

BULETIN

EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

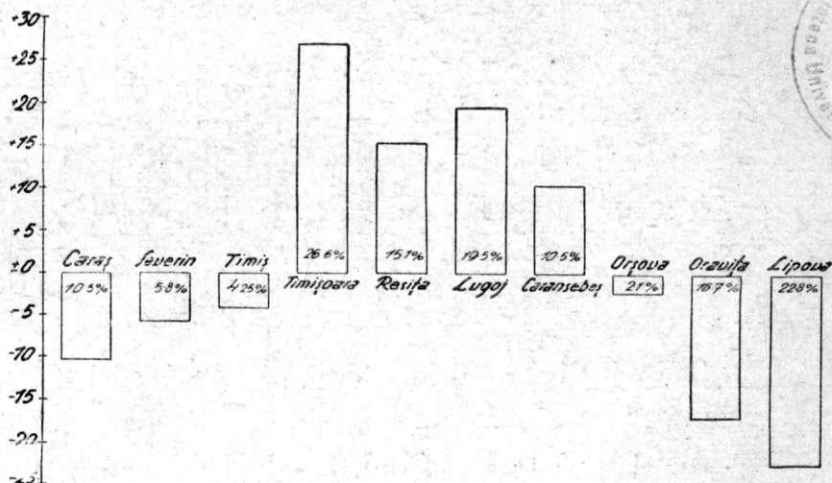
VOL. VII.

MARTIE—APRILIE

Nr. 3—4.

1936

*Evoluția populației Județelor și Orașelor din Banat
în 1930 față de 1910.
Procentul creșterii sau decreșterii.*



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

Politica Demografică în Italia.

Problema demografică italiană.

de NORA FEDERICI

Problema denatalității și a decadenței demografice consecutive este simțită de multe națiuni europene: teoria lui Malthus, discutată în secolul trecut de sociologi și statisticieni, nu mai poate da loc decât unor considerațiuni teoretice, din moment ce azi realitatea faptelor ne-a dovedit lipsa ei de temelii răsturnându-i bazele. Nu numai că ritmul creșterii populației a diminuat rapid în intensitate dar unele țări au ajuns chiar la o stagnare și deci la începutul unei faze de adevărată descreștere. Deși cea mai mare parte a națiunilor europene continuă a se lăuda cu un bilanț demografic activ, aproape pretutindeni începe să se resimtă simptomele amenințătoare ale unei decadențe mai mult sau mai puțin apropiate.

Italia se află, între națiunile europene, în condițiuni destul de favorabile, ca să nu se prevadă un prea apropiat început al fazei de decadență. Am da dovadă însă de un optimism prematur dacă ne-am lăsa încrezători în speranța, că o astfel de decadență nu se va putea întâmpla nici mai curând nici mai târziu dacă vor rămâne neschimbate actualele tendințe demografice. Dacă, de fapt, Italia prezintă azi un coeficient de natalitate superior — și în măsură apreciabilă — multor națiuni europene, este suficientă examinarea variațiunilor lui începând cu ultimii douăzeci de ani ai secolului trecut până azi, pentru a ne da seama de puternica și tot mai rapidă descreștere a natalității în această perioadă: în cei 5 ani dela 1881—85, valoarea coeficientului natalității (medie anuală) ajungea la 38.0 la mie, valoare ce, la începutul războiului mondial, în 1915, a scăzut cu circa opt puncte (30.5); după o ușoară urcare imediat după războiu (1920— : 31.8), în 1925 coeficientul este de 28.4 la mie, deci cu o descreștere de alte 3 puncte în 5 ani numai; în 1930 coeficientul este de 26.7 la mie, dar scăderea, ce părea ași fi relaxat ritmul, și-a reia apoi mai puternic, astfel că în 1933, după 3 ani numai, coeficientul a scăzut la 23.7 la mie.

Diminuarea mortalității în timpul din urmă nu este suficientă, cum e și natural, pentru a balansa o descreștere atât de puternică a nașterilor; de fapt, coeficientul relativ la sporirea naturală (excedentul natalității asupra mortalității) care într-o vreme se urcase, azi începe și el a diminua. Dela 10.7 la mie (perioada 1881—85) el a urcat în mod gradat pentru ca, după câteva oscilațiuni și cu excepția perioadei belice, să ajungă la maximum de 13.1 la mie în 1920, ca apoi să înceapă o descreștere alarmantă, încât în 1933 se reduce la 10.0 la mie, valoare inferioară celei din perioada 1881—85, cu toate că de atunci până în 1933 mortalitatea descrescuse de la 27.3 la 13.3 la mie!

Fără de aceste cifre, cari demonstrează cu o evidență clară cât este de progresivă diminuarea nășterilor și cum ea nu mai poate fi balansată de o diminuare a mortalității, nu mai începe discuție asupra gravității ce prezintă, chiar și în Italia, primejdia denatalității.

* * *

Principii informatorii asupra politicei demografice italiene și caracteristicile ei în comparație cu cea din alte țări.

Guvernul Fascist, având în vedere o problemă atât de vitală pentru națiune, a luat, chiar din primii ani ai venirii la putere, poziție netă, inițiind o activitate multilaterală și vastă pe terenul politicii de promovare a populațiunii.

Directivele urmate de Guvern pe acest teren se desprind din principiile ideale ale actualului regim cu privire la viața națională și la vigoarea ei. Reintărind sfințenia instituției familiale ca bază morală a vigoarei naționale, nu putea să nu considere ca fundamentală o politică a populațiunii, care îmbrățișând tot câmpul demografico-social, să poată arăta pericolul decadenței și să-l combată cu toate mijloacele.

„Maximum de natalitate, minimum de mortalitate” este formula mussoliniană, care rezumă acțiunea cărmuitoare în ceea ce privește populațiunea, în contrast net cu agnostica formulă liberalistă: „lasciar fare, lasciar correre“.*

Politica demografică a Fascismului s'a explicat și se explică prin readucerea poporului la principiile de familie și de patrie și toată acțiunea de guvernare e călăuzită de aceste principii, cari îi constituie baza spirituală.

* *B. Mussolini*: Prefazione alla traduzione italiana del libro del Korberr „Regresso delle nascite, morte dei popoli“, Roma, Libreria del Littario, 1928; Discorso detto dell' Ascensione (26 maggio 1927).

Creșterea populației se înțelege de către Fascism nu numai ca o creștere cantitativă ci și ca o creștere calitativă: ameliorarea și apărarea poporului se duce la îndeplinire exclusiv prin mijloace pozitive. Măsurile eugenice cu caracter negativ, ca de ex. sterilizarea, sunt absolut excluse din programul Guvernului; fără să voim a ne adânci în evaluarea unor atari măsuri, este cert totuș că ele pe lângă că ar fi destul de discutabile din punct de vedere științific, cu greu pot fi admise din punct de vedere uman, constituind o violare a legii naturale.

Măsurile adoptate nu se limitează la dispoziții directe, cari fiind spre un efect mai mult sau mai puțin imediat, ci cuprind planuri vaste de realizări ce trebuiesc considerate ca politică demografică indirectă și cari, pe lângă valoarea lor socială neîndoelnică, vor putea da cele mai bune rezultate în viitor; în acest câmp intră toată opera de bonificație agricolă și edilitară, precum și toată activitatea de asistență, extinsă pe toate terenurile: sanitar, economic și moral.

Precum se vede deci, politica populației în Italia se dezvoltă pe baze și criterii cari, departe de a avea un caracter întâmplător, privesc reînșănătoșirea socială în cel mai larg înțeles al cuvântului; deci, politică ce se ocupă mai mult de viitor, pe lângă că se ocupă și de prezent: „Nu are dreptul să guverneze o Națiune, spune Mussolini, cine nu este capabil să privească la o distanță de cel puțin 50 ani.“

Prin aceste criterii, politica Fascismului pe terenul demografic se deosebește de aceea urmată actualmente de alte țări. Fără să voim a examina aici politica acestora din urmă, ar fi de ajuns să ne referim la divergența fundamentală între politica demografică înțeleasă în Italia și cea înțeleasă în Germania și Rusia, națiunile europene, cari alături de Italia se ocupă și se preocupă azi mai mult de problema demografică. Politica nazistă a populației, inspirându-se din principiile ideale hitleriste de rasă, prevede deoparte diferite și importante măsuri, cari să stimuleze sporirea natalității, de pe altă parte, admite sterilizarea, făcând-o în unele cazuri obligatorie și ostracizează în acelaș timp pe nearieni.

În ce privește Rusia, prevederile ei pe terenul demografic se inspiră din concepții politice la împlinire și se referă aproape exclusiv la aspectul calitativ, privind sănătatea și puterea cetățenilor pentru ca să poată servi mai bine statul comunist. În ceea ce privește apoi dispozițiile referitoare la avort, nu poate fi vorba de luptă, ci numai de un control asupra avorturilor, control ce are de scop valoarea vieții femeilor, dându-le posibilitatea de a se supune la practicarea avortului în condițiunile cele mai bune și cu garantarea reușitei.

Această scurte însemnări sunt suficiente pentru a ilustra cât sunt de diferite concepțiile de bază ale politicii demografice italiene de acelea ale altor națiuni. Dispozițiunile luate de Guvernul Fascist corespund idealurilor sănătoase umane și naționale, fără să nesocotească nicio latură a problemei în încercarea de a asigura viitorul demografic al Italiei.

* * *

Ațiunea desvoltată de Guvernul Fascist pe terenul demografic.

Complexitatea măsurilor adoptate și pe cale de realizare e atât de mare încât trebuie să ne limităm numai la cele mai importante și mai semnificative.

Diferitele dispozițiuni se pot grupa astfel :

I. Dispozițiuni de politică cantitativă,

a) cari tind la creșterea numărului căsătoriilor,

b) cari tind la creșterea natalității,

c) cari tind la diminuarea mortalității,

d) cari tind la reglementarea emigrațiunii, la favorizarea colonizării interne și reprimarea urbanismului.

II. Dispozițiuni de politică calitativă.

Trebuie totuși să se țină seamă, că astfel făcută, clasificarea nu poate fi decât imperfectă și unilaterală, întrucât cea mai mare parte a măsurilor au rezultate și efecte cât se poate de complexe.

I. Dispozițiuni de politică cantitativă.

a) *Dispozițiuni cari tind la creșterea numărului căsătoriilor.* E de mare importanță pe acest teren legea din 6 Iunie 1929, Nr. 1024, care stabilește, că atât în oficiile de stat cât și în cele particulare *ordinea de preferință* în egalitatea de merit să fie următoarea : căsătoriți cu urmași, căsătoriți fără urmași, necăsătoriți. Aceeași ordine de preferință la aceeași egalitate de merit, s'a stabilit și pentru concesiuni și autorizațiuni administrative și pentru cesiunea, renta și arenda caselor populare și economice.

Diferite dispozițiuni privesc iarăși eliminarea obstacolelor la căsătorie : cu Decretul regal din 30 Dec. 1929, nr. 2233, se înlesnește dispensa regală pentru împiedecarea contractării căsătoriei (relațiuni de rudenie apropiată, etatea, etc.) și i se simplifică procedura.

Cu legea din 27 Martie 1930, nr. 461, s'au redus în mod simțitor limitele dolei cerute dela sofiile ofițerilor din Armata Regală, din Marina Regală și din Aviația Regală.

Legea din 7 Iunie 1929, nr. 916, a suprimat limita de 25 de ani pentru ofițerii din Armata Regală în contractarea căsătoriei, suprimare, ce a fost extinsă ulterior și asupra ofițerilor dela Finanța Regală, (legea din 20 Martie 1930, nr. 406) și asupra ofițerilor din Marina Regală (legea din 24 Martie 1930, nr. 497). Pentru ofițerii din Aviația Regală, limita s'a scăzut dela 30 la 28 de ani.

Alte dispozițiuni desființează sau reduc limitarea numărului subofițerilor și a gradajilor din diferitele ramuri ale forței armate, cari au permisiunea de a se căsători.

În afară de dispozițiunile despre cari am vorbit, s'a întocmit, în vederea creșterii numărului căsătorilor anuale, numeroase premii de căsătorie, acordate de către diferitele administrații de stat centrale sau periferice, precum și de către comune și instituții particulare. O anumită zi este consacrată „Sărbătoarei Nunții“. La astfel de ocazii se distribuie premii speciale nouilor perechi, cari și celebrează nunta în aceeași zi, iar acelorora dintre perechi cari în decursul anului dau naștere unui copil, li se va acorda și un premiu ulterior.

Altă înlesnire mai însemnată este aceea, care permite tuturilor soților cari pleacă în călătorie de nuntă, la Roma, Veneția, Neapole și Florența, să beneficieze de o reducere de 70% pe căile ferate dela locul de plecare până în fiecare din aceste orașe: de atari concesțiuni s'a bucurat până azi 90.151 de perechi, dintre cari 2562 proveniți din străinătate sau din localități de frontieră.

La aceste dispozițiuni cu caracter pozitiv trebuie să adăogăm încă una cu caracter negativ, care, mai mult decât un scop practic, are o înaltă valoare morală prin condamnarea celibatului. Vrem să vorbim despre taxa pe celibatari, înființată prin legea din 19. Dec. 1926. nr. 2132, prin care se introduce un impozit personal progresiv în baza venitului, pe celibatari dela 25—60 ani. Impozitele acestora sunt vărsate la *Opera Națională*, pentru protecția maternității și a copiilor, instituție despre care vom vorbi mai jos. Această lege a fost urmată de legea din 13. Febr. 1927, nr. 124 și de cea din 6. Dec. 1928, nr. 2901, care a dublat cota impusă.

Înainte de a trece mai departe, nu ne putem opri de a observa cum, prin condamnarea categorică a divorțului, a cărui reintroducere a fost de curând respinsă, s'a reasigurat indisolubilitatea legăturii matrimoniale al cărei caracter sacru s'a întărit cu restabilirea valorii legale a căsătoriei religioase.

b) *Dispozițiuni cari tind la sporirea nașterilor.* Cităm înainte de toate dispozițiunile cari privesc familiile numeroase: Decretul — lege

din 14 Iun. 1928, Nr. 1312 și decr. regal din 10 Aug. 1928, Nr. 1944, stabilesc scutirea de toate impozitele directe, de supraimpozitele comunale, de contribuțiile municipale și de taxele școlare pentru funcționarii și dependenții de stat și de instituții locale, cari au 7 sau mai mulți copii în sarcină, și pentru foști ceilalți cetățeni cu 10 sau mai mulți copii de crescut sau cari au avut 12 sau mai mulți copii în viață și viabili, dintre cari cel puțin 6 să fie de crescut. Atari scutiri au loc când venitul anual nu trece de 100.000 Lire și numai pentru prima 100.000 Lire când venitul ar fi mai mare.

În afară de o atare prevedere, se acordă (legea din 27 Iunie 1929, Nr. 1047) un „adaus familial“, sau o indemnizație specială pentru fiecare copil minor al angajaților la stat în grad inferior al subofițerilor și al carabinieriilor. Cota indemnizației este dublată când copiii minori sunt mai mulți de trei.

Alte dispozițiuni stabilesc numeroase ajutoare și premii pentru nașteri, cari se dăruiesc anual în măsură largă, atât de către guvern cât și de către diferite administrații de stat și comunale, familiilor numeroase cari s'ar afla în condițiuni economice nefavorabile.

Dar una dintre primele și cele mai importante măsuri pe acest teren, fie pentru valoarea ei socială fie pentru înalta ei însemnătate morală, este instituțiunea *Operei Naționale pentru protecția maternității și a copiilor* (O. N. M. I.), întemeiată prin legea din 10. Dec. 1925, Nr. 2277. Această instituție prevede, prin intermediul organelor sale provinciale și comunale „protecțiunea și asistența gravidelor și a mamelor lipsite de mijloace și abandonate, a sugariilor și a întârcașilor, până la cinci ani, aparținători familiilor cari nu le pot da toată îngrijirea necesară unei creșteri rașionale, copiilor de orice vârstă, aparținători familiilor nevoiașe și minorilor anormali fizic sau psihic sau abandonati materialicește ori moralicește, deviașilor și delincvenșilor până la etatea de 18 ani împliniți“.¹ Opera are deplină facultate de a fonda instituțiuni de ajutorare de diferite genuri, pentru protecția și asistența memelor nevoiașe; pentru propagarea normelor științifice de igienă prenatală și infantilă; pentru supravegherea și îngrijirea gravidelor, cu privire specială la cele atinse de sifilis; pentru profilaxia boalelor infantile și a tuberculozei.

Case de maternitate, ambulatorii, consultații, azile de noapte, ospicii pentru copiii găsiți și altele analoage sunt emanașionile Operei, căreia, prin legea din 8 Mai 1927, Nr. 798, i-a fost încredințată

¹ Legea din 10 Dec. 1925, Nr. 2277, art. 4.

și asistența copiilor nelegitimi, în cazul când mama i-a recunoscut și i-a alăptat.

Din inițiativa lui O. N. M. I. se celebrează în fiecare an ziua Mamei și aceea a Copilului, cu distribuirea premiilor de căsătorie, de naștere și creștere.

Este vorba precum se vede, despre o vastă organizație care este încontinuu pe cale de dezvoltare și activitatea căreia este în continuă creștere: ea este finanțată de contribuția Ministerului de Interne și de alte instituții, de lăsaminte, de donațiuni și de oferte. Aici se varsă și venitul din impozitul asupra celibatarilor.

Alte dispozițiuni cari privesc apărarea maternității sunt acelea cari interzic munca, în toate întreprinderile comerciale și industriale, femeilor în ultima lună de graviditate și în prima lună după naștere, garantându-le păstrarea serviciului și obligând pe patroni de a le îngădui pentru alăptare două repausuri pe zi, fiecare de câte o oră. (Leg. din 2 Iulie 1929, Nr. 1289).

Importanță covârșitoare are pe acest teren legislațiunea ce privește latura negativă a problemei, adică represiunea atât a practicei contraceptive cât și a avortului artificial. Condamnarea categorică a neo-malthusianismului este, fără îndoială, una dintre cele mai puternice baze morale și sociale ale politicii demografice a Fascismului și este deci natural, ca prevederile cari tind la suprimarea practicei neo-malthusianismului, prevederi cari au fost între primele dispozițiuni ale Regimului, să fie deosebit de severe.

Prin textul unic al legilor pentru siguranța publică (aprobat prin Decretul-lege regal din 6 Nov. 1926 și modificat prin Decr. leg. regal din 14 Apr. 1927, Nr. 593), se interzice expunerea, vânzarea și distribuirea scrierilor, stampelor, gravurilor și desenelor capabile a răspândi mijloacele pentru împiedecarea fecundațiunii sau pentru întreruperea gravidității, ca de pildă inserțiunea în ziare sau alte publicații periodice, sau corespondențe de orice gen, referitoare la susnumitele mijloace.

Din legea din 23 Iunie 1927, Nr. 1070, relativ la răspândirea normelor de sănătate publică, între altele, toate cazurile de avort se vor supune celui mai sever control.

Ea este atât de fundamentală și de actuală încât a fost sancționată de noul Cod Penal (emis cu decr. reg. din 19 Oct. 1930 și intrat în vigoare la 1 Iulie 1931). Acesta prevede printr'un titlu complet și special: „Delictele contra integrității și sănătății fătului“ (art. 545—555): în afară de avortul consumat, contra căruia se pre-

văd pedepse destul de severe, Codicele crează forme de delikte, ca : instigarea la avort, impotența forțată de a procrea, contaminarea cu sifilis și blenoragie, stimularea publică și propaganda în favoarea practicii contra procreațiunii.

Supravegherea severă pentru aplicarea riguroasă a tuturor dispozițiilor din acest domeniu. Guvernul o prevede fie direct fie prin intermediul autorităților periferice.

c) *Dispozițiuni cari tind la diminuarea mortalității.* Politica demografică a Fascismului este, mai întâi de toate o politică de natalitate urcată, dar în acelaș timp acțiunea cărmuitoare dă atenție specială mortalității ; lucrurile nici nu s'ar putea petrece altfel, din moment ce formula mussoliniană, pe care am relevat-o deja, voiește : „maximum de natalitate și minimum de mortalitate“.

În afară de o generală dar vastă operă de asistență și ocrotire sanitară, de construcții și diferite lucrări ca, apaducte, canale, etc., atențiunea Statului se îndreaptă în mod deosebit asupra celor mai grave flagele sociale : alcoolismul, tuberculoza, malaria, cancerul, boalele venerice.

Lupta contra alcoolismului s'a preconizat prin creșterea raportului între locuitori și întreprinderile publice pentru vinderea băuturilor alcoolice (dela un local pentru 500 locuitori s'a trecut la unul pentru 1000 locuitori), și prin limitarea orelor în cari aceste localuri pot fi deschise (legea din 3 Iunie 1926, n. 937). Tot astfel este prevăzută și interzicerea vinderii băuturilor alcoolice și a tutunului persoanelor sub 15 ani.

Mare însemnătate a luat îndeosebi lupta contra tuberculozei : înafară de înființarea a numeroase sanatorii, înzestrate după toate cërințele științei moderne, prin legea din 23 Iunie 1927, s'a făcut obligatorie constituirea, în fiecare capitală de provincie a unui „Consortiu provincial antituberculos“ cu scopuri profilactice, de propagandă, de consultații și de cură ; „Consortiul provincial“ se îngrijește de crearea în toate comunele mai importante, de consultații antituberculoase cari permit astfel o tot mai vastă și mai intensă operă de profilaxie și de tratament. În Italia, în fiecare an sunt dedicate zile anumite luptei contra tuberculozei, în scopul unei propagande mereu amplificate ; în atari zile se mai adună și fonduri destinate instituțiilor sanatoriale și de tratament.

Pentru combaterea malariei s'a prevăzut distribuirea chininei, delimitarea regiunilor malarice (legea din 3 Aug. 1928, nr. 2858) și

promovarea la studiilor științifice speciale. Despre opera monumentală pentru bonificarea regiunilor malarice vom vorbi mai jos.

