HOTARUL

ANUL IV. Nr. 12 A R A D Decemvrie 1937

Către cititorii Hotarului

Institutul Social Bănat-Crişana despărţământul Arad, în dorinţa de a face cunoscut într'un cerc cât mai larg o serie de probleme ridicate pe planul actualităţii de forţele complexe ale evoluţiei, şi în primul rând pe acelea în strânsă legătură cu viaţa socială din regiunea noastră, a obţinut din partea Federaţiunii Societăţilor Culturale din localitate încuviinţarea ca să redacteze si editeze anual 2—3 numere ale Hotarului sub egida sa. Inceputul îl facem astăzi prin publicarea unui bogat material documentar privind situaţia demografică a judeţului Arad în comparaţie cu Bănatul şi ţara întreagă.

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

Motivul hotărâtor care a influinţat atitudinea noastră a fost constatarea că aceiaş năpastă care s'a abătut de câţiva ani asupra populaţiei din Bănat încearcă să înăbuşe şi izvoarele vitale — nu de mult îmbelşugate — de pe valea Mureşului şi Crişurilor ca şi pe acelea de pe coastele podgoriilor. Primejdia ce pluteşte deasupra comorilor biologice de pe plaiurile noastre ne este proiectată brutal în lumina ochilor de cifrele ce se înşirue reci dar grăitoare, lună de lună şi an de an, în Buletinul Institutului Central de Statistică — condus de către Dl. Dr. Sabin Manuilă, unul din cei mai vrednici fii a-i ţinutului — vestindu-ne o apropiată catastrofă.

In faţa unei realităţi atât de crude eram datori ca fără zabavă să împărtăşim tuturor acelora, cari în ciuda zgomotoaselor frământări ale zilelor ce se scurg, mai află răgaz să se adâncească în tainiţele realităţilor sociale, constatările la cari am ajuns prin munca şi oboseala colaboratorilor noştri.

Nădăjduim că îngrijorătoarele concluziuni, ce se desghioacă din noianul cifrelor, vor avea darul să stimuleze şi forţele de reacţiune ale acelora în mâna cărora hazardul vieţii a depus destinele populaţiei din regiunea Aradului.

Institutul Social Bănat-Crişana
despărţământul Arad

Problema denatalității, mortinatalității și mortalității infantile.

— Cauze și remedii —

Aspecte din județul și municipiul Arad.

Dr. Corneliu Radu

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

I. Natalitatea.

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

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

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

*) *Conferință ținută în cadrele despărțământului Arad al Institutului Social Ba al-*

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

In Anglia proporţia naşterilor arată un punct maxim în anii 1871—80 cu 35.4 p. 1000 pentru ca în anul 1931 sa atinga cifra de 15,6 p. 1000 nivelul cel mai scazut înregistrat până acum la popoarele europene.

Denatalitatea în Germania îşi are începuturile sale în aceiaş perioada ca şi în Anglia cu deosebirea că aci diferenţa este şi mai însemnată, căci în a 1871—1880 proporţia naşterilor era de 39,1 p. 1000 iar în a 1931 a coborât la 16 p. 1000.

După razboiul mondial natalitatea arată o tendinţă accentuată de scadere în toate ţarile civilizate inclusiv România. In România antebelică proporţia naşterilor era de peste 40, p. 1000 pentru 1000 locuitori; în a. 1931 ea scade la 33.4 p. 1000 iar în a 1935 a fost abia de 30,7 p. 1000.

Deşi fenomenul denatalităţii a fost la timp evidenţiat nu i s'a dat totuşi atenţiunea cuvenită din motivul că în ciuda decadenţii atât de manifeste în domeniul natalităţii, graţie reducerii însemnate a mortalităţii generale, — reducere obţinuta în primul rând prin progresele realizate pe terenul medicinei preventive iar în al doilea rând prin îmbunatăţirea incontestabila a condiţiunilor igienice: habitaţie, salubritate publica, aprovizionarea cu apa şi alimente etc. — populaţia Europei arata înca o continuă şi puternica creştere numerica. Astfel până când — după calcule aproximative — populaţia continentului nostru în secolul XVI de-abia a atins modesta cifra de 95 milioane, în a 1700 aceasta cifră s'a ridicat la 130 milioane, pentru ca până la 1800 să sporească la 180—190 milioane. In secolul XIX şi XX viteza de înmulţire s'a accentuat şi mai mult încât în a 1900 soldul populaţiei din Europa a ajuns la 400 milioane, iar numai în intervalul dela 1900—1930 a mai sporit cu alte 100 milioane în pofida razboiului mondial şi a altor calamităţi sociale.

Datele de mai sus par a ne demonstra că scaderea natalităţii nu periclitează cu nimic evoluţia biologica a populaţiei de pe continentul nostru. Şi într'adevar daca punem chestiunea pe planul unei priviri generale asupra mişcarii demografice ale continentului nici o îngrijorare nu este încă justifica în ceeace priveşte soartea viitoare a capitalului biologic uman. Dar daca ne adâncim în analiza fenomenelor biologice şi demografice a diferitelor popoare de pe acest continent vom constata că la unele din ele balanţa capitalului uman ameninţă cu un desechilibru apropiat din cauza că scaderea natalităţii nu este urmată de o reducere direct proporţionala a mortalităţii generale. Ca urmare o atentă examinare a situaţiei demografice la aceste popoare este absolut necesară.

O asemenea examinare ni se impune şi nouă — cu toate că astăzi ca natalitate stam încă în fruntea popoarelor europene — din motivul că în unele regiuni denatalitatea a luat aspecte cu totul alarmante. Regiunea cea mai periclitată este aceia a Banatului, dar nici judeţul Arad nu prezintă o situaţie mult mai fericită. Cifrele următoare vor fi mai mult decât concludente în această privinţă.

Astfel până când natalitatea generală în România inainte de războiu intrecea cifra de 40 p. 1000 de locuitori în a 1921 ea a căzut la 28,2 p. 1000 ajungând în a 1930, la 35 p. 1000 iar în a 1935 la 30,7 p. 1000.

In Banat natalitatea în a 1921 a fost de 25,3 p. 1000 pentru ca în

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

In judeţul Arad de unde în a. 1921 natalitatea a fost de 30,5 p. 1000 deci aproape cu 5 p. 1000 mai urcata ca în Banat, dealungul anilor urmatori a scazut vertiginos până la 24 p, 1000 loc., în a. 1930, şi 18,6 p. 1000 în a 1935.

In concluzie în mai puţin de 15 ani natalitatea judeţului Arad a înregistrat aproape aceiaş scădere cât Franţa într'un interval de 125 ani; iar în comparatie cu Bănatul perspectivele noastre de viitor sunt şi mai sinistre căci până când în Bănat pierderea în cursul ultimilor 15 ani a fost numai de 8,7 p. 1000, în judeţul Arad această pierdere a fost de 11,9 p. 1000 reliefând un declin apocaliptic în fluxul biologic al populaţiei din regiunea noastra.

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

1. Social-economice 2. sanitare 3. psihologice. Sa le analizam pe rând.

1. Cauzele economice ce par a avea o înrâurire defavorabilă asupra natalităţii sunt:

a) *lipsa sau insuficienţa mijloacelor de existenţă.*

In mod absolut este încă departe timpul când mijloacele de existenţă nu mai pot acoperi necesităţile vitale ale populaţiei căci economiştii moderni au dat o desmintire categorică profeţiilor lui Th. Malthus dovedind că mijloacele de existenţa sporesc graţie industriei mult mai accentuat ca şi populaţia consumatoare.

Dar ceeace nu se poate contesta, este faptul că raporturile între mijloacele de existenţă şi populaţie arată deosebiri manifeste nu numai dela popor la popor ci chiar şi în cadrele unei şi aceleiaş naţiuni ele diferă dela regiune la regiune şi dela o clasă socială la alta privilegiind pe unele şi nedreptăţind pe altele, justificând astfel în oarecare măsură reducerea prolificităţii la cele mai puţin favorizate de soarte.

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

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

Se acuză mai ales şvabii din Bănat — că „ein" şi „zweikindersystem" — atât de des întâlnit la ei, ar fi urmarea unei atari pervertiri a instinctului de proprietate, limitarea voită a fertilităţii şi fecundităţii constituind o măsura de prevenire în faţa pericolului de descompunere ce ar ameninţa proprietatea din cauza plurinatalităţii în familie. Se mai spune că românii din Banat au adoptat acest sistem dela şvabi. Nu contestăm po-

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

Este incontestabil că setea de pământ este înăscută în ţăran. Dar deşi această sete este atavică, cu o tradiţie care se întinde departe, până la sfârşitul vieţii de nomad a popoarelor, ea n'a fost în stare să influinţeze şi să modifice artificial fluxul normal al naşterilor decât începând cu secolului al XIX-a, secolul individualismu lui şi al materialismului. *Se desprinde deci din acest fapt concluzia că instinctul de proprietate a fost pervertit de concepţia materialistă a secolului trecut şi a timpurilor noastre, concepţie care-şi are obârşia ei în cuceririle civilizaţiei contimporane. Poporul şvab în contact mai intim cu civilizaţia apuseană decât cel român, datorită situaţiei sale privilegiate în cadrele monarhiei austro-ungare, şi-a însuşit în mod fireşc cu un ceas mai de vreme concepţia de viaţă a timpului.* In acest senz pledează faptul că denatalitatea la şvabi s'a manifestat paralel cu denatalitatea la germani şi mai de vreme decât la români. Poporul român în schimb retranşat din cauza tratamentului vitreg în tradiţiile sale multiseculare, şi având contact redus cu centrele de civilizaţie străină precum şi cu populaţia eteroglotă din jurul său, a rămas neinfluinţat de atmosfera materialistă a cărei zăpuş nu l-a atins decât numai după ce convulsiunile cataclismului social din 1914—18 nu i-a creiat o situaţie favorabila pentru a se înfrupta în plin din beneficiile civilizaţiei. Şi dacă românu bănaţean cât şi acel din judeţul Arad precum şi acel din Bihor a adoptat cu atâta uşurinţa sistemul limitarii voite a natalităţii, desigur nu la şvabi trebue să căutăm germenul de contagiune, ci în civilizaţia apuseană, care aci la graniţa de vest bate mai puternic la porţile fortareţii noastre biologice.

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

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

Un loc de frunte ocupa aci grupul însemnat al factorilor disgenici de natură a) ereditară, b) infecţioasă şi toxică.

Nu este locul şi nici timpul de a patrunde în analiza lor amănunţită. Ravagiile pe cari le provoaca pe terenul fecundităţii şi fertilităţii arele ereditare şi bolile sociale ca: sifilisul, blenoragia, mai puţin tuberculoza, apoi intoxicaţiunile cronice ca alcoolismul sunt prea bine cunoscute chiar şi în lumea laicilor încât descrierea lor nu ni se pare a fi necesară.

Dar mi s'ar putea obiecta, şi încă cu destul temeiu, că toate aceste elemente au existat şi în timpul când natalitatea înregistra cifre cu totul ridicate. Obiecţiunea aceasta, deşi are în aparenţa un oarecare conţinut de adevar, nu rezistă câtuşi de puţin unei analize critice mai temeinice şi iată dece: întradevar elementele disgenice aci înşirate şi-au exercitat influinţa lor nocivă de multe secole, consecinţele lor însa nu s'au resimţit până acum într'aşa măsură dat fiindcă ele nu au fost niciodata în aşa grad răspândite ca în anii din cursul războiului şi cari au urmat războiul. Mişcările de masse din timpul razboiului, contactul mai apropiat a populaţiei rurale cu oraşele după razboiu, au provocat o diseminare intensă a boalelor venerice disgenice a caror consecinţe în mod natural se resimt astazi şi se vor resimţi încă poate multă vreme. La răspândirea lor a contribuit şi contribue încă în larga măsura celibatismul, una din plagile sociale caracteristice epocei noastre.

Tot din rândul cauzelor sanitare ale denatalităţii deşi e posibil să aibă un substrat de preferinţă economic, amintesc căsătoriile precoce, între copii neajunşi la vârsta maturităţii. Aceste căsătorii se soldeaza în majoritatea cazurilor cu divorţ, în urma divorţului viaţa de libertinaj a femeii (văduva veselă) cu toate urmările de ordin sanitar: boalele venerice şi în primul rând blenoragia, cel mai redutabil duşman al fecundităţii şi fertilităţii.

3. Cauze psihologice.

Intenţionat am lăsat la sfârşit expunerea cauzelor de ordin psihologic, nu pentru că le-aşi deprecia importanţa lor în domeniul denatalităţii, ci din contră pentru a le proiecta cu mai multă vigoare în faţa D-voastre, dat fiindcă personal le consider a avea un rol predominant în provocarea fenomenului despre care tratăm. Şi parerea mea este împărtăşită de mulţi confraţi medici şi sociologi. Ca dovadă citez faptul că în ultimul congres al Asociaţiei »L'Assemblee francaise de medicine general«, ţinut în cursul lunei acesteia la Paris, majoritatea participanţilor au evocat argumente de ordin psihologic în explicarea scăderii natalităţii. Deasemenea şi dintre cercetatorii români o mare parte atribue acestui factor un rol de frunte în determinarea fenomenului denatalităţii.

Cari sunt factorii psihologici incriminaţi şi care este proveniența precum şi modul lor de propagare?

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

Cultul ipertrofiat al „eului" este o urmare firească a potenţării sau mai bine zis pervertirii spiritului burghez, la obârşiile sale prevăzator şi cumpănit, iar acum acaparator corupt şi egocentrist, urmarind posesiunea materială nu atât din prevedere ci mai mult din satisfacerea unui orgoliu sau a unor vicii personale.

Slăbirea legăturilor familiare — atât de strânse altă dată— pare a avea drept cauză principală, după modesta mea părere, emanciparea femeii din rolul de paznic al căminului conjugal spre a intra în funcţiuni şi a câştiga unele situaţii sociale şi materiale cari le confera o independenţă oarecare

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

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

* * *

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

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

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

Combaterea denatalității.

