiar dacă am dispune de resurse materiale suficiente pentru o realizare globală a armăturii schițate, funcționarea acesteia ar fi compromisă din lipsă de personal tehnic, a cărui pregătire și recrutare cere eforturi mari și timp mai îndelungat.

Pentru îndrumarea și coordonarea activității complexului de instituțiuni din slujba operei de protecție materno-infantilă ar trebui înjghebat un organism central de conducere, numindu-se acesta fie „Casa mamei și copilului“, fie, „Casa copilului“ sau botezându-se cu orice altă numire ce ne-ar părea potrivită, esențialul nefiind numirea, ci posibilitățile de acțiune cu cari va fi înzestrată încă dela începuturile ființării sale. În acest scop va trebui să i-se acorde o largă autonomie și o sursă de venituri suficiente pentru a putea face unor cerințe atât de variate și de numeroase.

Dar fiecare din unitățile cari fac parte din angrenajul rețelei de instituțiuni aci descrise — dela cea mai modestă și până la cea mai pretențioasă ca organizare, — este animată numai și numai de creerul și sulle-

tul personalului din slujba sa. Fără un personal indestulitor ca număr și perfect înzestrat din punct de vedere tehnic și sufletesc instituțiunea creiată rămâne un organism inert. O casă de ocrotire rurală condusă de un medic fără cunoștințe suficiente în domeniul puericulturii putea-va oare să ne fie de folos? Dar având chiar un atare medic și lipsindu-i tentaculele externe moașele și surorile de ocrotire sau vizitatoare putea-va lupta cu succes? Răspunsul nostru nu poate fi decât negativ — căci activitatea de protecție materno-infantilă în mediul rural nu se limitează la zidurile Casei de ocrotire, a cărei rol în această direcție va fi mai mult de îndrumare, ci se bazează în primul rând pe munca și pricepera moașelor comunale și a surorilor de ocrotire atașate Caselor de ocrotire. Prin urmare pentru ca să putem obține rezultate satisfăcătoare în mediul rural în problema care ne preocupă, e nevoie ca fiecare comună rurală să aibă o moașă cu pregătire tehnică temeinică, și fiecare Casa de ocrotire cel puțin o soră de ocrotire bine inițiată pe terenul puericulturii practice. În acelaș timp se cere ca medicul de circumscripție să nu fie nici el străin ba chiar să stăpânească noțiunile de bază ale protecției materno-infantile. În acest scop se impune înmulțirea școlilor de surori de ocrotire — înființându-se cel puțin una pentru fiecare regiune sanitară, sporirea școlilor de moașe și salarizarea omenească a moașelor comunale. O inițiere mai intensă a viitorilor medici de circumscripție în puericultura practică și o educație tehnică suplimentară a actualilor medici de circumscripție, se impune ca un deziderat ce așteaptă o grabnică înlăptuire. Cursurile introductive în puericultură — inițiate și conduse la Timișoara de către distinsul puericultor Dr. I. Nemoianu — constituie un început demn de relevat în această direcție dar pentru ca să putem obține rezultate satisfăcătoare ele trebuiesc perfectate, dacă nu chiar reformate în sensul ca să se transforme în stagii periodice de câte 2—4 săptămâni la fiecare 5 ani pentru toți medicii de circumscripție, stagii efectuate în cadrele instituțiilor de pediatrie și puericultura din capitala județului respectiv sau din centrul cel mai apropiat.

Pentru ca să putem obține în scurt timp numărul de specialiști necesari instituțiilor din colectivitățile urbane se impune ca instituțiile de puericultură și pediatrie din centrele regiunilor amenințate de pericolul depopulării, să se declare instituțiuni model și să se și înzestreze ca atare, urmând ca paralel cu clinicele de pediatrie de pe lângă Facultățile de Medicină să servească ca pepiniere pentru o educație de specialitate temeinică a tinerilor medici dornici de specializare.

Deși factorul economic la noi în România nu s'a situat încă pe primul plan ca agent al depopulării totuși unele măsuri de ordin economic ar putea avea oarecare influențe asupra mortalității infantile. Astfel credem a ne fi de folos următoarele măsuri.

a) Extinderea beneficiilor legii de asigurări cu alocație de graviditate, lăuzie, prime de alăptare și asupra muncitoarelor agricole.

b) Prolungirea alocației de graviditate și lăuzie la 3 luni înainte și 3 luni după naștere iar a primei de alăptare până la cel puțin 6 luni dela naștere.

c) Mărirea cotei alocațiilor de graviditate și lăuzie.

d) Avantajii fiscale și asistență materială eficace pentru familiile numeroase.

e) In colectivitățile mari urbane preocupări pentru construcția unor locuințe igienice pentru muncitori etc.

Județul și mai ales municipiul Arad față de restul țării manifestă o particularitate esențială în ceea ce privește cauzele mortalității iufantile și anume importanța deosebită a pericolului alimentar care pe teritoriul municipiului pare a rivaliza cu pericolul congenital și infecțios.

Spre al combate în județ trebuie să ne mulțumim cu o propagandă susținută în favoarea alăptării la sân și contra alimentației artificiale, orice eforturi făcute în acest senz fiind justificate.