Lupta contra cancerului s'a prevăzut, inițiând Liga italiană pentru lupta împotriva cancerului, întărită recent prin ridicarea ei la rangul de Persoană morală, destinând fonduri însemnate pentru înființarea și funcționarea centrelor de asigurare diagnostico-terapeutice și pregătirea personalului medical specializat.

Sunt numeroase și dispozițiile în contra răspândirii altor maladii, în special dispozițiile relativ în lupta contra bolilor venerice și pentru protecția igienică în general.

d) *Dispozițiuni cari tind la reglementarea emigrațiunii, la favorizarea colonizării interne și la reprimarea urbanismului.* Emigrația externă, cu toate că ar trebui admisă cel puțin parțial, ca o necesitate pentru organisme demografice ca Italia, al cărui teritoriu este neapăsător pentru nevoia de dezvoltare a populațiunii ei, trebuie privită, desigur, ca fiind destul de defavorabilă din punct de vedere național. Masa migratoare este, înainte de toate, constituită din elementele cele mai vigouroase; emigranții, de fapt, sunt indivizi cari aparțin mai cu seamă vârstei mijlocii, deci vârstei, în care activitatea productivă și reproductivă a individului este maximă; aceștia constituie prin urmare pentru țara de imigrație o achiziție de elemente productive, a căror valoare de producție a fost susținută de țara de origină. Emigrațiunea în sensul acesta reprezintă o pierdere pentru națiune.

Pierderea efectivă a masselor migratoare de populațiune atinge o și mai mare însemnătate, când ne gândim, că emigrantul, în înțelesul obișnuit, reprezintă un individ care și explică activitatea în streinătate, ca fiind datorită unor condițiuni mai favorabile, întâlnite în streini. O atare concepțiune nu poate fi admisă de un guvern național, care simte datoria morală a protecției cetățenilor săi. Azi, de fapt, forma de emigrant nu mai există în Italia Fascistă.

Există de fapt instituții și diferite dispozițiuni cari privesc protecția italienilor în streinătate; la Oficiul Comisariatului General al emigrațiunii s'a constituit Direcțiunea generală pentru Italienii din streinătate (legea din 6 Ian. 1928, nr. 1783) cu care colaborează fasciștii italieni în streinătate, cu scopul de a prevedea cu protecție și asistență pe Italienii cari locuiesc în afară de Italia, pentru ca aceștia să se poată simți ca o parte integrantă a poporului italian, chiar dacă trăesc departe de patrie. Azi „nu mai avem emigrant pe de o parte și cetățean pe de alta; el este întotdeauna și oriunde, bogat sau sărac, lucrător manual sau intelectual, „cetățean italian“, aceste cuvinte

ale lui Mussolini, cari sintetizează concepția fascistă a italianului, că, oriunde și oricum, rămâne întotdeauna același și neschimbat, nu pot și nu trebuie să fie uitate de Stat.

Pentru a împiedeca sau cel puțin a evita ca, copiii italienilor din streinătate, născându-se în țara de imigrațiune să devină cetățeni streini, cum stabilesc legislațiunile din unele țări, Guvernul a arătat interes deosebit în a sprijini, prin inlesniri speciale, reîntoarcerea în patrie a femeilor emigrate, cari s'ar afla aproape de naștere, pentru ca, copiii născându-se în Italia, să se nască cetățeni italieni.

Pentru a permite ocuparea brațelor de lucru, a masselor, cari mai înainte găseau deosebită ușurătate prin emigrațiune, azi redus simțitor prin dispozițiunile luate de țările de imigrațiune pentru protejarea muncii locale, s'a dezvoltat o politică cât se poate de activă, de colonizare internă. S'a constituit un organ special din 1926 pentru reglementarea migrațiunilor interne; cu legea din 9 Aprilie 1931, „Comisariatul pentru migrațiuni și colonizări interne“ s'a făcut direct dependent de Șeful Guvernului; atare Comisariat „are scopul de a dispune asigurarea și distribuirea rațională a brațelor de lucru disponibile, în sfârșit de a obține cea mai convenabilă slujbă în tot Regatul și chiar în Colonii“¹.

Pe lângă că se preocupă de reglementarea migrațiunilor interne, Statul nu a neglijat nici lupta contra *urbanismului*. De acest fenomen, care este o caracteristică a secolului nostru, n'a rămas scutită nici Italia, cu toate că aici, în comparație cu alte state europene nu poate fi vorba despre existența unor metropole mari, totuși este adevărat pe de altă parte, că sunt atât de numeroase orașele italiene cu numărul urcat de locuitori, încât în Italia deși urbanismul nu e prea intens, este în schimb foarte extins.

În scopul de a încerca stăvilirea acestei urbanizări, mereu crescândă a populațiunii rurale, care aduce, ca o consecință demografică, o tot mai însemnată descreștere a prolificității în masele populațiunii, s'a dat Prefecților posibilitatea de a emite norme cu putere obligatorie, pentru limitarea creșterii populațiunii urbane (leg. 24 Dec. 1928, Nr. 2971). Această lege, pe lângă că are o importanță mai mult decât practică, vrea să aibă și valoarea unei chemări de reîntoarcerea la țară.

Politica rurală a Fascismului, subliniată de atâtea ori de către Mussolini, își află cea mai eficace realizare în bonificarea integrală,

¹ Legea din 9 Apr. 1931, nr. 358, art. 2.

care, promulgată prin leg. 24 Dec. 1923, Nr. 3134, este azi în plină dezvoltare.

Au fost salvate întinse teritoriile impaludate și nelocuibile din diferite regiuni ale Italiei și mai cu seamă la Agro Pontino, din Sardegna și la mlaștinile din Comacchio, astfel că unde mai înainte domnia malăria, azi se înalță orașele și sate, cari adăpostesc o numeroasă populațiune; terenurile bonificate sunt azi în plină fază de exploatare agricolă și permit întrebuințarea unor considerabile masse de muncitori, pe lângă că aduc și o contribuție însemnată la producția agricolă italiană.

Este pe cale de realizare și colonizarea teritoriilor cultivabile din coloniile noastre libice, unde neînfrânta voință italiană a reușit să inițieze cultivarea regiunilor semi-deșerte și unde au aflat lucru numeroși agricultori.

II. Dispozițiuni privitoare la politica calitativă.

Trecem acum la examinarea politicii calitative a populațiunii.

Am spus mai înainte cum, pe lângă preocupările cari privesc creșterea cantitativă a populațiunii, Guvernul Fascist se ocupă și de asigurarea sănătății fizice și morale a poporului italian; în acest scop s'au creat organizațiuni, cari permit ducerea la îndeplinire organică a programului.

Instituția fundamentală a politicii demografice calitative este „Opera Nazionale Balilla” (O. N. B.). În 1923 s'a înființat „Ente Nazionale per l'Educazione Fisica” (decretul reg. 15 Martie 1923, nr. 684) care avea ca temă de a da dezvoltare educației fizice a tinerilor, studenților dela școlile medii, pe când „Opera Nazionale Balilla” (înființată prin legea 3 Aprilie 1926, n. 2247) îngrijea educația fizică a elevilor dela școlile primare. Consecutiv suprimării lui „Ente Nazionale per l'Educazione Fisica” (decretul Reg. 20 Nov. 1927 nr. 2341), s'a încredințat O. N. B.-ului și educația fizică a studenților dela școlile secundare.

„O. N. B.-ul în afară de educația fizică se îngrijește de educația și asistența morală, religioasă și sanitară a tineretului colaborând pe acest teren fie cu „O. N. M.-ul, fie în genere cu toate operele de asistență ale Regimului, despre cari vom vorbi mai în urmă. Această instituție însoțește copiii dela naștere până la 18 ani: organizațiile O. N. B.-ului sunt cele dela „Balilla” (8—14 ani) și a „Avangardiști”-lor 14—18 ani), pentru băieți; Organizația „Piccole

Italiane" (8—14 ani) și „Giovani Italiane" (14—18 ani) pentru femei. Înainte de a intra în rândurile organizației „Bambina", copiii fac parte dintr'altă organizație: „Figli della Lupa" care îi primește, virtual, dela naștere, dar de fapt dela 6 la 8 ani, în acelaș timp pentru fetițe organizația corespunzătoare este aceea a „Prepiccole Italiane" lor.

Aceste organizațiuni îngrijesc, după cum s'a spus, fie de educația fizică adevărată și proprie, fie de educația socială a tinerilor: terenuri sportive și de jocuri permit băeților de a se exercita și înfări, pe când cursurile culturale, conferințele, proiecțiunile, etc. favorizează ameliorarea socială și culturală a tineretului; pentru fetițe, în afară de aceste, se țin cursuri diferite de economie casnică, pentru a pregăti pe viitoarele mame.

Eșiți din rândurile organizațiunilor lui O. N. B. tinerii intră ca să facă parte din „Fasci Giovani di Combattimento"; acestei instituții corespunde, pentru tinere, organizația „Giovani Fasciste", astfel că se completează cadrul instituțiunilor de protecție și educație a tineretului, cari conduc astfel tinerii până la 21 ani, desăvârșind întreaga varietate de inițiative pe cari le-am accentuat, necesare pregătirii fizice culturale și spirituale a cetățenilor.

Merită o deosebită mențiune, între altele, „Gruppi Universitari Fascisti" unde se pot înscrie toți studenții universitari și aceia dela școlile superioare de ambele sexe. În fiecare an, un exemplar al variatelor activități dezvoltate de G. U. F., se țin întreceri naționale („Littoriali") atât pe teren cultural și artistic cât și pe teren sportiv.

Dar politica calitativă a populațiunii așa cum e înțeleasă de Guvernul Fascist nu se limitează numai la tineri.

O instituție de mare importanță asigură ameliorarea fizică și morală a populațiunii. „Opera Nazionale Dopolavoro" (O. N. D.), unde se pot înscrie toți cetățenii cari aparțin administrațiunilor publice sau private. O. N. D.-ul (instituit cu legea din 18 Martie 1927, nr. 562) organizează cursuri culturale și de meserii, conferințe, spectacole, excursii și călătorii educative și întreceri sportive. În acelaș timp bibliotecile, cluburile și terenurile sportive permit tuturor celor înscriși de a petrece în mod plăcut și sănătos în orele și zilele de repaos.

Pe terenul de asistență, *Opere assistenziali*, ajutate de O. N. D. sau de O. N. M. I., asigură numeroase inițiative pentru sprijinirea săracilor: colonii la mare și la munte, distribuiri de alimente și îmbrăcăminte (indeosebi pe timp de iarnă iar, pentru copilași cu ocazia Crăciunului și a sărbătoarei „Befana"), acordări de ajutoare, supravegherea și asistența sanitară și morală, sunt principalele activități

directe pentru protecția sănătății fizice și morale a celor lipsiți; toate aceste inițiative sunt extinse și asupra italienilor din străinătate, de cari se îngrijesc organizațiuni analoage dependente de „Fascii Italiani all Estero“.

* * *

Aceasta este în linii generale opera dezvoltată de Guvern, operă ce a fost și este întregită de inițiative analoage celor oficiale, de alte instituții publice sau private.

Fără să voim a examina importanța realizărilor de până acum pe terenul demografic, ar fi de ajuns să observăm, referindu-ne la instituțiunile mai mari, că într'un deceniu de activitate O. N. M. I. ul a protejat 7 milioane și jumătate de mame și de copilași, a fondat circa 9.000 instituții (consultații, dispensarii, zilele de noapte, etc.) cu o cheltuială de peste un miliard.

Operele de asistență trimit anual peste $\frac{1}{2}$ milion de copii în coloniile de la mare și la munte; copii dăruiți cu ocazia Crăciunului și a zilei „Cefana“ trec de 2 milioane în fiecare an, pe când în afară de distribuiri de alimente și îmbrăcăminte se mai împărțesc circa 7 milioane lire sub forma de ajutoare.

În rândurile O. N. D. sunt încadrați circa 4 milioane și jumătate de fineri.

În ce privește bonificarea agricolă, terenul bonificat, sau pe cale de a se bonifica, ajunge la 8 milioane hectare, pe când cheltuiala totală din 1922 până azi, întrece de 6 miliarde lire. În Sardegnă s'au ridicat pe terenurile bonificate Mussolinia și Fertilia: din Agro Pontino au ieșit deja: *Littoria*, *Sabaudia* și *Pontinia*, iar în anii ce vin se vor ridica *Aprilia* și *Pomeria*, pentru a întregi grupul de orașele din vasta regiune salvată de malarie.

* * *

Intervenția autorităților poate să oprească decadența demografică?

Este o întrebare la care cu greu se poate răspunde. E cert că atunci când condițiunile demografice sunt deja în stadiu de decadență, puțin putem aștepta de la măsurile de Stat ori cari ar fi ele.

Dar dacă intervenția autorităților se declară când faza de decadență ar fi încă într'un stadiu inițial, este posibil ca ea să dea rezultate destul de eficace, mai cu seamă dacă prevederile nu se limitează numai la ajutoare de natură financiară, cari, cum observă cu

dreptate *Gini*¹ nu pot fi niciodată de așa natură ca să elimine grijile economice cari influențează scăderea natalității și cari dimpotrivă, uneori nu fac decât să întărească acea mentalitate economică atât de primejdioasă din punct de vedere al prolificității.

În schimb cu atât mai eficace e probabil acțiunea guvernului, cu cât se declară mai mult pentru protecția și asistența familiilor prolifiche; în colonizarea internă, se transplantează nuclee de populațiune rodnică în regiuni unde se poate răspândi în voie; cu cât se opune mai mult emigrațiunii și urbanismului, căci cea dintâi privează Națiunea de masse de populațiune dintre cele mai viguroase, iar cea de-a doua determină o tot mai mare răspândire ale caracteristicelor urbane: celibatul și lipsa de prolificitate².

Acesta este esența programului urmat în Italia, cari cuprinde însănoșirea fizică și morală a poporului: măsurile cu caracter economic vin să sublinieze acea bază spirituală și morala care formează întreaga politică fascistă privitoare la populațiune, și care contopește toate preocupările într'un ansamblu unic și armonic.

O concluzie chiar aproximativă, asupra rezultatelor efective ale politicii italiene privitor la populațiune, e încă prematură dat fiind caracterul de politică *de viitor*, pe care îl are, preocupându-se mai ales de asigurarea Națiunii de mâine, și nu atât de efectele imediate: roadele ei nu se vor putea vedea în mod obiectiv decât în viitor.

Este sigur, totuși, că ea conține toate criteriile cari o fac aptă de a da rezultate pozitive. Dar oricum ar fi, oricare ar fi rezultatele, nimic nu s'a neglijat de către Guvernul Fascist pentru a evita ca Italia să urmeze multele Națiuni europene pe panta decadenței demografice.

RIASSUNTO

La decadenza demografica è oggi avvertita in molte nazioni europee; l'Italia, tra queste, si trova in condizioni relativamente favorevoli. Ciononostante, però, anche per l'Italia, restando immutate le

¹ *Gini* The italian demographic problem and the fascist policy on population, in the „Journal of political economy“, dic. 1930, n. 687. De acest lucru *Gini* s'a mai ocupat în repetate rânduri într'o serie întreagă de alte publicațiuni refer. C. *Gini*: Problemi delle popolazione. „Annali dell'Instituto di Statistica della R. Università di Bari“. 1928: Nascita evoluzione e morte delle Nazioni. Roma, Libreria del Littorio, 1930.

² În privința aceasta ne referim la C. *Gini*: The italian demographic problem... pag. 685, și alte opere citate.

attuali tendenze demografiche, deve prevedersi che tale decadenza si verificherà, seppure in un futuro non molto prossimo. Infatti, il coefficiente di natalità dall'ultimo ventennio del secolo scorso ad oggi è diminuito con rapidità sempre crescente e, sebbene anche la mortalità si sia notevolmente ridotta in questo periodo, la sua diminuzione non è ormai più sufficiente a bilanciare la diminuzione della natalità; infatti l'incremento naturale, che in un primo tempo è aumentato, dal 1920 ha cominciato anch'esso a discendere.

Di fronte a tale situazione demografica, il Governo Fascista ha preso netta posizione, iniziando una complessa politica propulsiva della popolazione. La formula mussoliniana „massimo di natalità, minimo di mortalità“ sintetizza l'azione del Governo nel campo demografico. La politica fascista della popolazione si caratterizza sia per i principi ideali che sono alla base della sua azione, sia perchè essa si preoccupa essenzialmente dell'avvenire demografico della Nazione. E queste sue caratteristiche la differenziano da quella seguita da altre Nazioni (Germania e Russia).

I provvedimenti di politica demografica presi dal Governo Fascista sono numerosissimi e comprendono sia il campo della politica quantitativa (provvedimenti tendenti: a) ad aumentare la nuzialità; b) ad aumentare la natalità; c) a diminuire la mortalità; d) a disciplinare l'emigrazione, a favorire la colonizzazione interna e a reprimere l'urbanesimo), sia il campo della politica qualitativa.

Nei riguardi della politica quantitativa, sono state emanate disposizioni per favorire i coniugati e per facilitare i matrimoni, mentre è stata stabilita un'imposta sui celibi. Sono state, inoltre, fatte concessioni varie alla famiglie numerose ed è stata istituita l'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, con scopi di assistenza alle gestanti bisognose e ai bambini; numerose altre disposizioni sono state emanate per la difesa della maternità. Severissime misure sono state adottate per la repressione dell'aborto procurato e delle pratiche contraccettive, che vengono considerati come reati.

Per la diminuzione della mortalità, attivissima è la lotta contro le più gravi malattie sociali, mentre grande impulso si è dato alle opere di igiene e di profilassi.

Si è cercato di disciplinare l'emigrazione, favorendo i rimpatri e tutelando gl'italiani all'estero, mentre misure sono state prese per reprimere l'urbanesimo. All'assorbimento della mano d'opera si è provveduto disciplinando e favorendo le migrazioni interne e bonificando

vastissime zone malariche in molte regioni d'Italia, come pure iniziando lo sfruttamento di terreni coltivabili in Libia.

Nel campo della politica qualitativa, è stata istituita l'Opera Nazionale Balilla, che provvede all'educazione fisica e all'assistenza morale, religiosa e sanitaria della gioventù, coadiuvata da altre istituzioni. Al miglioramento fisico, morale e intellettuale della popolazione provvede anche l'Opera Nazionale Dopolavoro. Le Opere Assistenziali spiccano, poi, in collaborazione con tutte le altre organizzazioni del Regime, l'assistenza dei bisognosi, per mezzo di iniziative varie (colonie marine e montane; distribuzioni di viveri, vestiario e sussidi; vigilanza e assistenza sanitaria e morale).

È difficile stabilire se l'intervento statale possa arrestare la decadenza demografica. È possibile però che l'efficacia di tale intervento risulti notevole, quando la fase di decadenza è ancora agli inizi, specialmente se esso si esplica non soltanto con provvedimenti di carattere finanziario, ma tutelando le famiglie numerose, favorendo la colonizzazione interna e reprimendo l'urbanesimo.

Questo è appunto il programma della politica demografica italiana, che si basa inoltre su principi di alto valor spirituale e morale.

Sarebbe prematuro parlare di risultati, giacché le misure adottate mirano soprattutto all'avvenire della Nazione, sì che gli effetti si potranno vedere solo più tardi.

In ogni modo, quali che siano i risultati, il Governo Fascista nulla sa trascurato per salvaguardare l'avvenire demografico dell'Italia.

Gripa din iarna anului 1934—35 în România și repercusiunea ei asupra celorlalte cauze de deces. Studiu epidemiologic și statistic.

de
Dr. PETRU RÂMNEANȚU și
Dr. ILIE ARDELEANU

Studiul epidemiologic asupra înfînderii reale a gripei, în diferite țări sau chiar numai într'o țară, într'un interval mai lung, prezintă dificultăți destul de serioase. Gripa încă nu-i o boală cu declarație obligatorie în toate statele. În unele state se declară numai când sunt epidemii, iar intervalul pentru care se declară, de cele mai multe ori nu e potrivit unei prelucrări statistice care să cuprindă toate statele.

Dificultatea cea mai mare provine, însă, din partea diagnosticului boalei, deoarece termenul de gripă sau influență, se folosește nu numai în notarea maladiei epidemice, ci și în a infecțiilor catarale benigne ale căilor respiratorii superioare din tot parcursul unui an și mai ales din timpul iernii.

La noi cazurile de gripă sunt prelucrate începând cu anul 1928, deși declarația obligatorie a boalei prin lege, și aceasta numai cu titlu informativ, o avem introdusă numai după acea dată, în urma legii sanitare și de ocrotire din 1930 (art. 374)¹. (În Ardeal prin Ord. Nr. 109, R. O. S. a devenit obligatorie de declarat din 1920)². Astfel referitor la epidemiile reduse, cari au avut loc în țara noastră după marea pandemie din 1918—19, din anii 1921—22, 1926—27, 1928—29³, nu dispunem decât de date vagi, cari reies din publicațiile clinice, din rapoartele așezămintelor spitalicești, din câteva rapoarte oficiale ocazionale și din urcarea mortalității generale din lunile de iarnă ale anilor respectivi. Despre o cunoaștere a cazurilor de îmbolnăvire și a deceselor și aceasta încă numai cu aproximație, poate fi vorba abia pentru epidemia din 1930—31⁴. Pentru această epidemie, izbucnită la noi în Decembrie 1930, s'au declarat 658 de cazuri în Ianuarie 1931, în Februarie 11,852 de cazuri și 2,050 în Martie, iar numărul total al deceselor înregistrate în întreg anul 1931 a fost de 4,090, dintre cari cele mai multe au avut loc în lunile de epidemie.

Începând cu anul 1932, declararea cazurilor, bazată pe experiența unui an, în parte s'a ameliorat, iar prin codificarea și tabularea deceselor de gripă pe bază științifică și standardizată, conform listei internaționale a cauzelor de deces din 1929⁵, introdusă și la noi la începutul anului 1932, în stabilirea numărului deceselor produse de gripă, am făcut un pas înainte destul de important.

