

Obs.: V. L. de 38 ani, fâmplar. *Dg.:* Hernie ingvinală dreaptă, apendicită cronică și cicatrice vicioasă a penisului și regiunii hipogastrice.

Istoric: Boala care ne interesează este datorită unui accident survenit în 1918, când își făcea serviciul militar; o granață explodând îi dă o plagă hipogastrică amputându-i și treimea anterioară a penisului. Cicatricea devenind fibro-scleroasă, în ultimul timp a început să-l supere; din această cauză și pentru afecțiunile cari încă i-s'au diagnosticat cu această ocazie se prezintă clinicei în 2. IV. 1924. Ii se fac tratamentele corespunzătoare, în speță a leziunilor ce ne interesează, extirparea cicatricei și plastii; în 3 V. bolnavul părăsește clinica vindecat.

g) *Accident sportiv.* Dăm mai jos și cazul din care se va vedea împrejurarea în care el s'a produs.

Obs. P. I. de 13 ani elev. *Dg.:* Orchită traumatică stângă.

Istoric: Boala actuală datează din 12.V. 1933, când fiind la școală în ora de gimnastică a sărit capra cu care ocazie își comprimă puternic testicolul stâng. Se prezintă clinicei în aceeași zi, unde îi se găsește la ex. local: scrotul din partea stângă Prezintă mici pete echimotice, testicolul de aceeași parte e mărit în volum și sensibil. Se tratează conservativ și bolnavul părăsește serviciul în 19 V. vindecat.

2. Leziunile produse prin cădere pot să fie de 2 feluri: Cădere pe același plan și cădere dela înălțime.

a. *Căderile pe același plan* au fost observate în următoarele împrejurări: datorită faptului că s'a împiedecat cade pe spate și se lovește de un lemn aflat pe sol cu regiunea perineală, o mișcare bruscă a unui vagon individul stând în picioare face să-și piardă echilibrul și se lovește cu regiunea lombară dreaptă de o piatră ce forma încărcătura lui.

Obs.: B. L. de 36 ani lucrător la C. F. R. *Dg.:* Status post ruptura traumatică a rinichiului drept; hidronefroza secundară.

Istoric. Boala actuală datează din August 1928, când aflându-se în picioare într'un vagon încărcat cu pietre, la o mișcare bruscă a acestuia, cade cu regiunea lombară dreaptă pe o piatră; simte dureri foarte întense în aceeași regiune și la micțiune urina apare emoragică. Intra în spitalul din Sibiu unde îi se face sutura organului. După un an se prezintă clinicei urologice cu acuze mul-

No. 920.

Mortalitatea infantilă în România și cauzele ei



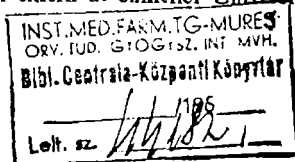
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE

1935

DE

TEODOR ILEA

intern la „Salvare“
fost extern al clinicilor Universitare.



23 MAY 2005

1935

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : D-nul Prof. Dr. D. MICHAÏL

Profesori :

Clinica stomatologică	D-nul Dr.	Aleman I.
Bacteriologie	" "	Baroni V.
Istoria medicinei	" "	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	" "	Botez M. A.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	" "	Drăgoi I.
Fiziologia umană (supl.)	" "	Drăgoi I.
Semiologia medicală	" "	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu C.
Clinica medicală	" "	Hațieganu I.
Medicina legală	" "	Kernbach M.
Clinica oftalmologică	" "	Michail D.
Clinica neurologică	" "	Minca I.
Igiena și igiena socială	" "	Moldovan I.
Radiologia medicală	" "	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Papilian V.
Clinica chirurgicală }	" "	Pop A.
Medicina operatoare }	" "	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	" "	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	" "	Sturza M.
Balneologie	" "	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	" "	Țeșosu E.
Clinica urologică	" "	Thomas P.
Chimia biologică	" "	Urechia C. I.
Clinica psihiatrică	" "	Vasiliu Titu
Anatomia patologică	" "	

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte:	Dl Prof. Dr.	Gh. Popoviciu
Membrii:	" "	M. A. Botez
	" "	B. Grigariu
	" "	V. Băleanu
	" "	J. Moldovan
Supleant:	D-nul Doc. Dr.	Y. Gavrilă

Introducere.

Prin mortalitate infantilă în general se înțelege numărul decese-
lor dintr'un an, de vârstă dela 0—1 an, raportat la o mie născuți vii,
din acelaș an. În România conform unui obicei înțetățenit, această
proporție se calculează la o sută.

Mortalitatea infantilă, în toate țările, influențează în mod consi-
derabil proporția mortalității generale. Se impune deci, o atenție deo-
sebită împrejurărilor și cauzelor acestei mortalități și cu atât mai mult,
la noi în țară, unde după statisticile pe cari le avem la îndemână,
alături de Rusia, avem cea mai mare mortalitate infantilă din țările
civilizate. Pentru ameliorarea acestei triste situațiuni, trebuie să mobi-
lizăm toate forțele de cari dispunem, luând fără întârziere măsurile
necesare.

Este adevărat că noi avem totuși, un excedent de populație
printre cele mai ridicate și aceasta datorită, din fericire marelui natali-
tăți. În ultimul timp însă, acest excedent începe să scadă datorită pe
de o parte scăderii natalității, iar pe de altă parte faptului că morta-
litatea infantilă nu marchează o scădere în aceeași proporție. Lucrul
apare mai evident în provinciile mai occidentalizate ale țării noastre
ex. Banatul, unde natalitatea a scăzut la limita inferioară celei din
Europa Occidentală, iar mortalitatea generală o întrece pe cea din
Europa Orientală, excedentul de populație fiind zero, ca în anul 1933
când născuții vii, la o mie locuitori, erau 18,6, iar decesele la o mie
locuitori erau tot 18,6.