Pe teritoriul municipiului propaganda prin mijloace psihologice va trebui susținută și prin mijloace practice dintr'e cari citez:

a) intensificarea activității surorilor de ocrotire cu osebite în ceea ce privește vizitele la domiciliu,

b) determinarea întreprinderilor cari cad în prevederea decretului lege din 1928 cu privire la camerele de alăptare ca să procedeze de urgență la înființarea lor,

c) creiarea unor consultațiuni de puericultură cu bucătărie de lapte în cartierele Micălaca-Nouă și Micalaca Veche, Pârneava, Grădiște și Gaiu.

In cazul când plaga sustragerii voite dela alăptarea la sân s'ar răspândi ca o molimă și în restul țării s'ar putea pune în discuție și oportunitatea unei măsuri legislative care se prevadă pedepse corective pentru orice mamă care fără aviz medical a periclitat viața copilului său prin faptul că i-a retras laptele de mamă, singurul aliment ideal al sugaciului.

Cum să face asistența mamei și copilului în municipiul Arad

Dr. Vasile Cucu medic șef

Pornind dela principiul, că interesul societății și al statului nu se poate mărgini numai la un excedent cât mai mare între numărul morților și al noilor născuți ci doar este de și mai mare însemnătate calitatea materialului uman, care are să devină forța națiunii, am încercat a ameliora nu numai sărăcia materială ci și cea morală și intelectuală a populației sărace, care cuprinde cam 75% a mamelor și copiilor.

Până la înființarea fondului sanitar și de ocrotire prin legea sanitară din 1930 aveam în scopul ajutorării mamelor și copiilor niște credite relativ mici în bugetul Primăriei. Azi pe lângă un credit de 20000 lei în bugetul Primăriei, avem la fondul sanitar 650000 lei pentru scopul arătat.

1. Înainte de toate s'au confecționat 100 buc. truse de naștere, cari s'au dat în grija celor 5 moașe comunale. Deși avem în oraș institut obstetric, multe gravide sărace pentru diferite motive rămân să nască la domiciliu.

Intr'o astfel de trusă s'au pus dela vana de scăldat copilul până la rufăria de corp pentru sugaci toate obiectele necesare la facere. A costat o trusă circa 1600 lei. Aceasta trusă rămâne în casa lehuzei 10—15 zile, în care timp moașa umblă zilnic să îngrijască copilul și pe mamă-sa, apoi este dusă la moașe, spălată rufăria și celelalte piese din ea și folosită la altă naștere.

Rezultatul folosirii acestor truse a fost reducerea infecțiilor la lehuze și la sugaci și astfel scăderea mortalității materne și infantile.

2. Pentru prevenirea afecțiunilor broncho pulmonare, cari seceră pe sugaci mai ales în anotimpurile reci și cu temperatură schimbăcioasă s'au confecționat și distribuit gratuit începând cu anul 1935 mici trusouri de sugaci conștătătoare dintr'o pătură groasă de lână 70/70 cm, 3 cămășuțe, 4 scutece, 2 flanele, 1 scutec de gumă, 1 bonetă, 1 fașă și 2 buc. săpun. Din circa 1000 noi născuți anual cam 300 primesc astfel de trusouri. Un astfel de trusou costă circa 160 lei.

Aceste trusouri au avut un rezultat dublu: au redus nu numai afecțiunile broncho pulmonare ci și furunculoza, aceasta prin posibilitatea de a schimba mai des rufăria de corp a copilului.

3. În contra intoxicațiilor alimentare și afecțiunilor gastro-intestinale, — cari seceră viața sugacilor mai ales vara și toamna — s'a înființat și pus în funcție tot la începutul anului 1936 o cantină de sugaci în cadrele spitalului de copii Principele Mircea. Azi se prepară zilnic din 20—30 litri de lapte și din celelalte ingrediente necesare (larosan, orez, gris, unt, etc.) circa 150—180 porții de mâncare pentru sugaci din familii sărace, a căror mame din diferite motive nu-i pot alăpta la sân decât parțial ori chiar deloc.

Familiiile cu dare be mână plătesc 4 lei pentru o porție (fără sticlă, care o restituie a 2-a zi).

Cheltuiala acestei cantine face lunar cu material și personal la olaltă 7000—8000 lei.

Rezultatul practic al acestei cantine a fost nu numai că familii tot mai multe au cerut și cer porții de mâncare, ci că numărul îmbolnăvirilor și al deceselor de gastro-enterite la sugaci a scăzut simțitor. Dar cum sugacii, cari beneficiază de aceasta cantină, trebuie să fie prezentați cel puțin odată lunar la ambulanța spitalului de copii sau a altui dispensar de sugaci, folosul cantinei s'a resimțit și în educarea igienică a mamelor.

Cantina este administrată de surorile de ocrotire cu schimbul (fiecare 3 luni de zile) iar pentru prepararea laptelui este angajată o bucătăreasă, care lucrează după îndrumarea tehnică a d-lui director al spitalului de copii Dr. Radu C.

Cererile de lapte de la cantină arată azi o tendință pronunțată de creștere.

4. Pentru îngrijirea copiilor sugaci și mai mari, s'a distribuit și să distribuie din fondul sanitar ajutoare bănești lunare și extemporale.

Este cunoscută de toți cei competenți mizeria grozavă materială a păturei muncitoare dela orașe. In scumpetea de azi, nici muncitorul angajat permanent cu 5—8 lei pe ora de lucru nu poate suporta din venit minimul necesar de existență, când are 2—3 copii în familie. Cu atât mai rău stă muncitorul ocazional și șomerul.