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

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

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

Faţă de o asemenea situaţie am avea un remediu eroic, dar deocamdată numai de valoare teoretică şi anume o distribuţie mai echitabilă a bunurilor atât între diferitele popoare cât şi între numeroşii indivizi cari o compun. Or, întrucât acest deziderat va rămâne pentru totdeauna în domeniul utopiilor, iar actuala structură a societăţii omeneşti nu ne îndreptăţeşte să nutrim nici măcar speranţa unei valorificări atât de favorabilă a muncii încât fiecare muritor de rând să poată fi pus la adapost de grijile materiale, demografii şi oamenii de stat s'au gândit să recurgă la o serie de expediente.

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

a) prin legea din 6 Iunie 1929 se hotăreşte ca la numirea în funcţiunile de stat şi particulare să se respecte următoarea ordine: căsătoriţi cu urmaşi, căsătoriţi fără urmaşi, necăsătoriţi,

b) prin legea din 27 Martie 1930 s'a redus considerabil dota cerută soţiilor de ofiţeri,

c) s'a redus limita de vârstă admisă pentru căsătoriile ofiţerilor,

d) s'a consacrat o anumită zi ca sărbătoare a nunţii,

e) se acordă premii însemnate noilor menajuri,

f) noii căsătoriţi se bucură de o reducere însemnată pe căile ferate cu ocaziunea călătoriei de nuntă, etc.

Tot pentru stimularea naşterilor s'au luat şi măsurile ce urmează:

a) scutirea de impozite directe, de supraimpozite comunale, de contribuţii municipale şi de taxe şcolare a funcţionarilor publici cu 7 copii şi a tuturor cetăţenilor de alte categorii cu 10 copii când venitul anual nu trece de 100,000 lire.

b) îndemnizaţie speciala, numit »adaus familiar« pentru fiecare copil minor al funcţionarului,

c) premii pentru naşteri,

d) creiarea »Operei naţionale pentru protecţia maternităţii şi a copiilor« care are în sarcină ocrotirea morală şi materială a mamei şi copilului. Fondul acestea se alimentează şi din impozitele însemnate a celibatarilor.

In Franţa operile de asistenţă materială a maternităţii, patronate de stat sau susţinute de iniţiative particulare, precum şi dispoziţiunile legislative cari înlesnesc creşterea copiilor, sunt foarte numeroase, Franţa fiind dealtcum şi prima ţară care s'a preocupat de această problemă — este adevărat că mai mult constrânsă de proporţiunile dezastruoase ale fenomenului denatalităţii decât de dragul ideologiei sociologice ale regimului politic —.

La noi protecţia materială a căsătoriilor tinere, şi a familiilor numeroase nici n'a format încă obiectul unor studii serioase şi cu atât mai puţin a unor încercări de înfăptuire. Căci »adaosul familiar« de 100 Lei pentru copil nu poate fi considerat, cu oricâtă bunăvoinţă l'am trata, ca un sprijin material real, iar la complectarea vacanţelor din funcţiunile publice şi particulare cu totul altele sunt consideraţiunile cari decid soarta candidaţilor, decât acelea fixate în legislaţia Italiei.

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

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

a. Creiarea de consultaţiuni prenatale şi preconcepţionale gratuite în toate centrele sanitare urbane şi rurale, cu scopul de a recunoaşte şi îndepărta la timp toate primejdiile cari ameninţă fecunditatea şi fertilitatea viitoarelor mame sau gravide. Spre complectarea obiectivelor urmărite de aceste consultaţiuni se impune

b. *Combaterea energică a tuturor boalelor sociale disgenice la orice vârsta şi în oricare* din straturile sociale s'ar ivi ele, reducând în limita posibilităţilor influinţa lor nefastă nu numai asupra cantităţii ci şi asupra calităţii noilor generaţii.

In aceasta ordine de idei vom avea de dus o luptă sistematică şi neîntreruptă contra sifilisului, gonoreei, malariei, pelagrei şi a alcoolismului, toate extrem de răspândite în ţara noastra. Certificatul prenupţial de sănătate ne pare a ne putea aduce foloase reale în direcţia aceasta.

c. *Combaterea căsătoriilor precoce una din plăgile specifice ale populaţiei* noastre rurale care contribue într'o masura însemnata la reducerea fecundităţii şi fertilităţii datorită divorţurilor cari le succed într'o proporţie zdrobitoare.

d. *Combaterea divorţurilor şi concubinajelor* agenţi înfricoşatori ai căsniciilor sterile şi leaganele de procreaţie a celor mai multe din elementele cu starea civilă nelămurită fermenţi de disoluţie a societăţii prin calităţile lor fizice şi psihice inferioare.

e. *Prevenirea şi combaterea avorturilor criminale,* prin pedepse severe. Noul cod penal Regele Carol al II-a, aplicat cu toata rigurozitatea ar constitui un mijloc eroic pentru combaterea avorturilor criminale daca justiţia va fi sprijinită în acţiunea sa de opinia publica.

f. *Consolidarea instituţiei familiare prin legi de protecţie astfel alcătuite încât să i se asigure o bază morală şi materială capabilă să reziste cu succes atât la atacurile venite din afară cât şi la* zdruncinările dinlauntru.

3. Combaterea factorului psihologic.

Dar precum măsurile economice arătate n'au fost în stare să oprească declinul natalităţii în Italia totaşa nu trebue sa ne leganam în iluzia că măsurile medico sociale aci schiţate precum şi altele mai perfecte ce se ar preconiza ne-ar asigura soluţionarea definitivă a problemei despre care ne tratam. A crede astfel înseamnă a desconsidera tocmai factorul cel mai de seamă care dirijează astazi atât fecunditatea cât şi fertilitatea

anume factorul psihologic. Progresul biologic al diferitelor popoare din Europa nu este astăzi în funcție de legi și ordonanțe, și nici de premii sau alte expediente de ordin economic și medico-social ci numai și numai de atmosfera psihica a epocei în plamadire. Va reuși rasa albă și popoarele cari o formeaza sa arda într'un foc mistuitor toata povara morala a unor vremuri de neghioaba și absurda negare a idealurilor spirituale, se va rezolva dela sine și problema care ne framânta astazi. Va continua sa se închine și mai departe aceloraşi idoli meschini, carora le-a jertfit și jertfește înca toata comoara sufletească adunata dealungul veacurilor se va prabuși cedând locul altor rase sau altor popoare a căror suflet stăpânește materia pentru a lasa mișcare libera spiritului triumfator pretutindeni și în toate vremurile. Iata cheia problemei denatalității.

Dar a poseda numai cheia unei fortarețe nu înseamă a stăpâni înca și fortareața însă-și. Totașa cunoscând drumul salvator nu înseamnă că suntem și în stare să-l urmam până la sfârșit, caci deși la criza acută a capitalului biologic uman participă activ sau pasiv, conștient sau inconștient fiecare dintre noi iar sentinelele ce vegheaza asupra comoarei noastre biologice au semnalat înca de mult timp primejdiile ce-o amenință, luminându-ne și caile salvatoare, nu vad ivindu-se de nicăiri strafulgerarea vie a unei supreme sforțări de emancipare de sub zgura deșărtaciunilor materiale care înabușe astazi nu numai oamenii, dar și instituțiunile create de aceștia pentru a-i ridica din glodul pamântului în sferele spiritualității. Biserica și școala stau neputincioase în fața dezastrului, deși ele în primul rând ar avea sarcina și chemarea de a schimba o mentalitate bolnavicioasă cu urmari posibil catastrofale. Nu le învinuim pentru aceasta neputință, caci neputința lor este numai un corolar al crizei sufletești care framânta pe aceia cari le-au creiat si pentru cari s'au creiat. Ele însi-le așteaptă cu nerabdare ceasul unei renașteri, renaștere a carei zori însa nu se vor ivi decât atunci când omenirea se va reînoi, nu prin selectorul legilor eugenice și nici prin revarsarea bunurilor economice ci prin focul unor zguduiri profunde și dureroase cari vor nimici trecutul pentru ca pe ruinele sale să rasara o altă rasă de oameni, cu nesăcatuite resurse biologice și cu patrimoniul spiritual nealterat de viciile Sodomei și Gomorei contimporane.

II. Mortalitatea.

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

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

Deosebirea de ritm între scăderea natalității și aceea a mortalității generale a creiat la unele popoare o situație demografica din cele mai critice, din cauza excedentului natural extrem de redus sau chiar deficiar. Deși poporul nostru înregistreaza de prezent excedente anuale destul de însemnate și va înregistra poate și de aci înainte înca o serie lunga de ani, totuși în unele regiuni ale țarii spectrul unui faliment al capitalului biologic uman se reliefeaza în toata cruzimea sa. Cifrele de aci sunt mai mult decât lamuritoare în aceasta privința;

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

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

In rezumat deși România are încă asigurat un excedent natural impunator, Banatul înregistreaza în anul 1935 un deficit în populația sa ce trece peste doua mii de suflete, — cât o comuna fruntașa, iar județul — Arad începe sa-i calce pe urme cu un deficit de 187 suflete.

(vezi statistica din pag. următoare)

Ceeace ne impune o atenție deosebita este faptul ca deficitul cel mai însemnat il da în Banat populația românească și germană până când ungurii realizeaza înca un mic excedent. In județul Arad românii manifesta acelaș fenomen îngrijorator, până când germanii au o proporție mai favorabila.

Mortalitatea generala arata pretutindeni o tendința evidenta spre descreștere continua și progresiva ca urmare fireasca a îmbunatațirii condițiunilor de viața și a progreselor realizate în toate domeniile științei medicale. Acest fenomen se observa și în România.

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

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

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

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

	Români			Unguri			Germani			Evrei			Ruşi			Alţi			Total		
	Născuţi vii	Decese	Exced. nat.	Născuţi vii	Decese	Exced. nat.	Născuţi vii	Decese	Exced. nat.	Născuţi vii	Decese	Exced. nat.	Născuţi vii	Decese	Exced. nat.	Născuţi vii	Decese	Ex ed. nat.	Născuţi vii	Decese	Exced. nat.
România	465069	309125	+ 155944	30130	24028	6102	16257	13005	3252	10332	10182	+ 150	26957	20385	+6572	36641	25953	+ 10685	585386	402678	182708
Banat	8744	10792	—2048	1809	1526	+ 283	3333	4014	—681	119	192	—73	159	91	68	1920	1699	221	16084	18224	—2140
Judeţul Arad rural	4633	4791	— 158	961	934	+ 27	949	843	+ 106	16	28	—12	16	11	+5	368	282	86	6943	6889	+ 54
Municipiul Arad	428	420	8	420	537	—117	74	130	—56	60	117	—57	5	4	+1	24	44	—20	1011	1252	—241
Arad rural şi urban întrunite	5061	5211	—150	1381	1471	—90	1023	973	50	76	145	—69	21	15	. 6	392	326	66	7954	8141	—187

ceselor cari se soldează la 700.000). In România proporţia este şi mai mare. In anul 1935 de ex. decesele din grupul 0—14 ani au constituit 49,3 p. 100 din totalul deceselor, iar 56,5 p. 100 din grupul acesta au aparţinut vârstei de 0—1 an. Excepţionala importanţa pe care o reprezinta din punct de vedere demografic mortalitatea infantilă a determinat în anul 1926 Comitetul de Igiena al Ligii Naţiunilor ca să invite o seamă de specialişti la Geneva spre a pune bazele unei anchete internaţionale privind această problemă. Ancheta s'a şi efectuat înca în cursul anului 1927 alegându-se ca teren de studiu o serie de districte din Anglia, Austria, Franţa, Germania, Italia, Norvegia şi Ţările de jos Lucrările de cercetare în cele 7 ţări au fost conduse cu ajutorul unui personal riguros selecţionat şi deaproape supraveghiat astfel că rezultatele obţinute sunt cât se poate de apropiate de adevăr. In Franţa conducerea lucrărilor a avut-o prof. Debre ajutat de colaboratorii săi Pierre Ioannon şi M. I. Cremieu Alcan, iar rodul muncii lor a fost sintetizat în volumul »La mortalite infantile et la mortinatalite« conţinând toate datele adunate cu privire la problema care ne procupă, complectate cu explicaţiunile ştiinţifice precum şi cu concluziunile ce s'au impus

Anchete identice au fost intreprinse în a. 1931 şi în România având ca sediu plaşile model Gilau şi Tomeşti apoi a X-a circumscripţie din Bucureşti Studii şi cercetari asupra problemei materno-infantile, aparte de cele patronate de către Comitetul de Igiena al Ligii Naţiunilor sau mai realizat încă şi de către numeroşi alţi cercetatori români perfecţi cunoscatori ai fenomenelor demografice. Dintre aceştia citam pe Dnii profesori Dr. Iuliu Moldovan, Dr. Titu Gane, Dr. Gh, Popoviciu, Dr. Zoolog Doc. Dr. Gh. Banu, Dr. Sabin Manuilă Doc. Dr. A. Iancu, Dr. I. Nemoianu, Dr. Petre Vlad, Dr. P. Râmneanţu şi încă o seamă de pasionaţi în urmarirea evoluţiei biologice a capitalului uman, lucrând fie independent fie încadraţi sub stindardul unei instituţiuni, societaţi ştiinţifice sau culturale. Expunerea mea de faţă fiind o încercare de a rezuma variatele aspecte ale mortalitaţii infantile e firesc ca să mă folosesc în larga măsura nu numai de lucrările şi studiile neasămuit de competente, întocmite şi publicate în ultimul timp de către cercetatorii români, ci şi de publicaţiunile straine în stare a ne facilita lămurirea problemei atât prin datele statistice ce le aduc cât şi prin explicaţiunile ce le dau unor fenomene biologice sau demografice cari ne intereseaza şi pe noi.

Mortalitatea infantilă sub un an în România este astăzi cea mai ridicata din toata Europa şi ceeace este mai îngrijorător are o tendinţa mult mai slaba spre descreştere ca în oricare alta ţara.

Evoluţia mortalităţii infantile sub un an în unele ţări din Europa. Proporţia la 100 născuţi.

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

Prin urmare cu atât mai justificată este munca tuturora cari se străduesc să-i cunoască cauzele şi să-i combată în limita posibilităţii efectele.