Astfel fiind în posesiunea acestor date, putem stabili, că epidemia din Decembrie — Ianuarie 1932—33⁶, care a fost destul de însemnată în Statele Unite ale Americii, Anglia și Wales, Germania, Danemarca, Cehoslovacia, Ungaria, Spania, Tripolitania și în Japonia, în România nu a avut decât un număr de victime relativ redus (valul ascensiunii ușoare, a gripei din această perioadă, în România a avut loc în I—IV. 1933).

Se înțelege, că nici datele actuale pe cari le publică Institutul Central de Statistică, cu toată rigurozitatea științifică pe care o observă, nu sunt dintre cele mai precise, fiindcă nu numai că puțul nostru sanitar, așa cum este organizat, dar nicio clinică care dispune de

toate mijloacele de investigație, nu poate preciza diagnosticul unei boale întotdeauna, cu atât mai dificil al gripei, care e atât de polimorfă.

Dar chiar așa cum sunt stabilite diagnosticele și cauzele de deces, datele de cari dispunem, fiind formate din cifre mari și absolut precise, în ce privește sexul și vârsta celor atinși sau sucombați, proveniți și aceștia la rândul lor dintr'o masă de locuitori cunoscută numeric până la ultima unitate, având și date destul de exacte în raport cu izbucnirea epidemiei, modul ei de întindere, durata ei și felul ei de sfîngere, înseamnă că o analiză a lor, poate servi cu mult canalizării activității sănătății publice dela noi și poate să aducă chiar și unele contribuții științifice.

Studiul epidemiei de gripă din 1934—35⁷, e necesar să fie făcut și la noi și din altă latură de vedere, — el trebuia executat chiar mai de mult, — deoarece epidemia din iarna trecută, conform tabeli următoare, după Spania, la noi a avut maximum de intensitate față de toate statele a căror date le cunoaștem. (Vezi tabela Nr. 1.)

Frecvența urcată a gripei dela noi, e demonstrată nu numai prin proporția urcată de cazuri notate în această tabelă ci și prin creșterea enormă a unor cauze de deces, cari deși sunt complicațiuni directe ale gripei sau infecțiuni asociate, au fost trecute ca atare în buletinul de deces, fără să fie notată și cauza primară, adică gripa. Așa, între altele, după cum vom vedea mai jos, pneumoniile, broncho-pneumoniile, insuficiențele cardiace la bătrâni consecutive congestiilor pulmonare, în timpul gripei, și-au urcat considerabil frecvențele. Aceasta ne-a determinat ca studiului de față să-i atașăm și analiza cauzelor de deces asupra cărora gripa a avut în special influență.

A) Poarta de intrare a epidemiei în țară și viteza ei de propagare în suprafață.

Caracterul epidemiologic al gripei din 1934—35 a fost universal, deoarece ea a bătut aproape în toate țările lumii, dar nu a fost atât de sever ca al pandemiei din 1918. Extensiunea ei, ca și a pandemiilor din 1867, 1889 și din 1918 a fost destul de rapidă. În a doua jumătate a anului 1934 a bătut în America de Sud, mai ales în Peru, Chili și Porto-Rico⁸. A fost foarte gravă în Chili, unde în timp de 6 luni a produs 4,744 de decese și în Porto-Rico în care insulă, numai în luna Septembrie au fost 159,849 de îmbolnăviri. Din partea de Sud a globului a trecut apoi prin Canalul Panama în cel de Nord rămânând la început tot numai în hemisferul occidental.

Morbiditatea prin gripă în câteva state dela 1 Dec. 1934—31 Mai 1935⁷).
(Proporții la 100,000 de loc. pe bază anuală).

Tabela Nr. 1

Nr. curent	STATELE	1934				1935	
		2 XII -29 XII	30 XII -26 I	27 I -23 II	24 II -23 III	24 III -20 IV	21 IV -18 V
1	Statele Unite al Americii (total)	87	327	336	185	75	32
a	Anglia nouă și st. din coas- ta de mijl. atl.	39	57	12	15	7	3
b	Centru de Nord	39	163	163	77	39	30
c	Sudul Atlanticului	274	1,104	653	298	111	48
d	Centru Sud-Est și Sud-Vest	134	457	241	552	161	64
e	Munții Stâncoși și st. din c. pacifică	48	388	547	203	90	43
2	Guiana britanică	1335	486	228	232	239	161
3	Spania	582	854	6,664	14,493	5,206	1,426
4	Ungaria	30	10	20	124	99	10
		Dec.	Ian.	Febr.	Martie	Aprilie	Mai
5	Bulgaria	3	2	27	68	13	1
6	România	19	1151	12,843	1,206	28	14
7	Cehoslovacia	3	34	3,327	8,990	1,096	64
8	Danemarca	1,440	2,620	4,550	10,360	7,770	3,620
9	Finlanda	609	1,082	1,579	1,895	1,836	1,657
10	Grecia	53	590	458	391	248	—
11	Letonia	60	97	100	172	184	181
12	Litvania	420	300	90	510	300	280
13	Norvegia	1,044	4,723	8,873	6,766	2,414	1,008
14	Olanda*	11	21	35	57	55	19
15	Portugalia*	22	29	46	71	100	53
16	Elveția*	20	39	219	177	42	19

* Am calculat mortalitatea ne având cifre pentru morbiditate.

Astfel a apărut pe coasta atlantică a Statelor-Unite ale Americii, de unde s'a întins spre coasta pacificului. Calea urmată și viteza cu care a mers o citim, din prima jumătate a tabelii care urmează, în care am calculat ziua mediană, adică data care împarte cazurile din epidemie, dela 1 Decembrie 1934 — 31 Mai 1935, în două părți egale.

Ziua mediană a gripei din 1 XII 1934—31 V 1935, în câteva state*) în raport cu cazurile declarate.

Tabela Nr. 2.

Nr. curent	STATUL	Luna	Ziua mediană	Nr. curent	STATUL	Luna	Ziua mediană
1	Guiana britanică	Dec. 1934	30.0	4	Grecia	Febr.	14.0
a	St. din mijlocul coastei atlantice .	Ian.	5.2	5	România	"	14.1
b	St. din sudul coastei atlantice .	"	13.8	6	Norvegia	"	21.0
c	Statele din Anglia nouă	"	21.9	7	Elveția	"	25.4*
d	St. de centrul de Nord-Est	Febr.	1.9	8	Spania	Martie	7.0
2	Statele Unite ale Americii (total) .	"	3.9	9	Litvania	"	8.1
e	Statele din Munții Stâncoși	"	3.3	10	Bulgaria	"	11.3
f	Statele din centrul Nord-Vest	"	6.4	11	Cehoslovacia	"	11.7
g	Statele din centrul Sud-Est	"	6.3	12	Ungaria	"	16.0
h	Statele din coasta pacifică	"	10.8	13	Finlanda	"	17.3
i	Statele din centrul Sud-Vest	"	23.8	14	Olanda	"	17.4*
3	Canada	Martie	14.8	15	Danemarca	"	19.6
				16	Letonia	"	25.1
				17	Portugalia	"	27.4*
				18	Islanda	Aprilie	10.0

* Ziua mediană e calculată în raport cu numărul deceselor.

Statele din mijlocul coastei atlantice a Americii de Nord, în cari a apărut epidemia mai întâi în Statele Unite, au avut ziua me-

mediană la 5 Ian. 1935, cele de pe coasta pacifică la 11 Februarie, iar cele din centrul Sud-Vest la 24 Februarie.

În Europa, gripa a avut proporții urcate în cursul anului 1934, mai ales în lunile de toamnă, în Danemarca, Norvegia, Finlanda și în Litvania.

În iarna din 1934—35, primele focare de gripă, în Europa au apărut, conform tabelului de mai sus, în Grecia și în România, deci în două țări destul de apropiate ale continentului și într'un interval foarte scurt.

În Grecia, epidemia și-a avut ziua mediană la 14 Febr., iar în România la aceeași dată, cu toate că în Bulgaria a apărut mai târziu. Aceste date presupun, că epidemia de la noi a avut o sursă comună cu cea din Grecia, cu multă siguranță din Statele Unite.

Pentru a stabili cu precizie, poarta de intrare a epidemiei în România, am calculat ziua mediană, pe provincii și am expus-o în tabelul următor:

Ziua mediană a gripei pe provincii istorice (cazurile declarate sunt dela
1 Dec. 1934—30 Apr. 1935).

Tabela Nr. 3.

Nr. crt.	PROVINCIA*	Mediana	
		Luna	Ziua
1	Debrogea	Febr.	2
2	Muntenia	"	12
3	Oltenia	"	12
4	Moldova	"	13
5	Basarabia	"	14
6	Bucovina	"	14
7	Transilvania	"	17
8	Banatul	"	23

* Lipsind datele pentru jud. Bihor, nu am calculat mediana Criș-Maramures.

Citite datele zilelor mediane constatăm, că gripa a apărut mai întâi în Sud-Estul țării, în județele Teleorman, Durostor, Buzău, Constanța, ceea ce exclude o intrare prin Nord-Vestul țării și confirmă contaminarea pe cale maritimă și fluvială care de altfel e destul de comună în epidemiile de gripă.

Viteza de propagare a fost mare, în timp de câteva zile întreaga țară a fost contaminată. O contaminare freptată dela un județ la altul, în cercuri concentrice, cum a avut loc de ex. în 1920 în orașul Baltimore¹⁰, nu observăm. Ar fi chiar imposibil să ne așteptăm la un asemenea mers într'un mediu rural ca al nostru, cu intensitate de circulație atât de inegală dela o comunitate la alta și cu mijloace de circulație foarte diferite de cele dintr'un oraș american cu 830,000 de locuitori.

B) Morbiditatea, mortalitatea și fatalitatea de gripă în România, dela 1928—1935.

Tabela care urmează, compusă după date din diferite publicații, deși ne dă cifre puțin exacte chiar dela 1931 încoace, mai ales în ce privește cazurile de gripă, totuși, ne demonstrează cu certitudine, că dela 1928—1935, epidemia din ultimul an a fost cea mai severă, și probabil chiar dela 1919 încoace. Ea ne mai arată, că mortalitatea din mediul rural aproape întotdeauna a fost egală cu cea din orașe, exceptând ultima epidemie, cu toate că, în orașe s'au depistat și în consecință s'au tratat proporțional mai multe cazuri decât în sate, ceea ce a determinat ca și fatalitatea boalei în orașe să pară a fi mai scăzută decât în sate. Credem, că această diferență în fatalitatea boalei nu a putut proveni, decât din inegalitatea de declarare. (Vezi tabela Nr. 4.)

Din datele anului 1935, totuși putem trage și concluzii mai deosebite. Ultima epidemie a fost mult mai întinsă în mediul rural decât în cel urban. Atât cazurile declarate, cât și decesele produse, au avut proporții mult mai urcate, mai mult decât duble în sate, față de orașe.

Ăcest mers mai grav al epidemiei din mediul rural față de cel urban îl citim mai precis, din cifrele și proporțiile cari se refer numai la perioada propriu zisă a epidemiei.

C) Evoluția epidemiei din România în 1935.

Invaziunea gripei în 1935, a fost destul de rapidă, în timp de o săptămână, dela 16—23 Ianuarie a cuprins țara întreagă. Epidemia a apărut întâi în municipii, în aglomerațiuni mari deci. Aici și-a format nucleele inițiale, de unde iradiind în mediul rural, au derivat focarele secundare. În săptămâna dela 16—23 Ian., morbiditatea în mediu urban a fost de 624.6 la 100,000 loc., pe când în cel rural a fost numai de 290.4. Fenomenul de invaziune a gripei întâi în aglomerațiuni mari e obișnuit bcalei, dar nu e comun ca epidemia să fie mai urcată în sate decât în municipii, cum ulterior

Morbiditatea, mortalitatea și fatalitatea de gripă în România de la 1928 - 1935.

Tabela Nr. 4.

A N I I		1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934****†	1935****†
TOTAL	Populația 1 VII	17,390,605	17,638,127	17,888,992	18,166,134	18,426,159	18,652,053	18,913,713	19,087,770
	Cazuri	433*	9,408*	2,044*	17,239*	6,211**	9,025**	3,991***	241,406****
	Decese	4*	173*	23*	4090**	2598***	2321***	1414***	7561
	Morbiditatea la 100,000 locuitori	2.5	53.3	11.4	94.9	33.7	48.4	21.1	1,264.7
	Mortalitatea la 100,000 locuitori	0.02	1.0	0.1	22.5	14.1	12.4	7.5	39.6
Fatalitatea la 100 cazuri	0.9	1.8	1.1	23.7	41.8	25.7	35.4	3.1	
RURAL	Populația 1 VII	13,801,699	14,034,373	14,408,415	14,528,169	14,767,969	15,125,083	16,952,345	17,101,295
	Cazuri	258*	6,901*	1,466*	13,124*	3,040**	5,351**	2,222***	229,557****
	Decese	4*	131*	17*	3551**	1995***	1836***	1276***	7168
	Morbiditatea la 100,000 locuitori	1.9	49.2	10.2	90.3	20.6	35.4	13.1	1,342.3
	Mortalitatea la 100,000 locuitori	0.03	0.9	0.1	24.4	13.5	12.1	7.5	41.9
Fatalitatea la 100 cazuri	1.6	1.9	1.2	27.0	65.6	34.3	57.4	3.1	
URBAN	Populația 1 VII	3,588,906	3,603,154	3,480,577	3,638,965	3,658,190	3,526,970	1,961,368	1,986,475
	Cazuri	175*	2,475*	588*	4,115*	3,171**	3,674**	1,769***	11,840****
	Decese	0*	42*	6*	540**	603***	485***	138***	378
	Morbiditatea la 100,000 locuitori	4.9	68.7	16.9	113.1	86.7	104.2	90.2	596.5
	Mortalitatea la 100,000 locuitori	0	1.2	0.2	14.8	16.5	13.8	7.0	19.1
Fatalitatea la 100 cazuri	0	1.7	1.0	13.1	19.0	13.2	7.8	3.2	

* Date notate după Buletinul oficial al Minist. Muncii, Sănăt. și Ocrot. Soc., anul 1931 Nr. 4-5-6, anul 1932 Nr. 1-12.

** Anuarul Statistic al României din 1932-33 și 1934.

*** După Buletinul demografic al României.

**** După publ. săpt. ale Serv. de Igienă din M. M. S. O. S.

****† În 1934 și 1935 sub rural se cuprinde totalul cazurilor fără municipii, iar sub urban se cuprind numai cazurile din municipii. Asemenea și în ce privesc decesele.

s'a dezvoltat aceasta epidemie. În plină acmei, gripa din sate și orașe a fost de două ori mai urcată decât în municipii.

Epidemia a avut maximum de frecvență, după o simplă inspecție a proporțiilor, între 1—23 Februarie, iar ziua mediană a avut-o în 14 Febr., ceea ce înseamnă, că extensiunea până a ajunge la apogeu a avut nevoie de o săptămână, adică de intervalul dela 24—31 Ian.

Mersul săptămânal al gripei în România (cazuri noi declarate) dela 1 Ian.—30 Apr. 1935^o). (Proporții la 100,000 de loc. pe bază anuală).

Tabela Nr. 5.

SĂPTĂMÂNILE	C a z u r i			Proporții la 100,000 loc.		
	Total	Municipii	Rural și orașe	Total	Municipii	Rural și orașe
1—7 Ianuarie	68	23	45	18.8	60.5	13.6
8—15 Ianuarie	140	36	104	38.6	94.4	31.8
16—23 Ianuarie	1,059	238	821	290.4	624.6	251.3
24—31 Ianuarie	16,879	2,621	14,258	4,628.5	6,880.4	4,366.2
1—7 Februarie	52,793	3,131	49,662	14,477.2	8,218.8	15,207.2
8—15 Februarie	65,662	941	64,721	18,006.6	2,470.4	19,818.9
16—23 Februarie	61,757	3,243	58,514	16,935.6	8,512.9	17,917.9
24—28 Februarie	22,220	221	21,999	6,093.1	580.3	6,736.5
1—7 Martie	13,370	306	13,064	3,666.5	803.5	4,000.2
8—15 Martie	3,599	78	3,521	987.0	204.9	1,078.3
16—23 Martie	1,606	46	1,560	440.6	121.0	477.6
24—31 Martie	439	38	401	120.4	99.6	123.0
1—7 Aprilie	229	28	201	62.6	73.5	61.5
8—15 Aprilie	88	31	57	24.0	81.3	17.7
16—23 Aprilie	76	26	50	20.9	68.3	15.1
24—30 Aprilie	59	10	49	16.3	26.5	15.1

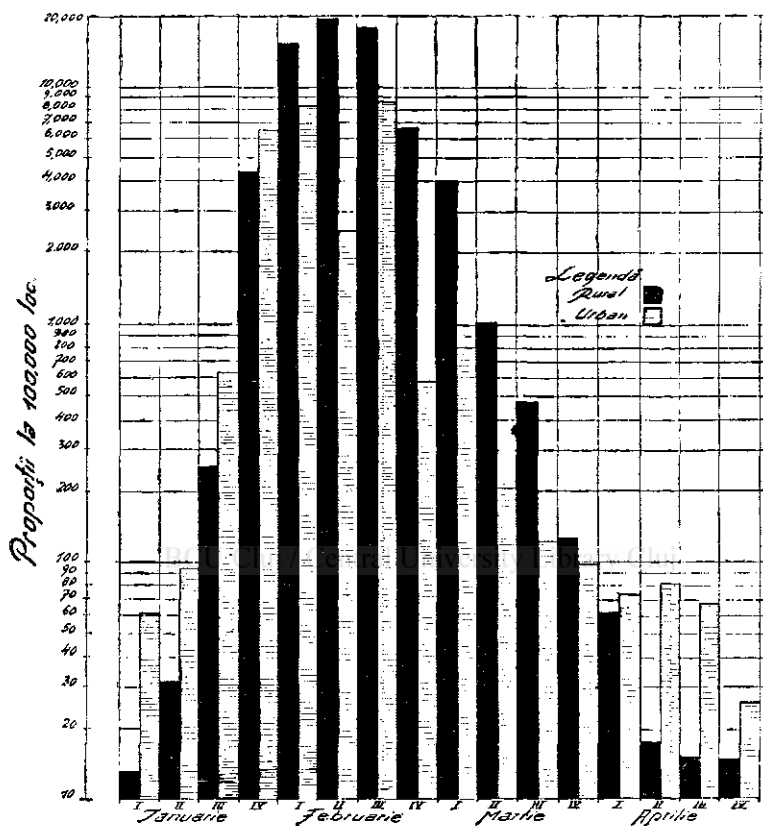
Durata epidemiei, cu morbiditate caracteristică acestei exploziuni, ne-o descrie mai precis valoarea deviației tip sau standard (σ , sigma). Valoarea acestei constante ne mai servește la stabilirea indicelui epidemic. Calculată deviația tip pentru proporțiile săptămânale din tabela precedentă, dela 16 Ian.—7 Apr., am găsit-o egală cu 10.1 zile. Adăugată și scăzută această valoare mediei aritmetice, care e la 16 Febr., ne dă exact durata apogeului epidemiei. Acesta a fost dela 6 până la 26 Febr., adică de 21 de zile, mult mai scurt, prin urmare, decât în epidemia din 1918, când a fost de aproape șapte săptămâni.

Stingerea epidemiei s'a produs în 4—5 săpt., mai încet decât i-a fost ascensiunea.

Declinul a avut loc mai repede în municipii decât în mediul rural.

În total, epidemia de gripă din 1935, în România a durat dela

¶ Mersul săptămânal al gripei în România dela 1 Ianuarie—30 Aprilie 1935.
Grafica Nr. 1.



16 Ian.—7 Aprilie adică 11 sapt. Cazurile declarate au fost în număr de 239,613.

Perioade de recrudescență, cum au fost în ultimele două pandemii, în cea dela 1890 și în cea dela 1918 (Massini), în aceasta, nu au avut loc.

Indicii epidemiei. Pentru a ne da seamă precis de caracterul unei epidemii, trebuie să luăm în considerare două variabile fundamentale: a, *timpul* și b, *gradul de îndepărtare a proporției boalei din perioada epidemică, de proporția boalei din același sezon dar lipsit de caracter epidemic.* Astfel o epidemie, care abia s'a urcat deasupra normei din același sezon al anilor precedenți, deși a avut durată lungă în timp, e posibil să fi avut același număr de cazuri ca și una alta, care la un moment dat ar fi avut o frecvență mare dar de o durată scurtă.

Timpul îl măsurăm prin deviația tip, pe care am văzut-o, că în epidemia din 1935 este egală cu 10. 1 zile.

Gradul de îndepărtare al epidemiei, credem, că în acest caz, când boala a avut repercursiuni directe sau indirecte și asupra altor cauze de deces, îl putem măsura în modul cel mai precis, prin diferența dintre mortalitatea acestor cauze din lunile Ian.-Aprilie din 1934 și din a lunilor respective din anul 1935. Mortalitatea la 1000 locuitori prin gripă, pneumonii, malformațiuni congenitale și bolile primei copilării, senilitate, diaree și enterită sub 2 ani, tuberculoza ap. resp., bolile inimii, nefrite, alte boli ale aparat. resp. și prin bronșite, în lunile Ian.-Aprilie ale anului 1934 a fost de 14. 3, iar în aceleași luni ale anului 1935, a fost de 21. 8.

Îndepărtarea nivelului mortalității din timpul epidemiei, de cel din perioada corespunzătoare, dar în care gripa și celelalte nouă cazuri de deces influențate, au avut un mers normal e prin urmare de 7.5 la 1000 loc. Acest indice în cifre crude e egal cu 46,075 de decese ceea ce ne demonstrează, că epidemia din Ian.-Apr. 1935 în România a avut un caracter grav.

D) Mortalitatea prin gripa din 1935 în România.