De aceea încă din 1932 s'au distribuit nu numai mamelor văduve ori părăsite de bărbați ori concubin (fenomen ce devine tot mai des) și cu copii mici, ci chiar și familiilor cu copii, al căror cap încrează, mici ajutoare lunare de 100—300 lei, cu ce să restabilește cumva bugetul dezechilibrat al acestor nenorociți și li se dă totodată și încredere în viață și viitor. Deși în plină criză, în acești ani abia au fost 1—2 cazuri de siucideri familiare din cauza mizeriei în Arad. In anul acesta aceste ajutoare fac laolaltă lunar cam 6000—8000 lei. Familiile, cari primesc aceste mici ajutoare sunt inspectate lunar de surorile de ocrotire și de asistenta socială și ținute să îngrijască băt mai bine posibil pe copii.

Acest fel de ajutoare nu se dau mamelor, cari primesc ajutorul Centrului pentru Ocrotirea Copiilor, decât în mod excepțional. Primăria plătește centrului de ocrotire anual 400.000 lei pentru copiii părăsiți băștinași din oraș și cari sunt în îngrijirea centrului.

6. Tot în cadrele asistenței infantile și materne există și funcționează institutul obstetric și ginecologic cu 60 paturi, apoi Spitalul de copii, Centrul de ocrotirea copiilor, Dispensarul Societății Principele Mircea, două dispensare de copii ale Federației pentru ocrotirea mamei și copilului și secția de pediatrie a ambulatorului Casei de Asigurări Sociale. Dintre aceste instituțiuni dispensarul Principele Mircea și al Federației distribuie lapte copiilor săraci luând unele subvenții dela Primărie și dela fondul sanitar.

7. Pentru asistența copiilor din familiile, a căror mame și alți membrii adulți merg la lucru, societatea de binefacere Misiunea socială de sub președinția dnei Ianca Văsárhelyi ține în funcțiune 2 leagăne (creșe) de zi, unul în C. Șaguna No. 162 (aceasta are și 5 locuri pentru sugaci) și altul în str. P. Rareș 3. Copiii dați peste zi aci sunt alimentați rațional și suficient, parte contra unei taxe de 5—6 lei zilnic, parte gratuit. Fondul sanitar dă acestor 2 leagăne zilnic 15 litri lapte.

8. In anul acesta am început aplicarea dispoziției legii pentru protecția femeii și minorilor în industrie și durata muncii din 1928, care prevede înființarea de către întreprinderi a unui leagăn de sugaci în toate fabricile, în cari lucrează cel puțin 50 femei și fete trecute de 18 ani etate. Astfel de fabrici sunt în prezent în municipiu 6.

9. Pentru asistența copiilor din familii sărace cari sunt în etatea grădinițelor de copii și a școlilor primare s'au înființat încă înainte cu 3 ani cantine școlare de lapte: în primul an s'a distribuit un pahar de lapte cald cu 1 bucată de pâine la ora 10 a. m. la 300 copii; în al 2-lea an la 400 copii, în anul școlar trecut la 600 copii. Unor copii cu deosebire debili și anemici s'a dat tot la școli câte o lingură de untură de pește. Cheltuiala a fost suportată de fondul sanitar și a făcut dela 60.000 în anul prim la 120.000 în anul ultim.

10. In anii din urmă a apărut un nou tip de copil: copilul cerșetor și vagabond, care a părăsit domiciliul părinților și cerșind doarme prin spelunci, pe sub poduri etc. Sunt mai ales între 8—14 ani etate acești copii ai nimănui. Societatea Crucea Roșie, filiala locală a înființat un cămin împreună cu școala primară pe seama lor și folosind și o echipă de cercețași reeducarea color mai mulți a reușit în vreme relativ scurtă. Fondul sanitar a contribuit în fie-care an cu sume între 15000 și 40000 lei susținerea acestui cămin de triaj al copiilor decăzuți.

11. Tot asistenței copiilor servesc și coloniile de vară aranjate de filiala societății Crucea Roșie la Săvârșin, a parohiei rom. cat., la Radna și în vara din urmă de fondul sanitar tot la Săvârșin (în verile anterioare fondul sanitar a dat ajutor Crucei Roșii și parohiei rom. cat.) Circa 300—350 copii de ambe sexe suut duși pe 30 zile în localitățile amintite, a căror climă îi reconfortează foarte bine. Același scop îl urmărește și societatea »Amicii copiilor«, care întreține în Iulie și August o școală în aer liber cu câte 50 copii, într'un cartier mărginaș al municipiului.

Aceste mijloace înșirate formează acțiunea pentru ajutorarea mamei dar mai ales a copiilor în Arad. Ele sunt mai curând petece cu cari se acopere numai parțial rănile societății și vor trebui eforturi mult mai mari și mai sistematice, ca să se poată remedia radical neajunsurile de natura aceasta.

Mișcarea populației în Județul Arad

de Ing. **Vladimir Eșanu**

A fost o perioadă de timp când belșugul închipuit ne făcea să fim stăpâniți de un mare optimism. Odată cu sfârșitul acestei concepțiuni lucrarea a revenit la realitate, începând să analizeze cu deamănuntul structura pe care s'a zidit și se înalță marele edificiu a României Intregite.