A. Cauzele mortalităţii infantile.

Prof. Mouriquand din Lyon împarte cauzele mortalităţii infantile în majore şi minore, susţinând că deşi nu este drept ca să neglijam pe cele minore o luptă contra celor majore ne poate servi cu rezultate practice mult mai evidente. Tot Dsa stabileşte următoarele categorii în rândul cauzelor majore ale mortalităţii foeto-infantile 1. *pericolul congenital, în care încadrează traumatismele obstetricale şi prematuraţia* 2. *pericolul alimentar* reprezentând tulburările digestive 3. *pericolul infecţios* cuprinzând bolile infecţioase acute sau cronice şi 4. *diverse* în acest capitol înşiruind malformaţiunile congenitale, accidentele precum şi alte cauze variate şi necunoscute.

Prof. Debre adoptând clasificarea de mai sus a ajuns la constatari foarte interesante. Astfel din datele anchetei Dsale intreprinsa în Franţa rezulta **că pericolul congenital** *reprezintă factorul dominant în cadrul cauzelor multiple ale mortalităţii foeto infantile* ½ *din cifra totală a morţilor sub 1 an fiind victima acestui pericol.* Pericolul infecţios la rândul sau revindeca pentru el ¼ până când cel alimentar abia 1/10 din hecatomba morţilor, restul întrând la rubrica diverse.

Cauzele obstetricale i-se par a avea la activul lor ½ din cifra care reprezintă pericolul congenital.

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

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

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

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

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

Deşi Prof. Birck trage la îndoială corectitudinea în aprecierea cauzelor mortalităţii, arătând mai ales ca totul neverosimile cifrele referitoare la debilitatea generală şi la convulsiuni, nici unul şi nici altul din aceste grupuri nereprezentând o entitate morbidă ci în realitate acoperind o cauză ascunsă, totuşi nu poate contesta că acestea evidenţiază *în largă măsură importanţa pericolului congenital* care fără grupul convulsiunilor până la 1 an reprezintă 47,2% iar dela 0—1 lună însumează 85 p. 100 a deceselor (inclusiv convulsiunile).

Dacă cercetăm cu atenţie datele următoare culese din Buletinul demografic al României vom afla o situaţie aproape analoagă şi la noi în ţară.

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

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

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

I. Pericolul congenital

a) boalele primei copilării
a) debilitate congenitală
b) naştere prematură
c) consecinţele naşterilor
d) alte boli sub 3 luni

69642 = **62%**

II. Pericolul alimentar

diaree şi enterite . . . . 15263 = **13.5%**

III. Pericolul infecţios

boli infecţioase,
pneumonii, bronchop. . . . 23143 = **20.5%**

IV. Diverse

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

Total 112415

Concluziuni:

1. Pericolul cougenital este chiar mai accentuat în România ca în Franţa şi Germania. Aceasta se explică desigur prin faptul că asistenţa la naştere se face în condiţiuni mai proaste ca în ţările amintite. In acest sens ar pleda şi faptul ca pericolul congenital în mediul rural se prezintă cu cifre mult mai ridicate ca în mediu urban. Citâm ca exemplu cifrele referitoare la judeţul şi municipiul Arad pe anul 1935.

In a. 1935 judeţul Arad, rural şi urban întrunit a înregistrat decesele **1657** copii morţi în vârsta de 0—1 an, din aceştia 909 sau 55% fiind victimele pericolului congenital. In acelaş timp pe teritoriul municipiului Arad în acelaş an din 170 copii morţi în vârstă de 0—1 an abia 45, ceeace face **26.5%** sau mai puţin de jumătate ca în mediul rural se pot considera ca victime ale aceluiaş pericol congenital. *Este indiscutabil că cifrele din mediul rural nu corespund întocmai realităţii din motivul că necroscopia se face aci deobicei de laici, iar pe dealtăparte în mediul rural la noi în general abia* **16.8%** *a copiilor morţi sub 1 an au fost văzuţi de medic, până când în mediul urban (municipii) în medie 69.6% au stat sub tratament medical.*

(In judeţul şi municipiul Arad situaţia este mai favorabilă ca în alte judeţe deoarece în judeţul nostru 40—50% iar în municipiu aproape 100% din copii morţi sub 1 an au fost sub tratament medical sau mai bine zis **au fost văzuţi** de medic înainte sau numai după moarte.

2. *Pericolul alimentar* având la activul său abia 13.5 la sută din totalul copiilor morţi sub 1 an nu justifică deocamdată nici o îngrijorare cel puţin în raporturile sale privind întreaga ţară. In judeţul Arad însă situaţia pare a fi cel puţin pentru moment alta deoarece se prezintă cu 23%. Cari să fie motivele datorită cărora în judeţul nostru pericolul alimentar a luat proporţiuni atât de mari în raport cu Germania şi Franţa (unde acesta se prezintă cu o cifră de abia 10 la sută) cât şi în rapo

Numărul deceselor sub 1 an şi cauza lor. Judeţul Arad (rural şi urban întrunite)

LUNILE	Total	Sub 1 zi	1—6 zile	7—29 zile	1—5 luni	6—11 luni	Boli inf.	Boli ap. resp.	Diaree tulb. dig.	Vicii de conf	Boli l. copilării	Cauze ex.	Alte cauze	Total
Ianuarie	142	3	17	39	64	19	5	44	16	—	67	-	10	142
Februarie	188	1	31	45	80	31	9	45	17	1	108		8	188
Martie	134	3	28	29	53	21	11	26	11	-	81	1	4	134
Aprilie	112	1	22	33	43	13	3	19	15	—	70	1	4	112
Mai	115	4	24	31	43	13	4	13	10	—	78	—	10	115
Iunie	95	2	24	26	34	9	3	9	12	1	66	1	3	95
Iulie	125	2	24	22	57	20	2	14	39	—	66	—	4	125
August	209	2	32	44	84	47	8	6	88		99	3	5	209
Septemvrie	159	3	20	23	88	25	2	9	56	—	85	1	6	159
Octomvrie	184	3	27	28	90	36	4	11	72	1	87	-	9	184
Noemvrie	91	2	12	18	42	17	6	12	27	—	44	—	2	91
Decemvrie	103	—	20	18	40	25	1	15	18	—	58	—	11	103
Total	1657	26	281	356	718	276	58	223	381	3	909	7	76	1657
Municipiul Arad														
Ianuarie	13	1	2	4	4	2	1	4	—	—	4	—	4	13
Februarie	11	—	—	5	5	1	2	3	2	—	4	—	—	11
Martie	14	2	3	1	4	4	4	4	—	—	4	1	1	14
Aprilie	9	—	1	2	6	—	1	3	—	—	2	1	2	9
Mai	10		—	2	6	2	1	3	—	—	1	—	5	10
Iunie	10	—	1	2	7	—	1	2	2		3	1	1	10
Iulie	20	1	4	3	10	2	2	1	7	—	8	-	2	20
August	33	—	4	3	12	14	2	3	16	—	8	1	3	33
Septemvrie	17	—	2	3	10	2	2	1	5	—	5	1	3	17
Octomvrie	14	—	2	1	7	4	3	1	8	—	1		1	14
Noemvrie	6		—	—	4	2	2	1	1	—	—	—	2	6
Decemvrie	13	-	4	1	4	4	1	2	1	—	5	—	4	13
Total	170	4	23	27	79	37	22	28	42	—	45	5	28	170

cu media pe ţara (13,5 p. 100). ? *Faptul ni se pare a-şi afla o explicaţie în deprinderea din ce în ce mai frecventă a femeilor dela sate de a-şi înfăşa copiii cât de timpuriu posibil, fenomen ce se observă mai ales în podgorii, cât şi nepriceperea de a prepara alimentele pentru sugaci atunci când se trece dela alăptarea naturală la alimentaţia mixtă sau artificială.* Ignoranţa completa în acest domeniu am avut ocaziunea s'o constatăm şi s'o verificam cu ocaziunea anchetelor monografice din comunele Sâmbateni şi Conop.

Pe teritoriul municipiului Arad pericolul alimentar înscrie la activul său 25 p. 100 din morţii în vârsta de 0—1 an. Cifra deşi este mai redusa ca în alte municipii (de ex. în Cluj este de 27.6 p. 100) ea este totuşi destul de ridicata. Majoritatea victimelor *sunt recrutate aci din rândurile copiilor de muncitoare cari întrerup cu totul precoce alăptarea pentru a se reîntoarce în fabrici şi uzine, cât şi din rândurile*

Proporţia naşterilor şi deceselor pe grupuri de vârstă, sex şi stare civilă în a. 1935.
România urban şi rural întrunite

Luna	Născuţi vii				Născuţi morţi		DECESE										Decese sub 1 an			
	Legitim		Nelegitim		Leg.	N. l.	M.	F.	sub 1 an	1—4	5—14	15-24	25-44	45-64	peste 65	necun.	Legitim		Nelegit.	
	M.	F.	M.	F.													M.	F.	M.	F.
I	24485	22500	2984	2779	1058	227	20735	19569	11259	6071	2037	1709	3276	5636	10308	8	5490	4458	757	554
II	23070	21439	2732	2631	1043	229	28243	26549	15143	9377	2473	1992	4729	7838	13231	9	7558	5885	943	757
III	21259	20015	2489	2362	999	211	20235	19079	10469	5767	2163	1889	3731	5722	9565	8	5156	4003	702	608
IV	22888	21125	2707	2604	941	222	16865	15705	8792	3867	2006	1911	3350	4818	7813	14	4294	3347	620	530
V	22546	20931	2819	2643	1025	204	15520	14467	8044	3627	1964	1836	3248	4369	6888	12	3869	3814	561	501
VI	22749	21465	2696	2439	933	205	12901	13073	6894	3075	1693	1721	2818	3521	5245	4	3211	2714	532	457
VII	24666	22583	2833	2687	948	184	15078	13827	8870	5048	1590	1477	2713	3647	5553	8	4182	3368	721	599
VIII	25778	24158	3015	2771	890	198	15708	14792	10040	6085	1473	1416	2511	3492	5471	12	4742	3950	699	649
IX	24392	22878	2855	2832	887	178	13802	12996	8398	4937	1321	1180	2427	3392	5131	12	3907	3366	605	520
X	24039	22735	2621	2585	900	159	15295	14007	9074	5344	1642	1334	2623	3641	5630	14	4313	3553	625	583
XI	18702	17694	2117	1955	836	157	16877	15977	8045	5837	1990	1425	2897	4663	7989	8	3891	3137	544	473
XII	15819	15317	2053	1954	880	180	16596	15782	7387	4997	2021	1417	3089	4884	8574	9	3651	2709	514	423
Total	270383	252801	31931	30242	11340	2354	207855	194823	112415	64032	22373	19307	37412	55633	91398	118	54264	43694	7823	6734
	585386				13694		402678		402678								112414			

585386 13694 402678

Județul Arad. Media rurală:

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

Municipiul Arad

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

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

Rolul *vârstei* în determinarea mortalității infantile se reliefeaza din urmatoarele:

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

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

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

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

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

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

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

Sexul pare a avea şi el un oarecare rol în dirijarea evoluţiei mortalităţii copiilor sub un an.

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

Sexul masculin se arată prin urmare a fi mai fragil, cel puţin la ârsta aceasta, dând un coeficient de mortalitate mai ridicat ca şi sexul eminin.

N*eamul şi rasa* constituie deasemenea un factor vrednic de ţinut seama la studiul mortalităţii infantile, fără ca să-i atribuim totuşi o nportanţă excepţionala, coeficientul mortalităţii nefiind deobiceiu în funcţe de particularităţile sociale, ci mai mult de gradul civilizaţiei la care ajuns.

Vezi statistica pe pag. 352

Influinţa anotimpurilor sau a climatului în schimb ne pare a apăsa ai greu în balanţa mortalităţii infantile.

Decesele sub 1 an pe anotimpuri.

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

Rezulta de aci că în România cea mai ridicată mortalitate infantilă 1 an pe ţara o avem iarna — totasemenea şi în judeţul Arad — ceeace eamna ca tulburările digestive datorita perzistentei marei masse a melor de a-şi alapta singure copiii, constitue un factor de mortalie mai puţin important ca infecţiunile aparatului respirator cari ria în mod considerabil mortalitatea infantilă în cursul iernii. In schimb teritoriul municipiului în urma numeroaselor sustrageri ale mamelor a alaptarea naturală mortalitatea infantilă e mai ridicată vara.

Starea civilă a copiilor trage din greu în cumpana mortalităţii sub an,

Vezi statistica din pag. 353

In rezumat în anul 1935 mortalitatea copilului legitim sub 1 an atât România cât şi în jud. Arad este mai scăzută decât aceea a nelegitilor, un fenomen care se observă pretutindeni. Excepţie face municiArad care arată o proporţie mai scăzută în mortalitatea nelegitimi-

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

Anul	ROMÂNI			UNGURI			GERMANI			EVREI			SÂRBI			SLOVACI			Bulg. ri			Alte notiuni		
	Născuți vii	Decese	Proporția la 100	Născuți vii	Decese	Proporția la 100	Născuți vii	Decese	Proporția la 100	Născuți vii	Decese	Proporția la 100	Născuți vii	Decese	Proporția la 100	Născuți vii	Decese	Proporția la 100	Născ vii	Decese	Prop. la 100	Născuți vii	Decese	Proporția la 100
1918	109	22		392	51		83	8		51	2		19	4		16	1					2	—	
1919	213	18		571	63		131	8		88	4		13	1		27	3		2			2	1	
1920	251	23		553	51		145	14		101	6		28	2		18	1		1	—		2	—	
1921	237	14		593	38		91	22		98	6		30	—		43	11		2			3	1	
1922	262	32		581	37		113	20		105	1		14	4		17	6		2	—		6	2	
1923	270	35		510	38		97	10		91	4		17	1		27	2		4	1		2	—	
1924	203	28		492	36		87	10		101	6		18	4		24	5					1	—	
1925	236	22		425	31		71	10		93	2		17	3		15	3					2	—	
1926	247	29		431	51		93	1		84	6		25	4		23	2		3			3	—	
1927	286	43		450	48		78	8		74	5		18	5		16	1			—		1	—	
1928	275	37		307	46		65	9		47	2		22	7		14	3		2	—		3	—	
1929	196	36		279	44		52	8		43	7		16	1		13	3		—	—		1	1	
1930	527	86		446	56		132	12		82	5		16	4		26	1		4	—		1	1	
1931	472	65		501	53		123	11		59	—		20	1		28	5		1	1		2		
1932	447	65		429	62		106	15		57	—		16	9		38	4		3	—		3	1	
1933	420	47		376	43		98	11		71	1		6	—		22	2		1	—		—		
1934	440	74		429	48		106	6		73	6		21	7		18	3		—	—		1	—	
1935	405	43		393	42		96	11		58	5		30	2		24	3		4	—		1	—	
1936	438	58		397	34		108	12		63	2		39	6		26	4		5	—		7	—	
Total	5934	777	13.1	8555	872	10.2	1875	217	11.5	1439	70	5	385	65	17	435	62	14.1	34	2	6.2	43	7	16

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

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

lor ca şi în aceia a legitimilor — cel puţin în a. 1935 — fapt ce ne-ar parea paradoxal daca nu am cunoaşte că în ultimii ani sau legalizat prin casatorie civila un numar mare de concubinaje din cartierul ţiganesc, cartierul cu mortalitatea infantila cea mai ridicata scazând astfel coeficientul mortalitaţii nelegitime şi urcându-le pe acel al legitimilor.