Situația nu este cu mult mai bună nici în Crișana-Maramureș,
unde excedentul, în anul 1933, era 6,6 la o mie locuitori și nici în
Transilvania unde, în acelaș an, excedentul era 9,2 la o mie locui-
tori. Dobrogea prezintă cel mai mare excedent natural din țară (20,8
la o mie locuitori) în anul 1933 și aceasta nu datorită miciei mortali-
tăți infantile sau generale, cari din contră sunt cele mai ridicate, ci

marei natalităţi (41,4 la o mie locuitori), cifră care, după statisticile pe cari le avem la îndemână, nu a atins-o nici un stat din Europa.

În România, excedentul natural a scăzut, în intervalul (1921—1925) — (1931—1932), cu 14,1 % cifră care, comparată cu a altor state, este destul de mică (ex. Austria —75,0 %, Suedia —62,8 %): Sunt însă state, unde excedentul creşte în acest interval de timp, așa Spania unde a crescut cu 17,5 %.

Având în vedere că țara noastră manifestă o tendință spre occidentalizare și trăgând concluzii din datele pe cari le avem, referitoare la provinciile cari au, în parte acest caracter, (ex. Banatul), rezultă că la noi occidentalizarea produce efecte dezastruoase: ea face să scadă numărul de noi vieți, fără să împiedece, în acelaș timp, distrugerea celor deja existente.

Deci, pentru împiedecarea scăderii excedentului natural al populației se impun 2 soluții:

1. Combaterea scăderii natalității și
2. Reducerea mortalității infantile și generale.

Prima problemă, adică aceea a combaterii scăderii în curs, a natalității, este o problemă mai grea, cerând un interval de timp mai lung. A doua problemă, combaterea mortalității generale și în special a celei infantile, este o problemă mai ușoară rezultatele putându-se obține într'un timp relativ scurt.

Așa dar ravagiile pe cari le produce civilizația în natalitate și cari pot fi foarte greu împiedecate, se pot compensa printr'o bună organizație sanitară și puericulturală, dovadă Germania unde mortalitatea infantilă a scăzut în intervalul de timp (1921—25) — (1931—32) cu 33,6 %, față de România unde în acelaș interval a scăzut abia cu 8,0 %.

O bună organizație puericulturală lipsește la noi, din care cauză chiar regiunile cele mai avansate sub raport cultural și economic, sunt bătute numai de efectele dezastruoase ale civilizației și nu profită de binele pe care ea îl poate aduce.

Înainte de încheierea acestei introduceri, satisfac o plăcută datorie de a mulțumi, D-ului Profesor Dr. Gheorghe Popoviciu pentru bunăvoința ce a avut-o prezidându-mi teza, D-ului Profesor Dr. Iuliu Moldovan pentru îngăduința ce mi-a acordat-o de a culege în Institutul condus de D-sa datele necesare și D-ului Dr. Petre Râmneanțu pentru îndrumările prețioase cu cari m'a onorat, asigurându-mi atât pe Domniile Lor cât și pe ceilalți Domni Profesori, de tot devotamentul meu.

CAPITOLUL I.

Evoluția mortalității infantile în România (mediul Rural și Urban)

Pentru a avea o imagine fidelă a mortalității infantile în România, față de aceea din alte țări civilizate, alăturat vom da un tablou comparativ al mortalității infantile pe intervalul de timp 1920—1933.

Mortalitatea infantilă, proporții la 1000 născuți vii.

Nr. curent	S T A T U L	1921—1925	1926—1930	1931—1932	1933
1	România	201	193	185k	174
2	Ungaria	185	172	173	139
3	Cehoslovacia	147c	147	136	127
4	Jugoslavia	144 f	151	—	—
5	Polonia	—	—	142	128
6	Italia	125c	120	113g	—
7	Germania	122c	94	81	—
8	Franța	95	89	76	75
9	Statele Unite	75c	67,5	58	—
10	Elveția	65	54	50	48
11	Suedia	60	59	54	51
12	Noua Zeelanda	—	37	32	32

c = Perioada 1922—25; f = Perioada 1924—25;
g = Anul 1931; k = Anul 1932.

Aruncând o privire asupra acestui tablou; vedem că România are cea mai mare mortalitate infantilă, nereușind ca în intervalul de timp 1920—1933 să cedeze locul acesta, nu prea onorabil, unei alte țări. Observăm că mortalitatea infantilă a scăzut în acest interval de timp în unele țări mai mult, în altele mai puțin.

Statul unde s'a reușit a se ajunge la procentul cel mai mare de reducere a mortalității infantile în intervalul de timp (1921—25)—(1931—32) este Germania, iar statul cu procentul cel mai mic este Ungaria; România reușind să se plaseze a treia din urmă, ceace se poate vedea din tabloul ce urmează:

Scăderea mortalității infantile între anii 1921—25 și 1931—32, în procente.

Statul	Germania	Elveția	Statele-Unite	Franța	Suedia	Italia	România	Cehoslovacia	Ungaria
Proc.	-33,6	-23,1	-22,8	-20,0	-10,0	-9,6	-8,0	-7,5	-6,5

Probabil că procentul acesta mai mare de reducere a mortalității infantile în Germania, se datorește unei mai bune organizări sanitare, în special în ceea ce privește asistența prenatală, intranatală, și postnatală.

În cele ce urmează vom căuta să vedem modul cum a variat mortalitatea infantilă în România, în intervalul de timp 1920—1933. Pentru a ne da mai bine seama despre această variabilitate, vom alătura tabloul de mai jos:

(Vezi tabloul de pe pagina 7=a).

Din examinarea acestui tablou vedem că cea mai mare mortalitate în acest interval de timp a fost în anul 1920 și anume, 222 decese la o mie născuți vii.