Din toate colțurile țării au pornit cercetători meticuloși, căutând să vadă dacă regulile arhitectonice sunt întru totul păstrate și dacă soliditatea Marelui edificiu este garantată. Cercetările s'au întins și asupra capitalului biologic uman.

Până în anul 1930 Institutul demografic al României nu ne-a putut pune la îndemână date precise asupra mișcării populației în România, dându-ne numai »cifre probabile«.

Lucrarea »Mișcarea populației României în anul 1930« a d-lui Sabin Manuilă, Directorul Institutului Demografic ne dă materialul statistic ce cuprinde însemnate completări.

1. S'a făcut calculul cifrei populației pe județe și orașe pe data de 1 Iulie 1930.

2. Se publică mișcarea populației (născuți, morți, căsătoriți, divorțați).

3. Mișcarea populației pe religii.

4. Cauzele de deces în România.

Datele statistice din lucrarea D-lui Dr. Manuilă cuprind informațiuni extrem de utile, și trebuie să ne atragă serios atențiunea. Este vorba de un fenomen unic în analele poporului român și anume scăderea natalității în întreaga parte de Vest a țării.

Scăderea natalității în partea de West a țării se accentuează tot mai mult atingând în ultimul timp proporții catastrofale.

Dl. Dr. I. Nemoianu în lucrarea »Mortalitatea infantilă în Banat« scoate în evidență aceasta mișcare catastrofală a populației pentru cele 3 județe bănățene. Noi vom căuta să comparăm datele D-lui Dr. Nemoianu cu cele din județul Arad pe care le extragem din »Mișcarea populației pe 1930« a D-lui Dr. Sabin Manuilă.

Pentru o mai completă edificare asupra situației din județul Arad vom arăta și datele pentru județul Bihor, precum și pentru țara întreagă, iar în urmă vom trage concluziile cuvenite.

Din datele specificate în tabloul din pag. următoare se desprinde că pe întreaga țară avem o natalitate destul de urcată (350/00) dar aceasta cifră este redusă simțitor de marea mortalitate (19.40/00) astfel ca excedentul natural e numai de 15.6‰.

Excedentul natural de populație este datorit în majoritate mediului rural. Orașele nu contribuie cu mult la excedent. Cei 3.480.577 locuitori urbani abia dau un excedent de 20.407 locuitori sau 5.9‰ față de excedentul comunelor rurale care se urcă la 17.9‰.

Aceasta situație se datorește faptului că orașele deși au o natalitate mult mai redusă decât satele și deci ar fi de așteptat să aibă și o mortalitate mult mai redusă, au totuși o mortalitate care se menține foarte aproape de mortalitatea mediului rural.

La morți sub un an constatăm 109.955 din totalul nașterilor de 625.341 ceeace ni se pare extrem de grav. Să comparăm datele privitor

MIȘCAREA POPULAȚIEI ÎN ROMANIA ÎN ANUL 1930													
MEDIUL	Cifra probabilită a populației la 1 iulie	Căsătorii	Căsătorii la 1000 lo- cuiori	Divorțuri	Divorțuri la 1000 lo- cuiori	Născuți vi (fără născuți morți)	Născuți la 1000 lo- cuiori	Morți fără nă- scuți morți)	Morți la 1000 lo- cuiori	Excedent	La 1000 lo- cuiori	Născuți morți	Morți sub 1 an
Rural	14.408.415	138.546	19.2	4.004	0.6	543.328	37.7	285.108	19.3	258.220	17.9		
Urban	3.480.577	28.278	16.2	2.723	1.6	82.013	23.6	61.606	17.7	20.407	5.9		
TOTAL	17.888.992	167.824	18.7	6.727	0.8	625.341	35.0	346.714	19.4	278.627	15.6	9.440	109.955

Localitatea	Mediul	Populația la 1 Iulie 1930	C I F R E A B S O L U T E							Proporții la 1000 loc.				Proporții la 100 loc.		
			Născuți vii	Decese	Exced. natural	Căsătorii	Divorțuri	Născuți morți	Decese sub 1 an	Născuți vii	Decese	Exced. natural	Căsătorii	Divorțuri	Născuți morți	Decese sub 1 an
România	Rural	14.408.415	543.328	285.108	258.220	138.546	4.004	5.884	95.782	37.7	19.8	17.9	19.2	2.9	1.1	17.6
	Urban	3.480.577	82.013	61.606	20.407	28.278	2.723	3.556	14.173	23.6	17.7	5.9	16.2	9.6	4.3	17.3
	Total	17.888.992	625.341	346.714	278.627	166.824	6.727	9.440	109.955	35.0	19.4	15.6	18.7	4.0	1.5	17.6
Banatul	Rural	777.463	18.007	14.672	3.335	7.124	260	248	3.120	23.2	18.9	4.3	18.3	3.6	1.4	17.3
	Urban	163.038	2.485	2.679	194	1.245	119	132	439	15.2	16.4	1.2	15.3	9.6	5.3	17.7
	Total	940.501	20.492	17.351	3.141	8.369	379	380	3.559	21.8	18.4	3.4	17.8	4.5	1.9	17.4
Jud. Arad	Rural		8.894	6.350	2.544	3.635	255	123	1.690		18.4	7.4	1	7.0	1.4	19.0
	Urban		1.238	1.256	—18	643	100	64	220		16.5			15.6	5.2	17.8
	Total		10.132	7.606	2.526	4.278	355	187	1.910		18.5			8.3	1.8	18.9
Jud. Bihor	R		14.236	8.041	6.195	3.844	110	55	2.96		19.0			2.9	0.4	20.8
	U		1.681	1.723	—42	831	83	88	33		17.0			10.5	5.2	19.8
	T		15.917	9.764	6.153	4.675	193	143	3.29		19.0			4.1	0.9	20.7

la mișcarea populației României pe 1930 cu cele a Banatului, județului Arad și Bihor pe medii:

Din analiza acestor date vedem că natalitatea României a fost de 35 la mia de locuitori (37.7 în mediul rural și 23.6 în mediul urban) există deci o mare diferență în favorul natalității rurale.