Numărul copiilor dintr'o familie nu constitue un factor indiferent în evoluţia mortalitaţii infantile în general. Dealtcum e şi firesc să fie aşa, caci dupa cum spune şi Prof. Walther Birck: „cei cari au un singur copil acesta are un preţ atât de ridicat încât îl îngrijesc cu cea mai mare atenţie pentru a-l menţine în viaţa".

III. Mortinatalitatea.

Perderile în capitalul biologic uman nu se realizeaza însa numai prin marele numar al copiilor cari mor dupa naştere, ci şi prin massa apreciabila a foetuşilor expulzaţi morţi din pântecele mamei înca înainte de a putea ajunge la maturaţie. Spre a nu produce confuzie la înregistrarea acestor pierderi o comisiune speciala a Comitetului de Igiena de pe lânga Liga Naţiunilor a propus şi Comitetul a acceptat ca termenul de mortnascut să fie consacrat acelor progenituri umane cari au fost expulzate dupa o sarcina de cel puţin 6½ luni — deci teoretic viabile — însa a caror respiraţie pulmonara nu s'a stabilit înca deloc, indiferent daca moartea a survenit înainte, în cursul sau dupa naştere.

Dupa datele statistice mortinatalitatea pare a fi mai redusa la noi ca în Franţa, căci pâna când în Franţa proporţia ei faţa de nounascuţii vii este de 3.8% (media pe anii 1924—1930) în România calculând mediul rural şi urban întrunite în a 1935 aceasta a fost abia de 2.3 p. 100 iar în judeţul Arad — numai mediul rural— 1,8 pe 100 de nounascuţi. Daca cifrele noastre ar fi reale am fi desigur în fericita situaţie de a fi mulţumiţi de asistenţa graviditaţii şi nici combaterea sifilisului sau aceea a alcoolismului precum nici problema surmenajului femeii gravide n'ar mai trebui să ne preocupe prea mult. Dar să nu ne leganam în iluzii deşarte, caci desigur numarul mortnascuţilor este mult mai ridicat decât acel ce se arată din cifrele noastre statistice, dar pedeoparte insuficienţa mijloacelor de informaţie pedealtaparte deformarea senzului constatarii efectuate de necroscop, precum şi cele mai de multeori confuzia între noţiunea

de nou născut şi avorton modifică simţitor situaţia adevărată. Ipoteza aceasta pare a fi confirmată şi prin faptul că pe teritoriul municipiului Arad, unde mijloacele de informaţiuni statistice şi de tehnică medicală sunt mai perfecte decât în mediul rural, proporţia mortnăscuţilor în a. 1935 a fost de 5,4 p. 100 de nounăscuţi, deci aproape de 3 ori mai ridicată ca în mediul rural din acelaş judeţ.

Proporţia de mortnăscuţi faţă de nounăscuţii vii în a. 1935.

România mediul urban şi rural întrunite			Judeţul Arad			Municipiul Arad		
nou născuţi	mort născuţi	Prop.	nou născuţi	mort născuţi	Prop.	noi născuţi	mort născuţi	Prop.
585396	13694	2.3	6943	129	1.8	1011	55	5.4

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

Proporţia mortnăscuţilor legitimi şi nelegitimi faţă de nounăscuţii vii

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

Combaterea mortalităţii şi mortinatalităţii infantile

După analiza mai mult decât sumară a cauzelor mortalităţii foeto-infantile urmeaza în mod firesc să ne ocupăm cu măsurile cari ne pot pune în situaţia de a reduce pierderile ce se realizează necontenit în capitalul uman, ca rezultat al influinţelor nefaste ce se exercită asupra acestuia în perioada cea mai senzibilă a evoluţiei sale biologice.

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

A. *Mijtoacele de ordin economic* preconizate până acum, sunt inspirate de credinţa sau ipoteza că lipsa resurselor materiale contribue foarte mult la ridicarea mortalităţii infantile, în primul rând prin faptul că îndepărtează mama dela îndatoririle sale firesti fiind şi ea silită să intre în lupta activă pentru asigurarea existenţii familiei, iar în al doilea rând din motivul că paupertatea creiază condiţiuni igienice de habitaţie, îngrijire corporală, etc. cu totul inferioare şi periculoase pentru fragedul vlăstar omenesc.

Unele din măsurile economice sunt aplicate chiar de stat, iar altele au fost iniţiate şi creiate sub impulsul instinctului de solidaritate al omului în faţa nevoilor. Voi cita câteva din măsurile de acest soiu aplicate fie la noi în ţară fie aiurea arătând în acelaş timp şi beneficiile ce le pot aduce cauzei, cât şi eventualele amplificări sau corectari pe cari le necesită pentru a avea o eficacitate cât mai intensă.

a) Una din primele măsuri de ordin economic având ca scop pro-ecţia materno-infantila sistematică şi raţională o aflăm în legislaţia fran-za sub numirea de »Legea lui Paul Strauss«. Promulgată în 17 Iunie 913 şi complectată în 2 Dec. 1917, această lege asigură femeilor fe-ndate şi lipsite de mijloace *o alocaţie de graviditate şi lăuzie zilnică* o cotă de minimum 1·50 fr. pe zi şi pe o durata de timp care nu ate depăşi în total 8 săptămâni — repartizate înainte şi după naştere — ta minimă iniţială de 0·50 fr. pe zi în 1920 a fost ridicata la 2 fr. 50 r cea maximă la 7 fr. 50. Nu încape îndoială că legea de mai sus este ai mult decât salutară, totuşi nu mulţumeşte pe deplin toate cerinţele. stfel lăsând la o parte insuficienţa cotei alocaţiei, ceeace scade mai ult din eficacitatea sa, este durata scurtă a perioadei în cursul careia acordă, fapt care determină pe Prof. Debre şi colaboratorii săi să opună lărgirea acestei perioade cu cel puţin 2 luni dat fiindcă femeia avidă are absolută nevoie de un repaos minim de 2 luni în unele ca-ri chiar şi de 3—4 luni înainte de naştere.

Legi cu asemenea caracter de asistenţă materno-infantilă există oroape în toate statele Europei, acestea însă se deosebesc în mod esen-l de legea lui Paul Strauss deoarece până când de legea franceză neficiază *toate gravidele franceze* oricarei clase sociale ar aparţine ele, antajele materiale acordate de celelalte legi sunt deobiceiu limitate în drele asigurarilor sociale. Astfel şi legea asigurarilor sociale din Ro-mnia dă dreptul femeilor muncitoare cari au cotizat cel puţin timp de luni să primească un ajutor bănesc 2 saptamâni înainte şi 6 saptamâni pa naştere.

b) Un alt mijloc cu substrat economic utilizat în combaterea mor-litaţii infantile este şi acordarea unor *premii de alăptare* mamelor cari şi alaptează singure copilul. Scopul acestor premii este de a da mame-posibilitatea ca să continue un timp cât mai îndelungat alaptarea la n, — unica alimentaţie ideală a sugaciului. Asigurarile sociale de pre-indeni au adoptat sistemul premiilor de alaptare şi-l aplică cu toată licitudinea. Legea asigurarilor sociale din ţara noastră acordă aseme-a premii tuturor mamelor asigurate, dar numai până la sfârşitul lunei 3-a după naştere.

Legea lui Paul Strauss în Franţa dă dreptul tuturor mamelor, — a deosebire de situaţia lor socială şi materială, — cari îşi alaptează gure copiii, să primească premii sau alocaţii de alaptare de 15 fr. pe a timp de 12 luni dela naştere, cotă care printr'o lege din 16 Apri-1930 s'a ridicat la 45 franci lunar.

Eficacitatea reală a premiilor de alăptare a fost contestată de unii ericultori fapt care a determinat pe Prof. Walter Birck să institue o chetă în rândurile asistentelor sociale şi surorilor de ocrotire din Wür-burg, cerându-le să se declare asupra utilităţii acestor premii (Still-d). Ca rezultat majoritatea răspunsurilor a fost favorabil acordării miilor de alaptare susţinându-se totodata utilitatea de a se urca cota mai ales a se prelungi timpul pentru care se acordă aceste premii, ntrucă astfel să se slăbească tentaţia pe care o exercită asupra mame-salariile dela fabrici.

Ele mai cer ca întrucât viitorul copilului nu interesează numai o sa sociala ci întreaga naţiune, problema să fie deslegată din cadrele

Caselor de asigurari şi situându-o pe planul problemelor de stat (aşa cum este privita şi tratata în Franţa).

c. Deoarece s'a constatat ca mortalitatea infantila este mai ridicata în familiile cu copii numeroşi evident ca asistenţa materiala sub felurite forme a unor atari familii care sa permita ameliorarea condiţiunilor igienice şi combaterea promiscuităţii poate sa aiba efecte cu totul salutare. Astfel acordarea unor ajutoare incidentale sau periodice în bani sau în natura precum şi o serie de avantagii de ordin financiar ca scutiri de impozite, deşi nu rezolva integral problema, totuşi uşurează situaţia materiala a familiei şi ca atare îmbunatăţeşte îngrijirea copilului.

d. In aceiaş ordine de idei s'a preconizat construirea unor locuinţe igienice pentru cei lipsiţi de mijloace, o problema de urbanistica care preocupa astazi în mod intensiv toate centrele industriale de pe continent şi care ar merita sa fie îmbraţişata cu elan şi din partea conducatorilor din fruntea colectivităţilor noastre oraşaneşti.

Iniţiativa privata activeaza şi ea cu succes pe terenul asistenţei materiale a familiilor susţinându-le în lupta ce o dau pentru întreţinerea şi salvarea vieţii copiilor. Activitatea lor de cele mai multe ori complecteaza pe aceia a organizaţiei de stat sau se desfaşoara paralel cu ea.

Dar întrucât acestea lucrează cu resurse mai modeste în mod forţat acţiunea lor este limitată la cercuri restrânse şi astfel numai un număr destul de redus de nevoiaşi beneficiaza de serviciile unor atari organizaţiuni, cum sunt de ex. *mutualităţile materne* a căror fonduri se adună din cotizaţiunile statutare ale membrelor mame sau viitoare mame.

B. Masurile de *ordin sanitar* la rândul lor ni se par a exercita o influinţa mai puternica asupra mortalităţii foeto-infantile ca cele economice.

Nu există o ţară civilizată — precum nu exista nici o religie, — care sa nu aiba codificate o serie de măsuri legislative sau precepte cu substrat medico social, urmarind combaterea numeroaselor primejdii ce ameninţa viaţa copilului încă din pântecele mamei.

In România Decretul Regal 1048 din 9 Aprilie 1928 statuiaza nu numai o prudenta menajare a sănătăţii femeii gravide ci şi o aparare viguroasa a vieţii copilului prin faptul ca interzice munca de noapte a femeilor şi acordă femeilor din asigurarile sociale un concediu medical de 6 saptămâni înainte şi 6 saptamâni dupa naştere. Tot acest decret mai impune intreprinderilor industriale cari au mai mult de 50 femei angajate ca muncitoare să susţină camere de alaptare cu scopul de a da posibilitatea mamei muncitoare sa continue alaptarea sugaciului chiar şi după ce şi-a reluat ocupaţia obicinuita în fabrica.

O lege interesantă este şi aceia a lui Roussel (23 Dec. 1874 în Franţa) care da posibilităţi reale autorităţilor sanitare spre a supraveghea şi ocroti cu succes copiii separaţi de mama şi plasaţi într'un mediu strain.

Dar lupta cea mai fecundă ce se dă pe teren medico social, şi cu mijloace sanitare în combaterea mortalităţii infantile se desfaşoara în cadrele şi prin mijlocirea instituţiunilor de asistenţa materno-infantila dirijate şi însufleţite de un personal sanitar superior şi auxiliar adaptat ca număr şi pregatire cerinţelor specifice al fiecareia dintr'aceştia.

a) *Maternităţile*, având rolul de a oferi oricărei gravide condiţiun

optime pentru perioada de naştere şi aceia a lauziei, utilitatea lor este mai ales justificata pentru cazurile când sarcina prezinta unele tulburari patologice iar facerea nu se poate realiza în mod spontan fara controlul sau intervenţia unui personal specializat. Evident ca, spre a-şi îndeplini cu folos chemarea lor, aceste instituţiuni trebuesc amenajate şi organizate într'un mod cât mai perfect posibil, şi fara ca sa piarda din vedere faptul ca pe lânga gravida sau lauza sa se bucure de o egala atenţiune şi noul nascut, atât de fragil la influinţele nocive ale colectivitaţilor când nu se iau masurile necesare spre a le îndeparta.

b) *Consultaţiunile prenatale* — pre şi postconcepţionale — au darul de a sprijini în mod eficace activitatea maternitaţilor, prin supravegherea şi indrumarea periodica a sarcinei, precum şi prin sfaturile de ordin eugenic pe cari le împartaşesc femeilor.

c) *Deasemenea căminele de zi şi de* repaos pentru gravide sunt instituţiuni de o necontestata utilitate pentru femeile din patura sociala saraca, acestea aflându-şi aci un adapost sigur în perioada când din cauza sarcinei nu-şi pot asigura existenţa, iar ca urmare suprima o serie de primejdii cari ameninţa viaţa şi sanatatea acestor mame vitregite de soarte precum şi a copiilor cari se vor naşte din corpul lor trudit şi supt de mizerie.

d) *Spitalele de copii*, instituţiuni cu un trecut relativ scurt înca, şi-au afirmat deja cu prisosinţa marele aport ce-l pot aduce operei pentru combaterea mortalitaţii infantile în cazul când nu se economisesc prea mult nici banii şi nici munca necesara pentru a le asigura o înzestrare adaptata tuturor cerinţelor în materie de organizare a unor atari aşezaminte.