În anul 1921 scade pentru ca în 1922 să se ridice din nou menținându-se la acest nivel și în anul 1923. În anii următori iarăși scade, crescând în 1926—1927. Observăm o nouă scădere în 1928; o creștere în 1929, iarăși o scădere în 1930. În 1931—32 crește pentru ca în anul 1933 să scadă, atingând procentul cel mai mic al mortalității infantile din România (174 decese la o mie născuți vii) pe intervalul acesta de timp. În anul 1934 crește din nou. Deci, deși

Mortalitatea infantilă în România: mediul rural și urban întunite,
calculată în procente.

Anul	România	Oltenia	Muntenia	Dobrogea	Moldova	Basarabia	Bucovina	Transilvania	Banat	Crișana-Maramureș
1920	22.2	23.3	25.3	25.9	24.2	19.0	21.9	19.5	18.4	22.0
1921	20.0	16.0	17.9	22.4	18.9	22.7	19.9	19.2	20.3	22.3
1922	20.7	18.7	20.7	25.3	20.6	22.3	22.4	18.8	19.0	21.2
1923	20.7	21.4	21.2	21.2	20.9	19.6	23.2	19.6	19.3	21.8
1924	20.1	18.4	20.6	22.6	20.0	21.3	21.1	17.8	19.6	20.2
1925	19.2	16.9	18.4	20.7	19.7	21.3	20.2	17.7	19.1	19.9
1926	19.4	18.8	19.7	20.8	18.9	18.0	22.9	18.5	20.6	22.2
1927	20.9	19.9	21.4	22.7	20.9	20.2	22.8	19.9	19.6	22.4
1928	18.4	16.1	18.8	20.3	18.7	18.3	20.9	17.0	18.5	20.0
1929	19.7	19.4	20.0	20.9	19.4	18.6	22.1	19.0	21.0	21.0
1930	17.6	15.9	18.2	19.9	17.7	16.8	19.8	16.3	17.4	19.1
1931	18.0	17.3	18.0	20.8	18.6	19.3	17.8	15.2	16.1	18.8
1932	18.5	16.2	17.9	19.8	20.3	19.4	20.5	16.2	18.0	19.2
1933	17.4	15.4	17.6	19.9	17.6	18.4	17.5	15.3	16.6	18.5
1934	18.2	15.3	17.3	21.3	19.3	19.2	21.9	16.6	17.3	18.3

în acest interval de timp (1920—1934) procentul mortalității copiilor sub un an a variat atât de mult de la un an la altul, observăm totuși o ușoară tendință spre scădere.

Privind tabloul de mai sus putem să ne facem o idee și despre modul cum variază această mortalitate în raport cu provinciile istorice. Printre provinciile de dincolo de Carpați, Dobrogea prezintă cel mai mare procent al mortalității infantile, iar printre cele de dincoace de Carpați, Crișana-Maramureș stă în frunte. La polul opus, adică procentul cel mai scăzut al mortalității infantile, îl aflăm: între provinciile de dincolo de Carpați, în Oltenia, iar între provinciile de dincoace de Carpați, în Transilvania; celelalte provincii ocupând locuri intermediare între extremele amintite. Este de remarcat că în general vorbind, mortalitatea infantilă în provinciile de dincoace de Carpați este mai mică.

Desigur că factorul cultural joacă un rol foarte important în ceea ce privește această variabilitate a procentului mortalității infantile pe provincii istorice.

Mortalitatea copiilor sub un an variază deasemenea după cum o privim în mediul rural și urban. Vom da două tablouri reprezentând

mortalitatea infantilă în mediul rural și urban, pentru a ne putea face o idee despre modul cum variază în aceste două medii:

Mortalitatea infantilă în România: mediul rural, calculată în procente.

Anul	România	Oltenia	Muntenia	Dobrogea	Moldova	Basarabia	Bucovina	Transilvania	Banat	Crișana-Maramureș
1920	22.2	23.2	25.4	25.8	24.4	19.1	22.6	19.7	18.2	21.8
1921	20.2	16.0	18.0	22.9	19.0	22.8	20.8	19.6	20.6	22.5
1922	20.9	18.5	20.8	25.8	20.7	22.2	23.3	19.2	19.2	21.5
1923	20.9	21.3	21.4	21.3	21.1	19.8	24.5	20.1	19.3	22.3
1924	20.3	18.4	21.1	23.0	20.3	21.7	22.1	18.0	19.7	20.3
1925	19.4	16.9	18.5	21.0	19.8	21.4	20.7	18.3	19.1	20.2
1926	19.6	18.8	19.8	20.5	18.8	18.1	23.9	19.0	20.7	22.6
1927	21.2	20.0	21.7	23.1	21.2	20.6	23.7	20.4	19.4	22.9
1928	21.2	16.1	18.8	20.2	18.7	18.5	21.8	17.4	18.4	20.2
1929	19.7	19.4	19.9	21.0	19.1	18.6	22.7	19.0	21.0	21.0
1930	17.6	15.8	18.2	20.1	17.5	16.9	20.6	16.6	17.3	19.4
1931	18.1	17.3	18.0	21.1	18.5	19.5	18.5	15.5	16.4	19.2
1932	18.4	15.9	17.8	19.8	20.2	19.4	21.1	16.5	18.1	19.3
1933	17.5	15.4	17.7	20.2	17.5	18.6	18.0	15.7	16.7	18.8
1934	18.3	15.3	17.4	21.3	19.0	19.2	22.6	16.9	17.4	19.0

Mortalitatea infantilă în România: mediul urban, calculată în procente.