Județul Arad se apropie mult în ce privește mișcarea populației de cele 3 județe din Banat, mergând pare sub influența lor. Dacă scăderea natalității din Banat după cum arată Dl. Dr. Nemoianu a luat proporții catastrofale, Județul Arad urmează exact același curs.

Pe când natalitatea totală pe țară atinge 35‰ cea din județul Arad e de 24‰ deci cu un scăzământ de 11‰ și d'abia cu un plus de (24—21.8‰) 2.2‰ față de județele bănățene.

Mortalitatea generală a României a fost de 19.4‰ (19.8 în mediul rural și 17.7‰ în mediul urban) deci mortalitatea este mai mare în mediul rural. Mortalitatea în județul Arad e de 18‰ (18.4 în mediul rural și 16.3‰ în mediul urban) deci o mortalitate ce se apropie de cea a Banatului în mediul rural și urban întrunite (18.4‰) dar mai favorabilă ca în mediul rural bănățean (18.9‰).

Excedentul natural al României a fost de 15.6‰; cel mai mare în Basarabia (20.5‰) și cel mai mic în Banat cu 3.4‰ după care urmează imediat județul Arad cu 6.0‰. Județul Bihor e trecut cu 12.2‰.

Excedentul natural în mediul rural e mai favorabil (17.9‰) față de mediul urban al României unde excedentul natural e d'abia de 5.9‰.

În județul Arad excedentul în mediul rural atinge d'abia 7.4‰ față de 3.4‰ în Banat și 15.4‰ în județul Bihor.

În mediul urban situația e cu totul de favorabilă indicând o scădere de -0.3‰ față de -1.2‰ în Banat.

Numărul căsătoriilor pe țară e de 19.7‰. În județul Arad 203‰ din cari 21.1‰ în mediul rural și 16.7‰ în mediul urban,) cifră destul de urcată față de 17.8‰ în Banat și 18.5‰ în Bihor. În schimb județul Arad are cele mai multe divorțuri (8.3%) venind imediat după județul Ilfov (8.9%) și întrecând cu mult județele bănățene ce au 4.5% și județul Bihor ce are 4.1%. Chiar în mediul rural această cifră atinge 7% față de 3.6% în Banat și 2.9% în Bihor. În mediul urban cifra divorțurilor e înspăimântătoare de 15.6%.

Nu-i fără de interes să cercetăm mortalitatea la copii sub un an. Din datele statistice de mai sus vedem, că pe țara întreagă mortalitatea la copii sub un an atinge 17.6% din cari în mediul rural e de 17.6% și în mediul urban de 17.3%.

În județul Arad mortalitatea la copii sub 1 an atinge 13.9% față de 17.4% în Banat și 20.7% în Bihor în mediul rural și urban întrunite.

În mediul urban situația se prezintă astfel: Arad 17.8%, Banat (Timișoara) 17.7%, Bihor (Oradea) 19.8%.

Cum aproape toate instituțiile de asistență infantilă sunt concentrate în orașe, mortalitatea infantilă o atribuim pe lângă altele și mentalității populației noastre de a se feri de aceste instituții datorită unor prejudecăți de felul acesta »Să mă ferească Dumnezeu să-mi duc pruncul la spital«.

Pentru a ne convinge de utilitatea acestor instituții dăm mai jos

datele pe cari le extragem din lucrarea »25 ani de activitate« a spitalului de copii »Principele Mircea« de Dl. Dr. Corneliu Radu.

Mortalitatea boln. ospitalizați în perioada 3. I. 1910-1. XII. 1934.

Anul de tratament	Intrați	Morți	% de mortalitate	Anul de tratament	Intrați	Morți	% de mortalitate
1910	516	70	13.56	Report:	10.494	1075	
1911	461	61	13.23	1923	1.193	39	7.46
1912	435	57	12.81	1924	999	89	8.91
1913	466	83	17.80	1925	922	49	5.42
1914	508	58	11.42	1926	998	60	6.03
1915	570	97	17.02	1927	1077	49	4.55
1916	1021	80	7.83	1928	1167	53	4.54
1917	1140	112	9.84	1929	1040	41	3.94
1918	1109	102	9.19	1930	1027	48	4.67
1919	1000	76	7.60	1931	1106	75	6.78
1920	804	65	8.08	1932	898	53	5.98
1921	1224	106	8.66	1933	966	44	4.57
1922	1240	108	8.79	1934	1173	53	4.52
De rep.	10494	1075		Total:	23060	1778	7.71

Datele de mai sus ilustrează succesele obținute de spitalul de copii prin reducerea morților dela 13.56%, cât a fost în 1910 la 4.52% în anul 1934, ceea ce însemnează că instituția este de mare utilitate publică.