Una din preocuparile de seama ale spitalelor de copii trebue să fie evitarea contagiunilor interne recurgând în acest scop la o cât mai riguroasa separare a ospitalizaţilor. Deasemenea vor face toate eforturile pentru a procura sugacilor lapte de mama şi a reţine mamele cari alapteaza lânga copii lor. Un deziderat iarasi de care trebue sa ţina seama este acela al unei aerisiri continui întovarasita de o reglementare raţionala a temperaturii localurilor mai ales în cursul caldurilor tropicale din cursul verii când pericolul insolaţiei ameninţa sugacii chiar şi în localuri închise daca nu au dispoziitive pentru racorirea aerului. Decesele numeroase ce se înregistreaza în aşezamintele de asistenţa infantilă în timpul verii s'ar putea reduce în mare masura daca acestea ar fi înzestrate cu dispozitive speciale pentru condiţionarea aerului.

e) *Pouponierele* servesc ca adapost pentru sugacii debili şi prematuri cari fara o îngrijire speciala lasaţi în mediul lor familiar ar fi condamnaţi la moarte.

Daca spitalele de copii au nevoie imperioasa de o instalaţie pentru condiţionarea aerului din localurile lor, pouponierele fara o asemenea instalaţie sunt puse aproape în imposibilitate de a se achita cu folos de misiunea lor, caci prematurii şi debilii suferă şi mai mult din cauza incapacitaţii lor de a-şi adapta temperatura corpului la aceia a mediului.

f) *Camerele de alăptare ataşate* fabricelor şi stabilimentelor industriale sau comerciale urmaresc scopul de a continua alaptarea la sân a sugacilor chiar şi în timpul când mama — silita de nevoile zilnice — renunţă la linistea şi odihna atât de necesara şi binemeritata a maternitaţii pentru câştigul ce i-l aduce munca în fabrica. Deşi transportul su-

gaciului dela căminul familiar şi până la camera de alăptare din fabrică uneori întâmpină greutăţi destul de mari, foloasele ce le aduce cauzei prin menţinerea contactului între copil şi mamă dar mai ales prin continuarea alăptării la sân până la o vârstă când alimentaţia mixtă sau artificială nu mai primejdueşte sănătatea şi viaţa copilului, remunerează din belşug oboselile mamei.

g) *Căminele de zi* pentru copiii dela 1 an în sus până la vârsta preşcolară sunt instituţiuni preconizate cu scopul de a lua sub scutul lor copiii abia despărţiţi de sânul mamei, în timpul când munca obligă pe aceasta să fie departe de cuibul familiar, prevenind astfel numeroase accidente ce pândesc la orice pas plăpândele vlăstare omeneşti. Deşi utilitatea acestor aşezăminte nu poate fi contestată, ele se pot transforma totuşi cu multă uşurinţă în adevărate pepiniere de contagiuni dacă nu sunt conduse cu pricepere şi devotament.

h) *Consultaţiunile de puericultură* au un rol neasămuit de important în prevenirea accidentelor şi îmbolnăvirilor datorite ignoranţei mamelor în materie de îngrijire şi alimentaţie. Spre a ne da foloase cât mai însemnate se cere ca: a) să fie conduse de către un medic specialist, b) să fie ca poziţie uşor accesibile clientelei sale, deci să fie situate în centrul regiunei sau cartierului în raza căruia activează, c) să nu admită la consultaţiunile sale şi bolnavi cari le pot transmite boli contagioase, d) să aibă la dispoziţie una sau mai multe surori vizitatoare cari să urmărească la domiciliu felulc um se respectă şi se aplică sfaturile primite, etc.

i) *Consultaţiunile gratuite de pediatrie* sunt indispensabile în lupta pentru combaterea mortalităţii infantile căci dau posibilitatea să beneficieze de tratament medical raţional şi copiilor proveniţi din păturile sociale paupere, din acele straturi sociale cari încă sunt bogate în copii dar sărace în resursele materiale necesare vieţii.

j) *Bucătăriile* de lapte ne aduc mari servicii cauzei pentru care militäm, deoarece ele asigură un lapte recoltat şi preparat în condiţiuni tehnice superioare şi acelor sugaci cari din diferite motive nu pot beneficia de laptele mamei lor, iar la un lapte de vacă potrivit cu vârsta şi necesităţile vitale nu pot ajunge fie din cauza paupertăţii familiei fie din cauza ignoranţei mamei în ceeace priveşte prepararea laptelui. Asemenea bucătării de lapte sunt de o supremă utilitate în marile aglomeraţiuni orăşeneşti unde procurarea laptelui de vaci întâmpină dificultăţi adeseori insurmontabile pentru clasa muncitorilor. iar mamele sunt nevoite să lase sugaciul în grija unei terţe persoane. Conducătorii acestor bucătării vor avea însă o grijă deosebită ca să nu încurajeze totuşi cât de puţin substituirea laptelui de mamă cu cel de vaci, luând toate măsurile ce se impun pentru continuarea alăptării la sân, oriunde posibilitatea e dată.

Intrucât mortalitatea şi mortinatalitatea infantilă este în bună parte dependentă şi de evoluţia bolilor sociale ca: bolile venerice, tuberculoza, alcoolizmul etc. evident că paralel cu acţiunea desfăşurată de către instituţiunile de protecţie materno-infantilă aci înşirate trebue să punem în mişcare o armatură completă şi suficient înzestrată pentru a putea lupta cu deplin succes contra factorilor disgenici amintiţi. O colaborare strânsă şi neîntreruptă între instituţiunile de protecţie materno-infantilă şi acelea cari activează în combaterea bolilor sociale este nu numai utilă, ci chiar indispensabilă.

C. Factorul psihologic influinţează fluxul mortalităţii infantile sub aspecte variate ca: superstiţii, lipsă de discernamânt în primirea sfaturilor şi îndrumarilor venite din afară, fatalism etc., alimentate din belşug de *ignoranţa* ce copleşeşte încă mintea masselor populare lipsite de o educaţie igienică temeinică. Or, aceste realităţi psihologice defavorabile cauzei noastre nu se pot înlătura decât în parte prin legi şi instituţiuni economice sau sanitare. Rezultate mai însemnate nu suntem în stare să obţinem decât prin mijloace cari urmaresc combaterea ignoranţei izvorul celor mai multor primejdii cari ameninţă viaţa şi sănătatea fragedelor vlastare omeneşti. Dar ignoranţa nu se poate suprima decât prin măsuri de educaţie.

Prof. Debre cere o acţiune sistematică şi întinsă pentru lămurirea masselor populare asupra problemelor cardinale ale protecţiei materno-infantile fixând urmatoarele obiective:

a) demonstrarea utilităţii consultaţiunilor prenatale şi postnatale.

b) demonstrarea neajunsurilor provenite din cauza surmenajului mamelor precum şi în urma intoxicaţiei cu alcool.

c) dovedirea superioritaţii alaptării la sân faţa de alimentaţia artificiale,

d) cunoaşterea măsurilor de prevenire contra infecţiunilor cailor respiratorii.

e) cunoaşterea avantajiilor ce le oferă asistenţa raţională la naştere precum şi a primejdiilor ce pot surveni în urma unei asistenţe empirice.

f) cunoaşterea beneficiilor ce rezultă din consultarile periodice ale medicului, cât şi din apelul precoce la asistenţa acestuia în caz de nevoie.

Dar oricât de perfect ar fi ticluită armatura utilizată în lupta pentru combaterea mortalităţii infantile şi oricât de numeroase şi bine organizate ar fi elementele cari o compun nu putem considera încă pe deplin asigurat succesul scontat, fără a ne îngriji la timp de încadrarea unor forţe animatoare, îndestulitoare ca numar şi bine înzestrate din punct de vedere tehnic şi sufletesc. Acţiunea pe teren cere multa răbdare şi tact dela medicul puericultor pediatru sau mamoş, dar înzecit mai multa truda şi răbdare de martir dela personalul sanitar auxiliar, — surori de ocrotire, moaşe, etc., — elementul de susţinere şi continuitate în lupta de guerilă pe care suntem nevoiţi a-o duce cu vrăjmaşii mamei şi a copilului. Prin urmare nu vom pierde din vedere necesitatea de a acorda o atenţiune deosebită pregătirei tehnice şi sufleteşti a personalului destinat unei misiuni atât de grele şi pline de răspundere.

Măsurile de combatere a mortalităţii şi mortinatalităţii infantile adaptate situaţiei din România judeţul şi municipiul Arad.

Intrucât din cele relatate până acum reiese în mod evident deosebirea manifestă ce există în gradul de influinţă a diverşilor factori cu rol determinant în evoluţia mortalităţii foeto-infantile — deosebire justificată prin structura economico-socială, culturală etc. cu totul distinctă a colectivităţilor omeneşti — nu-mi pot încheia expunerea rezumativă asupra problemei care ne preocupă fără a schiţa cel puţin în linii generale măsurile de combatere, pe cari le cred mai potrivite cerinţelor specifice din ţara, judeţul şi municipiul nostru.

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

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

Bogația folklorului nostru în superstiții, descântece și vrăji este o dovada sigura nu numai pentru imaginația fecunda și înaripată a poporului roman ci și pentru *ignoranța* sa în talmacirea și stapânirea variatelor manifestațiuni ale mediului extern și intern cu înrâurire mai mult sau mai puțin puternică asupra evoluției sale biologice sau psihologice. Astfel fiind se impune înainte de toate o campanie susținută pentru difuzarea cunoștințelor elementare în legătură cu protecția materno-infantila atacând cu deosebire urmatoarele obiective:

a) lamurirea femeilor asupra fenomenelor fizico-patologice ale sarcinei și nașterii;

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

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

d) împartășirea cunoștințelor practice referitoare la îngrijirea, îmbracămintea și hrana copilului precum și a primejdiilor ce amenința viața noului nascut și a sugaciului, din cauza îngrijirei și hranei neraționale.

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

Paralel cu desfășurarea acțiunei de educație a masselor vom pune

acțiune o întreaga armatura sanitara compusa din instituțiuni preven-
e și curative pentru protecția materno-infantila cât și din personal
nic.

Pentru ca activitatea acestor institutiuni să ne poata da rezultate
ime este necesar ca ele sa formeze o rețea perfect adaptata cerințe-
specifice ale colectivitaților omenești, unitațile componente ale acestei
ele fiind în stare sa atace toate problemele în legatura cu denatali-
a și mortalitatea infantile. Voiu schița aci arhitectura unei asemenea
ele pornind dela elementele periferice spre centru.

Unitațile cele mai periferice trebue sa fiinteze chiar la sediul cir-
scripției sanitare, contopindu-se aci cu institutiunea de baza a orga-
ției sanitare rurale preconizata de catre dl. Prof. Iuliu Moldovan,
numirea de »Casa de ocrotire«.

Dispunând de local pentru asistența nașterilor cât și pentru asis-
a medicala de urgenta necesitate a sugacilor și condusa de însu-și
dicul de circumscripție în mâna caruia se concentreaza controlul sa-
r al întregii populații din circumscripție, Casa de ocrotire ar rezolva
numai problema protecției mamei și copilului ci și aceia a coordona-
operei de protecție a întregului capital biologic din raza unei circum-
pții sanitare.

Indrumarea activitații acestor case de ocrotire rurale s'ar da în sar-
unor centre de ocrotire județene având la sediul lor, consultații de
ricultura, pouponiera pentru copii debili, crescatorie pentru copii
ndonați, bucatarie de lapte pentru sugacii alimentați mixt sau artifi-
eventual chiar și un serviciu pentru plasarea și controlul doicelor etc.

Afara de Centrele de ocrotire județene în fiecare capitala de județ
rang de municipiu va ființa câte un spital de copii cu serviciu pentru
aci și o maternitate cu un camin de zi pentru gravide și lauze, iar
apitalele mai mici servicii de pediatrie și de obstetrica aparte ra-
al amenajate și încadrate în spitalul central județean.

Deoarece înființarea și funcționarea unor instituțiuni atât de nume-
e și de prietenoase cere imense jertfe materiale nici nu ne putem
di la realizarea globală pentru întreaga țara ci numai la o realizare
tată începutul facându-se în regiunile cele mai periclitate de primej-
depopularii. Dealtcum chiar daca am dispune de resurse materiale
iente pentru o realizare globala a armaturei schițate, funcționarea
teia ar fi compromisă din lipsa de personal tehnic, a carui pregatire
ecrutare cere eforturi mari și timp mai îndelungat.

Pentru îndrumarea și coordonarea activitații complexului de institu-
din slujba operei de protecție materno-infantila ar trebui înjghebat
organizm central de conducere, numindu-se acesta fie „Casa mamei
opilului", fie,, Casa copilului" sau botezându-se cu orice alta numire
e-ar parea potrivita, esențialul nefiind numirea, ci posibilitațile de
ne cu cari va fi înzestrata încă dela începuturile ființarii sale. In
t scop va trebui să i-se acorde o largă autonomie și o sursă de venituri
iente pentru a putea face unor cerințe atât de variate și de nu-
base.