Anul	România	Oltenia	Muntenia	Dobrogea	Moldova	Basarabia	Bucovina	Transilvania	Banat	Crișana-Maramureș
1920	22.0	24.7	24.8	26.4	22.8	18.6	18.0	17.6	19.8	23.2
1921	18.5	16.6	17.1	20.2	18.1	22.0	15.3	16.5	18.0	20.5
1922	19.8	21.4	20.2	23.3	20.0	23.0	18.0	15.2	17.3	19.4
1923	19.0	22.0	20.1	21.1	19.9	17.0	16.9	15.8	18.9	18.2
1924	18.1	18.2	18.3	20.6	18.5	18.3	15.3	16.2	18.5	18.9
1925	17.7	17.2	17.3	19.6	19.0	19.6	16.8	14.6	19.3	17.8
1926	18.5	18.9	19.2	22.0	19.4	16.7	18.1	15.2	19.9	19.5
1927	18.7	19.0	19.8	21.1	19.7	16.9	18.0	15.7	17.6	19.0
1928	17.8	16.7	19.0	20.7	19.0	16.6	15.6	13.5	19.3	18.7
1929	19.1	18.7	20.0	20.4	20.7	18.9	19.0	15.1	18.2	19.1
1930	17.3	16.9	18.4	19.1	18.9	15.5	15.7	13.8	17.7	17.3
1931	17.1	17.8	18.3	19.7	19.0	17.0	13.8	12.4	14.3	15.8
1932	18.6	19.9	18.6	20.2	20.9	19.5	17.1	13.6	17.7	18.5
1933	16.4	15.9	17.4	18.4	18.2	16.1	14.5	11.4	15.8	16.3
1934	17.8	16.2	16.7	21.1	21.1	19.0	18.1	13.5	16.9	16.7

Vedem că în mediul rural mortalitatea infantilă este mai mare decât în cel urban, aceasta desigur se datorește în parte faptului că în mediul urban avem o mai bună organizare sanitară: asistență pre și intranatală, precum și asistenței din prima copilărie. Este de remarcat următorul fapt care se desprinde din examinarea mai atentă a tablourilor de mai sus: în provinciile de dincoace de Carpați (Transilvania, Banat etc.) diferența între procentul mortalității infantile din mediul rural și urban (în favorul celui din urmă) este mai mare decât dincolo de Carpați. Căutând să ne explicăm cauza acestei mici diferențe între mortalitatea infantilă în mediul rural și urban în provinciile de dincolo de Carpați, ajungem la concluzia că această situație se datorește faptului că o parte dintre orașele cari sunt considerate ca atare în acele provincii, deci procură datele necesare pentru stabilirea procentului mortalității infantile în mediul urban, au păstrat în mare parte caracterul lor rural și nimic nu le-ar îndreptăți a fi plasate în rândul comunelor urbane, ex. Ștefănești, Filipești-Târg, Oltenița, Târgu-Frumos etc. În Ardeal, localitățile cari au caracterele celor mai sus spuse, sunt considerate ca și comune rurale în statisticele de care ne folosim.

După ce ne-am dat seama de procentul mortalității infantile pe provincii, cred necesar să le analizăm puțin adică, să vedem cum variază în județele componente acestora. Pentru aceasta dăm tabloul de mai jos din examinarea căruia putem vedea cari sunt județele cu mortalitatea cea mai mică și cea mai mare pe anii 1932, 1933 și 1934.

Mortalitatea infantilă pe județe, mediul rural, anii 1932-34.

Procentul mortalității infantile %	1932	1933	1934
9-10		Târnava-Mare Brașov	
11-12	Gorj Mehedinți	Mehedinți Trei-Scaune Făgăraș Gorj	Mehedinți Brașov
13-14	Târnava-Mare Vâlcea Târnava-Mică Hunedoara	Sibiu Odorhei Neamț Vâlcea	Târnava-Mare Gorj Sibiu Trei-Scaune Făgăraș Olt

Proportia mortalitatii infantile %	1932	1933	1934
15-16	Braşov Prahova=Treii-Scaune Sibiu Olt Alba=Năsăud Mureş Turda Făgăraş=Muscel Ciuc=Maramureş Someş	Mureş Câmpulung Năsăud Cluj=Hunedoara Timiş Botoşani Brăila Dorohoi=Ismail=Prahova Dolj Râmnicul-Sărat=Soroca Bacău Alba Hotin=Maramureş Roman=Someş=Sucreava Buzău=Severin	Vâlcea Dolj Prahova Ciuc Alba Dorohoi Teleorman Caraş Mureş Năsăud Buzău Neamţ Târnava-Mică
17-18	Odorhei Caraş=Hotin Baia=Teleorman Argeş=Cetatea-Albă=Ismail Soroca Buzău Severin Dâmboviţa=Romanaşi Ilfov Neamţ=Vlaşca Caliacra=Timiş Dolj Cluj=Dorohoi Arad	Iaşi Baia=Ciuc=Storojineţ Teleorman Putna=Târnava-Mică=Turda Tulcea Argeş Olt=Vlaşca Caliacra Cetatea-Albă Muscel Ilfov=Satu-Mare Arad=Caraş Bălţi=Cernăuţi Orhei	Baia Argeş=Hunedoara=Severin Muscel Romanaşi=Tighina Dâmboviţa Cluj=Ismail Ilfov Someş Bacău=Timiş=Vlaşca Brăila Satu-Mare=Tecuci Hotin=Maramureş Turda Arad=Orhei
19-20	Râmnicul-Sărat Constanţa Bacău Tulcea Ialomiţa=Sălaj Câmpulung=Orhei=Sucreava Brăila Bălţi Bihor=Cernăuţi Tighina Iaşi Roman=Satu-Mare Covurlui=Tecuci Botoşani=Cahul=Putna	Constanţa=Vaslui Tecuci Dâmboviţa=Sălaj Tighina Fălciu Romanaşi Covurlui=Ialomiţa Bihor=Rădăuţi Tutova Cahul	Bălţi=Câmpulung=Sălaj=Râmnicul-Sărat Soroca Cetatea-Albă=Covurlui Bihor=Caliacra=Tulcea Ialomiţa=Vaslui Botoşani=Odorhei Fălciu Putna Storojineţi Lăpuşna Iaşi Tutova

Proportia mortalității infantile‰	1932	1933	1934
21—22	Vaslui Storojineț Durostor Tutova Lăpușna	Lăpușna	Constanța Roman Cahul Suceava
23—24	Fălciu Rădăuți		Cernăuți Durostor
25—26		Durostor	Rădăuți

În anul 1932 cea mai mică mortalitate infantilă din țară o avem în județele Gorj și Mehedinți, 11—12‰. Urmează apoi Târnava-Mare, Vâlcea, Târnava-Mică, Hunedoara cu mortalitatea infantilă între 13—14‰. Cea mai mare mortalitate infantilă în acest an (1932) o aflăm în județele Fălciu și Rădăuți între 23—24‰.