Să analizăm dacă fenomenul denatalității se observă numai la populația românească sau acesta e un fenomen general local atingând populația de toate confesiunile:

(vezi tabloul din pag. următoare)

Aruncând o privire sumară asupra acestei tabele, vom putea culege câteva concluziuni semnificative; astfel vedem că în județul Arad majoritatea nașterilor sunt ortodoxe, după care urmează catolicii, reformații, greco-catolicii, protestanții etc. Numărul nașterilor vorbește în favoarea ortodoxilor și'n defavoarea altor religii, cu alte cuvinte scăderea numărului nașterilor nu e un fenomen specific la românii ortodocși ci are un caracter local.

Dăm pe pag. următoare tabloul nașterilor pe ultimul deceniu din protopopiatul Arad:

Născuți vii pe religii în anul 1930:

Localitatea	Mediul	Total	Ortodoxă	Gr. Catolică	Catolică	Protestantă	Reformată	Unitar	Gregoriană	Lipovănd	Mozaică	Mohamedană	Alte religii	Necunoscută
România	Rural	625341	485099	49049	33268	9808	18932	1938	169	2324	14238	8126	2077	313
	și urban	543328	430322	45443	26579	8207	15623	1692	91	516	5148	6626	1912	251
	urban	82013	54777	3606	6689	1601	3309	246	160	808	9090	1500	165	62
Banat	Rural	20492	12005	847	6507	178	598	6	—	—	135	3	192	21
	și urban	18007	11167	759	5265	120	430	5	—	—	12	—	180	19
	urban	2485	838	88	1242	58	118	1	—	—	123	3	12	2
Jud. Arad	Rural	10132	6033	466	2572	238	493	1	2	—	96	1	223	7
	și urban													
Jud. Bihor	Rural	15917	9814	1799	1392	40	2292	4	—	1	420	1	137	17
	și urban													

No. fam.	1933	1932	1931	1930	1929	1928	1927	1926	1925	1924	1923	1922
2021 Arad . .	136	162	171	222	224	249	235	296	225	219	264	263
353 Arad-grădiște	37	50	63	40	20	7						
452 Arad-Șega	30	47	53	20								
253 Arad-Bujac	14											
285 Arad-Gaiu	28	34	36	37	39	42	31	37	36	35	35	42
85 Andrei-Șaguna	6	13	13	12	15	2						
241 Cicir . .	15	12	10	11	11	11	18	22	17	11	20	9
1851 Curtici . .	170	211	203	216	202	247	240	226	224	220	222	264
618 Cuvin . .	23	26	22	33	39	29	26	31	33	21	31	42
161 Ghioroc . .	9	7	6	9	7	11	5	8	6	11	13	14
115 Glogovăț . .	18	20	21	20	19	14	26	20	21	15	5	22
195 Iratoșul . .	18	17	19	5								
740 Macea . .	85	91	89	108	109	123	114	207	119	118	119	123
404 Mândruloc	14	15	22	25	22	21	15	24	24	28	17	23
845 Micălaca . .	46	55	51	67	86	77	90	94	87	93	90	86
127 Micălaca-Nouă	5	6	9	12	12							
325 Miniș . .	10	13	15	20	13	9	15	12	22	13	16	14
654 Nădlac . .	51	48	55	58	64	63	66	53	51	42	60	58
2150 Pecica . .	128	140	121	131	152	170	145	164	181	184	169	187
76 Peregul-Mare	2	1	1	1								
558 Sămbăteni	10	24	29	25	16	31	23	25	29	22	43	35
559 Semlac . .	31	32	27	36	44	33	36	40	50	29	39	47
865 Seitin . .	62	57	61	79	66	71	77	79	90	58	90	90
123 Șofronia . .	14	10	17	7	4	1						
119 Turnu . .	11	12	9	7	11	11	11	9	9	15	9	17
T o t a l :	973	1103	1125	1201	1175	1222	1174	1246	1224	1138	1242	1336

Din cifrele de mai sus rezultă că cifra nașterilor scade pe an ce merge, însă fără se facă salturi prea mari.

Examinând tabloul deceselor pe religii constatăm:

Localitatea	Mediul	Total	Ortoocșă	Gr. Catolică	Catolică	Protestantă	Reformată	Unitariană	Gregoriană	Lipovăne	Mozaică	Mohamedană	Alte religii	Necunoscute
România	Rural și urban întrunite	346714	261349	27438	21531	5898	11678	1187	237	1231	9038	5522	1550	55
Banat	Rural și urban întrunite	17351	10533	592	5324	119	419	5	—	—	212	1	140	6
Jud. Arad	Rural și urban întrunite	7606	4387	353	1967	199	375	2	—	—	152	1	167	3
Jud. Bihor	Rural și urban întrunite	9764	5552	1032	905	66	1759	2	—	—	345	1	99	3

că din totalul de 346.714 morți, 261.349 adică aproape 80 % au fost de religie ortodoxă, după cari urmează greco-catolici, catolicii, reformații, mozaicii, protestanții și mohamedanii.

Fenomenul mortalității prezintă diferențe mult mai mici la nașteri între provincii. În județul Arad mortalitatea nu e mai defavorabilă la ortodoxi ca la celelalte religii.

Mult mai defavorabilă este cifra divorțurilor pentru ortodoxi ca pentru celelalte religii și acest fenomen se observă la căsătoriile mixte ale ortodoxilor cu fete de alte religii.