Dar fiecare din unitațile cari fac parte din angrenajul rețelei de
tuțiuni aci descrise — dela cea mai modestă și până la cea mai pre-
oasa ca organizare, — este animată numai și numai de creerul și sufle-

tul personalului din slujba sa. Fara un personal indestulitor ca numar și perfect înzestrat din punct de vedere technic și sufletesc instituțiunea creiata ramâne un organizm inert. O casa de ocrotire rurala condusă de un medic fără cunoștințe suficiente în domeniul puericulturei putea-va oare să ne fie de folos? Dar având chiar un atare medic și lipsindu-i tentaculele externe moașele și surorile de ocrotire sau vizitatoare putea-va lupta cu succes? Raspunsul nostru nu poate fi decât negativ — caci activitatea de protecție materno-infantila în mediul rural nu se limitează la zidurile Casei de ocrotire, a carei rol în aceasta direcție va fi mai mult de îndrumare, ci se bazează în primul rând pe munca și priceperea moașelor comunale și a surorilor de ocrotire atașate Caselor de ocrotire. Prin urmare pentru ca sa putem obține rezultate satisfacatoarc în mediul rural în problema care ne preocupa, e nevoie ca fiecare comuna rurală să aiba o moașa cu pregatire tehnica temeinica, și fiecare Casa de ocrotire cel puțin o sora de ocrotire bine inițiata pe terenul puericulturii practice. In acelaș timp se cere ca medicul de circumscripție sa nu fie nici el strain ba chiar să stapânească noțiunile de baza ale protecției materno-infantile. In acest scop se impune înmulțirea școlilor de surori de ocrotire — înființându-se cel puțin una pentru fiecare regiune sanitara, sporirea școlilor de moașe și salarizarea omeneasca a moașelor comunale. O inițiere mai intensa a viitorilor medici de circumscripție în puericultura practica și o educație tehnică suplimentară a actualilor medici de circumscripție, se impune ca un deziderat ce așteapta o grabnica înlăturare. Cursurile introductive în puericultura — inițiate și conduse la Timișoara de catre distinsul puericultor Dr. I. Nemoianu — constitue un început demn de relevat în aceasta direcție dar pentru ca sa putem obține rezultate satisfacatoare ele trebuesc perfectate, daca nu chiar reformate în senzul ca sa se transforme în stagii periodice de câte 2—4 saptamâni la fiecare 5 ani pentru toți medicii de circumscripție, stagii efectuate în cadrele instituțiunilor de pediatrie și puericultura din capitala județului respectiv sau din centrul cel mai apropiat.

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

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

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

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

c) Mărirea cotei alocațiilor de graviditate și lăuzie.

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

e) In colectivitatile mari urbane preocupari pentru construcţia unor locuinţe igienice pentru muncitori etc.

Judeţul şi mai-ales municipiul Arad faţa de restul ţarii manifesta o particularitate esenţiala în ceeace priveşte cauzele mortalitaţii iufantile şi anume importanţa deosebita a pericolului alimentar care pe teritoriul municipiului pare a rivaliza cu pericolul congenital şi infecţios.

Spre al combate în judeţ trebue sa ne mulţumim cu o propaganda susţinuta în favoarea alaptarii la sân şi contra alimentaţiei artificiale, orice eforturi facute în acest senz fiind justificate.

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

a) intensificarea activitaţii surorilor de ocrotire cu osebire în ceeace priveşte vizitele la domiciliu,

b) determinarea întreprinderilor cari cad în prevederea decretului lege din 1928 cu privire la camerele de alaptare ca să procedeze de urgenţă la înfiinţarea lor,

c) creiarea unor consultaţiuni de puericultura cu bucatarie de lapte în cartierele Micalaca-Noua şi Micalaca Veche, Pârneava, Gradişte şi Gaiu.

In cazul când plaga sustragerii voite dela alaptarea la sân s'ar raspândi ca o molima şi în restul ţarii s'ar putea pune în discuţie şi oportunitatea unei masuri legislative care se prevada pedepse corective pentru orice mama care fara aviz medical a periclitat viaţa copilului sau prin faptul că i-a retras laptele de mama, singurul aliment ideal al sugaciului.

Cum să face asistența mamei și copilului în municipiul Arad

Dr. Vasile Cucu medic șef

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rezultatul practic al acestei cantine a fost nu numai că familii tot mai multe au cerut şi cer porţii de mâncare, ci că numărul îmbolnăvirilor şi al deceselor de gastro-enterite la sugaci a scăzut simţitor. Dar cum sugacii, cari beneficiaza de aceasta cantina, trebue să fie prezentaţi cel puţin odata lunar la ambulanţa spitalului de copii sau a altui dispensar de sugaci, folosul cantinei s'a resimţit şi în educarea igienică a mamelor.

Cantina este administrata de surorile de ocrotire cu schimbul (fiecare 3 luni de zile) iar pentru prepararea laptelui este angajată o bucătareasă, care lucreaza dupa îndrumarea technică a d-lui director al spitalului de copii Dr. Radu C.

Cererile de lapte de la cantină arată azi o tendinţă pronunţata de creştere.

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

Este cunoscuta de toţi cei competenţi mizeria grozavă materială a paturei muncitoare dela oraşe. In scumpetea de azi, nici muncitorul angajat permanent cu 5—8 lei pe ora de lucru nu poate suporta din venit minimul necesar de existenţă, când are 2—3 copii în familie. Cu atât mai rau stă muncitorul ocazional şi şomerul.

De aceea înca din 1932 s'au distribuit nu numai mamelor văduve ori părăsite de barbaţi ori concubin (fenomen ce devine tot mai des) şi cu copii mici, ci chiar şi familiilor cu copii, al căror cap Increază, mici ajutoare lunare de 100—300 lei, cu ce să restabileşte cumva bugetul desechilibrat al acestor nenorociţi şi li se da totodată şi încredere în viaţă şi viitor. Deşi în plină criză, în aceşti ani abia au fost 1—2 cazuri de siuucideri familiare din cauza mizeriei în Arad. In anul acesta aceste ajutoare fac laolalta lunar cam 6000—8000 lei. Familiile, cari primesc aceste mici ajutoare sunt inspectate lunar de surorile de ocrotire şi de asistenta socială şi ţinute sa îngrijască bât mai bine posibil pe copii.

Acest fel de ajutoare nu se dau mamelor, cari primesc ajutorul Centrului pentru Ocrotirea Copiilor, decât în mod excepţional. Primăria plateşte centrului de ocrotire anual 400.000 lei pentru copiii părăsiţi baştinaşi din oraş şi cari sunt în îngrijirea centrului.

6. Tot în cadrele asistenţei infantile şi materne există şi funcţioneaza institutul obstetric şi ginecologic cu 60 paturi, apoi Spitalul de copii, Centrul de ocrotirea copiilor, Dispensarul Societăţii Principele Mircea, doua dispensare de copii ale Federaţiei pentru ocrotirea mamei şi copilului şi secţia de pediatrie a ambulatorului Casei de Asigurări Sociale. Dintre aceste instituţiuni dispensarul Principele Mircea şi al Federaţiei distribue lapte copiilor saraci luând unele subvenţii dela Primărie şi dela fondul sanitar.

7. Pentru asistenţa copiilor din familiile, a căror mame şi alţi membrii adulţi merg la lucru, societatea de binefacere Misiunea socială de sub preşidenţia dnei Ianca Vásárhelyi ţine în funcţiune 2 leagăne (creşe) de zi, unul în C. Şaguna No. 162 (aceasta are şi 5 locuri pentru sugaci) şi altul în str. P. Rareş 3. Copiii daţi peste zi aci sunt alimentaţi raţional şi suficient, parte contra unei taxe de 5—6 lei zilnic, parte gratuit. Fondul sanitar dă acestor 2 leagane zilnic 15 litri lapte.

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

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

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

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

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

Mişcarea populaţiei în Judeţul Arad

de Ing. ***Vladimir Eşanu***

A fost o perioada de timp când belşugul închipuit ne facea să fim stapâniţi de un mare optimism. Odată cu sfârşitul acestei concepţiuni lumea a revenit la realitate, începând sa analizeze cu deamanuntul structura pe care s'a zidit şi se înalţa marele edificiu a României Intregite.

Din toate colţurile ţarii au pornit cercetatori meticuloşi, cautand sa vada daca regulele arhitectonice sunt întru totul păstrate şi daca soliditatea Marelui edificiu este garantată. Cercetările s'au întins şi asupra capitalului biologic uman.

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

Lucrarea »Mişcarea populaţiei României în anul 1930« a d-lui Sabin Manuila, Directorul Institutului Demografic ne dă materialul statistic ce cuprinde însemnate complectari.

1. S'a făcut calculul cifrei populaţiei pe judeţe şi oraşe pe data de 1 Iulie 1930.
2. Se publică mişcarea populaţiei (născuţi. morţi, casatoriţi, dlvorţaţi).
3. Mişcarea populaţiei pe religii.
4. Cauzele de deces în România.

Datele statistice din lucrarea D-lui Dr. Manuilă cuprind informaţiuni extrem de utile, şi trebue să ne atraga serios atenţiunea. Este vorba de un fenomen unic în analele poporului român şi anume scăderea natalităţii în întreaga parte de Vest a ţarii.

Scăderea natalitaţii în partea de West a ţării se accentuiază tot mai mult atingând în ultimul timp proporţii catastrofale.

Dl. Dr. I. Nemoianu în lucrarea »Mortalitatea infantila în Banat« scoate în evidenţă aceasta mişcare catastrofala a populaţiei pentru cele 3 judeţe bănăţene. Noi vom cauta sa comparăm datele D-lui Dr. Nemoianu cu cele din judeţul Arad pe care le extragem din »Mişcarea populaţiei pe 1930« a D-lui Dr. Sabin Manuila.

Pentru o mai complectă edificare asupra situaţtei din judeţul Arad vom arăta şi datele pentru judeţul Bihor, precum şi pentru ţara întreaga, iar în urma vom trage concluziile cuvenite.

Din datele specificate în tabloul din pag. urmatoare se desprinde că pe întreaga ţara avem o natalitate destul de urcata (350/00) dar aceasta cifra este redusa simţitor de marea mortalitate (19.400/00) astfel ca excedentul natural e numai de 15.6‰.

Excedentul natural de populaţie este datorit în majoritate mediului rural. Oraşele nu contribue cu mult la excedent. Cei 3.480577 locuitori urbani abia dau un excedent de 20.407 locuitori sau 5.9‰ faţă de excedentul comunelor rurale care se urca la 17.9‰.

Aceasta situaţie se datoreşte faptului ca oraşele deşi au o natalitate mult mai redusa decât satele şi deci ar fi de aşteptat să aibă şi o mortalitate mult mai redusă, au totuşi o mortalitate care se menţine foarte aproape de mortalitatea mediului rural.

La morţi sub un an constatăm 109.955 din totalul naşterilor de 625.341 ceeace ni se pare extrem de grav. Sa comparam datele privitor

MIŞCAREA POPULAŢIEI IN ROMÂNIA IN ANUL 1930

MEDIUL	Cifra probabilă a populaţiei la 1 Iulie	Căsătorii	Căsătoriţi la 1000 locuitori	Divorţuri	Divorţaţi la 1000 locuitori	Născuţi vi (fără născuţi morţi)	Născuţi la 1000 locuitori	Morţi fără născuţi morţi	Morţi la 1000 locuitori	Excedent	La 1000 locuitori	Născuţi morţi	Morţi sub 1 an
Rural	14.408.415	138.546	19.2	4.004	0·6	543.328	37.7	285.108	19.3	258.220	17.9		
Urban	3.480.577	28.278	16.2	2.723	1.6	82.013	23.6	61.606	17.7	20.407	5.9		
TOTAL	17.888.992	167.824	18.7	6.727	0·8	625.341	35.0	346.714	19.4	278.627	15.6	9.440	109.955

Localitatea	Mediul	Populația la 1 Iulie 1930	CIFRE ABSOLUTE							Proporții la 1000 loc.				Proporții la 100 loc.		
			Născuți vii	Decese	Exced. natural	Căsătorii	Divorțuri	Născuți morți	Decese sub 1 an	Născuți vii	Decese	Exced. natural	Căsătorii	Divorțați	Născuți morți	Decese sub 1 an
România	Rural	14.408.415	543.328	285.108	258.220	138.546	4.004	5.884	95.782	37.7	19.8	17.9	19.2	2.9	1.1	17.6
	Urban	3.480.577	82.013	61.606	20.407	28.278	2.723	3.556	14.173	23.6	17.7	5.9	16.2	9.6	4.3	17.3
	Total	17.888 992	625.341	346.714	278.627	166.824	6.727	9.440	109.955	35.0	19.4	15.6	18.7	4.0	1.5	17.6
Banatul	Rural	777.463	18.007	14.672	3.335	7.124	260	248	3.120	23.2	18.9	4.3	18.3	3.6	1.4	17.3
	Urban	163.038	2.485	2.679	194	1.245	119	132	439	15.2	16.4	—1.2	15.3	9.6	5.3	17.7
	Total	940.501	20.492	17.351	3.141	8.369	379	380	3.559	21.8	18.4	3.4	17.8	4.5	1.9	17.4
Jud. Arad	Rural	345.257	8.894	6.350	2.544	3.635	255	123	1.690	25.8	18.4	7.4	21.1	7.0	1.4	19.0
	Urban	77.235	1.238	1.256	—18	643	100	64	220	16.0	16.3	—0·3	16.7	15.6	5.2	17.8
	Total	422.492	10.132	7.606	2.526	4.278	355	187	1.910	24.0	18.0	6.0	20.3	8.3	1.8	18.9
Jud. Bihor	Rural	403.304	14.236	8.041	6.195	3.844	110	55	2.966	35.3	19.9	15.4	19.1	2.9	0·4	20.8
	Urban	101.846	1.681	1.723	—42	831	83	88	330	16.0	17.0	—1.0	16.4	10.5	5.2	19.8
	Total	505.150	15.917	9.764	6.153	4.675	193	143	3.296	31.5	19.3	12.2	18.5	4.1	0·9	20.7

la mişcarea populaţiei României pe 1930 cu cele a Banatului, judeţului Arad şi Bihor pe medii:

Din analiza acestor date vedem ca natalitatea României a fost de 35 la mia de locuitori (37.7 în mediul rural şi 23.6 în mediul urban) exista deci o mare diferenţă în favorul natalităţii rurale.

Judeţul Arad se apropie mult în ce priveşte mişcarea populaţiei de cele 3 judeţe din Banat, mergând pare sub influenţa lor. Dacă scaderea natalităţii din Banat dupa cum arată Dl. Dr. Nemoianu a luat proporţii catastrofale, Judeţul Arad urmează exact acelaşi curs.

Pe când natalitatea totală pe ţară atinge 35‰ cea din judeţul Arad e de 24‰ deci cu un scăzământ de 11‰ şi d'abia cu un plus de (24—21.8‰) 2.2‰ faţa de judeţele bănăţene.