În anul 1933, fizionomia acestui tablou se schimbă. Județul Brașov care în anul precedent era plasat printre județele cu o mortalitate infantilă între 15—16‰, în acest an reușește să se plaseze, împreună cu Târnava-Mare, în fruntea tabloului având cea mai mică mortalitate infantilă din țară repartizată pe județe, 9—10‰. În al doilea rând vin județele Mehedinți, Trei-Scaune, Făgăraș, Gorj, cu 11—12‰. Locul din urmă al tabloului din acest an (1933) îl ocupă județul Durostor cu 25,3‰ iar penultimul, județul Lăpușna cu 21,1‰. Județele Fălciu și Rădăuți cari în anul 1932 aveau cea mai mare mortalitate infantilă din țară, în anul 1933 au reușit să micșoreze acest procent până la 19—20‰.

În anul 1934 cea mai mică mortalitate infantilă o aflăm în județele Mehedinți și Brașov, 11—12‰. Vedem deci că în județul Brașov mortalitatea infantilă a crescut față de cea din anul precedent. Cea mai mare mortalitate infantilă în acest an o aflăm în județul Rădăuți, 26,4‰, deși în anul 1933 acest județ se afla printre cele cu mortalitatea infantilă între 19—20‰. În ordine descrescândă urmează județele Durostor și Cernăuți cu mortalitatea infantilă între 23—24. Este de remarcat creșterea mare a mortalității infantile în acest an (1934) față de cea din anul precedent în județul Cernăuți, care în anul 1933 se afla printre județele cu mortalitate infantilă între 17—18‰.

Aceasta fiind mortalitatea infantilă în mediul rural pe județe, să vedem cum se prezintă în cel urban:

Mortalitatea infantilă în mediul urban anii 1932-34.

Proportia mortalității infantile %	1932	1933	1934
5-6		Reghin	
7-8	Sebeș Șighișoara	Șimleul-Silvaniei Sibiu Siret Brașov=Mediaș=Și- ghișoara Diciosânmarțin=Odorhei	Govora Făgăraș=Vijnița Sinaia Plevnița Șighișoara Slănic (Muntenia) Sibiu
9-10	Bistrița=Sf. Gheorghe Pucioasa Odorhei Văleni de Munte Brașov Reghin	Bolgrad Bistrița Sf. Gheorghe Câmpina Baș Dej Suceava Mihăileni	Panciu Huedin Miercurea-Ciuc Strehaia Câmpina Reghin Dumbrăveni Brașov
11-12	Mediaș Gherla Hunedoara Sibiu Aiud Mărășești Ostrov	Călimănești=Sulina Blaj=Strehaia Aiud=Lipova Chilia-Nouă=Cluj Slatina=Solca=Turda Gheorgheni Petroșani Reșița Comrat Urlați Piatra-Neamț	Mediaș Beiuș Bistrița Oravița Dej Blaj=Slobozia Sf. Gheorghe Caranșebeș Găești=Sulina Baia de Aramă=Năsăud Baș=Filipești-Târg
13-14	Cluj Deva=Slănic (Muntenia) Strehaia Reni=Slobozia Călărași-Târg=Dum- brăveni Urlați Zimnicea Reșița=Turda Vâlcov Adjud=Diciosânmar- țin=Vama	Corabia=Târgu-Jiu= =Valtra-Dornei Sorocea=Târgu-Neamț Orșova Arad Baia-Mare=Orăștie Leova=Săveni=Slănic (Muntenia) Curtea de Argeș=Ocnele Mari=Zalău Buhuși=Ismail Călărași-Târg=Măcin =Timișoara Râmnicul-Vâlcea=Tur- nu-Severin Cernăuți=Mărășești= =Odobești Ostrov=Zastavna Carei Turnu-Măgurele	Alexandria=Baia-Mare Abrud Cluj=Reșița Orșova Mihăileni=Turnu-Mă- gurele Văleni de Munte Vama Tg.-Săcuiesc Pucioasa=Sorocea Hunedoara=Râmnicul- Vâlcea