Cu toate, că din totalul surplusului de decese din Ian.-Aprilie 1935, față de numărul lor din același interval al anului 1934, gripa nu a luat decât 13. 6%, totuși mortalitatea ei în lunile de epidemie s'a urcat mult deasupra proporțiilor obișnuite. Comparația mortalității de gripă din lunile Ian.-Mai, a anilor 1934 și 1935 o cifm din tabela următoare :

Mortalitatea prin gripă în România dela 1 Ian.-31 Mai, în 1934 și în 1935 pe mediu¹¹⁾.

Tabela Nr. 6.

MEDIU	Anii	Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Mai
Total . . .	1934	10.5	11.0	12.0	12.0	5.8
	1935	34.1	296.3	102.6	24.8	7.4
Rural . . .	1934	9.3	11.3	11.3	11.0	4.9
	1935	34.8	318.9	115.0	26.3	7.5
Urban . . .	1934	16.3	9.6	16.3	16.5	7.0
	1935	31.2	197.6	48.7	18.5	10.0

Gripa a avut mortalitatea urcată în lunile Februarie și Martie, dar mai ales în luna dintâi, când au fost și maximum de îmbolnăviri. În acmea, în luna Februarie, gripa din mediul rural a dat o mortalitate de 30 de ori mai urcată, decât în aceeași lună a anului precedent. În mediul urban urcarea a fost de 20 de ori mai mare.

Asupra mortalității generale și infantile, epidemia s'a manifestat conform proporțiilor expuse în tabelele și grafica următoare.

Mortalitatea generală în România dela 1 Iunie 1934—31 Mai 1935¹¹⁾.

Tabela Nr. 7.

Mediu	1934							1935				
	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V
Total . .	21.2	24.4	24.2	21.1	20.6	20.5	21.7	24.9	37.6	24.3	20.8	18.6
Rural . .	21.6	25.7	25.4	22.1	21.3	21.1	22.5	25.8	40.1	25.4	21.3	18.8
Urban . .	19.2	18.8	18.7	16.8	17.7	18.0	18.3	21.2	26.4	19.6	18.7	17.7

În perioada de apogeu a epidemiei, mortalitatea generală, în mediul rural, a fost aproape dublă față de proporția corespunzătoare din urban.

Mortalitatea infantilă în România dela 1 Iunie 1934—31 Mai 1935¹¹⁾.

Tabela Nr. 8.

Mediu	1934							1935				
	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V
Total . .	20.5	23.4	20.7	17.2	16.6	18.1	24.5	21.3	30.4	22.7	17.8	16.4
Rural . .	19.8	23.5	20.8	17.3	16.6	18.2	25.4	22.0	31.8	23.6	18.2	16.6
Urban . .	26.2	22.8	20.0	16.6	16.6	17.2	19.0	16.8	19.8	16.5	15.4	15.1

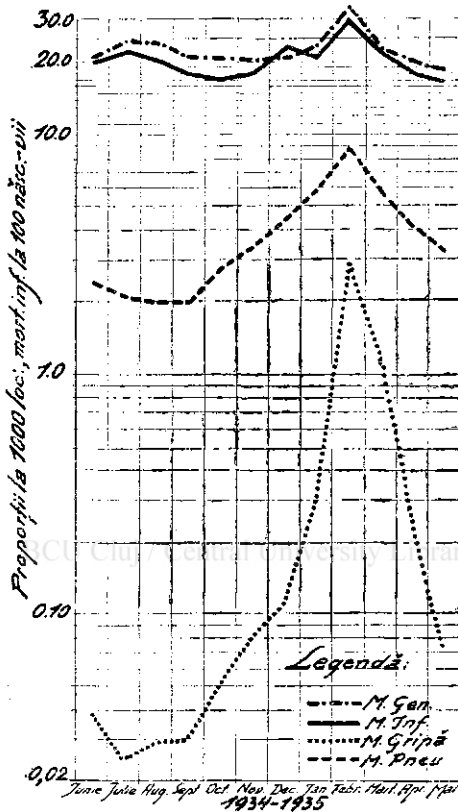
Din aceste proporții se relevă că epidemia, asupra mortalității infantile, ca și asupra mortalității generale s'a repercutat mai ales în mediul rural și puțin s'a manifestat în cel urban. Acest fapt e specific gripei din 1935, fiindcă după cât știm¹²⁾, valurile de gripă, ca și cele de variolă și rușeolă, nu țin seamă nici de condițiile de igienă și nici de cele de sanitație.

În raport cu sexul, mortalitatea de gripă, ca întotdeauna¹²⁾, a fost mai frecventă printre bărbați decât printre femei, conform tablei Nr. 10.

Proporții mai urcate a femeilor decedate în luna Martie, nu-i atribuim nicio semnificație, deoarece diferențele pe sexe pentru a fi semnificative cer cifre observate mari.

Mortalitatea generală, infantilă, prin gripă și pneumonii dela 1 Ian. 1934 – 31 Mai 1935.

Grafica Nr. 2.



Din punctul de vedere epidemiologic studiul mortalității de gripă pe vârstă, prezentând o importanță covârșitoare, vom insista asupra lui mai pe larg, mai ales, că dela 1918 până la ultima epidemie au avut loc schimbări fundamentale.

Până la pandemia din 1918, aproape toți autorii au fost de convingerea, că gripa e boala adulților. Aceasta a fost strict adevărată mai ales pentru pandemia din 1888—89. In 1918—19 s'a observat o deplasare a mortalității de gripă în spre vârstele adulților tineri, sub vârsta de 40 de ani. Caracterul acesta distinctiv a format o individualitate proprie ultimei epidemii și a fost considerat ca excepțional¹².

Iată două exemple precis studiate, unul din Scoția și altul din orașul Baltimore, cari au servit de bază, între altele, formării acestei convingeri. Primul se referă numai la mortalitatea prin gripă, al doilea cuprinde pe lângă gripă și pneumoniile.

Mortalitatea prin gripă în Scoția și prin gripă și pneumonii în Baltimore.
Epidemia din 1918-19¹³). Proporții la 100,000 loc.

Tabela Nr. 9.

Vârsta																	
	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75
Scoția . .	777	494	179	146	352	653	390	433	522	745	1,135						
Baltimore	750	740	800	170	380	600	1010	680	400	380	100	120	270	520	750	950	2,400

Predilecția mortalității specifice pe vârstă în gripă, pentru adulții fineri, adolescenți, într'un anumit grad și pentru copii, o constatăm și din proporțiile din Anglia și Wales, Elveția, Olanda, Egipt, Provinciile Centrale ale Indiei, Africa de Sud și din ale altor state¹³.

În epidemia de la noi, din 1935, de acord cu proporțiile tablei Nr. 10, observăm, că boala s'a infiltrat și mai mult în vârstele finere ale populației. Cea mai urcată mortalitate o cifim în grupele de vârstă

Mortalitatea de gripă în România pe sexe și vârste
de la 1 Ianuarie-30 Aprilie 1935¹¹).

(Proporții la 100,000 loc.)

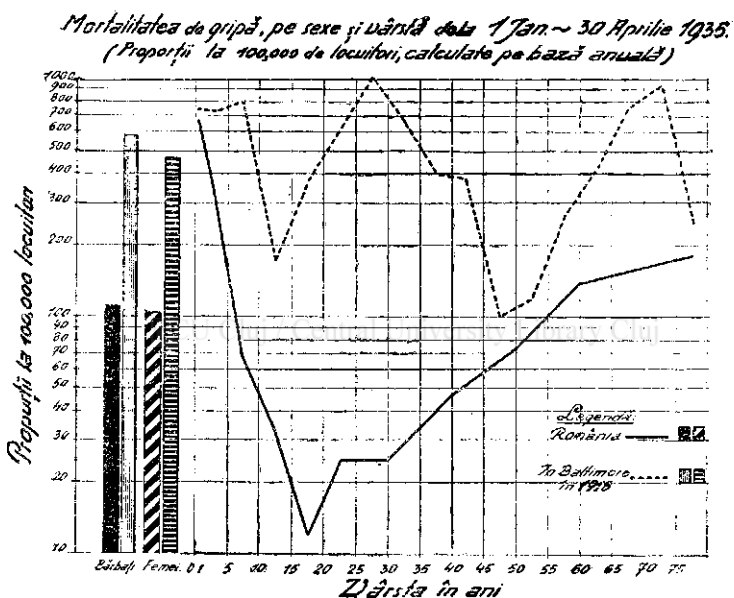
Tabela Nr. 10.

	S e x e		V â r s t a i n a n i												
	Bărbati	Femei	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65	↑	
Populația la 1 Ian. 1935	9,363,409	9,649,954	679,785	2,101,496	2,318,756	1,528,020	2,229,511	1,709,132	2,787,215	2,195,150	1,588,622	1,057,289	818,387	65	
Decese în Ianuarie	288	266	140	197	45	17	5	9	13	27	39	32	30		
Decese în Februarie	2,211	2,109	945	1,618	296	82	50	74	138	227	242	323	325		
Decese în Martie	800	857	338	614	156	50	27	38	76	65	92	101	100		
Decese în Aprilie	211	177	94	94	40	23	15	19	15	17	18	39	14		
Decese Total	3,510	3,409	1,517	2,523	537	172	97	140	242	336	391	495	469		
P. p. p. pe bază anu.	112.6	106.0	669.5	360.2	69.5	33.8	13.0	24.6	26.0	45.9	73.8	140.4	171.9		

dela 0—1 an și dela 1—4 ani. Mai mult, mortalitatea adolescenților și a adulților s'a redus la niște proporții reziduale, ceea ce constituie, între proporțiile mortalității lor și a grupelor precedente de copii, niște diferențe foarte pronunțate.

Ținând seamă și de diagramele grafice următoare, putem să ne pronunțăm, că epidemia de gripă din 1935, în România a selecționat mai ales copii până la vârsta de 5 ani.

Grafica Nr. 3.



Această selecțiune a copiilor mici, cari nu au avut posibilitatea să fie infectați până în epidemia din 1935, și cari sunt mai puțin expuși infecțiilor de tot felul, deci și de gripă, decât restul populației, constituie un indiciu destul de serios, care ne face să ne formăm convingerea, că în vârstele înaintate au avut loc modificări organice cari au urcat capacitatea de rezistență față de gripă.

Această imunitate e explicabilă, dacă ținem seamă, că epidemia adulților fineri din 1918, apărută la 29 de ani după cea din 1889, a respectat în parte populația adultă și bătrână, care a trecut prin boală, iar cea din 1935, care a avut loc după valuri frecvente de epidemii, a respectat și copiii școlari și pe adolescenți.

Imunitatea câștigată, în gripă, e admisă între alți autori și de Debré R. și Dopter¹⁴.

Nu putem bănui durata acestei imunități și nici frecvența ei, printre cei cari au trecut prin boală. Mai mult, gripa fiind o boală

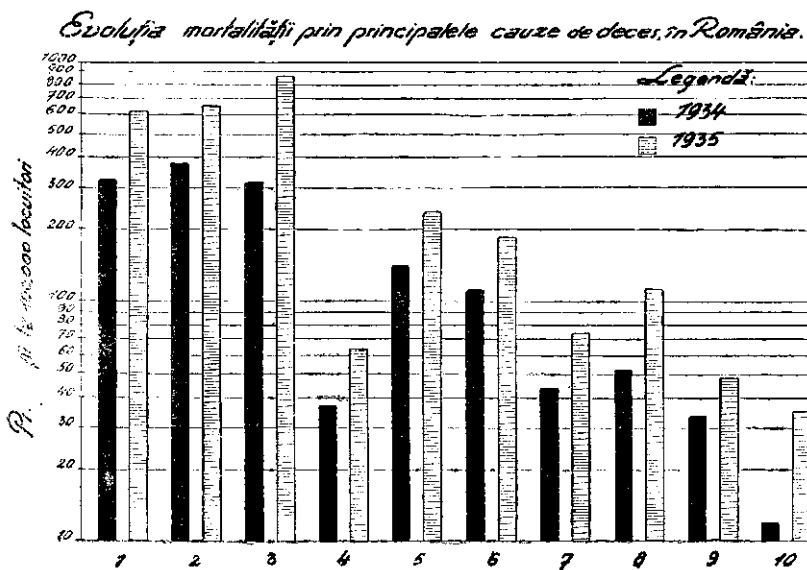
atât de polimorfă din punct de vedere clinic, s'ar putea, ca această imunitate să nu fie valabilă, decât pentru o anumită formă a ei și să nu influențeze deloc sau foarte puțin alte forme. În orice caz însă, epidemiile viitoare, dacă se vor produce cu frecvență urcată tot numai în populația care nu a trecut până atunci prin epidemii și dacă epidemiile vor avea loc la intervale mari, vor confirma rezistența specifică pe care o constatăm din cifrele gripei din 1935 și vor stabili și durata imunității, mai ales dacă tabloul lor clinic va fi identic cu al gripei trecute.

E) Repercusiunea epidemiei de gripă asupra altor cauze de deces.

Gripa din 1935, fie printr'o asociație cu alți agenți patogeni, fie numai datorită anergiei pe care o produce, a avut repercusiuni destul de însemnate asupra mai multor cauze de deces, urcându-le considerabil mortalitatea. În tabela următoare redăm aceste cauze de deces cu evoluția proporțiilor dela 1 Dec. 1933—31 Mai 1935. (Vezi tabela Nr. 11.)

Comparând mortalitatea din sezonul de gripă din 1935, cu a lunilor corespunzătoare din 1934, constatăm, că cele mai vădite urcări, după a gripei, au avut loc prin pneumonii, alte boli ale aparatului respirator, bronșite, bolile primei copilării, senilitate, tuberculoza ap. respirator, etc. Gripa dela 11.0 la 100,000 de loc., cât era în 1934 s'a urcat în epidemia din 1935 la 296.3, adică cu 2,593%, iar pneumoniile s'au urcat cu 176%.

Grafica Nr. 4.



Mortalitatea în România prin câteva cauze de deces dela 1 Dec. 1933—31 Mai 1935⁽¹⁾.
(Proporții la 100,000 de locuitori, pe bază anuală).

Tabela Nr. 11.

No. de ord. din graf.	Nomencl. in- tern. prescurt.	Cauze de deces	1933	1934												1935				
			Dec.	Jan.	Febr.	Marie	Aprilie	Mai	Iunie	Iulie	Aug.	Sept.	Oct.	Noem.	Dec.	Jan.	Febr.	Marie	Aprilie	Mai
1	38	Malformațiuni cong. și boale pri- mei copilării . . .	328.0	274.6	322.2	350.1	368.2	317.6	398.4	439.9	403.8	377.0	399.3	376.3	370.3	474.1	619.4	411.9	375.2	336.9
2	39	Senilitate . . .	458.9	357.0	374.0	332.3	321.1	250.3	252.1	237.2	233.7	239.1	282.8	324.3	368.6	459.1	658.6	415.9	339.1	277.1
3	27	Pneumonii . . .	388.9	307.7	318.3	353.2	358.5	256.4	244.2	215.8	201.2	200.3	275.7	338.9	435.7	537.2	879.9	501.5	359.1	275.1
4	29a	Diaree și enterită sub 2 ani* . . .	55.7	40.3	38.6	46.2	56.9	106.7	310.5	550.0	551.9	371.0	212.1	111.0	67.6	53.7	64.7	50.0	52.9	64.5
5	10	Tuberculoza ap. respirator . . .	126.8	132.0	153.8	175.7	186.4	167.6	142.5	127.8	115.4	103.7	109.5	111.0	131.7	154.0	231.7	196.4	197.5	177.4
6	24	Boale inimii . . .	116.3	104.5	114.1	108.9	111.2	88.3	89.8	77.2	83.2	86.5	96.3	108.4	116.7	138.4	186.8	132.2	119.3	106.8
7	33	Nefrite . . .	48.5	45.8	45.6	46.7	49.3	41.0	41.3	43.4	45.2	43.2	47.1	51.6	52.6	58.3	73.3	56.3	51.0	52.9
8	28	Alte boli ale ap. respirator . . .	72.3	54.9	52.0	51.2	53.0	44.4	39.8	35.5	38.3	34.6	44.5	54.8	58.1	71.6	128.0	81.6	65.0	53.6
9	26	Bronșite . . .	33.4	31.4	30.4	30.5	29.4	21.0	20.7	20.0	19.4	16.3	25.3	33.8	39.1	49.6	85.5	51.8	34.5	23.5
10	8	Gripă . . .	11.5	10.5	11.0	12.0	12.0	5.8	3.9	2.4	2.7	3.6	5.4	8.0	12.9	34.1	296.3	102.6	24.8	7.4

* Nu sunt cuprinse și decesele peste 2 ani.

R. Pearl¹⁵, în studiul făcut, cu multă precizie matematică asupra gripei din 1918, a găsit, că epidemia a avut cea mai strânsă asociație, în ce privește mortalitatea, cu tuberculoza, bolile de inimă și nefritele cronice. Această diferență, în ce privește repercusiunea epidemiei asupra celorlalte cauze de deces, dintre ultimele două epidemii mari, provine din cauza deosebirilor în selecțiunea vârstei. Epidemia din 1935 atacând mai ales copiii, a influențat în special cauzele de deces caracteristice acestei vârste: pneumoniile. Această acțiune se observă din tabela următoare.

Mortalitatea prin pneumonii în România (List. int. 107—109) pe sexe și vârstă dela 1 Ian.—30 Aprilie 1935¹⁴).

(Proporții la 100,000 de loc. pe bază anuală).

Tabela Nr. 12.

	Sexe		Vârsta în ani											
	Bărbați	Femei	0—1	1—4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—	Nec.
Decese Total	18,189	17,029	9,062	13,340	2514	866	486	658	1,078	1,260	1,859	2,247	1,841	7
Prop. la 100,000	582.8	529.4	4015.6	1912.1	326.5	170.7	65.7	116.0	116.5	172.9	352.5	640.2	677.6	27.1

Suprapunerea dintre mortalitatea specifică pe vârstă de pneumonii și gripă (vezi tabela Nr. 10) e evidentă. Și la pneumonii, ca și la gripă, mortalitatea copiilor sub 5 ani, în special a celor sub 1 an, a fost enormă. În luna Februarie numai, din 12,827 de decese prin pneumonii, 3,235, adică 25.2% au fost date de copiii sub 1 an și 8,306, sau 64.8% de cei dela 0—4 ani. Nici decesele sub 1 an nu sunt repartizate proporțional pe toate cele 12 luni de vârstă. Copiii sub o lună, au fost aproape scutiți; din cei 3,235 de copii decedați, numai 116, adică 3.6% au avut vârsta dela 0—1 lună. Pentru a ilustra respectarea vârstei sub 1 lună, dăm cifre de comparație. În anul 1934, din 100 de decese de vârstă dela 0—1 an, 40.5% au avut loc printre copiii cari nu au trecut de o lună. Selecțiunea copiilor sub vârsta de o lună, de bună seamă se datorește unei imunități naturale antigripale, care până acum a fost considerată, că se menține până la sfârșitul primului an de viață (Debré¹⁴).

Ținând seamă, că dela 1 Ian. — 30 Aprilie 1935, gripa din România a produs cu 6,919 mai multe decese, decât în perioada corespunzătoare din 1934, iar celelalte cauze de deces asupra cărora epidemia a avut influență, și-au urcat cifra, peste cea obișnuită cu 39,156 de decese, putem să ne pronunțăm, că epidemia s'a repercutat asupra populației, mai ales prin complicațiunile mortale cari au avut loc. Astfel dacă am scădea din decesele de gripă și numărul celor cari au avut două sau mai multe diagnostice, atunci de sigur, cifra deceselor cari ar rămâne numai pentru gripă, ar scădea foarte mult. (Conform manualului listei internaționale a cauzelor de deces⁶ și de acord cu „The manual of joint causes of deaths“, după cari se face prelucrarea cauzelor de deces și la noi, când în buletinul de deces sunt trecute mai multe cauze de deces, dintre cari una e infecto-contagioasă, atunci aceasta din urmă are precădere și este prelucrată).

Asupra altor cauze de deces, decât cele expuse în grafica precedentă, epidemia a mai avut o ușoară influență, dar neînsemnată, pentru mortalitatea generală și asupra mortalității prin paludism, apendicită, septicemie, etc. Cluj / Central University Library Cluj

F) Concluziuni

1. Epidemia de gripă din iarna 1934—35, își are origina din America de Sud, de unde prin Statele-Unite ale Americii, a fost adusă și în România.

2. În România a intrat prin Sud-Estul țării, pe căile maritime și fluviale. Ziua mediană a epidemiei în Dobrogea a fost în 2 Febr. iar în Banat în 23 Febr. 1935.

3. Evoluția epidemiei a fost scurtă, de 11 săpt., dintre cari apogeul a durat 3, dela 6—23 Febr. Epidemia a avut un singur val.

4. Frecvența îmbolnăvirilor a fost mijlocie, dela 16 Ian. — 7 Aprilie s'au declarat oficial 239,613 de cazuri. Proporția maximă a morbidității la 100,000 de loc., a fost de 18,006.6 și a avut loc dela 8—15 Febr.

Indicele epidemic a fost foarte urcat, de 7.5 la 1000 loc. Mortalitatea de gripă și de cauzele de deces asupra cărora epidemia a avut repercusiuni vădite s'a urcat în intervalul Ian.—Apr. din 1935, dela 14.3 cât era în lunile corespunzătoare din anul 1934, la 21.8 la 1000 de locuitori.

Epidemia a produs peste 46,000 de victime.

5. Epidemia a fost mult mai gravă în mediul rural, decât în cel urban.

6. Caracteristica principală a epidemiei a fost, că a avut mortalitatea maximă atât prin gripă, cât și prin intermediul altor cauze de deces, influențate de gripă, mai ales în grupa de copii sub 1 an, și în cea dela 1—4 ani. Grupele de vârstă formate de ceilalți copii, de adolescenți și de adulții tineri au dat mortalități reduse, puțin deasupra celor obișnuite.

7. Evoluția selecțiunii vârstelor, dela pandemia din 1889—1935, lasă să se intervadă, că gripa produce imunitate, a cărei durată și frecvență deocamdată nu o putem stabili. Copiii sub vârsta de o lună au imunitate naturală.