Analizăm cauzele mortalității vom constata că un număr mare au trecut drept cauză a morții »debilitate, congenitală, senilitate și alte cauze«, aceasta însemnează că încă n'am ajuns ca medicul să examineze pe fiecare bolnav stabilind cauza adevărată a morții.

La capitolul bolilor infecțioase sunt înregistrați aproximativ 50,000 morți din cari numai tuberculoza dă un număr de 30.535 morți.

În județul Arad găsim drept cauză a morții: în primul rând »senilitatea«, după care urmează »debilitatea congenitală«, tuberculoza pulmonară, pneumonia, bronho-pneumonia etc.

Decese pe cauze în anul 1930. Proporții la 100.000 locuitori.

CAUZE DE DECES	Intrunit	Rural	Urban
T o t a l	1938.1	1998.1	1702.0
Boli infecto-contagioase	100.5	95.0	122.3
Tuberculoza	170.7	160.1	212.3
Sifilis	6.4	5.4	10.0
Cancer	34.2	23.2	77.5
Pelagră	11.7	13.6	4.0
Bolile sistemului nervos	62.2	48.5	116.1
„ aparatului circulator	73.5	46.0	181.8
„ „ respirator	311.6	330.4	237.2
„ „ digestiv	154.3	152.0	163.2
Nefrite	30.4	26.5	46.0
Boli puerperale	13.8	13.1	16.5
Debilitate congenitală	390.1	453.2	141.4
Senilitate	317.2	361.6	142.5
Morți violente și accidentale	46.7	40.8	70.1
Alte cauze	214.9	228.6	161.0

Cauzele de deces la copiii sub 1 an:

Cauze de deces	No. copiilor morți sub 1 an	La 100 născuți-vii
T o t a l	109.955	17.6—
Tetanos nou-născuți	1.669	—
Convulsii infantile	2.452	—
Debilitate congenitală	69.736	—
Naștere prematură	2.558	—
Lipsa de îngrijire	340	—
Pruncucidere	72	—
Alte cauze	33.078	—

Mortalitatea infantilă a atins 109955 suflete ceea ce corespunde la 17.6% a copiilor nou nscuți având drept cauze »debilitatea congenitală și alte cauze«. In numeroase județe, o treime din totalul morților sunt trecuți la »debilitate congenitală. Evident că aceasta situație nu este iremediabilă. Dovada este faptul că avem județe în cari aceasta mortalitate abia depășește 10%.

Dintre municipii trebuie să remarcăm demarcațiunea între Cluj și Tg. Mureș cu o mortalitate infantilă urcată, iar pe de alta Brașovul și Sibiuul cu o mortalitate infantilă foarte scăzută și care trebuie să dea de gândit conducătorilor municipiului Arad, Timișoara și Oradea,

Concluzia datelor demografice de până aci este aceeași pe care o trage Dl. Dr. Nemoianu pentru Banat. Județul Arad prezintă o natalitate

extrem de redusă o mortalitate generală mare și ca urmare un excedent natural foarte mic (6‰) în mediul rural și —0·30‰ în mediul urban, un procent extrem de mare de divorțuri, adică toate simptomele de slăbire a instituției sociale familia. Deci drept prima cauză a denatalității trebuie considerată slăbirea familiei, iar în al doilea rând concepția adânc materialistă a populației dela țară face ca indivizibilitatea proprietății să fie asigurată numai prin moștenirea de către un singur copil.

La populația germană și bulgară din sudul Basarabiei vedem un exemplu viu de telul cum ține țaranul la indivizibilitatea proprietății. Fiecare primul născut moștenește întreaga avere imobilă a părinților, ceilalți copii se bucură numai de partea din averea mobilă a părinților, sau primesc cota în bani. S'a ajuns până a fi un sistem această împărțire a averii părințești între moștenitori formând clauze speciale în testamente. Oare faptul că părinții nu-și impart averea până la moarte copiilor nu vorbește în favoarea acestei concepțiuni a indivizibilității averei? Deci drept cauza a numărului mic de nașteri trebuie considerată dezagregarea familiei, concepția materialistă care cuprinde indivizibilitatea proprietății și asigurarea din punct de vedere material al noului născut.

Cum numărul divorțurilor în județul Arad este foarte mare (8·3 %) întrecând cu mult județele Bănățene (4·5 %) considerăm ca în cazul când nu se vor lua măsuri de întărirea instituției — familia, chestiunea denatalității se va agrava mai mult ca în județele Bănățene. In ce privește concepția asupra indivizibilității proprietății, această nu poate fi schimbată și își va continua cursul. Influența acestei concepții asupra natalității se poate remedia prin concepția deja introdusă prin împrejurimile Aradului: »pe unul (copil) il lasă în casă, pe altul, il fac domn«, la care desigur ar trebui adăugat »iar pe al treilea il fac meseriaș«. Odată cu punerea în aplicare a legii de protecția munci naționale, elementul românesc își va lua locul cuvenit în toate ramurile de activitate. Odată elementul românesc introdus în diferite ramuri de activitate și simțindu-se asigurat materialicește, va dispărea o cauză a denatalității în județul Arad.