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

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

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

In judeţul Arad excedentul în mediul rural atinge d'abia 7.4‰ faţa de 3.4‰ în Banat şi 15.4‰ în judeţul Bihor.

In mediul urban situaţia e cu totul de favorabila indicând o scădere de —0·3‰ faţa de —1.2‰ în Banat.

Numărul căsătoriţilor pe ţara e de 19.7‰. In judeţul Arad 203‰ din cari 21.1‰ în mediul rural şi 16·7‰ în mediul urban,) cifră destul de urcată faţă de 17.8‰ în Banat şi 18.5‰ în Bihor. In schimb judeţul Arad are cele mai multe divorturi (8.3%) venind imediat după judeţul Iliov (8.9%) şi întrecând cu mult judeţele bănăţene ce au 4.5% şi judeţul Bihor ce are 4.1%. Chiar în mediul rural această cifră atinge 7% faţă de 3.6% în Banat şi 2.9% în Bihor. In mediul urban cifra divorţaţilor e înspăimântătoare de 15.6%.

Nu-i fără de interes să cercetăm mortalitatea la copii sub un an. Din datele statistice de mai sus vedem, că pe ţara întreaga mortalitatea la copii sub un an atinge 17.6% din cari în mediul rural e de 17,6% şi'n mediul urban de 17.3%.

In judeţul Arad mortalitatea la copii sub 1 an atinge 13.9% faţă de 17.4% în Banat şi 20.7% în Bihor în mediu rural şi urban întrunite.

In mediul urban situaţia se prezintă astfel: Arad 17.8%, Banat (Timişoara) 17·7%, Bihor (Oradea) 19.8%.

Cum aproape toate instituţiile de asistenţă infantilă sunt concentrate în oraşe, mortalitatea infantila o atribuim pe lângă altele şi mentalităţei populaţiei noastre de a se feri de aceste instituţii datorită unor prejudecaţi de felul acesta »Sa mă ferească Dumnezeu sa-mi duc pruncul la ispital«.

Pentru a ne convinge de utilitatea acestor instituţii dăm mai jos

tele pe cari le extragem din lucrarea »25 ani de activitate« a spitalu-i de copii »Principele Mircea« de Dl. Dr. Corneliu Radu.

ortalitatea boln. ospitalizaţi în perioada 3. I. 1910-1. XII. 1934.

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

Datele de mai sus ilustrează succesele obţinute de spitalul de copii în reducerea morţilor dela 13.56 %, cât a fost în 1910 la 4.52 % în anul 34, ceeace însemnează că instituţia este de mare utilitate publică.

Să analizăm dacă fenomenul denatalităţei se observă numai la popu-ţia românească sau acesta e un fenomen general local atingând populaţia toate confesiunile:

(vezi tabloul din pag. următoare)

Aruncând o privire sumară asupra acestei tabele, vom putea cu-ge câteva concluziuni semnificative; astfel vedem că în judeţul Arad ajoritatea naşterilor sunt ortodoxe, după care urmează catolicii, refor-aţii, greco-catolicii, protestanţii etc. Numarul naşterilor vorbeşte în fa-area ortodoxilor şi'n defavoarea altor religii, cu alte cuvinte scăderea mărului naşterilor nu e un fenomen specific la românii ortodocşi ci are caracter local.

Dăm pe pag. următoare tabloul naşterilor pe ultimul deceniu din topopiatul Arad:

Născuți vii pe religii în anul 1930:

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

No. fam.		1933	1932	1931	1930	1929	1928	1927	1926	1925	1924	1923	192
2021	Arad . .	136	162	171	222	224	249	235	296	225	219	264	26
353	Arad-grădiște	37	50	63	40	20	7						
452	Arad-Șega	30	47	53	20								
253	Arad-Bujac	14											
285	Arad-Gaiu	28	34	36	37	39	42	31	37	36	35	35	4
85	Andrei-Șaguna	6	13	13	12	15	2						
241	Cicir . .	15	12	10	11	11	11	18	22	17	11	20	
1851	Curtici .	170	211	203	216	202	247	240	226	224	220	222	26
618	Cuvin . .	23	26	22	33	39	29	26	31	33	21	31	4
161	Ghioroc .	9	7	6	9	7	11	5	8	6	11	13	1
115	Glogovăț .	18	20	21	20	19	14	26	20	21	15	5	2
195	Iratoșul .	18	17	19	5								
740	Macea . .	85	91	89	108	109	123	114	207	119	118	119	12
404	Mândruloc	14	15	22	25	22	21	15	24	24	28	17	2
845	Micălaca .	46	55	51	67	86	77	90	94	87	93	90	8
127	Micălaca-Nouă	5	6	9	12	12							
325	Miniș . .	10	13	15	20	13	9	15	12	22	13	16	1
654	Nădlac .	51	48	55	58	64	63	66	53	51	42	60	5
2150	Pecica .	128	140	121	131	152	170	145	164	181	184	169	18
76	Peregul-Mare	2	1	1	1								
558	Sâmbăteni	10	24	29	25	16	31	23	25	29	22	43	3
559	Semlac .	31	32	27	36	44	33	36	40	50	29	39	4
865	Șeitin . .	62	57	61	79	66	71	77	79	90	58	90	9
123	Șofronia .	14	10	17	7	4	1						
119	Turnu . .	11	12	9	7	11	11	11	9	9	15	9	1
	Total:	973	1103	1125	1201	1175	1222	1174	1246	1224	1138	1242	13

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

Examinând tabloul deceselor pe religii constatăm:

Mediul	Total	Ortodoxă	Gr. Catolică	Catolică	Protestantă	Reformată	Unitariană	Gregoriană	Lipovană	Mozaică	Mohamedană	Alte religii	Necunoscute
Rural şi urban intrunite	346714	261349	27438	21531	5898	11678	1187	237	1231	9038	5522	1550	55
Rural şi urban intrunite	17351	10533	592	5324	119	419	5	—	—	212	1	140	6
Rural şi urban intrunite	7606	4387	353	1967	199	375	2	—	—	152	1	167	3
Rural şiu rban intrunite	9764	5552	1032	905	66	1759	2	—	—	345	1	99	3

din totalul de 346.714 morţi, 261.349 adică aproape 80 % au fost de eligie ortodoxă, după cari urmează greco-catolici, catolicii, reformaţii, ozaicii, protestanţii şi mohamedanii.

Fenomenul mortalităţii prezintă diferenţe mult mai mici la naşteri tre provincii. In judeţui Arad mortalitatea nu e mai defavorabilă la todoxi ca la celelalte religii.

Mult mai defavorabila este cifra divorţaţilor pentru ortodoxi ca pentu celelalte religii şi acest fenomen se observă la căsătoriile mixte ale todoxilor cu fete de alte religii.

Analizăm cauzele mortalităţii vom constata că un număr mare au ecut drept cauză a morţii »debilitale, congenitală, senilitate şi alte cauze«, easta însemnează că încă n'am ajuns ca medicul să examineze pe fiere bolnav stabilind cauza adevărată a morţii.

La capitolul boliior infecţioase sunt înregistraţi aproximativ 50,000 orţi din cari numai tuberculoza dă un număr de 30.535 morţi.

In judeţul Arad gasim drept cauza a morţii: în primul rând »senililea«, după care urmează »debilitatea congenitală«, tuberculoza pulmonară, eumonia, bronho-pneumonia etc.

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

CAUZE DE DECES	Intrunit	Rural	Urban
Total	1938.1	1998.1	1702.0
Boli infecto-contagioase	100.5	95,0	122.3
Tuberculoza	170.7	160.1	212.3
Sifilis	6.4	5.4	10.0
Cancer	34.2	23.2	77.5
Pelagra	11.7	13.6	4.0
Bolile sistemului nervos	62.2	48.5	116.1
„ aparatului circulator	73.5	46.0	181.8
„ „ respirator	311.6	330.4	237.2
„ „ digestiv	154.3	152.0	163.2
Nefrite	30.4	26.5	46.0
Boli puerperale	13.8	13.1	16.5
Debilitate congenitală	390.1	453.2	141.4
Senilitate	317.2	361.6	142.5
Morţi violente şi accidentale	46.7	40.8	70.1
Alte cauze	214.9	228.6	161.0

Cauzele de deces la copii sub 1 an:

Cauze de deces	No copiilor morţi sub 1 an	La 100 născuţi-vii
Total	109.955	17.6—
Tetanos nou-nascuţi	1.669	—
Convulsii infantile	2.452	—
Debilitate congenitala	69.736	—
Naştere prematura	2.558	—
Lipsa de îngrijire	340	—
Pruncucidere	72	—
Alte cauze	33.078	—

Mortalitatea infantila a atins 109955 suflete ceeace corespunde la 17.6% a copiilor nou nscuţi având drept cauze »debilitatea congenitală şi alte cauze«. In numeroase judeţe, o treime din totalul morţilor sunt trecuţi la »debilitate congenitală. Evident că aceasta situaţie nu este ireme diabila. Dovada este faptul că avem judeţe în cari aceasta mortalitat abia depăşeşte 10%.

Dintre municipii trebue să remarcăm demarcaţiunea între Cluj Tg. Mureş cu o mortalitate infantilă urcata, iar pe de alta Braşovul Sibiul cu o mortalitate infantilă foarte scăzută şi care trebue să dea de gâudit conducătorilor municipiului Arad, Timişoara şi Oradea,

Concluzia datelor demografice de până aci este aceiaşi pe care trage Dl. Dr. Nemoianu pentru Banat. Judeţul Arad prezintă o natalitat

extrem de redusă o mortalitate generală mare şi ca urmare un excedent atural foarte mic (6‰) în mediul rural şi —0·30‰ în mediul urban, un rocent extrem de mare de divorţuri, adică toate simptomele de slabire instituţiei sociale familia. Deci drept prima cauza a denatalităţii tre- ue considerată slăbirea familiei, iar în al doilea rând concepţia adânc aterialistă a populaţiei dela ţară face ca indivizibilitatea proprietăţii să e asigurata numai prin moştenirea de catre un singur copil.

La populaţia germana şi bulgara din sudul Basarabiei vedem un xemplu viu de felul cum ţine ţaranul la indivizibilitatea proprietăţei. iecare primul nascut moşteneşte întreaga avere imobila a parinţilor, cei- alţi copii se bucura numai de partea din averea mobila a parinţilor, sau rimesc cota în bani. S'a ajuns până a fi un sistem aceasta împarţire a verei parinteşti între moştenitori formând clauze speciale în testa- ente. Oare faptul că părinţii nu-şi împart averea până la moarte co- ilor nu vorbeşte în favoarea acestei concepţiuni a indivizibilităţei ave- ei? Deci drept cauza a numărului mic de naşteri trebue considerata de- agregarea familiei, concepţia materialişta care cuprinde indivizibilitatea roprietăţei şi asigurarea din punct de vedere material al noului nascut.

Cum numărul divorţurilor în judeţul Arad este foarte mare (8.3 %) trecând cu mult judeţele Banaţene (4.5 %) consideram ca în cazul când u se vor lua măsuri de întărirea instituţiei — familia, chestiunea dena- alităţei se va agrava mai mult ca în judeţele Banaţene. In ce priveşte oncepţia asupra indivizibilităţei proprietaţei, această nu poate fi schim- ată şi îşi va continua cursul. Influenţa acestei concepţii asupra natali- ăţei se poate remedia prin concepţia deja introdusă prin împrejurimile radului: »pe unul (copil) îl lasă în casă, pe altul, îl fac domn«, la care esigur ar trebui adăugat »iar pe al treilea îl fac meseriaş«. Odată cu unerea în aplicare a legei de protecţia munci naţionale, elementul ro- mânesc îşi va lua locul cuvenit în toate ramurile de activitate. Odată lementul românesc introdus în diferite ramuri de activitate şi simţin- u-se asigurat materialiceşte, va dispare o cauză a denatalităţei în ju- eţul Arad.

La capitolul morţi pe cauze am văzut că cel mai mare număr îl re »senilitatea«, apoi »debilitatea congenitală« şi »alte cauze« Aceasta semnează că adevărată cauză nu a cunoscut-o cel ce a înregistrat-o, n lipsa medicului care ar fi fost în măsură să constate adevarata cauza i nu ne îndoim că dacă medicul ar fi pus diagnosticul boalei, cei înre- gistraţi la morţi în mare majoritate umpleau coloanele celor vii în datele oastre demografice.

Deacea considerăm, că inspiraţia D-lui Ministru Costinescu a fost arte bine venită. Acordarea prin lege a unei îndemnizaţii medicilor, ce stabilesc la ţară desigur va constitui un imbold pentru mulţi medici, r aceştea la rândul lor vor face o adevărată operă de întărirea popu- aţiei dela ţară, scăpând din ghiarele morţii mii de suflete. Odată cu să- luirea medicilor la sate, va dispare acea »senilitate« şi nu vor muri menii »cu zile«.

Procentul morţilor desigur va scade dela 19.4‰ cât este azităzi la —12‰, cât este în Germania, Anglia, Canada, Danemarca, Norvegia c. Odată medicul stabilit la ţară nu-i va lipsi idea de a înfiinţa »ceta- a copilului« acea Instituţie care va primi din cea mai fragedă copilărie,

odraslele satenilor şi'n fiecare zi de dimineaţa până seara de când se duc şi până se înapoiaza parinţii dela munca câmpului. Acea »cetate a copilului« va trebui din frageda copilărie să-i înveţe, ceiace în casa parinţilor sai nu pot învaţa. Deplina curăţenie, în cetatea copilului, îi va feri de multele boli pe cari astăzi le contractează din praful drumului. Ei vor scăpa de pâinea amestecată cu zahăr, de arsuri şi înecul în troaca dela fântână.

Tot »cetatea copilului« va fi aceea care va forma trainicele caractere şi vânjoşii cetăţeni ai României de mâine.

Ing. V. Eşan

Mişcarea populaţiei în România pe a. 1936

Buletinul demografic al României No. 5. Maiu 1937 publică datele statistice referitoare la mişcarea populaţiei pe a. 1936. Extragem urtoarele:

Mişcarea populaţiei din România în a. 1936 (comparat cu 1935).