8. Epidemia de gripă din 1935, în România a avut repercusiuni asupra următoarelor cauze de deces: pneumonii, bronșite, tuberculoza aparatului respirator, alte boli ale ap. resp., bolile primei copilării, senilitate, diareea și enterita copiilor sub 2 ani și asupra bolilor de inimă.

S U M M A R Y

The influenza epidemic from the winter of 1934—35 has its origine in South America, wherefrom, through the U. S. A. was brought in Roumania.

In Roumania entered in its South=Estern part through its maritim and fluviat communication. The median day of the epidemic in Dobrogea was February 2nd and in Banat February 23rd 1935.

The epidemic was of short duration, — 11 weeks —. The summit was of 3 weeks duration, from 6—23 February, having a single wave.

The morbidity was moderate. From January 16, to April 7, there were declared officially 239,613 cases. The greatest proportion of morbidity per 100,000 population was of 18,000.6 between 8—15th February 1935.

The epidemic index was very high i. e. 7.5 per 1000 population. The mortality caused by the influenza epidemic and by the other causes of death, wich were influenced by it was very high. The general mortality during the months of January=April 1934

was of 14.3 and for the same period of time in 1935 was of 21.8 per 1000 population.

The epidemic had more than 46,000 victims (deaths).

The epidemic was more sever in rural than in urban area.

The characteristic of this epidemic was that gave a mortality from influenza and by the other causes influenced by it, especially among the children under 1 year and among those of 1—4 years of age. The other age groups gave reduced mortality due to the epidemic giving a general mortality a little higher than usual during the epidemic.

The age selecting evolution of the influenza epidemics since de pandemic from 1889 until 1935 makes us to believe, that the influenza gives a immunity. The duration and the frecvency of this immunity can not yet be established. The children up to one month of age have a natural immunity.

The epidemic of influenza from 1935 did influence the follo- wing causes of death: pneumonia, bronchitis, tuberculosis of the respiratory system, other diseases of the respiratory system, diseases of early infancy, senility, diarrhea and enteritis of children under 2 years of age and the heart diseases.

Bibliografie

1. Legea sanitară și de ocrotire, Buc. 1930. Imprimeria Centrală.
2. Legea Sanitară, în vigoare în Ardeal, etc., modificată conform Decr. No. XXI al Consiliului Dirigent. 1920. Tipogr. Națională, Cluj.
3. Rapport épidémiologique mensuel, Nr. 124, Genève, 1929.
4. Ibidem, Nr. 153, 1931.
5. Manual of the International List of Causes of Death. Washington, 1929.
6. Rapport épidémiologique mensuel, Nr. 167, Genève, 1933.
7. Ibidem, No. 180, 1935.
8. Ibidem, No. 177, 178 din 1935.
9. Communicable diseases reported for week period, 1934—35. Publicația Direcției Sănătății din Min. M. S. O. S. Buc.
10. Public Health Reports. Washington, 1921.
11. Buletinul Demografic al României, 1934—35. Buc., Inst. Central de Statistică.
12. Rosenau : Preventive Medicine and Hygiene, New-York, 1935.
13. Pottevin : Rapport sur la pandémie grippale de 1918—1919. Office. International d'Hygiène Publique, T. XIII. No. 1, 1921.
14. Bernard L. și Debré R. : Cours d'Hygiène. T. I. 1927. Ed. Masson.
15. Pearl R. : Influenza studies. Publ. Health Reports, Aug. 1919, Washington..

Indicele nasal la români, săcui și unguri.

de I. FĂCĂOARU

Continuăm a da rezultatele cercetărilor noastre antropologice, făcute în vara anului 1934, în regiunea săcuiască. Datele de până acum — statura, indicele cefalic și indicele facial — le adăogăm indicele nasal. Investigațiile¹⁾ privesc populația română de ambe sexe din comunele: Voșlăbeni (Ciuc) cu 2.015 suflete, săcuii din com. Lăzarea (Ciuc) cu 4822 loc., și ungurii din comunele Pănet (Mureș) cu 1813 loc. și Săbed (Mureș) cu 1043 loc. În material sunt numai adulți dela 20 de ani în sus. Nr. persoanelor măsurate, distribuția frecvenței indicelui nasal cum și parametrii statistici îi avem în Tab. 1.

Deoarece indicele nasal ($\frac{\text{lărg. nasală} \times 100}{\text{înălțimea nasală}}$) se distribuie numai în cele 4 clase: hiperleptorini, leptorini, mezorini și chamerini și cum numărul acestor clase este prea restrâns pentru a urmări mersul curbei, am divizat prima din cele 4 categorii în 2 clase, iar pe celelalte 3 categorii în câte 3 clase, obținând în acest chip 11 clase. Asta fără să fie necesară vreo schimbare în diviziunea lui Martin redată anii trecuți într'o broșură²⁾.

I. *Diferențe sexuale.* Spre a trata problema mai concis, mi se pare indicat să consider populația la un loc, fără deosebire de sexe. Fiind vorba de un indice și deci de un raport între două caractere morfologice lucrul nu prezintă principial nici o dificultate. Altfel ar fi în cazul unui caracter expus variațiunilor sexuale.

Mediile ind. n. la ambele sexe considerate pe neam sunt foarte apropiate. Româncele cu media i. n. de 63.5 au un nas ceva mai larg ca bărbații români cu i. n. de 63.0. Diferența e foarte mică: 0.5. În schimb, săcuencele au o medie mai mică, cu o diferență tot de 0.5. Și mai avantajate sunt maghiarele. Ele au un nas mai îngust cu media indicelui nasal mai mică, diferența fiind 1.4. Dacă urmărim distribuția frecvenței din Tab. 2 ne încredințăm de echivalența procentuală aproximativă pentru toate cazurile, cu o singură excepție: femeile maghiare sunt într'o mare proporție (41.9%) hiperleptorine.

¹⁾ Prelucrarea materialului o datoresc soției mele, dnei Tilly Făcăoaru.

²⁾ I. Făcăoaru: „Elemente de Antropologie“.

Distribuția frecvenței indicelui nazal la români, săcui și unguri.

N = nr. indivizilor; M = media; σ = sigma, deviația standard; $\sigma\%$ sau v = coeficientul de variație.

Tabela Nr. 1.

ORIGINEA ETNICĂ (satul)				Hiperleptorini		Leptorini			Mezorini			Chamerini			N	M \pm m		σ	$\sigma\%$	Categoria după indicele nazal mediu	
				x	-	54.9	55.0	-	69.9	70.0	-	84.9	85.0	-							99.9
				x - 49.9	50.0 - 54.9	55.0 - 59.9	60.0 - 64.9	65.0 - 69.9	70.0 - 74.9	75.0 - 79.9	80.0 - 84.9	85.0 - 89.9	90.0 - 94.9	95.0 - 99.9							
Voșlăbeni (români)	Bărbați	n	1	15	33	49	34	15	4	1	-	-	-	152	63.0 \pm 0.349	6.37	10.11	Leptorini			
	%	0.6	9.9	21.7	32.3	22.4	9.9	2.6	0.6	-	-	-	100								
	Femei	n	3	9	34	48	30	21	1	1	1	1	149	63.5 \pm 0.386	6.99	11.01	Leptorine				
	%	2.0	6.0	22.8	32.2	20.1	14.1	0.7	0.7	0.7	0.7	-	100								
I.ăzarea (săcui)	Bărbați	n	9	30	56	57	26	4	4	1	1	1	189	60.3 \pm 0.346	7.06	11.70	Leptorini				
	%	4.8	15.9	29.6	30.2	13.8	2.1	2.1	0.5	0.5	0.5	-	100								
	Femei	n	10	51	91	86	29	16	2	-	-	-	285	59.8 \pm 0.246	6.16	10.30	Leptorine				
	%	3.5	17.9	31.9	30.2	10.2	5.6	0.7	-	-	-	-	100								
Pânet & Săbed (maghiari)	Bărbați	n	13	60	84	72	23	12	2	1	-	-	1	268	59.1 \pm 0.274	6.66	11.27	Leptorini			
	%	4.8	22.4	31.3	26.9	8.6	4.5	0.7	0.4	-	-	0.1	100								
	Femei	n	26	78	60	53	18	7	4	-	-	1	1	248	57.7 \pm 0.318	7.43	12.38	Leptorine			
	%	10.5	31.4	24.2	21.4	7.3	2.8	1.6	-	-	0.4	0.4	100								

Asemănarea morfologică a nazului în populația de ambe sexe rezultă și din similitudinea în distribuția frecvenței indicelui nazal.

Tabela Nr. 2.

		Hiperletorini	Leptorini	Mezorini	Chamerini	Total	
x — 54.9		55.0 — 69.9	70.0 — 84.9	85.0 — 99.9			
B ă r b a r i	Români	n	16	116	20	~	152
		o/o	10.5	76.3	13.2	—	100
	Săcui	n	39	139	9	2	189
		o/o	20.6	73.5	4.8	1.1	100
	Maghiari	n	73	179	15	1	268
		o/o	27.2	66.8	5.6	0.4	100
F e m e i	Românce	n	12	112	23	2	149
		o/o	8.1	75.2	15.4	1.3	100
	Săcuence	n	61	206	18	~	285
		o/o	21.5	72.3	6.2	~	100
	Maghiare	n	104	131	11	2	248
		o/o	41.9	52.9	4.4	0.8	100

Calculând diferența semnificativă pe sexe, aceasta rămâne cu mult sub 3, ceea ce înseamnă că deosebirile sexuale sunt neglijabile. La români, diferența e 0,96, la săcui 0,59, iar la maghiari 1,5.

Diferențieri etnice. Diviziunea claselor lui Martin în subclase ne îngăduie să urmărim cu mai multă exactitate variația curbilor în Graficul 1, care este expresia intuitivă a Tab. 3.

Pentru a stabili diferențele celor trei grupe etnice, avem la îndemână o primă metodă, care e și cea mai simplă: considerarea mediei aritmetice a indicelui nazal. Egalând media i. n. la români — care e 63.2 — cu 100, media săcuilor — care e 60.0 — atinge 94,9%, iar media i. n. la maghiari — care cu 58.4 e cea mai mică — atinge 92,4% — din aceea a românilor. Făcând diferențele mediilor celor trei grupe, etnice avem:

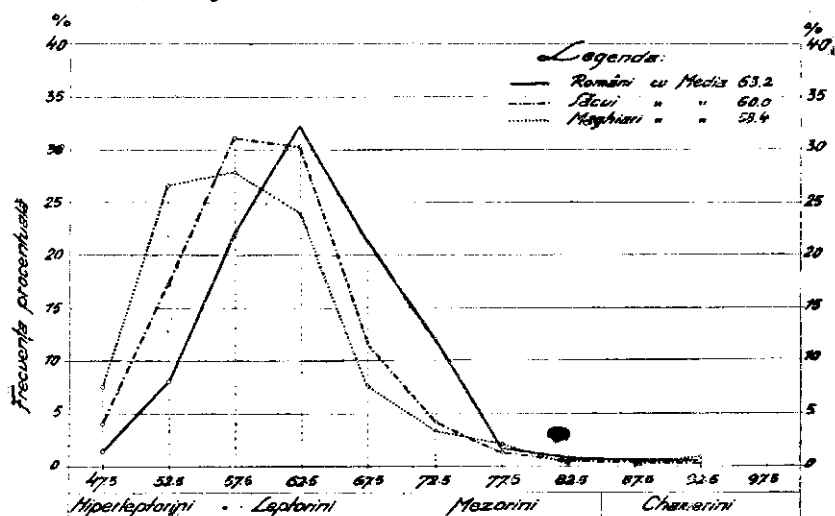
R 63.2—58.4 M= 4.8; R 63.2—60.0 S= 3.2; S 60.0—58.4 M= 1.6.

Distribuția frecvenței indicelui nasal în cele trei meamuri cu populația de ambe sexe la un loc.

Tabela Nr. 3.

Originea etnică	Lipeteptorini		Leptorini		Mezorini		Chamerini		Nr. total	Media i. n.							
	%	n	%	n	%	n	%	n									
ROMĂNI	47.5	4	57.5	67	62.5	64	72.5	71.5	82.5	87.5	92.5	97.5	301 63.2				
	49,9-50,0-54,9	24	55,0-59,9	22,3	60,0-64,9	65,0-69,9	70,0-74,9	75,0-79,9	80,0-84,9	85,0-89,9	90,0-94,9	95,0-99,9		100			
SACUI	4.0	19	17.1	81	31.0	147	30.2	143	55	20	6	1	1	1	1	2	474 60.0
	17.1	81	31.0	147	30.2	143	11.6	55	4.2	20	1.3	6	0.2	1	0.2	1	100
MAGHIARI	7.5	39	26.7	138	27.8	144	24.2	125	41	19	6	1	—	1	0.1	2	516 58.4
	26.7	138	27.8	144	24.2	125	7.8	41	3.6	19	1.9	6	0.1	1	0.1	2	100

Distribuția frecvenței indicelui nasal la români, săcui și maghiari. Populația de ambele sexe împreună.



BCU Cluj / Graf. 1. University Library Cluj

Diferența cea mai mică este între săcui și maghiari: 1.6. O diferență de 2-ori mai mare avem între români și săcui: 3.2. În fine, deosebirea cea mai mare o avem între români și maghiari: diferența de 4.8 între ei este de 3-ori mai mare ca diferența între săcui și maghiari. Așadar, deși săcuii se apropie mai mult de maghiari decât de români, ei păstrează totuși o poziție intermediară între maghiari și români. Cu alte cuvinte, din p. d. v. al i. n., săcuii se deosebesc mai puțin de români decât maghiarii.

Distribuția frecvenței indicelui nasal în cele trei populații fără deosebire de sex și cu restrângerea claselor la cele patru categorii.

Tabela Nr. 4.

		Hiperleptorini		Leptorini		Mezorini		Chamcerini		Total
		x	— 54.9	55.0	— 69.9	70.0	— 84.9	85.0	— 99.9	
Români	n	28		228		43		2		301
	%	9.3		75.8		14.3		0.6		100
Săcui	n	100		345		27		2		474
	%	21.1		72.8		5.7		0.4		100
Maghiari	n	177		310		26		3		516
	%	34.3		60.1		5.0		0.6		100

Să considerăm în Tab. 4 mai de aproape distribuția frecvenței indicelui nasal pe categorii în cele 3 grupe etnice cu ambele sexe reunite. Tus=trele neamurile dau proporția cea mai mare în categoria „leptorini”. Românii cu 75.8%, urmează săcuii cu 72.8%, cu o dif. de 3% și vin la urmă maghiarii cu 60.1%, ceea ce dă o dif. față de români de 15.7%, sau față de săcui o dif. de 12.7%, — adică de 4 ori mai mare ca diferența între români și săcui. Dacă în categoria „mezorini” românii sunt de 2—3-ori mai numeroși ca săcuii și maghiarii, în schimb românii sunt de $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ mai puțin numeroși decât săcuii și maghiarii în categoria „hiperleptorini”. Categoria „chamerini” — cu nasul cel mai larg — nu contează, din cauza nrului mic de indivizi. Proporțiile rămân totuși echivalente.

Diferența semnificativă este metoda cea mai proprie care ne îngăduie a stabili, dacă între două eșantioane există o diferență reală sau nu¹. Considerând eșantioanele două câte două avem diferențele:

	bărb.	femei
Români-Săcui:	5.5	4.3
Români-Maghiari:	8.8	11.6
Săcui-Maghiari:	2.7	2.5

Diferențele dintre români și săcui și români și maghiari sunt semnificative, ele depășind cifra 4. Diferențele nu sunt semnificative, între săcui și maghiari. De reținut este faptul că și pe această cale săcuii se depărtează de români mai puțin decât maghiarii. Săcuien=cele sunt cele mai apropiate de români, iar cele mai depărtate sunt maghiarele.

Diferența între eșantioanele români-maghiari, este mai mare pentru femei. Nu este lipsită de importanță echivalența celor două diferențe pentru săcui-maghiari: în comparația a două neamuri, variația diferenței între eșantioanele unui sex apare dependentă de variația diferenței dintre eșantioanele celuilalt sex.

* * *

Ca să preîntâmpinăm orice interpretare nepotrivită cu rezultatele, adăogăm, că toate concluziile noastre au o valoare relativă. Motivul

¹ Formula generală este: $\frac{M-M'}{\sqrt{m^2 + m'^2}}$ în care M și m sunt media și eroarea probabilă respectivă a eșantionului. Când câtul > 3, diferența se consideră semnificativă. Prima dată am recurs la această metodă în discuția problemei indicelui morfologic facial în „B. E. și Biop.” din Aprilie-Iunie 1935.

abținerii dela orice generalizare este clar: dacă pe acest material n'am găsit diferențieri sexuale în ce privește indicele nasal, s'ar putea ca pe un alt material să putem stabili asemenea diferențieri. Dacă n'am găsit diferențieri între săcui și maghiari, să nu se uite că e vorba de săcuii din Lăzarea și de maghiarii din Pănet și Săbed. Dacă am găsit diferențe între români și săcui, e vorba de românii din Voșlăbeni și săcuii din Lăzarea. Cum s'ar prezenta lucrul dacă am avea la îndemână o serie comparabilă de sate maghiare, române și săcuesti, nu știm.

Diferențele structurale morfologice între două neamuri sunt foarte probabile, dar tot probabile sunt cazurile întâmplătoare de asemănare a două neamuri deosebite, indiferent dacă ele trăesc în acelaș sat sau în sate deosebite. Putem găsi o mare variabilitate a unui caracter la acelaș neam, după cum putem găsi asemănări ale aceluiași caracter între părți din populațiunile a două neamuri diferite. Răspunsul la întrebarea: dacă două sau mai multe grupe etnice se deosebesc sau nu din p. d. v. al unui caracter morfologic nu poate fi dat, decât pe baza cercetărilor extinse asupra unui material mai bogat. Cercetările parțiale sunt indicii, oricât de prețioase, dar numai indicii. De aici nu urmează nici că cercetările trebuie să cuprindă toți indivizii unui grup etnic, spre a putea trage concluzii definitive. Numai cât, valabilitatea concluziilor este cu atât mai mare, cu cât stocul populației cercetate este mai mare, așa încât materialul să îngăduie o cât mai mare apropiere de realitate. Materialul trebuie să fie cu atât mai extins cu cât grupa etnică indică o mai mare variabilitate a caracterului considerat, și aceasta e cazul cu amestecurile rasiale intense. Pentru a avea caracteristica somatică a unui trib de țigani nomazi perfect omogen, ne putem limita la cercetarea unui număr de adulți, care să nu depășească $\frac{1}{20}$ sau $\frac{1}{30}$ din totalul populației. Acelaș lucru e cu locuitorii de rasă pură nordică dintr'un sat ascuns în fiordurile norvegiene sau cu un trib de pigmei: 50—100 de pigmei puri reprezintă caracteristica somatică a întregului popor de pigmei. Studiul unui amestec rasial între pigmei, hotentoti și negri, de pildă, ar fi pe alt plan, analog cercetării popoarelor europene.

In rezumat:

1. *Diferențe sexuale.* Din punct de vedere al diferențierilor sexuale, forma nasului este aproximativ aceeaș în populația de ambe sexe a fiecărui neam considerat aparte. Pentru similitudinea formei nasului în ambele sexe vorbesc mediile, distribuția proporțiilor pe categorii și comparația pe baza metodei diferenței semnificative.

2. *Diferențe etnice.* a) Cel mai mare indice nasal mediu îl au românii cu 63,2, cel mai mic maghiarii cu 58,4, săcuii având un i. n. intermediar cu 60,0.

b) Diferențe semnificative din p. d. v. al indicelui nasal am stabilit între români și maghiari și între români și săcui, pentru ambele sexe. Diferențele între români și săcui sunt mici, iar cele mai mici sunt între maghiari și săcui.

Résumé. 1. Nous avons comparé l'indice nasal des habitants des deux sexes de 4 villages de Transylvanie: Roumains de Voșlăbeni (dép. Ciuc), Sicules de Lăzarea (dép. Ciuc) et Hongrois de Pănel et Săbed (dép. Mureș).

2. *Différences sexuelles.* La forme du nez se ressemble dans les deux séries du chaque nation. C'est sont les valeurs moyennes, la distribution de la fréquence par classes et la comparaison à l'aide de la méthode de la différence significative, qui nous conduisent à cette conclusion.

3. *Différences ethniques.* a) Les Roumains ont le plus grand indice avec 63,2, les Hongrois le plus petit avec 58,4 et les Sicules ont un indice intermédiaire avec 60,0.

b) La plus grande différence significative se trouve entre les Roumains et les Hongrois. Il y a une différence plus petite entre Roumains et Sicules. Entre les Sicules et les Hongrois la différence est trop petite pour être significative. Les différences d'un peuple à l'autre sont établies pour les deux séries: masculine et féminine.

Considerațiuni asupra vaccinării simultane contra difteriei și scarlatinei în municipiul Timișoara. ¹

de

Dr. LEONTE MUNTEANU,
medic șef de municipiu Timișoara.

Referitor la bolile contagioase, cari sunt endemice în mediul civilizat, epidemiologia a fixat oarecari reguli. Aceste reguli obținute întâi pe cale empirică suferă, ca în general regulile biologice, de frecvente excepții. S'a sperat în epoca de înflorire a bacteriologiei, că multe din misterele epidemiologiei vor fi lămurite prin bune cunoștințe

¹ Conferință ținută la Societatea științelor medicale Timișoara.

bacteriologice. Speranțele acestea nu s'au îndeplinit întocmai, nici chiar după marele progrese în serologie și imunologie din ultimele decenii. În jurul bolilor epidemice, mai ales a celor ce băntuiesc în mediu civilizat, mai persistă multe fenomene greu de explicat. Prin strângerea de date statistice se încearcă lămurirea fenomenelor, dar statistica oricât ar părea de rigidă și indiscutabilă, totuși ascunde elasticități, cari pot să producă erori de interpretare, mai ales dacă se bazează pe cifre mici și dacă timpul de observație este scurt.