Proportia mortalității infantile‰	1932	1933	1934
15—16	<p>Găești Cernăuți=Curtea de Argeș=Isaccea Târgu-Jiu Caransebeș Darabani Balș=Câmpina=Lipova=Turnu-Măgurele Plenița Călimănești=Dorohoi Buhuși=Ocnele-Mari Baia-Sprie Bălți=Piatra-Neamț=Zastavna Siret=Soroca Sighet=Sulina Cozmeni=Mizil=Roșiori de Vede Herța Târgu-Mureș=Târgu-Neamț=Vatra-Dornei</p>	<p>Dorohoi Gherla=Orhei=Târgu-Ocna Alba-Iulia=Satu-Mare Fălticeni=Plenița=Tulcea=Văleni de Munte Baia-Sprie=Bălți=Cetatea-Albă=Reni=Târgu-Mureș=Vălcov Buzău=Câmpulung(Bucovina)=Câmpulung(Muntenia) Huedin=Techirghiol Oltenița Storjineț Brăila=Tecuci Caracal=Caransebeș=Zimnicea Focșani=Hârlău=Tighina=Vama Deva Cavarna=Sebeș</p>	<p>Drăgășani Sighet Chilia-Nouă=Săveni Ocnele-Mari=Sebeș Satu-Mare Băilești=Bolgrad=Cacoral Hârșova=Odorhei Comrat București Tighina Cernavoda Roșiori de Vede Cernăuți=Devă=Timișoara Oradea-Mare=Rădăuți Cavarna=Gherla=Giurgiu=Petroșani Aiud=Tg.-Mureș=Vălcov Cetatea-Albă</p>
17—18	<p>Bolgrad=Șimleul-Silvaniei Babadag=Văscăuți Dej=Mihăileni=Turnu-Severin Giurgiu Hârlău=Storjineț Baia-Mare=Zalău Cetatea-Albă Petroșani=Urziceni Târgu-Ocna Caracal Mangalia=Salonta=Slatina(Muntenia) Câmpulung=Lugoj București=Satu-Mare Măcin Holin Moinești=Săveni=Timișoara</p>	<p>Slobozia Balci=Cozmeni Sighet Pucioasa Babadag Adjud=Hotin=Târgoviște Roșiori de Vede Bacău=București=Medgidia=Miercurea-Ciuc Alexandria=Hârșova Constanța=Giurgiu=Pașcani=Urziceni Galați=Roman Botoșani=Călărași=Darabani Craiova Herța=Isaccea Băilești Salonta Bărlad Chișinău=Oradea=Văscăuți</p>	<p>Corabia=Solia=Șimleul-Silvaniei=Ștefănești Fălticeni=Moinești Buzău=Carmen-Sylva=Curtea de Argeș Câmpulung(Bucovina)=Turnu-Severin=Zimnicea Hațeg Piatra-Neamț Târgu-Jiu Călărași=Herța Turtucaia Turda Craiova=Lipova Bălți=Cărci=Târgu-Ocna=Urziceni Arad=Galați=Mărășești Dorohoi=Tg.-Neamț Râmnicul-Sărat</p>
19—20	<p>Alexandria=Arad Medgidia Oradea</p>	<p>Găești Hunedoara Ploești</p>	<p>Alba-Iulia=Orhei=Zalău Câmpulung(Muntenia)=</p>

Proportia mortalității infantile‰/o	1932	1933	1934
19—20	Odobesti=Ploesti Blaj=Chilia=Nouă= =Targoviste Constanta Cavarna=Gura-Humorului=Râmnicul-Vâlcea Câmpulung(Bucovina)= =Gheorgheni Orhei=Orșova Tecuci Brăila Carei=Hârșova Galați=Silistra Alba-Iulia=Focșani= =Năsăud Tighina	Turtucaia Rădăuși Drăgășani=Ștefănești Calafat Mizil=Râmnicul-Sărat Dumbrăveni=Moinești	=Suceava Oltenița Brăila=Pitești Vâscăuși Cozmeni Ploesti Bacău=Cahul=Dicio-sânmartin=Slatina= =Targoviste Salonta=Mare Ismail=Reni Calafat=Gheorgheni= =Odobesti Constanța Așud Gura-Humorului Babadag
21—22	Chișinău=Ismail=Su- ceava Leova Cahul Buzău=Calafat=Ro- man Tulcea=Vaslui Bârlad=Râmnicul-Sărat Ștefănești Călărași Iași Bazargic Oltenița Huedin Drăgășani Craiova Comrat=Corabia	Silistra Iași Hajeș Filipești-Târg Bazargic Cernavodă=Pitești Huși	Baia-Sprie Mangalia=Măcin Darabani=Tulcea Oraștie 2 Isaccea Iași Chișinău Urleți Zastavna Buhuși Călărași-Târg Vatra-Dornei Medgidia Hârlău
23—24	Botoșani=Fălțiceni Rădăuși Solca Cernavoda=Pitești Turtucaia Balcic Târgu-Frumos Băilești	Mangalia Cahul Târgu-Frumos Vaslui	Huși=Sadagura Călimănești Bazargic=Focșani= =Hotin Tecuci Mizil Balcic=Lugoj Leova Siret Pașcani

Proportia mortalității infantile‰	1932	1933	1934
25—26	Pașcani Bacău	Lugoj	Ostrov Vaslui Bârlad—Siliștra Român Storojineț
27—28	Huși		Botoșani Tg. Frumos
29—30			Techirghiol 29,6

Constatăm că atât în fruntea cât și la sfârșitul acestui tablou aflăm extreme pe cari nu le găsim în mediul rural. Astfel, în anul 1933 găsim orașul Reghin cu 6,5‰ mortalitate infantilă și găsim în anul 1934 orașul Techirghiol cu 29,6‰ mortalitate infantilă.

În anul 1932 cea mai mică mortalitate infantilă o au orașele, Sebeș și Sighișoara cu 7—8‰, apoi Bistrița, Sf. Gheorghe, Pucioasa, Odorheiu, Văleni de Munte, Brașov și Reghin cu 9—10‰, iar la sfârșitul tabloului găsim orașul Huși cu 27,3‰. În anul 1933 mortalitatea infantilă în acest oraș scade la 22,7‰.

În anul 1933 aflăm orașul Reghin cu cea mai mică mortalitate infantilă 6,5‰, apoi Șimleul-Silvaniei, Sibiu, Siret, Brașov, Mediaș, Sighișoara, Diciosânmartin, Odorheiu, cu 7—8‰. În acest an (1933) cea mai mare mortalitate infantilă o are Lugojul cu 25,0‰, cifră care este mult urcată față de cea din anul precedent, 18,5‰.

În anul 1934 mortalitatea infantilă privită în general a crescut atât în mediul rural cât și în mediul urban, față de cea din anul precedent. În acest an (1934) nu aflăm nici un oraș cu un procent atât de mic al mortalității infantile cum avea orașul Reghin în 1933. Cea mai mică mortalitate o aflăm în orașele Govora, Făgăraș, Vijnița, Sinaia, Plenița, Sighișoara, Slânic (Muntenia) și Sibiu cu mortalitate infantilă între 7—8‰. Reghinul care în 1933 avea cea mai mică mortalitate infantilă, în 1934 este plasat printre orașele cu mortalitatea infantilă între 9—10‰. În anul 1934 cea mai mare mortalitate infantilă o aflăm în orașul Techirghiol, 29,6‰ cifră pe care n'am întâlnit-o încă în mediul urban în acești trei ani.