Mediul urban şi rural întrunite	1936	1935
Născuţi vii la 1000 loc.	31.5	30.7
Decese „ „ „	19.8	21.1
Excedent natural	11.7	9.6
Căsătorii	18.3	17.4
Divorţuri	6.2	5.8
Mort născuţi la 100 n. vii	2.3	2.3
Decese sub 1 an	17.5	19.2
Mediul rural		
Născuţi vii la 1000 loc.	33.8	33.0
Decese „ „ „	19.9	21.5
Excedent natural	13.9	11.5
Căsătorii	17.9	16.9
Divorţuri	4.9	4.5
Mort născuţi la 100 n. vii	1.9	1.9
Decese sub 1 an	17.5	19.4
Mediul urban		
Născuţi vii la 1000 loc.	21.4	20.7
Decese „ „ „	19.4	19.3
Excedent natural	2.0	1.4
Căsătorii	20.0	19.4
Divorţuri	11.1	10.6
Mort născuţi la 100 n. vii	5.3	5.4
Decese sub 1 an	17.4	17.6

Totalul populaţiei României:
a. 1936. 19,319.330.
a. 1935. 19,087.770.

Surprinzătoare este creşterea procentului natalităţii 31.5 p. 1000 a 30.7 p. 1000 în 1935. Înregistrăm aceasta urcare fără ca să-i atrim o însemnatate deosebită, considerându-o numai accidentală deoae curba natalităţii până în a. 1935 arată o tendinţa continuă spre cădere.

Aceiaş constatare în legătură şi cu celelalte fenomene demografice ră de divorţuri, fapt care ne îndreptăţeşte să afirmăm ca anul 1936 ost un an favorabil pentru evoluţia capitalului biologic uman al Roiei.

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

Mişcarea populaţiei în a. 1936 comparativ în România (urban şi rural) Bănat (urban şi rural), jud. Arad (urban şi rural) şi Municipiul Arad.

	România	Banat	Jud. Arad	Municip. Arad
Născuţi vii la 1000 loc.	31.5	18.1	19.2	14.1
Decese „ „ „	19.8	17.9	17.1	16.6
Excedent natural	11.7	0.2	2.1	—2.5
Casatoriţi	18.3	20.0	18.3	20.9
Divorţaţi	6.2	6.2	10.3	14.7
Născuţi morţi la 100 n. vii	2.3	2.5	2.4	5.0
Decese sub 1 an „ „ „	17.5	15.8	17.0	14.3

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

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

Mortinatalitatea extrem de urcată cere şi ea o atenţiune deosebită din partea celor în drept.

Dr. C. Rad

Bugetele tuturor gospodăriilor din comuna Bodeşti

Ancheta întreprinsă la 18—21. Aprilie 1933.

No. curent	Numele şi pronumele	Consumă anual grâu şi porumb	Produce anual grâu şi porumb	Deficitul în cereale (grâu şi porumb)	BENEFICII REALIZATE				CHELTUIELI						SOLDURI	
					In 1932 a vândut prune, (magiun) şi nuci în val. de	Din vânzarea vitelor	Din cărăuşie	Ziler	TOTAL	Pt. îmbrăcăminte: Bumbac pentru ţesut	Pt. îmbrăcăminte: Haine confecţionate	Pentru hrană: A cumpărat cereale pentru hrană, etc.	Pentru hrană	TOTAL	Active	Pasive
		Kilograme			Lei	Lei	Lei	Lei	Lei	Lei	Lei	Kgr.	Lei	Lei	Lei	Lei
1	Alex. Florea	5500	2400	3100	7000	2000	1500	—	10500	800	3000	3100	4960	11860	—	360
2	I. Florea	4500	3000	1500	3000	1000	—	—	4000	800	400	1500	2400	5100	—	1100
3	Tolomei Sida	2000	600	1400	800	—	1900	—	2700	400	300	1400	3240	5340	—	2640
4	Pag. George	1400	550	850	2100	—	—	1200	3300	200	1000	850	1360	3410	—	110
5	Butan Petru	2600	2200	400	4000	3000	—	—	7000	700	2000	400	640	3740	3200	—
6	Miron Indrieş	3000	1100	1900	2800	400	2000	—	5200	600	1000	1900	3040	6540	—	1340
7	Tr. Leucean	5100	4700	400	5000	5000	1200	—	11200	800	1000	400	640	2840	8360	—
8	Petroi Gh.	700	—	700	2800	—	—	1500	4300	200	500	700	1120	2520	1780	—
9	Lupei Anton	2000	800	1200	3356	700	—	1000	5056	500	1000	1200	1920	4620	436	—
10	Butariu Toma	3500	2800	700	4000	800	7000	—	11800	400	1080	700	1120	3300	8500	-
11	Butar Nuţu	1200	400	800	—	—	—	6000	6000	200	300	800	1280	2580	3420	—
12	Sida Petru	2600	1500	1100	2280	2100	—	800	5180	310	1500	1100	1760	4670	510	—
13	Sida Ilie	2700	900	1800	2000	1200	—	500	3700	—	500	1800	2880	5180	—	1480
14	Trif Pavel	2700	700	2000	2000			1000	3000	300	600	2000	3200	6100	—	3100
15	Butariu Ioan	4200	3400	800	4200	2700	1400	—	8300	1600	2000	800	1280	5680	2620	—
16	Sida Nicolae	2800	1300	1500	10000	—	—	12000	22000	600	3000	1500	2400	7500	14500	—
17	Sida Lazar	2500	1000	1500	4000	—	4000	-	8000	1200	2000	1500	2400	7100	900	—
18	Lupei Ioan	1400	500	900	1500	—	—	1000	2500	250	500	900	1440	3090	—	590
19	Florea Ioan	1800	5500	1250	600		—	1000	1600	—	—	1250	2000	3250	—	1650
20	Florea Traian	2700	1600	1100	5000	500	—		5500	1050	5000	1100	1760	8910	—	3410
21	Florea George	1600	900	700	—	900	—	400	1300	—	—	700	1120	1820	—	520
22	Lupei George	2300	1400	900	2500	—	—	400	2900	600	400	900	1440	3340	—	440
23	Silviu Florea	2000	1900	100	4200	6000	—	—	10200	1000	2500	100	160	3760	6440	—
24	Sirban Ilie	1500	1000	500	2000	—	—	1800	3800	—		500	800	1300	2500	—
25	Florea Samuilă	3100	2200	900	4000	—	—	—	4000	800	2000	900	1440	5140	—	1140
26	Florea Petru	2400	550	1850	2000	—	—	500	2500	200	--	1850	2960	5010	—	2510
27	Florea Ilie	900	700	200	1800	—	—	600	2400	200	300	200	320	1020	1380	—
28	Sirban Traian	1000	550	450	1200	—	—	700	1900	300	—	450	720	1470	430	—
29	Florea Adam	2200	1000	1200	3500	—	1200	—	4700	700	500	1200	1920	4320	380	—
30	Iova Traian	600	—	600	—	—	—	1500	1500	200	500	600	960	2260	-	760
31	Florea Nicolae	600	—	600	—	—	—	800	800	—	—	600	960	1560	—	760
32	Florea Pascu	2800	1700	1100	3500	—	1500	—	5000	600	800	1100	1760	4660	340	—
33	Sida Toader	3000	1500	1500	2300	—	1400	400	4100	400	1500	1500	2400	5800	—	1700
34	Sida Petru	2000	750	1150	2000	—	3000		5000	700	1000	1150	1840	4960	40	—
35	Sida George	1400	500	900	1500		3500	—	5000	206	500	900	1440	3040	1960	—
36	Leucean George	3000	2600	400	3000	2200	—	—	5200	440	500	400	640	3280	1920	—
37	Florea Pavel	1500	350	1150	1500	1200	—	700	3400	200	1000	1150	1840	4190	—	790
38	Sida George	2000	650	1350	2000	—	—	500	2500	1000	500	1350	2160	5010	—	2510
39	[illegible]	1900	500	1400	2300	1400	—	400	4300	500	1000	1400	2240	4140	160	—
40	Sida Ioan	2000	450	1550	3000	—	—	1000	4000	600	500	1550	2480	5130	—	1130
41	Văd. Sida G.	1100	650	450	1000	800		—	2400	500	400	450	720	2070	330	—
42	Sida Toader	2300	650	1550	2700	—	3000	—	5700	400	700	1550	2480	5130	570	—
43	Sirban Ioan	1700	550	1150	1000	—	—	1300	2300	400	1500	1150	1840	4890	—	2590
44	Văd. Sida Simion	1400	550	850	600	—	-	500	1100	—	100	850	1360	2310	—	1210
45	Sida Iuon	300	—	300	200	—	—	1000	1200	—	500	300	480	1280	—	80
46	Sida Ilie	3000	1900	1100	4000	—	250	—	4250	1000	1500	1100	1760	5360	—	1110
47	Sida Ilisie	2900	1000	1900	6000	—	1500	—	7500	600	500	1900	3040	6040	1460	—
48	Sida George	1400	250	1150	200	—	1500	—	1700	642	1000	1150	1840	4632	—	2932
49	Sida Moise	900	650	350	900	—	-	—	900	100	460	350	560	1470	—	570
50	Indrieş Cornel	2000	700	1300	1200	—	2500	—	3700	300	600	1300	2080	4280	—	580
51	Oneţ Traian	1000	650	950	1000	1950	—	—	2950	200	700	950	1520	3370	—	420
52	Moţica Ilie	1700	400	1300	—	2000	—	—	2200	100	400	1300	2080	3880	—	1680
53	Moţica Alex.	1600	850	750	3500	--	2000	—	5500	300	600	750	1200	2850	2650	—
54	Păicuţiu Gh.	2100	700	1400	6000	—	2500	—	8500	400	800	1400	2240	4840	3660	—
55	Văd. Sida Chiva	1600	450	1150	1500	—	—	1200	2700	300	500	1150	1840	3790	—	1090
56	Văd. Sida Floare	1600	350	1250	500	—	—	1500	2000	—	200	1250	2000	5450	—	3450
57	Trif Petru	1400	700	700	800	—	—	—	1000	300	600	700	1120	2720	—	1720
58	Mager Cornel	4000	1900	2100	7000	1000	1000	--	9000	550	2000	2100	3360	8010	990	—
59	Butar George	4000	2000	2000	4000	3200	4000	1200	11200	600	1500	2000	3200	7300	3900	—
60	Butar Traian	4500	4100	400	10500	6000	4000	--	20000	600	3000	400	640	4640	15360	—
61	Butar Ioan	3400	1800	1600	2400	1600	—	—	4000	150	3600	1600	2560	7910	-	3910
62	Sida Petru	3500	1900	1600	8000	9200	4800	-	22000	1200	3500	1600	2560	8860	13140	—
63	Florea Terentie	1800	1400	400	6400	2400	—	—	8800	370	200	400	640	1610	7190	—
64	Sida George	1600	600	1200	2000	—	—	1200	3200	200	3500	1200	1920	6820	—	3620
65	Buica George	1000	—	1000	—	—	—	1000	1000	—	180	1000	1600	2780	—	1780
66	Văd. Buica Irina	400	350	50	1000	—	-	—	1000	--	400	50	80	530	470	—
67	Onc Todor	3000	1800	1200	7000	—	6500	—	13500	600	1500	1200	1920	5020	8480	—
68	Onc Traian	1800	1300	500	2700	—	2500	—	5200	—	500	500	800	1800	3400	—
69	Buica Traian	500	100	400	2500	—	—	600	3100	—	500	400	640	1540	1560	—
70	Buica George	1400	650	750	3500	—	600	—	4100	400	1000	750	1200	3350	750	—
71	Butar Ioan	2900	1100	1800	3000	1400	—	—	4400	450	1600	1800	2880	6730	—	2330
72	Sida Adam	1900	600	1300	2800	600	—	1500	4900	800	200	1300	2080	4380	520	—
73	Văd. Lupei Doria	1500	250	1250	1800	—	—	—	1800	200	400	1250	2000	3850	—	2050
74	Lupei Pavel	1900	250	1650	600	—	—	1500	2100	—	400	1650	2040	4690	—	2590
75	Văd. Butar Chiva	350	200	150	—	—	—	500	500	—	75	150	240	465	35	—
76	Sima Şofron	2000	750	1250	6000	—	—	2000	8000	1000	500	1250	2000	4750	3250	—
77	Lupei Petru	800	—	800	—	—	—	1500	1500	—	200	800	1280	2280	--	780
78	Dragoş Ioan	1600	900	700	1600	1000	—	300	2900	500	1500	700	1120	3820	—	920
79	Butar Ioan	2500	1100	1400	3400	4000	1500	—	8900	1000	1000	1400	2240	5640	3260	—
80	Lupei Arsenie	3000	2400	600	7200	1300	400	—	8900	630	1700	600	960	3890	5010	—
81	Nicoara Toader	2600	1200	1400	6000	—	5000	—	11000	850	1000	1400	2240	5490	5510	—
82	Trif Lazar	1800	1000	800	1700	—	—	—	1700	200	400	800	1280	2680	—	980
83	Trif S. George	2400	700	1700	700	300	—	400	1400	320	600	1700	2720	5340	—	3940
84	Trif S. Nicolae	2000	1000	1000	2000	—	700	--	2700	700	500	1000	1600	3800	—	1100
85	Trif Petru	1900	600	1300	4200	—	—	700	4900	200	500	1300	2080	4080	820	—
86	Holeartok G.	1400	50	1350	1500	—	1000	-	2500	500	100	1350	2160	4610	—	2110
87	Butar Lazar	600	—	600	—	—	—	—	—	—	—	600	960	1560	—	1560
88	Trif Pavel	1600	1100	500	2500	—	—	—	2500	400	200	500	800	1900	600	—
89	Boc Mitru	2800	700	2100	3000	—	—	1500	4500	640	500	2100	3360	6600	—	2100
90	Lupei Lazar	1400	600	800	1200	—	1500	—	2700	400	200	800	1280	2680	20	—
91	Sida Toma	1400	600	800	2000	—	—	1500	3500	300	300	800	1280	2680	820	—
92	Lupei George	1400	400	1000	1000	800	—	1100	2900	—	400	1000	1600	3000		100
		191950	93600	98450	249336	68650	76350	58100	451236	38852	84895	98450	158520	378047	143591	75342