Epidemiile izbucnite în mediul virgin au stil curat, adică un decurs tipic; decursul bolilor endemice în mediu urban însă nu corespunde de loc stilului stabilit în mediu virgin.

În mediul endemizat se produce un nou complex de probleme și se ivesc noi regularități. Endemiile au perioade de relativă latență și altele de intensitate exaltată, cu valori epidemice cari fac impresia că agentul patogen și-ar fi schimbat caracterul. Aceste perioade alternează uneori cu oarecare regularitate, alteori la aparență capricios.

Scarlatina și difteria, după vindecare, lasă pe urma lor o rezistență specifică, care nu trebuie să fie absolută. Această imunitate poate determina o rezistență față de infecțiuni ușoare, puțin virulente, ea însă în cazuri rare poate fi insuficientă față de infecțiuni masive sau intense.

Există indivizi cu o imunitate în aparență spontană. De ex. copiii noi născuți prezintă asemenea imunitate, probabil prin anticorpi obținuți diaplacentar dela mamă.

Ca imunitate spontană se prezintă însă adeseori și imunitatea acelorora, cari au suferit infecțiunea, boala însă ori a decurs abortiv, ori a rămas nedagnosticată. De obicei asemenea infecțiuni rămân oculte, fiindcă germeul s'a introdus în doze mici sau fiindcă el a fost relativ avirulent, că organismul atacat a dispus de o rezistență naturală sau specifică provenită din infecțiuni mai vechi. Nu este exclus, ca țesuturile în jurul porților de atac ale germanului să prezinte vreo conformație deosebită, care conferă o putere de rezistență mărită unor indivizi. În fine este o regulă generală, că organisme bine întreținute, în cari întregul aparat de protecție sero-humorală și celulară este în perfectă stare de funcționare, vor învinge ușor oarecari infecțiuni, astfel, că ele ușor rămân oculte. Astfel față de anumite boli rezultă o receptivitate scăzută a colectivităților omenești. Scăderea va fi cu atât mai pronunțată cu cât mai frecvent ajung indivizii în contact cu germanii bolii, având ocazie să se imunizeze.

Fenomenul acestei imunități pe căi mai mult sau mai puțin

oculte a găsit în terminologia franceză prin Jaquot încă din 1865 o numire, — immunisation a petites doses — care mi se pare până în ziua de azi cea mai numărată și cea mai pregnantă față de diversele numiri întrebuintate. Germanii au creat pentru această imunizare pe cale ocultă cuvântul „Stille Feiung“.

În bolile mediului civilizat imunizarea prin doze mici joacă un rol deosebit de mare, mai ales în scarlatină și difterie, dovadă că, atât prin reacții Schick și Dick cât și prin observațiuni și calcule epidemiologice, s'a ajuns la constatarea, că copiii până la 15 ani sunt în cca 60—65% imuni față de scarlatină și în cca 80—85% imuni față de difterie. Receptivi rămân bineînțeles cca 35—40% față de scarlatină și cca 15—20% față de difterie. Aceste cifre empirice, obținute de Grotstein după îndelungate observațiuni și statistici în 1885, au fost verificate de mulți alții prin reacții Schick și Dick, ele sunt însă supuse unor variațiuni destul de mari după regiuni și după epocile de endemii calme, cari alternează cu epocile valurilor endemice — mai mult sau mai puțin alarmante. Cu cât o endemie este mai intensă adecă cu cât germeii bolii sunt mai răspândiți, cu atât mai multe persoane au ocazia să se imunizeze, fie pe cale ocultă, fie prin îmbolnăviri manifeste. Astfel numărul receptivilor, scade proporțional cu amploarea valurilor. Numărul receptivilor în schimb crește în timpul endemiilor calme.

Asemenea epoci însă în mediul nostru urban nu au existat de 50 de ani. Unde imunizarea pe cale naturală obține rezultate de 2—3 ori mai bune, acolo este logic ca și imunizarea artificială (prin vaccinări) să obțină rezultate mai bune. Adecă dacă imunizarea naturală față de difterie obține rezultate de 80—85%, iar față de scarlatină numai 60—65% este logic ca și dela vaccinări, presupunând valoarea egală a vaccinurilor, să obținem rezultate proporțional asemănătoare.

Divergențele în rezultatele imunizării naturale vor fi însă în anumiți ani încă mult mai mari, dacă luăm în considerare anii premergători, cari crează imunități colective, când mult mărite, când mult scăzute, față de cifrele medii de mai sus.

Mai clar se poate observa periodicitatea valurilor epidemice, la pojar și mai ales în orașe mari. Situația este asemănătoare și în scarlatină și difterie deși valurile nu se repetă tocmai așa de ritmic și diferența între amplitudinea valurilor epidemice și între nivelul obișnuit al endemiilor este mai mică.

Un alt fenomen epidemiologic în mediul civilizat și endemizat se poate cuprinde în următoarea regulă. Cu cât densitatea populației

este mai mare, cu atât anumite boli epidemice vor prefera vârstele mai fragede, devenind „boli de copii” cu atât mai pronunțate. Aceasta în urma faptului, că cei adulți ajungând deja în finerețe în contact cu boala, au devenit mai mult sau mai puțin imuni, fie că au suportat boala manifestă, fie că infecțiunea a rămas ocultă.

Deci, în mediul slab endemizat al aglomerațiilor urbane, frecvența îmbolnăvirilor la adulți ne permite să deducem că a premers o perioadă de latență cu urmarea, că lipsind ocaziile de molipsire, procesul de imunizare naturală a întârziat.

Un alt fenomen în epidemiologie este cuprins în noțiunea de patomorfoză. În diverse boli epi- și en-demice s'au observat variații surprinzătoare în ce privește frecvența și mai ales gravitatea îmbolnăvirilor.

Asemenea patomorfoză mult discutată s'a semnalat în toată Europa în ultimii 8 ani, când au reapărut epidemiile de difterie malignă, cari vre-o 30 de ani au fost relativ rare în mediul civilizat,

Și în scarlatină s'a observat în ultimele decenii o patomorfoză favorabilă, care a fost atât de pregnantă încât s'a creat o nouă numire pentru scarlatina atipică și ușoară numita boala lui Duker-Filatow. Cum însă malignitatea a putut să revină în difterie, așa ea ar putea reveni și în scarlatină.

Înainte de a intra în discuția rezultatelor trebuie să reamintesc faptul, că propagarea difteriei și scarlatinei se produce în primul rând prin purtători de germeni. Depistarea acestora este principal posibilă și relativ ușoară în difterie, nu însă în scarlatină.

Este un fapt paradox, totuși bine verificat, că deși bolnavul este o sursă de infecție mai puternică decât purtătorul, totuși marea majoritate a transmisiunilor de difterie și scarlatină se face prin purtători. Această împrejurare explică repartiția capricioasă a îmbolnăvirilor în mediul urban și ineficacitatea măsurilor șablonice preventive, cari sunt atât de utile în alte epidemii. Astfel va fi de obicei tardivă și foarte puțin eficace izolarea bolnavului, care în practică nici în spitale nu este „hermetică” și totdeauna iluzorie în familie. Tot așa tardivă și zădărnice va fi desinfecția, mai ales cea simbolică practică la noi. De puțină eficacitate este și interdicția aglomerațiilor mai ales la noi, unde această măsură se reduce în practică la închiderea școlilor. Aceasta se face de obicei sub titlul unei desinfecții, și chiar dacă nu ar fi simbolică ci efectivă, nu ar avea vre-un deosebit rezultat, practic, fiindcă ea nu atinge sursele principale adică purtătorii. Aceste măsuri (izolare, desinfecție, închidere de școli) sunt în practică tardive, chiar

și dacă ar fi executate ideal. Vom evita pe cât se poate închiderea școlilor, dar nu vom renunța niciodată la măsuri de desinfecție și izolare, fiindcă contează și minimalul rezultat practic, apoi fiindcă altfel ne-am expune la interminabile acuze din partea publicului și în fine ele joacă un important rol educativ pentru public, care ar refuza sau neglija aceste măsuri chiar și față de alte boli, în cari ele au un efect excelent. Nu ne putem amăgi cu iluzii în ce privește eficacitatea măsurilor de șablon. Nu rămâne decât să recurgem la măsuri noi, cum sunt vaccinările preventive. În sensul acestora am început în anul trecut vaccinarea contra difteriei și scarlatinei. Am fost atunci în gravă dilemă asupra procedurii ce urma să adoptăm. Ministerul a declarat obligatorii vaccinările cu anatoxină Ramon contra difteriei, lăsând la aprecierea personală obligativitatea vaccinărilor contra scarlatinei cu toxina formolată Dick. *Pe alocurea* aceste din urmă vaccinări nu au dat rezultatele dorite. Față de aceasta Institutul de igienă Cluj (Prof. Moldovan) în urma a mii de observații făcute de Dr. Turcu și colaboratori în diverse localități a arătat că, aplicând simultan vaccinul Ramon și Dick se ridică eficacitatea ambelor în comparație cu eficacitatea vaccinărilor făcute separat contra difteriei și separat contra scarlatinei. Această constatare a fost verificată de Dr. Turcu și prin serii de reacții Dick și Schick. Mult a contat în momentul decisiv știrile primite din Cluj, unde s'au făcut mii de vaccinări simultane fără accidente serioase și unde vaccinarea simultană în general n'a produs reacțiuni mai grave, decât vaccinarea simplă contra difteriei.

În urma acestora precum și a faptului, că și în străinătate s'au făcut combinații de vaccinuri, cu rezultate favorabile, am cerut și autoritățile competente au aprobat obligativitatea vaccinărilor simultane pentru orașul Timișoara. Rezultatele noastre cred, că ar fi devenit și mai favorabile dacă sistemul s'ar fi estins și asupra județului nostru, în care însă s'a făcut numai parțial vaccinarea antidifterică.

Pentru Timișoara, în care cele mai multe familii n'au decât un singur copil, am crezut necesare unele măsuri de precauțiune în plus. Adică temându-ne de reacțiile uneori puternice, ce urmează injecțiilor, am ținut de necesar ca dela vârsta de 9 ani începând să aplicăm vaccinările în doze fracționate, stabilite după o prealabilă probă „Moloney“.

Posibilitatea acestei reacții denotă o stare alergică, adică o sensibilitate exagerată față de diverșii componenți ai vaccinului, cari nu sunt identici cu toxina.

În primul rând contează între acești componenți produsele de desagregare ale microbului, cari sunt materii proteice specifice în vac-

cin pe lângă toxină. În al doilea rând există în vaccin materii proteice nespecifice provenite din mediul de cultură.

Repartizarea reacțiilor Moloney aplicat simultan cu anatoxină și toxină formată Dick după vârstă și sex la copii de 9–11 ani incl.

Tabela Nr. 1.

Grădul reacției	ANATOXINĂ	Total	Dintre cari au fost			După sex	
			de 9 ani	de 10 ani	de 11 ani	Băieți	Fete
0	Ramon	1937	663	751	523	1037	900
	Dick	1976	669	761	546	1068	908
I	Ramon	1185	340	432	413	574	611
	Dick	1385	412	503	470	664	721
II	Ramon	280	80	97	103	123	157
	Dick	238	69	94	75	85	153
III	Ramon	154	54	56	44	68	86
	Dick	37	9	14	14	11	26
IV	Ramon	73	17	30	26	22	51
	Dick	2	0	1	1	1	1
V	Ramon	10	1	5	4	5	5
	Dick	1	0	1	0	0	1
Total	Ramon	3639	1155	1371	1113	1829	1810
	Dick	3639	1159	1374	1106	1829	1810

Ambele aceste materii proteice au oarecare putere antigenică și ambele ar putea contribui la provocarea reacțiilor Moloney pozitive la copii deja sensibilizați, adică la copii cărora în prealabil li s'au încorporat parenteral asemenea materii proteice.

Reacțiunile Moloney cu Ramon și Dick la unul și același individ au arătat:

Tabela Nr. 2.

Congruență	de 2499 ori	} 421
Diferență de I. grad	de 709 ori	
Diferență de II. grade	de 294 ori	
Diferență de III. grade	de 107 ori	
Diferență de IV. grade	de 28 ori	
Diferență de V. grade	de 2 ori	

Total: 3639 ori

Sensibilizați deci intoleranți sunt cu deosebire copiii mari și adulții, adecă indivizii, cari au avut mai multe ocazii de a-și încorpora aceste materii proteice. Sensibilizările sunt deci în oarecarei nex direct cu stadiul de imunizare în care se găsește individul. La noi, la 3639 probe Moloney, făcute simultan cu anatoxina Ramon și cu toxina formolată Dick, la 431 copii s'au ivit diferențe de 2—5 grade în ce privește intensitatea celor două reacțiuni paralele. Constatată fiind așa de frecvent o divergență în felul de a reacționa față de cele două vaccinuri, putem presupune că rolul proteinelor nespecifice (provenite din peptonă) trebuie să fie foarte redus sau chiar inexistent în provocarea reacțiilor intense. Anume după informațiile primite dela Dl. Dr. Marbe dela Institutul Cantacuzino proteinele nespecifice sunt identice în cele două vaccinuri și dacă ele ar juca un rol mai însemnat nu s'ar fi putut ivi de atâtea ori (431 cazuri) divergențe crase la câte unul și același individ. Perfect explicabile devin multele divergențe dacă atribuim rolul exclusiv sau mult preponderent materiilor proteice specifice, produse prin desagregarea celor doi agenți patogeni.

A doua deducție ce rezultă din seria probelor noastre Moloney simultane este că la noi băieții sunt mai rar sensibilizați față de ambii microbi decât fetele. O lipsă totală de reacție (zisă reacția 0) s'a obținut la 1068 băieți și numai la 908 fete. (În calculele acestea sunt cuprinși 1810 fete și 1829 băieți). La băieți sunt consecvent mai rare reacțiile grave (de e. reacția IV. s'a constatat la 22 băieți și la 51 fete.) Acestea ne-ar permite presupunerea că în Timișoara fetele sunt mai expuse infecțiilor în privința ambelor boli și că ajung mai curând în contact cu acești microbi.

Când această situație nu este numai o întâmplare locală și temporară, ar fi cazul să se studieze împrejurările, cari o aduc cu sine, ca fetele să fie mai expuse infecțiilor decât băieții. Aceasta ar fi necesar numai, dacă și în alte orașe s'ar observa aceiași situație, ar urma apoi ca faptul să fie verificat prin reacții Schick și Dick și întrucât acestea după inversarea convenită a interpretării, ar arăta situații identice.

A treia concluzie din tabela probelor Moloney simultane este că vaccinul Dick este mai ușor suportat decât Ramon. Aceasta confirmă și explică constatarea făcută de Dr. Turcu, că vaccinarea simultană nu provoacă reacții mai grave decât simpla vaccinare anti-difterică; dar în felul acesta se impune și întrebarea dacă n'ar fi cazul, ca vaccinul Dick să se aplice în doze mai mari, dacă nu reușește concentrarea a mai multor unități antigenice în câte un cm³ de

vaccin. Acest deziderat ar fi imperios dacă rezultatele practice în ce privește imunitatea obținută ar lăsa de dorit.

În altă ordine de idei: raritatea reacțiilor puternice după proba Moloney, executată cu vaccin Dick ar putea fi numai expresia sau consecința imunității colective scăzute față de scarlatină în comparație cu difteria.

Privind curba morbidității în scarlatină și difterie din Timișoara putem observa, că în general scarlatina produce de cca 3 ori mai multe îmbolnăviri decât difteria, ceea ce este în concordanță cu receptivitatea concretizată prin cifrele lui Goffstein, sau în altă ordine de idei, cu posibilitățile de imunizare pe cale naturală. Dacă procedul natural de imunizare obține rezultate de trei ori mai bune în ce privește difteria, este logic să așteptăm rezultate asemănătoare și dela vaccinare, cari în fond nu sunt decât o imitație a procedului natural (imunisation a petites doses). Nu vom fi deci în drept să tragem nici o deducție calificativă referitor la vaccinare din faptul, că în vreun sezon postvaccinal se vor ivi de cca 3 ori sau chiar și mai multe îmbolnăviri în scarlatină decât în difterie.

Din curbă reiese că disproporția între valuri și epoci de calm endemic este mult mai frapantă la scarlatină decât la difterie, ceea ce iarăși este în concordanță cu faptul că receptivitatea în scarlatină este în general mai mare. Se poate observa că valurile sunt cu atât mai mari cu cât mai rare au fost îmbolnăvirile în anii premergători (a se vedea scarlatina după anii 1912—13, 1919—20, 1933—34.)

Epocile de endemii calme lasă colectivitatea în restanță cu imunitatea naturală, pregătind terenul pentru un nou val. În schimb în decursul unui val populația se pune la curent cu imunitatea colectivă și urmează iarăși un interval de endemie calmă. Calmul va fi cu atât mai pronunțat cu cât valul precedent a fost mai puternic. Astfel pentru anul 1935 terenul a fost deschis unui nou val de scarlatină. Acest val însă a fost relativ slab, mai ales dacă ținem cont de faptul că populația a crescut rapid (prin imigrare) în ultimii 15 ani, și mai slab ni se înfățișează acest val, dacă știm că tănuirile de îmbolnăviri în 1935 au fost cu certitudine mult mai rare decât de bunăoară în 1929 sau 1921. Aceasta în urma insistenței serviciului nostru, ce s'a pus în urmărirea cazurilor și din cauza situației speciale în care a ajuns publicul nostru. Anume decâteori se îmbolnăvea de scarlatină vreun copil vaccinat declararea se făcea fără întârziere. Dacă totuși s'a produs tănuiri, atunci ele priveau în primul rând copii incomplect vaccinați și în al doilea rând copiii nevaccinați. Această atitudine a populației este ex-

plicabilă prin faptul că în timpul vaccinărilor din anul trecut s'a publicat pe toate căile (afișe ziare), că ceice se vor sustrage de sub obligativitatea vaccinărilor vor fi amendați. Cei incomplect vaccinați au avut încă un motiv în plus să se teamă de amenzi, fiindcă ei, figurând după prima injecție în evidența noastră, au primit și admonestări scrise individuale să se prezinte pentru a termina vaccinarea deja începută, în caz contrar li se pune în vedere amenda. Celor total nevaccinați nu le-am putut trimite asemenea admonestări individuale, deoarece ei nici nu figurau în evidențele noastre și astfel nu îi cunoaștem, ei aveau cunoștință de posibilitatea amenzii numai din afișe și ziare.

Analizând valul de scarlatină din 1935 vom constata următoarele :

1.) Față de alte valuri cel din 1935 este disproporționat de mic, deoarece populația a crescut și tănuirile s'au rărit față de trecut.

2.) Repartiția scarlatinei pe adulți (peste 20 ani) și copii și tineret (sub 20 ani) în 1935 a devenit abnormală. În ultimii 10 ani precedenți îmbolnăvirile adulților reprezentau numai 5,7 % din totalul îmbolnăviților, în 1935 procentul îmbolnăviților adulți s'a urcat subit la 19.

Îmbolnăvirile de difterie și scarlatină repartizate după vârstă (peste și sub 20 ani până la 31. XII. 1935.

Tabela Nr. 4.

E P O C A	D I F T E R I E					S C A R L A T I N Ă				
	No. bolnavilor	Etatea bolnavilor				No. bolnavilor	Etatea bolnavilor			
		până la 20 ani		de la 20 ani în sus			până la 20 ani		de la 20 ani în sus	
		cifre	%	cifre	%		cifre	%	cifre	%
intre anii 1925—1934	827	784	94,7	43	5,3	1350	1273	94,3	77	5,7
in anul 1935	58	45	77,5	13	22,5	210	170	81,0	40	19,0

Acest fenomen este cu atât mai surprinzător cu cât el se observă în mod și mai pronunțat în ce privește difteria, în care cele după cifre procentuale sunt 5,3 % în trecut față de 22,5 % în 1935. Nu găsim altă explicație acestui fenomen decât, că îmbolnăvirile adulților s'au produs proporțional cu gradul scăzut de imunitate colectivă din 1935 adică proporțional cu puterea valului endemic, pe când îmbolnăvirile la copii (și tineret) au rămas disproporționat de puține. Lucrul se explică prin-

faptul că imunitatea colectivă a copiilor a crescut prin factorul nou, prin vaccinări.

Dacă nu s'ar fi produs acest fenomen în mod atât de frapant și la diferențe, am putea presupune, că este vorba numai de un fenomen local temporar sau ocazional, care nu este decât un capriciu statistic al sezonului 1935. Paralelismul însă ne îndreptățește să tragem oarecari deducții favorabile asupra efectului vaccinărilor. Totuși nu credem că asemenea argument ar fi suficient, fiindcă este vorba de o colectivitate relativ mică și timpul de observație prea scurt. Un argument mai solid găsim în studierea morbidității postvaccinale a contingențelor obligate la vaccinare (total 11 contigente între 1—12 ani inclusiv). Acest procedeu întâmpină o singură mare dificultate prin faptul că nu cunoaștem exact numărul total al copiilor, cari constituiesc aceste contigente. Pentru a cunoaște această cifră am făcut 3 calculații pe căi diverse, și toate acestea ne-au dat rezultatul de cca. 12.000 copii.

În calculații a contat recesământul din 1930, natalitatea după 1930, pierderile prin mortalitatea infantilă și în vârstă fragedă și prin emigrare și în fine câștigurile prin imigrare. Pe când contigentele peste 10 ani mai cuprind peste 1200 copii, contigentele între 1—3 ani nu cuprind decât 8—900 copii prezenți în Timișoara.

Morbiditate și mortalitate la circa 12000 copii nevaccinați, vaccinați și incomplet vaccinați între 1—12 ani. Până la 22. III. 1936.

Tabela Nr. 5.