Trebue să remarcăm marele procent al mortalității infantile în Capitala țării noastre, unde deși în ultimul timp a scăzut (în anul 1933 fiind 17,7%, iar în anul 1934 scăzând la 16,0%) totuși această mare cifră arată ce problemă sanitară se află pe primul plan de realizare al Serviciului Sanitar din București, întrucât acest mare procent de mortalitate infantilă nu-l găsim în nici o capitală a Europei.

Aceasta fiind oglinda reală a evoluției mortalității infantile în mediul urban și rural întrunite, în satele și orașele noastre, studiate separat, dela anul 1920 până la 1934, apoi pe județe și orașe în anii 1932, 1933 și 1934, vom căuta să expunem în cele ce urmează cauzele acestei mortalități atât de ridicate, sperând că în acest fel putem fi utili cu ceva măcar, Serviciului Sanitar al țării, în năzuința de a reduce mortalitatea infantilă.



CAPITOLUL II.

Cauzele mortalității infantile în România.

Cunoscând marele procent al mortalității infantile la noi în țară și cunoscând totodată și rolul determinant pe care îl are asupra porției excedentului natural al populației în toate țările, se impune a cunoaște cauzele acestei mortalități, pentru ca să știm de unde să plecăm în lupta pentru combaterea acestei calamități naționale.

Este o problemă foarte grea a încadra precis cauzele mortalității infantile, problemă care nici astăzi nu este rezolvată decât în parte. Am putea să grupăm cauzele mortalității infantile în patru categorii: 1. economice, 2. sociale, 3. sanitare și igienice, 4. terminale sau medicale. Această clasificare este cu totul convențională, neputându-se trage limite nete între aceste patru grupe de cauze, ele fiind în interdependență unele de altele.

Newsholmes spune că mortalitatea infantilă este indicatorul cel mai sensibil al unei bune stări sociale și igienice, sau mortalitatea infantilă este pentru medicul sanitar, ceea ce termometrul clinic este pentru practician.

În cele ce urmează vom da datele și concluziile la cari s'a ajuns în urma anchetei internaționale din anul 1931 asupra cauzelor și preveniunii mortinatalității și mortalității în primul an al vieții; a) în plasa sanitară — model Gilău (jud. Cluj), b) în circumscripția X-a medicală (periferică) din București, c) circumscripția sanitară rurală Tomești (jud. Iași). Datele anchetei internaționale pot servi drept concluzii pentru organizarea luptei contra mortalității infantile și a mortinatalității la noi în țară.

1. Datele și concluziile anchetei în plasa sanitară — model Gilău (Dr. Gh. Popoviciu).

În anul 1931 mortalitatea infantilă în această plasă a fost 17,5 la o sută viu născuți.

Populația plășii este în întregime rurală.

Alimentația copiilor de sân, decedați: din 140 hrăniți, în total 79 au fost alăptați exclusiv cu lapte de mamă, 46 mixt și numai 15 alimentați artificial. Deci, majoritatea copiilor decedați au fost alimentați natural.

Îngrijirea copiilor lasă foarte mult de dorit. Această lipsă de îngrijire contribuie mult la numărul mare al deceselor sub un an. Ea este datorită în mare parte nivelului social-economic și cultural înapoiat al populației. În ce privește îngrijirea prenatală: numai un mic număr al mamelor copiilor de sân decedați, au fost văzute de medic, în timpul sarcinei. Asistența obstetricală: peste jumătate din nașteri au fost asistate de persoane necalificate, în unele cazuri lipsind complet ori ce asistență. Îngrijirea postnatală: aproape $\frac{1}{2}$ din copiii decedați au fost prost îngrijiți.

Condițiile social-economice, de locuință și culturale.

Starea civilă: legitimitatea sau nelegitimitatea constituie una din cauzele sociale care influențează mortalitatea infantilă. Proportia deceselor copiilor nelegitimi față de legitimi este mărită, în comparație cu proporția lor la naștere. Mama copilului nelegitim fiind lipsită complet de ocrotirea bărbatului, este silită ca singură să-și câștige existența ei și a copilului, ori în timpul muncii copilul este lăsat de obicei fără îngrijire și alimentat artificial, alimentație care aduce după sine toate relele acestui sistem.

Situația economică a familiilor copiilor de sân decedați a fost în jumătate a cazurilor, categoric rea și numai în $\frac{1}{10}$ bună. Mai rea a fost situația la cei decedați din cauza bolilor infecțioase, mai bună la grupul turburărilor digestive și al debilității congenitale. Frecvența debilității congenitale ca și a malformațiilor, traumatismelor obstetricale (factori cari contribuie în mare măsură la creșterea procentualității mortalității infantile) precum și a mortinatalității, în familii cu condiții economice mai bune, arată de acord cu datele anchetelor din Apus, că în genere condițiile mediului ambiant nu sunt factori importanți în influențarea dezvoltării și mortalității infantile.

Ocupația tatălui copiilor decedați arată preponderența deceselor la agricultori și muncitori. La aceștia pare mai ridicată mortalitatea în primele săptămâni decât la meseriași și funcționari. La cei din urmă ar putea să aibă un rol și îngrijirea antenatală mai bună.

Mamele copiilor au fost în cele mai multe cazuri casnice.

Condițiile igienice ale locuinței au fost aproape în $\frac{1}{2}$ a cazurilor rele. Igiena locuinței a fost cu deosebire proastă la cei decedați iarna și primăvara de boli infecțioase (inclusiv cele respiratorii, bronho-pneumonii) cât și la grupul traumatismelor obstetricale, relativ mai bună la cei decedați de turburări digestive și cu deosebire la grupul deceselor prin debilitate congenitală. Aproape $\frac{2}{3}$ din familiile copiilor decedați au avut o singură cameră, numai $\frac{1}{3}$ din ele 2 camere. Vedem deci rolul nefast pe care îl are suprapopularea locuinței asupra mortalității copiilor de sân.