La capitolul morți pe cauze am văzut că cel mai mare număr îl are »senilitatea«, apoi »debilitatea congenitală« și »alte cauze«. Aceasta însemnează că adevărată cauză nu a cunoscut-o cel ce a înregistrat-o, în lipsa medicului care ar fi fost în măsură să constate adevărată cauză și nu ne îndoim că dacă medicul ar fi pus diagnosticul boalei, cei înregistrați la morți în mare majoritate umpleau coloanele celor vii în datele noastre demografice.

Deacea considerăm, că inspirația D-lui Ministru Costinescu a fost foarte bine venită. Acordarea prin lege a unei îndemnizații medicilor, ce se stabilesc la țară desigur va constitui un imbold pentru mulți medici, iar aceștea la rândul lor vor face o adevărată operă de întărirea populației dela țară, scăpând din ghiarele morții mii de suflete. Odată cu sălășluirea medicilor la sate, va dispărea acea »senilitate« și nu vor muri oamenii »cu zile«.

Procentul morților desigur va scădea dela 19·4% cât este azi la 11—12%, cât este în Germania, Anglia, Canada, Danemarca, Norvegia etc. Odată medicul stabilit la țară nu-i va lipsi idea de a înființa »cetea copilului« acea Instituție care va primi din cea mai fragedă copilărie,

odraslele sătenilor și'n fiecare zi de dimineață până seară de când se duc și până se înapoiază părinții dela munca câmpului. Acea »cetate a copilului« va trebui din frageda copilărie să-i învețe, ceiace în casa părinților săi nu pot învăța. Deplina curățenie, în cetatea copilului, îi va feri de multele boli pe cari astăzi le contractează din praful drumului. Ei vor scăpa de pâinea amestecată cu zahăr, de arsuri și înecul în troaca dela fântână.

Tot »cetatea copilului« va fi aceea care va forma trainicele caractere și vâjnoșii cetățeni ai României de mâine.

Ing. V. Eșanu

Mișcarea populației în România pe a. 1936

Buletinul demografic al României No. 5. Maiu 1937 publică datele statistice referitoare la mișcarea populației pe a. 1936. Extragem următoarele:

Mișcarea populației din România în a. 1936 (comparat cu 1935).

Mediul urban și rural întrunite	1936	1935
Născuți vii la 1000 loc.	31.5	30.7
Decese " " "	19.8	21.1
Excedent natural	11.7	9.6
Căsătorii	18.3	17.4
Divorțuri	6.2	5.8
Mort născuți la 100 n. vii	2.3	2.3
Decese sub 1 an	17.5	19.2
Mediul rural		
Născuți vii la 1000 loc.	33.8	33.0
Decese " " "	19.9	21.5
Excedent natural	13.9	11.5
Căsătorii	17.9	16.9
Divorțuri	4.9	4.5
Mort născuți la 100 n. vii	1.9	1.9
Decese sub 1 an	17.5	19.4
Mediul urban		
Născuți vii la 1000 loc.	21.4	20.7
Decese " " "	19.4	19.3
Excedent natural	2.0	1.4
Căsătorii	20.0	19.4
Divorțuri	11.1	10.6
Mort născuți la 100 n. vii	5.3	5.4
Decese sub 1 an	17.4	17.6
Totalul populației României:		
a. 1936.	19,319.330.	
a. 1935.	19,087.770.	

Surprinzătoare este creșterea procentului natalității 31.5 p. 1000 față 30.7 p. 1000 în 1935. Înregistrăm această urcare fără ca să-i atribuim o însemnătate deosebită, considerându-o numai accidentală deoarece curba natalității până în a. 1935 arată o tendință continuă spre cădere.

Aceiaș constatare în legătură și cu celelalte fenomene demografice afară de divorțuri, fapt care ne îndreptățește să afirmăm că anul 1936 a fost un an favorabil pentru evoluția capitalului biologic uman al României.

Ca urmare excedentul natural s'a soldat cu 226, 589 ceeace față de excedentul din 1935, care era de abia 182, 778 suflete, constituie un real progres.

Mișcarea populației în a. 1936 comparativ în România (urban și rural) Bănat (urban și rural), jud. Arad (urban și rural) și Municipiul Arad.

	România	Bănat	Jud. Arad	Municip. Arad
Născuți vii la 1000 loc.	31.5	18.1	19.2	14.1
Decese	19.8	17.9	17.1	16.6
Excedent natural	11.7	0.2	2.1	-2.5
Căsătorii	18.3	20.0	18.3	20.9
Divorțați	6.2	6.2	10.3	14.7
Născuți morți la 100 n. vii	2.3	2.5	2.4	5.0
Decese sub 1 an „ „ „	17.5	15.8	17.0	14.3

Din cele de mai sus rezultă că natalitatea în județul Arad (rural) e relativ urcată față de aceia din Banat în schimb căsătoriile sunt mai puțin numeroase iar divorțurile sunt reprezentate printr'o cifră record. De semnalat încă mortalitatea infantilă sub 1 an foarte ridicată, fapt care ne îndeamnă să susținem cu toată căldura necesitatea unei lupte sistematice pentru combaterea relelor semnalate

Municipiul ca deobicei deficitar ca excedent natural ne oferă totuși satisfacția unei scăderi apreciabile a mortalității infantile sub 1 an, aceasta probabil ca urmare — ne place să credem — a măsurilor de combatere luate de către serviciul sanitar al municipiului de acord cu Consiliul de Igienă.

Mortinatalitatea extrem de urcată cere și ea o atențiune deosebită din partea celor în drept.

Dr. C. Radu