	Nevaccinați (1030 ?)				Complet vacc. (10,076)				Incomplet vacc. (1347)			
	No. îmbolnăvirilor	Morbiditate	No. morților	Mortalitate	No. îmbolnăvirilor	Morbiditate	No. morților	Mortalitate	No. îmbolnăvirilor	Morbiditate	No. morților	Mortalitate
Difterie	10	10 ‰	3	3 ‰	3	0,3 ‰	1	0,1 ‰	0	0 ‰	0	0 ‰
Scarlatina	40	40 ‰	2	2 ‰	101	10 ‰	5	0,49 ‰	9	6,68 ‰	0	0 ‰

Din 12.000 copii (între 2—12 ani incl.) prezenți în Timișoara
 au fost complet vaccinați 10.076
 incomplet vaccinați 1.347

Total 11.423

Ar rămânea deci 577 copii total nevaccinați. În bolnăvindu-se în sezonul post vaccinal 40 copii rămași total nevaccinați, morbiditatea acestora ar fi fost deci aproape 70‰. Pentru a evita orice posibilitate de eroare în favorul tezei vaccinărilor am calculat morbiditatea celor nevaccinați în tabela Nr. 2, ca și când am fi avut 1000 copii nevaccinați, ceea ce este o cifră cu certitudine exagerată. Chiar și astfel obținem o morbiditate de 40‰ pentru nevaccinați, față de 10‰ la complet vaccinați. O morbiditate de 4 ori mai scăzută este indiscuabil un argument foarte puternic în favorul vaccinărilor.

În mod contradictoriu se observă însă o morbiditate și mai scăzută la grupul de 1342 copii incomplet vaccinați, a căror morbiditate este de 6,69‰. Ținând cont de situația specială creată în Timișoara prin amenințările cu amenzi, cari au fost înmânate individual părinților, cari au lăsat copiii incomplet vaccinați, este explicabil că tănuirile de îmbolnăviri s'au produs de preferință în asemenea cazuri. Mai departe este logic (și observat în foarte multe cazuri) că copiii aceia nu terminau vaccinarea cari aveau reacții puternice după injecții. Ori reacțiile puternice se produc în primul rând la indivizii sensibilizați, adică deja imunizați pe cale naturală. Astfel este explicabilă morbiditatea extrem de scăzută la această categorie de copii.

Important ar fi fost ca ultim argument, dacă, în afară de o morbiditate scăzută, s'ar fi putut evidenția, că îmbolnăvirile totuși survenite la copii complet vaccinați au decurs mai ușor decât acelea ale copiilor nevaccinați. Neavând posibilitatea de a urmări fiecare îmbolnăvire în parte am cerut părerea medicilor tratați. La apelul meu au răspuns în sens favorabil tezei vaccinărilor 6 medici cu 55 cazuri observate. Alți 4 medici cu 20 cazuri nu dau „nici o opinie“ având prea puține cazuri observate, și în fine doi medici cari în total au observat 4 cazuri dau opinie nefavorabilă vaccinărilor antiscarlatinoase. Nu pot atribui acestor opinii importanță, fiindcă într'adevăr totalul cazurilor observate precum și timpul de observație a fost prea mic. Dela 1 Ian. 1936 am introdus fișe de observație, astfel că în viitor vom avea și în privința acesta date mai reale.

Ne rămân totuși 3 argumente serioase, cari dovedesc, că imunitatea colectivă a copiilor din vârsta cea mai periclitată a fost față de scarlatină în sezonul 1935 mărită prin vaccinări.

În ce privește difteria, îmbolnăvirile au scăzut în mod frapant în epoca postvaccinală. Din curba morbidității vedem însă că în anii 1933—34 am avut cel mai puternic val endemic de după război, adică populația a avut ocazia în 1933—34 se pună la curent cu

imunitatea sa colectivă. Numărul receptivilor în anul 1935 și fără vaccinări s'ar fi rărit înbolnăvirile de difterie. Dacă nu ar fi fenomenul deplasării morbidității înspre vârste mai înaintate (care s'a produs și în ce privește scarlatina) peste tot nu ar fi permis să tragem încă deducții. Având însă acest fenomen precum și o rărie prea frapantă a înbolnăvirilor la copii vaccinați (a se vedea tabloul de morbiditate mortalitate) putem deduce cu certitudine asupra efectului favorabil al vaccinării. Ar trebui luată în considerare și mortalitatea produsă de ambele boli. Deși cifrele sunt favorabile tezei vaccinărilor nu le analizăm mai departe, fiindcă decese sunt așa de puține, încât suntem prea expuși capriciilor statistice. Amintim totuși că ne-au murit de scarlatină 5 copii complect vaccinați, iar în difterie 1 copil complect vaccinat, ceea ce în linii mari corespunde ca proporție și morbidității generale.

Concluziuni finale.

Precizăm că este vorba de concluziuni finale pentru sezonul de toamnă 1935 și nu de concluziuni definitive.

Definiivă va putea fi critica noastră abia după ce vom urmări mersul endemiei până la terminarea proximalor valuri endemice, ceea ce va fi după 6—8 ani.

În acest timp opera începută trebuie continuă cu menținerea sistemului vaccinărilor simultane și cu tendința de a cuprinde contingentele cele mai primejdite în mod cât se poate de complect.

Deocamdată nu exagerăm importanța rezultatelor obținute în prevenția difteriei și nici a scarlatinei. Receptivitatea colectivă rămasă în urma imunizărilor naturale diferă în privința acestor două boli. Aceeaș diferență va perzista și în urma vaccinărilor.

Țin să mulțumesc colaboratorului meu Dr. Metz Alfred med. sec. la Spitalul Epidemic din Timișoara, pentru zelul cu care a prelucrat cartoteca vaccinărilor, datele statistice și planșele.

Zusammenfassung. Von den 12.000 Kindern (wahrscheinliche Zahl) zwischen 2—12 Jahren der Stadt Timișoara haben wir gleichzeitig mit Ramonschen Anatoxin und formolisierte Dicktoxin vollkommen: 10.076 Kinder und unvollkommen: 13.47 Kinder geimpft. Bei der epidemischen Welle in Timișoara im Herbst 1935 und Winter 1935—1936 bis zum 22 März 1936 wurden bei den geimpften Kindern 3 Diphtherieerkrankungen mit 1 Todesfall beobachtet. In derselben Zeit waren unter den 557 nicht geimpften Kindern 10

Diphterieerkrankungen mit 3 Todesfällen und 40 Scharlacherkrankungen mit 2 Todesfällen zu verzeichnen.

Unsere Schlüsse bezüglich der Simultanimpfungen sind nicht endgültig und beziehen sich nur auf die Saison 1935. Gegenüber aderen Epidemiewellen war diejenige von 1935 unverhältnismässig mild.

Die Abnahme der Fälle liegt bei den geimpften Kindern. Ihr Anteil an den Erkrankungen und Todesfällen ist bedeutend geringer als derjenige der ungeimpften Kinder.

Studiu asupra depopulării Banatului

PARTEA IV.

Propuneri în legătură cu organizarea acțiunii contra depopulării

BCU Cluj / Central University Library Cluj
de

Dr. PETRU RĂMNEANȚU

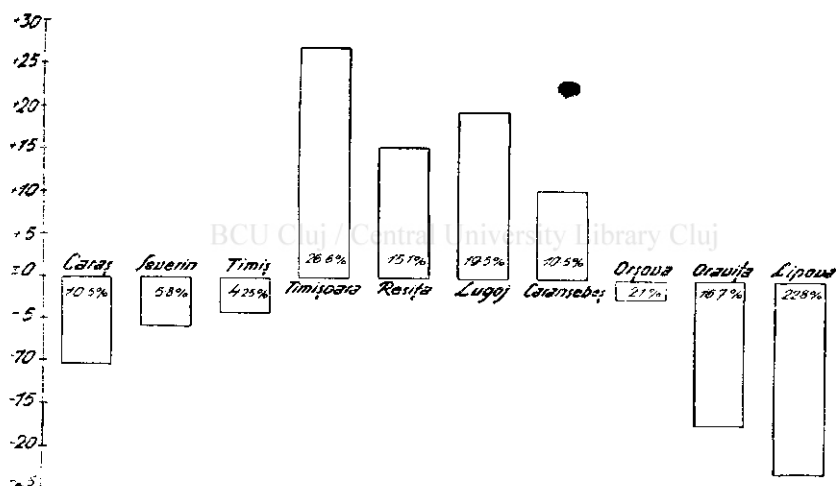
În studiile precedente asupra depopulării Banatului, am înfățișat, într'o perioadă lungă de 64—155 de ani, evoluția compoziției populației și mai ales a mersului fenomenelor demografice, în trei comune (Vărădia din jud. Caraș, Banloc din jud. Timiș și Iablanița din jud. Severin), cu condiții actuale de ambianță, stări economice, culturale, sociale și igienice deosebite. Raportul dintre aceste stări și instalarea depopulării la epoci diferite, variația intensității reducerii natalității, forța inegală a emigrărilor și menținerea mortalității generale și infantile la un nivel aproape constant, ne-a permis să relevăm multe și variate aspecte din cauzele depopulării. Dar realitatea numai din trei comune, cu siguranță nu ne-a evidențiat toate unghiurile sub cari are loc descreșterea numerică a populației în general și a celei românești în special. Viitoarele cercetări vor aduce, deci, precizări, completări și contribuțiuni noi. Avem această convingere, bazați și pe observațiunile culese personal sau marcate de alții, cât și pe variabilitatea urcată a fenomenelor demografice, pe care o citim dela o comună la alta, din datele pe cari le avem prelucrate.

În față cu aceste împrejurări, poate, că pare riscat, ca numai pe baza unui eșantillon de trei comune să formulăm propuneri cari se

adresează Banatului întreg. Sintetizând, însă, concluziile acelor studii, referitoare la cauzele¹ (tabloul sinoptic dela pag. 22), căile și la mijloacele prin cari se canalizează depopularea, constatăm că, cele principale dintre ele, se suprapun chiar în aceste trei comune din regiuni diferite, iar în satele din vecinătatea vreunei comune anchetate se suprapun și sunt identice și concluziile de importanță mai secundară. Dacă mai adăugăm la rezultatul acestei sinteze, și analogia reieșită¹,

Evoluția populației Județelor și Orașelor din Banat în 1930 față de 1910.

Procentul creșterii sau decreșterii.



din decreșterea populației satelor celor trei județe din Banat și a orașelor Lipova, Oravița și Orșova, prin natalitate redusă, mortalitate urcată și emigrări la orașe mai mari și în alte provincii și din creșterea reală a populației din orașele Caransebeș, Reșița, din municipiile Lugoj și Timișoara, numai pe contul imigrărilor, avem convingerea, că totuși suntem în posesiunea unui material ale cărui concluzii se generalizează asupra tuturor comunităților din Banat.

Astfel, avem speranța, că soluțiile la cari am ajuns, fiind clădite pe cele trei anchete demografice și pe analiza stării și mișcării populației din întreg Banatul, pe care am făcut-o în prima parte a unui alt studiu¹, vor putea servi de bază acțiunii contra depopulării, nu numai în timpul apropiat ci și în cel îndepărtat, când vom avea mai multe cercetări.

Înainte de a descrie soluțiunile pe cari suntem îndreptățiți să le propunem pe baza studiilor amintite, credem absolut necesar să mai revenim asupra a două fapte din complexul problemei depopulării. Ele ne vor demonstra încă odată, că depopularea Banatului, astăzi nu este numai un deficit simplu, numeric și etnic.

Dela 1910² până la 1930³, cifra populației din 454 de comune în cari a avut loc descreștere, (588 sunt în total în Banat) nu s'a redus numai cu 50,144 de locuitori, dintre cari 24,453 au fost români, ci au avut loc și alte modificări, chiar în structura populației. Din cauza numărului de copii născuți vii, din ce în ce mai scăzut, supuși și ei unei reduceri, de 20% chiar în primul an de viață, de cauzele mortalității infantile, populația și-a schimbat compoziția pe vârstă, a îmbătrânit.

Populația sub vârsta de 20 de ani în Banat și în Transilvania.

REGIUNEA	1910 ²	1930 ⁴
	%	%
Transilvania rurală	44.5	44.2
Transilvania urbană	42.5	39.0
Banatul rural	40.1	35.2
Banatul urban	37.1	30.8
jud. Caraș rural	37.4	34.3
jud. Severin rural	41.1	37.6
jud. Timiș-T. rural	40.9	34.3

În consecință, populația de 940,586 pe care o are acum Banatul (1 Ian. 1936),⁵ fiind lipsită de proporția corespunzătoare de tânăreț, are un viitor, — bazându-se numai pe vitalitatea proprie — destul de sombru. Pe măsură ce vor deceda locuitorii bătrâni și adulții de astăzi, populația va descrește din lipsa de elemente procreatoare, câtă fertilitatea se va menține la nivelul ei de astăzi.

Al doilea fapt important de reținut, îl constituie ideea colonizărilor, la care în ultimul timp s'au gândit mulți, crezându-o eficace în refacerea numerică și etnică a populației românești. Ori, din datele

pe cari le-am adunat, din comunele județului Timiș, în cari au

(Foeni, Jadani, Seceani, Herneacova, Receaș, Rudna, Bucovăț, Satu-Mare, Ivanda, Ghițad, Peciu-Nou, Fibiș, Cadar, Gherman, Urseni, Gad, Bazoș, Firiteaz, Remetea-Mare, Pădurani, Comiat, Hodoș, Cerna, Nadaș, Bobda, Gătaia, Partoș, Stanciova, Mănăstire, Ianova, Clepodia, Sânmihaiul-Român, Sângheorghe, Sculia, și Opațița.)

avut loc colonizări mai accentuate, constatăm, că fertilitatea în urma coloniștilor nu a fost deloc influențată în bine. Aceasta înseamnă, că datorită lipsei de ocrofie cu care au fost priviți coloniștii, familiile colonizate foarte repede s'au deprins cu obiceiul dezastruos al băștinașilor. Astăzi acești coloniști, veniți din județele Alba, Turda, Hunedoara, Cluj, Sibiu și Târnava-Mică, unde frații lor au natalitate urcată, și-au redus natalitatea la un nivel egal cu al românilor bănățeni.

Prin urmare, aceste două momente, dau problemei depopulării Banatului un aspect mult mai grav, decât cel cunoscut din alte state. Populația din Banat, nu și are alterată, numai balanța dintre natalitate și mortalitate, nu și-a pierdut dragostea de satul natal, dar a suferit și un declin biologic și mai ales un profund dezechilibru social.

În față cu acest tablou simptomatologic al depopulării, se înțelege, că nici soluțiunile nu pot fi simple și mai ales nu pot fi îndeplinite într'un interval scurt și la niciun caz printr'o terapie ieftină, care ar fi aplicată de diletanți și la întâmplare. E logic să fie așa, fiindcă știm din medicină, că nici măcar o boală cronică gravă, nu poate fi vindecată prin agenți empirici și medicamente nedozate. Ori, cum să ne așteptăm într'o stare de morbiditate socială, atât de complexă și gravă a unei regiuni întinse, care nu e nici cel puțin stagnantă, ci e în plină ascensiune verticală și invaziune orizontală, nu numai în județele Banatului, ci și în cele din Crișana și în jud. Hunedoara, să o putem trata fără specialiști și fără mijloace corespunzătoare? Aceste fapte sunt bine cunoscute de către toți cari sunt inițiați în probleme de sănătate publică și în cele sociale și economice ale populației din Banat. Drept dovadă, vedem, că toți aceștia au și început să se agite și câțiva cu multă râvnă chiar să muncească, dar fără să se unească sau măcar să caute o înțelegere de colaborare, deși știu bine că problema fiind dintre cele mai serioase, s'ar obține mai mult succes dacă forțele sunt unite. Probabil au convingerea că problema depopulării e o trambulină elastic pregătită, pe care e mai util să stai încordat, decât să o rezolvi. Altfel sentimentul răspunderii și al iubirii față de acel colț de țară i-ar determina să găsească calea unirii și a muncii anonime și fără reclamă. Ajungându-se la un program unitar de realizări, de sigur că s'ar găsi și mijloace mai abundente.

Noi, ținând seamă de realitatea organică desprinsă din studiile pe cari le-am făcut și de mijloacele financiare de cari s'ar putea dispune, fără mari sacrificii, credem, că programul refacerii e bine să se deslănțue în felul următor. (Sub forma unei conferințe ținută în Timișoara, am expus pe larg soluțiunile în legătură cu problema declinului etnic al populației românești din Banat)¹.

O parte a programului va avea drept țintă, comprimarea mortalității, iar alta, refacerea socială a familiei, ocrotirea morală a societății, promovarea conștiinței naționale și cetățenești și întărirea energiei regionale a românilor bănățeni.

A) Combaterea mortalității cade în sarcina statului și a administrației locale. Principiul în lupta contra mortalității generale și infantile e normal să fie cel preventiv, aplicat de toate statele cari și-au refăcut starea sanitară și adoptat de cele cari sunt în plină activitate. Necesitatea edificării întregului serviciu sanitar, pe baze de prevenție, a reieșit de altfel și din anchetele noastre din Banat.

În direcția prevenirii, o muncă cu randament, nu se poate desfășura decât în instituții stabile și permanente. Iată două exemple, de ce.

1. Din decesele sub 1 an, în satele din Banat (1934), 37.4% au loc sub 1 lună și 83.6% până la sfârșitul lunii a VI-a.² Din aceste cifre, oricine poate să se convingă, că nu serviciul sanitar de circumscripție rurală de astăzi, care oferă la cerere o consultație copilului adus deja în stare muribundă, va fi acela, — cât că va sta numai lângă bolnav, — care va combate cu succes mortalitatea infantilă, ci o altă instituție: casa de ocrotire, care prin agentul ei sora de ocrotire, înregistrând încă pe mama gravidă și dându-i sfaturile necesare, va ocroti copilul chiar înainte de ziua nașterii.

2. Patogenia socială a tuberculozei, ne arată, că aceasta boală, este foarte inegal reprezentată în familiile unei grupe de populație: sunt familii în cari nu a izbutit să intre, iar în cari odată și-a făcut apariția, foarte rar s'a oprit la o singură victimă. Față de contagiunea celui de al doilea, al treilea sau a tuturor membrilor din familie, când nicăiri în lume nu pot fi izolați în sanatorii toți tuberculoșii, cine poate interveni cu succes? Spitalul și medicul curant? Hoțărît nu aceștia, ci casa de ocrotire, care după ce a descoperit cazul de boală și la diagnosticat precis în dispensar, care îi este un organ anexă, începe să se intereseze de sănătatea familiei întregi, prin ținerea ei în evidență, prin vizitele sorei de ocrotire la domiciliu și prin îndrumările și sfaturile de prevenție pe cari le dă.

Instituțiile de cari are nevoie Banatul, pentru a nu risipi ener-

gie și a nu cheltui parale fără ca să se obțină efect real, ceea ce ne interesează în primul rând, vor fi deci, la satele casele de ocrotire și plășile sanitare, iar la orașe și municipii, oficiile de ocrotire.

Prin casa de ocrotire⁶, serviciul sanitar nu va fi mai departe pasiv, față de transformările cari au loc în compoziția fizică și psihică a populației, ci se va deplasa prin sora de ocrotire în sânul ei, în interiorul celului ei, care e familia și va depista și înregistra gravidele, va face controlul lor periodic, se va interesa de sănătatea copiilor sub 2 ani, a preșcolarilor și a școlarilor, iar în caz de boală, în special tuberculoză, boli infecto-contagioase și sifilis, va îndemna populația la propriul ei dispensar. După ce în dispensar, s'a fixat diagnosticul și s'a prescris tratamentul, sora de ocrotire se interesează, în familie, de mersul boalei, de aplicarea tratamentului și mai ales de evitarea ca ceilalți membrii să contracte maladia. Plasa sanitară, condusă de medicul igienist, va îndruma și coordona activitatea surorilor de ocrotire, va asigura prin medicii actuali de circumscripții și prin specialiști angajați, ca în dispensarele caselor de ocrotire și mai ales în cel dela sediul plășii, să recunoască cu precizie orice maladie, să-i poate prescrie tratamentul cuvenit și să-i asigure la nevoie internarea în spitalul județean sau în cel de plasă, dacă e vorba de o boală contagioasă și dacă un asemenea spital există.

În sarcina oficiilor de ocrotire, din orașe și municipii, va cădea pe lângă problema igienei materno-infantile, igienei preșcolare și școlare și asistența socială.

Realizarea acestor instituții, în satele și în orașele din Banat, necesită deci personal și buget.

Ținând seamă, că atâtea surori de ocrotire și medici igienisti, de câți are nevoie Banatul, pentru organizarea sanitară descrisă, nu sunt disponibili, cât că buget poate s-ar găsi, în special în jud. Timiș, credem, că organizarea plășilor sanitare, una în fiecare plasă administrativă și a caselor de ocrotire, una la 3—4000 de locuitori, nu se poate realiza decât treptat, în cursul a 5 ani.

În primul an să se înființeze plăși sanitare și case de ocrotire, în regiunile mai grav atinse de flagelul depopulării, în cari sunt mai multe probleme acute și cari au populația compusă în special din români. Aceste plăși sunt următoarele: în jud. Timiș, Buziaș, Ciocova și Lipova, aceasta din urmă deja funcționează; în jud. Severin, Birchiș și Făget; iar în jud. Caraș, plasa Oravița, care are dintre toate și maximum de deficit de populație.

Oficii de ocrotire, în primul an se pot organiza în Timișoara,

Lugoj, Oravița și Reșița. În Timișoara, crearea acestui oficiu nu reclamă cheltuieli în plus, deoarece el există. Trebuie numai reactivat și îndrumat tehnic, după modelul celui din Cluj, ca de fapt să ocrotască întreaga populație a municipiului, deci și pe români.

Pentru ca surorile de ocrotire, să cunoască cât mai bine obiceiurile populației și să fie cât mai devotate, muncii pe care o depun, fie la sate sau chiar la orașe, credem că înființarea unui institut pentru pregătirea lor, cu sediul în Timișoara, e o necesitate importantă. Existența unui astfel de institut și în Timișoara, va accelera completarea organizației sanitare a Banatului, deoarece Institutele de Surori de Ocrotire actuale din Cluj, București și Iași nu au capacitatea necesară să satisfacă nici cerințele regiunilor în cari se găsesc, cu atât mai puțin vor fi în stare deci să pregătească elemente și unei provincii mai îndepărtate.

Asigurarea bugetului pentru asemenea postulate sanitare cari vor depăși cheltuielile de astăzi, pentru personalul numit le va face statul, iar pentru clădiri, întreținerea lor, înzestrarea caselor de ocrotire, transportul personalului trebuie să le suporte județele.

Nefiind necesar decât un milion și ceva pentru o plasă sanitară și toate casele de ocrotire cari îi aparțin, sursele bugetare nu pot constitui o piedică în realizarea acestui program sanitar, mai ales, că nici nu se poate întregi mai în curând decât în 5 ani, din lipsă de personal.

B) Soluțiunile pentru ridicarea sau numai pentru menținerea fertilității actuale a femeilor se vor desfășura în atâtea domenii de activitate, câte au contribuit la desagregarea familiei și le-au determinat să-și formeze mentalitatea, că îi mai bine cu doi, unu sau fără niciun copil. De sigur, că această activitate nu va interesa alte instituții, decât pe acelea pe cari deja le avem. Ar fi o risipă și chiar o imposibilitate în timpurile precare de astăzi. Ceea ce e însă sine qua non, e coordonarea muncii lor. Astfel pe lângă instituțiile de stat: biserică, școală și administrație, organizațiunile culturale vor avea rolul cel mai însemnat.

Biserica pe tărâmul educației religioase, școala în combaterea luxului, vanității și a căsătoriilor la vârstă prea tânără, iar administrația locală în lupta contra concubinajelor și a căsătoriilor de probă, trebuie să muncească prin convingere, considerând, că noua chemare pe care o au și pe terenul demografic și social al populației face parte integrantă din programul lor. Conducătorii acestor instituții e păcat să alerge numai după bunuri materiale și să neglijeze cu totul datoria pe

care o au față de promovarea calităților morale, sociale și sufletești a populației. Această revenire la normal, nu poate fi întârziată nicio clipă, cel puțin în familiile lor. Atâta conștiință biologică, de perpetuarea familiei și a populației unei regiuni, e timpul suprem ca să o aibe și intelectualii din Banat. La aceasta sunt obligați și datorită faptului, că tot ei au fost aceia cari au determinat ca populația întreagă să apuce pe panta declinului biologic.

Rolul de a asigura, ca refacerea dela început să pătrundă în toate unghiurile problemei, să fie coordonată și mai ales să aibe continuitatea necesară, revine organizațiilor culturale existente în Banat. Acestea fiind compuse nu numai din membrii trecători, cari ocupă funcțiuni publice, ci și din locuitori stabili, vor reuși să acumuleze, entuziasmul, experiența și energia de difuziune a unei vieți noi. O coordonare și o continuitate a muncii pe altă cale, să zicem printr'o singură instituție de stat, nici nu ar fi posibilă, fiindcă aceasta ar însemna nu numai o hipertrofie greu de realizat, dar ar crea o indiferență, o invidie și poate chiar un boicot din partea celorlalte instituții, lăsate la o parte. De altfel, organizațiile culturale sunt unicele locuri unde se poate crea o unitate de vedere și numai ele cuprind membrii din toate ramurile de activitate. În Banat, însă, ca și în toate provinciile țării, sunt mai multe asociațiuni culturale. Astfel se naște întrebarea: ele vor activa dela o comunitate la alta sau chiar în aceeași localitate unde sunt 2 sau 3 asociații independent. De sigur, că nu, fiindcă atunci numai de o unitate și de o armonie nu poate fi vorba. De aceea e normal, că dacă fiecare societate ține la trecutul ei și la amorul propriu, atunci cel puțin pe problema depopulării să se federalizeze într'o singură înjghebare. Această unire a forțelor o prefinde seriozitatea problemei și oricare dintre actualele societăți cari nu-și manifestă această dorință, înseamnă sau, că nu au fost capabile să fie pătrunse de realitate ori au tendința să urmărească și alte interese, decât acelea pe cari le au înscrise în statute. Printr'o federalizare a tuturor societăților culturale din Banat, numai în problema depopulării, s'ar ajunge și la o repartizare a fondurilor în mod mai echitabil, în raport cu nevoile și munca pe care vor depune-o diferitele secții a federațiunii create. În acest caz s'ar isprăvi ca unele societăți, cu conducători mai dibaci și fiindcă sunt mai favorizate de un regim politic sau altul, să fie subvenționate cu fonduri mari, deși activitatea depusă nu le îndreptățește la aceasta avantajare, D-l Prof. Dr. I. Moldovan, președintele „Astreii” dându-și seamă la timp și mai bine decât oricine, de proporțiile îngrozitoare ale declinului

etnic al populației din satele românești, întotdeauna a văzut, că aceasta federalizare nu se poate realiza, decât sub auspiciile „Ăstreii”. D=ului nu s’a oprit numai la un strigăt de alarmă, ci consiliindu=se în repetate rânduri cu reprezentanții intelctualității bănățene a și ajuns principial la această federalizare

Realizarea pare, însă că întârzie. Am impresia, că masa intelectualilor bănățeni, nu poate alege calea de urmat, deși se ține acum la curent cu cifrele furnizate de Oficiile de Stare Civilă, de Institutul Central de Statistică și de alte Institute, cari cifre din ce în ce sunt mai dezastruoase. Dece, e greu de a răspunde, deși e arhicunoscut, că în Banat ca și în celelalte provincii de dincoace de Carpați, „Astra” e cea mai înrădăcinată, nu numai în sufletul populației dela sate și orașe, dar are și cele mai multe cercuri culturale. Aceasta se observă și din începutul timid al activității celorlalte societăți culturale din Banat. Ne=am gândit, că această întârziere se datorește neglijării de a recunoaște, că soluționare problemelor mari, necesită nu numai pri=cepere, devotament și muncă, ci și autoritate deosebită. Interesându=ne în aceasta direcție, am constatat, că cei mai mulți fruntași bănățeni, cât și intelectualii din alte regiuni, consideră aceasta autoritate ca strict necesară. Chiar au accentuat, că rezolvirea unei asemenea probleme, care reclamă intervenția atâtor instituții, nici nu s’ar putea executa fără un asemenea patronaj și forță coordonatoare. Ori, dacă e așa, atunci care din societățile culturale actuale din Banat, ar avea un prestigiu mai înalt și ar putea da un influx mai energic acțiunii, decât „Astra Bănățeană”, cum s’ar numi federala pe care o propunem să ia ființă în Timișoară? Sub a cărei aripi, în cercurile culturale din cele mai abandonate cătune, cu secții corale, sportive, etc., se va putea deslănțui cu mai mult elan activitatea pentru a ridica pe bănățeni din depresiunea sufletească de astăzi? Credem că intelectualii bănățeni, cari se identifică cu interesale provinciei, vor reflecta asupra acestor considerațiuni și în consecință vor pune piciorul în prag în societățile din cari fac parte, scoțându=le din pasivitate și de=terminându=le să ia o atitudine. Cifrele demografice, ne arată că suntem în ultimul moment al ceasului al XII=lea și că orice întârziere poate fi fatală elementului etnic românesc din Banat.

Bibliografie.

1. Dr. Petru Râmneanțu: Soluțiuni în legătură cu problema declinului etnic, al populației românești din Banat, Revista Institutului Social Banat=Crișana, Timișoara, Anul IV. Nr. 14. 1936.

2. Magyar Statisztikai Közlemenyek, Népszámlálás, 1910.
3. Indicatorul Statistic al României, Publicația Direcției Recensământului General al Populației, Min. M. S. O. S., Buc., 1912.
4. Pentru recensământul din 1930, cifrele referitoare la populația din Banat pe neamuri și pe vârstă le-am primit prin bunăvoința d-lui Dr. S. Manuilă, dela Inst. Central de Statistică, Buc. (sunt cifre provizorii).
5. Buletinele demografice ale României.
6. Prof. Dr. I. Moldovan: Casă de ocrotire sau dispensar rural? Bul. Eug. și Biopolitic, vol. VII. Nr. 1—2, Anul 1936.

Cronica eugenică.

* **POLITICA RASEI IN ANGLIA.** „Royal antropological institut“ a rugat printr'o scrisoare direcția ziarului „Times“ să intervină în sprijinul Institutului, care întreprinde cercetarea în mare a întregii populații engleze din punct de vedere antropologic.

* **PROTECȚIA TINERETULUI ȘI RUSIA SOVIETICĂ.** Dna Kolontay, fosta reprezentantă diplomatică a Rusiei în Suedia a fost numită membră în comisiunea pentru protecția tineretului dela Liga națiunilor. În ce direcție se vor îndrepta străduințele noii colaboratoare este lesne de înțeles, dacă ținem seama de concepția aestei doamne. Noua membră și-a precizat concepția ei în această materie cu prilejul celui de al treilea congres comunist dela Moscova: „Noi nu facem principial nicio deosebire între prostituată și o femeie legal căsătorită, de îndată ce aceasta e hrănită de soțul ei. Pentru republica lucrătorilor este complet indiferent dacă o femeie este cumpărată de un singur bărbat sau de mai mulți“.

* **NAȘTERI MULTIPLE.** În anul 1932 au fost 11.778 nașteri multiple în Germania. Din acestea: în 3885 cazuri câte 2 băieți, în 4192 cazuri un băiat și o fată și în 3701 cazuri 2 fete. Nașteri triple au fost 115: de 27 ori 3 băieți, de 29 ori 2 băieți și o fată și de 30 de ori 3 fete. Nașteri cuadruple sunt foarte puține. Între 1927—1931 au fost 8 în Germania. Nașteri de 5 gemeni n'au mai fost din 1902.

* **O DESCOPERIRE PREISTORICĂ** a făcut contele Almásy în peșterile din pustiuurile libiene. El a găsit 800 picturi, în cea mai mare parte animale domestice (vite, oi și capre). Almásy crede că e vorba de troglodijii etiopieni, de cari vorbește Herodot.

* **2.300.000 LEI PENTRU UN BOLNAV.** Într'un stabiliment din Neuerkerod (Germania) a murit un om tarat ereditar, care era internat acolo de 55 ani. Comuna sa natală și județul au cheltuit cu întreținerea lui 2.300.000 lei.

* **EUGENIA IN POLONIA.** Societatea eugenică poloneză a elaborat câteva proiecte de legi pentru crearea în Polonia întregă a „Oficiilor pentru sfaturi prematrimoniale“, introducerea „Cartotecelor sanitare“ și „Sterilizarea demenșilor“.

* **PROPORȚIA NEGRILOR IN STATELE-UNITE** este de 12 milioane sau 10 % din populația totală. Natalitatea negrilor din sud este superioară natalității negrilor din nord. Totodată e un curent continuu de emigrare din sud către regiunile industriale din nord.

* IN GERMANIA NU SE GLUMEȘTE cu acei cari zeflemisesc legea sterilizării. Un locuitor din Giessen care ironizase pe un concetățean de a se fi lăsat sterilizat, a ispășit o condamnare de o lună închisoare. Acolo e valabil cuvântul unuia din autorii legii pentru sterilizare: „cine aduce jertfă sau acel dela care cerem jertfa, aceluia îi acordăm pe de altă parte întreaga noastră stimă și întreaga noastră dragoste“.

* PROPORȚIA COPIILOR NELEGITIMI este în scădere în întregul Reich. Dela 7,4% nelegitimi din totalul copiilor născuți în 1934, proporția coboară la 5,5% în anul 1935.

* CERCETĂRI PENTRU INTELECTUALII SATELOR NOASTRE. Pentru monografiștii satelor noastre este o problemă importantă studiul emigrărilor dintr'un sat. Dr. H. Koch stabilește în „Zeitschrift für Rassenkunde“ Bd. 3, H. 1, că elementele cele mai bine inzestrate dintr'un sat pleacă, pe când elementele inferioare rămân pe loc. El a neglijat elevii cu școlaritate mijlocie, ocupându-se de extreme: note bune și note rele. Între absolvenții cu note bune erau 34 fete și 23 băieți — note rele 20 fete și 13 băieți. Dintre fetele de ambe categorii: din cele 34 cu note bune 7 se mărită în afara satului, 1 se mută din sat, deci 8 fete din cele bune sunt pierdute pentru sat; din cele 20 cu școlaritate rea, numai una se mărită în afara satului. Dintre băieții de ambe categorii: din cei buni părăsesc satul 2, din cei răi niciunul.

* STERILIZAREA ÎN ANGLIA. Consiliul districtual din Middelser a hotărât să organizeze o mișcare pentru sterilizarea elementelor disgenice.

* INVĂȚĂMÂNTUL EUGENIEI ÎN ȘCOALA SECUNDARĂ ȘI DEMOCRAȚIA. Eugenistul Schallmayer profetizase încă din 1911 că biologia va fi adaptată concepției proletare despre lume. Profecția s'a adevărit și a fost depășită. În Rusia sovietică eugenia selectivă e respinsă, Slepkow a creat o eugenie marxistă, iar profesorilor li s'a interzis să nege lamarckismul (credința caracterelor dobândite). Tocmai așa cum ceruse savantul marxist Kammerer — din întâmplare semi-evreu — cu ani înainte, anume „să se ia măsuri împotriva neșușinaților reacționari“.

I. F.

Reviste românești în schimb cu Buletinul.

REVISTA FUNDAȚIILOR REGALE, Nrile 6—12, 1935. Nrile 1—2, Nr. pe *Januarie* a. c. conține articolul: *Eugenie pentru neamul românesc* de Dr. Gr. Odobescu. Autorul se ocupă de creșterea alarmantă a nrului disgenicilor în unele țări europene și justifică legiferarea germană și americană pentru apărarea corpului etnic. Când însă este vorba de situația dela noi, autorul evită concluziile logice. Nu pentrucă n'ar cunoaște anumite stări din practică și din viața spitalicească și fără datele statistice, cari din nenorocire ne lipsesc complet — dar pentrucă „această măsură (sterilizarea eugenică) este puțin probabil să găsească la noi o atmosferă favorabilă“... „Indivizilor categoric antisociali sau chiar delicenți, trebuie să li se acorde numai un trai omenesc și lipsit de suferințe fizice și morale“. Incolo — ne lasă să conchidem — această categorie de indivizi vor trebui lăsați să se prăsească în liniște, pentrucă — repetă autorul — „credem că n'ar putea găsi la noi o atmosferă

favorabilă nici sterilizarea facultativă practică în Elveția și nici sterilizarea profilactică socială ca în America“.

Felul în care auturul înfățișează problema merită a fi subliniat. D=Sa aprobă măsurile de stăvilire a răului, dar pentru *alte* națiuni. Pentru țara noastră nu spune că măsurile ar fi improprii, dar atmosfera e „defavorabilă“. Așadar nu ne rămâne, decât să așteptăm până ce atmosfera se va schimba dela sine.

Ne îngăduim a vedea altfel. Opinia publică se cere orientată. „Atmosfera“ o creiază conducătorii spirituali ai națiunii. Aceștia știu ce este și ce nu este prielnic națiunii și nu așteaptă ca mai întâi să existe „atmosfera favorabilă“ în masse și apoi să vină ei cu propunerile. Opinia publică din țările de cari vorbește d=I Dr. a fost formată de oameni cu o anumită conștiință a datoriei lor și mai ales, cu un anumit curaj al convingerilor lor. Legislatorii se orientează după opinia publică, la rândul ei aceasta se cere formată de către creatorii de cultură.

În seria marilor publicații eugenice germane dl Dr. omite „*Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie*“, — cea mai veche și mai însemnată revistă eugenică editată de însuși întemeietorul eugeniei în Germania, Dr. Alfred Ploetz.

Măsurile la cari rămâne dl Dr. Odobescu sunt nu numai necesare, dar urgente, decât că tratamentul bolilor infecțioase, îmbunătățirea economică a poporului, combaterea mortalității, pedepsirea proxenenților etc. înseamnă medicină curativă, preventivă, demografie, educația igienică individuală și socială a poporului, dar aceste propuneri n'au nimic a face cu *eugenia*. Întâlnim mereu aceleași confuzii pe cari le fac numeroși propagandiști socotiți în serviciul eugeniei, dar pe care ei o deservesc, prin aceea că nu-i cunosc precis scopurile. Noi apreciem străduința tuturor celor preocupăți de asemenea idei sau reforme și avem satisfacția de a vedea că „*Revista Fundațiilor Regale*“ face loc discuției unor asemenea probleme.

MIȘCAREA MEDICALĂ ÎN ROMÂNIA, an. VIII. 1935. Nrile 5—12. Reținem articolele dlui I. Vasilescu-Bucium: *Eugenia și studiul eredității*, Nr. 3—4, p. 167. „*Eugenia și înoirile codului penal*“, Nr. 5—6, p. 363; și în continuare Nr. 9—10, p. 726.

În Nr. 5—6, p. 366, dl Dr. Iosif Leonida: „*Ce poate realiza practic eugenia la noi!*“ Noi regretăm că o revistă de seriozitatea „*Mișcării Medicale*“ a fost suprinsă cu un asemenea articol. Autorul nu cunoaște problema de care se ocupă.

D=sa crede că obiectul eugeniei este demografia, medicina curativă, profilaxia bolilor sociale, combaterea prostituției, educația igienică etc. Prolificitatea păturilor paupere rurale îl face să exclame surprins: „ironia soartei!“ — neștiind că asta e regulă în demografie. Crezând că eugenia este un fel de doctrină neomalthusiană, autorul se întreabă: „Din punct de vedere eugenic, ce mijloace de persuasiune avem pentru a convinge pe acești indivizi de a nu mai procrea?“ „Să sterilizăm toată lumea, care umple cărciumele la sate și bodegile la oraș?“ „Azi nu mai este nevoie de studiul heredității, pentru a cunoaște efectele alcoolismului“. (Păcat de cheltuelile și oboseala alător experimenterori de peste graniță!). Cercetări de genetică umană? Nu! „la om aceasta nu este posibil“. A ne strădui să aflăm caracterele dominante și recesive „este o cercetare care întâmpină foarte mari dificultăți și niciodată nu se are certitudinea exactității“.

(Bieții geneticiști, vor afla ei prea târziu că se trudesec degeaba!). Dar dacă „sterilizarea criminalilor nu rezolvă chestia criminalității“ să fim liniștiți. D=sa ne dă soluția cea mai bună: „înmulțirea sanatoriilor de tbc.“, „ridicarea economică“ și

„când starea economică și financiară a României va fi înfloritoare“... „educația maselor va fi atunci cu totul alta; cei bolnavi vor căuta ei însăși ajutorul medical“... .

Când aceste scopuri vor fi atinse se va întâmpla altă nenorocire: „eugenia își va fi pierdut rațiunea de a fi“. Sarmanul Francis Galton care credea că eugenia va deveni o nouă religie!..) Nenorocirea adevărată e alta: că ne credem competenți în anumite domenii chiar fără un minimum de pregătire. Sunt și alți propagandiști, a căror activitate contribuie la discreditarea unei doctrine științifice care merită o soartă mai bună.

I. F.

Revistele streine în schimb cu Buletinul.¹

DER ERBARZT, Director Prof. Dr. Baron von Verschuer, Hirzel, Leipzig C. 1.

Nr. pe *Noembrie—Decembrie* 1935 cuprinde articole despre descendența omului (Weinert), căsătoriile consanguine (v. Schnurbein), rolul plasmei în creditate (Schwemmle), prostie sau deficiență (Dubitscher).

DEUTSCHES ARZTEBLATT, Berlin S. W. 19. Apare săptămânal.

Nrile pe *Noembrie—Decembrie* conțin articole despre noua concepție de stat în Anglia, legea apărării sângelui și regulamentul ei de aplicare, rostul școlii în al III-lea Reich, legea pentru întreruperea sarcinei și regulamentul ei de aplicare, sterilitatea femeilor.

Nrile pe *Ianuarie* 1936 conțin între altele: rolul institutelor Kaiser Wilhelm, legi și regulamente eugenice, medicale, farmaceutice etc.

EUGENICAL NEWS, Dir. Ch. B. Davenport. Long. Island, N. Y.

Nr. 6 *Noembrie—Decembrie* 1935, conține articole despre creditate, antropologie, eugenie teoretică și aplicată, recenzii. Hunt H. R.: Concepția fiziologică a credității și raportul ei cu eugenia. Vechimea omului în America. Rife, M. J. și Rife, C. D.: Cinci generații de talent mecanic. Gini Corrado: Studiu asupra populațiilor din Polonia și Lituania.

RIVISTA DI ANTROPOLOGIA. Atti della Società Romana di Antropologia. Vol. XXX. 1933—1934. Director Prof. Sergio Sergi, Roma, Via del Collegio Romano, 26.

Conținutul: Etruscii, Giuseppe Sergi; matriarcatul prin trecunama (o pop. din Eritrea) Corso R.; studiul craniului neandertalian dela Saccopastore (Prof. Sergio Sergi; stingerea unor populațiuni indigene De Castro; grupele sanguine printre negrii Tebu, E. Ricci; fotografia antropometrică, G. Genna. Studii demografice, preistorice, arheologice. Variația zilnică a staturii, B. Males e M. Selem. Studiul stratigrafic dela Saccopastore. Rezultatele unor expedițiuni antropologice și etnografice: printre Samariteni, printre populațiile indigene ale Mexicului; în populația Marocului, printre Tuaregi, în Uganda și Tebu. Mișcarea pentru unificarea metodelor în antropologia fizică, etc.. Recenzii din domeniile antropologiei și științele auxiliare, publicații noi, rapoarte.

I. F.

¹ Menționând revistele *streine*, ținem să ne facem o plăcută datorie atât față de conducătorii acestor periodice, cari au avut curtoazia să accepte schimbul cu „Buletinul“ nostru, cât și față de cititorii revistei noastre cu interes pentru periodicele de peste graniță din domeniul nostru. Ne mărginim a menționa mai ales articolele din domeniul eugeniei și al disciplinelor învecinate: antropologia fizică și psihică, antroposociologia, biopolitica, demografia, ereditatea, psihologia etnică, reforme eugenice, selecțiunea socială.