În ce privește gradul de cultură se vede că proporția părinților analfabeți este mai mare la cei cu copii decedați, ca în rest, ceea ce denotă influența în rău a analfabetismului asupra mortalității infantile.

Cât despre rezultatele acestei anchete asupra mortalității copiilor sub un an, pe comune, printre deosebirile mai caracteristice este specificarea pe boli după caracterul regiunii. În comunele de la munte turburările digestive sunt cu mult mai reduse, sigur din cauza climatului (vară mai puțin caldă) și a alăptării naturale mai răspândite. În schimb cauzele din grupul congenital (debilitatea congenitală, malformațiunile, traumatismele obstetricale, mortinatalitatea) datorite insuficiențelor în îngrijirea ante și intranatală, sunt mai ridicate.

Concluziile aceste anchete nu diferă mult de cele făcute asupra aceleași plase sanitare din anii 1924—1928 de către Dr. I. Gomoiu și Dr. P. Râmneanțu.

2. Datele și Concluziile din ancheta internațională circumscripția X-a medicală (periferică) din București (Dr. Ștefania Negrescu).

Mortalitatea infantilă în această plasă a fost 22,0 la sută viu născuți, în anul 1931.

Condiții igienico-sociale și culturale.

Populația acestei circumscripții o formează: 36% din cazurile anchetate, mici meseriași; 28% muncitori cu mâna; 15% cârciumari și mici comercianți (stabili sau ambulanți); 11% mici funcționari, iar restul din populație îl reprezintă elemente neproductive (studenți, șomeri etc.).

Mamele, 73% din cazuri sunt casnice.

Condițiile de viață au fost în 36% din cazuri, din cele mai mizerabile: locuințe scunde, fără ferestre, întunecoase, umede, neaerisite și suprapopulate. În 40% din cazuri condițiunile de viață au fost mediocre și numai 14% au fost bune.

Familia este rău organizată și viața familiară în soluție. Proportia mamelor părăsite de soț este de 16%.

Alcoolismul este foarte răspândit.

Operele de protecție a copilului și instituțiile medicale sunt insuficient organizate și defectuos reparțizate.

În general populația este neîncrezătoare, superstițioasă și refractară educației igienice.

Părinții au fost abia în 47% din cazuri ambii știutori de carte, în 15% au fost ambii analfabeți, în 34% din cazuri numai mama analfabetă, iar în 4% numai tatăl.

Supravegherea prenatală a mamei nu e realizată eecât excepțional și întotdeauna insuficient. Nașterile s'au efectuat în majoritatea cazurilor acasă și în condițiuni rele, cu asistența moașelor empirice.

Vaccinarea antituberculoasă s'a efectuat în proporție de 42% din total. Asigurările Sociale puțin răspândite: 68% din familii nu au beneficiat de nici un ajutor mutual.

Alimentația copiilor: Alimentația la sân s'a făcut în 56%, mixtă în 26% iar artificială în 18%.

3. *Datele și concluziile anchetei internaționale din circumscripția sanitară rurală Tomești (jud. Iași) perioada 1 Ianuarie — 30 Septembrie 1931. (Dr. I. Alexa).*

Mortalitatea infantilă în această circumscripție în anul 1931 pe interval de $\frac{1}{2}$ an, a fost 15,97 decese la o sută născuți vii.

Constatări igienico-sociale.

Populația acestei circumscripții este în totalitate rurală. Condițiile de existență sunt rele din toate punctele de vedere. În ce privește numărul încăperilor, mai mult de $\frac{1}{3}$ sunt cu o singură cameră, dar ori câte încăperi ar avea o casă, toate persoanele dorm în aceeași cameră, în care în timpul iernii introduc și animale tinere; ferestrele de cele mai multe ori sunt fixate, singura posibilitate de aerisire fiind ușa.

Alimentația copiilor se face în condițiuni mediocre.

Protecția copilăriei nu a fost de loc luată în considerare de că-

tre serviciul sanitar până la data anchetei: mama nefiind protejată în timpul gravidității, nici în timpul lehzuziei. Igiena sugarilor este com-
 plect neglijată precum și alimentația.

Datele și concluziile pe cari ni le dă ancheta internațională in-
 treprinsă în aceste circumscripții sanitare din țară, confirmă cifrele
 statistice mai vechi din România. Această anchetă internațională ne
 dă, grație metodei practicate în anchetele similare din Apus, datele
 cele mai precise și instructive asupra mortalității infantile la noi, date
 cari pot servi după cum spune d-l Prof. Dr. Gh. Popoviciu, drept
 concluzii pentru organizarea luptei contra mortalității infantile la noi
 în țară. Din datele de mai sus vedem că nu se mai dă o atât de
 mare importanță condițiunilor economice ca și cauzatoare a unui mare
 procent a deceselor copiilor sub un an. O importanță mai mare se
 dă azi stării sanitare și igienice fie a mediului înconjurător (locuință),
 fie a persoanelor și în special se dă importanță stărei de incultură a
 populației și ignorării absolute a celor mai elementare noțiuni de igienă
 generală și mai ales infantilă.

Pe lângă factorii mai sus enumerați ca și cauzatori a unui
 mare procent a mortalității infantile, să vedem în sfârșit cauzele ter-
 minale sau medicale ce în bună parte sunt influențate de către aceș-
 tia. După cum este ușor de înțeles cunoașterea precisă a cauzelor
 morții, adică a diagnosticului, este de o importanță capitală pentru or-
 ganele sanitare. Stabilirea diagnosticului este o problemă foarte grea
 la noi, datorită lipsei unei bune organizări sanitare: medicii fiind in-
 suficienți ca număr, iar pe de altă parte nu au mijloace suficiente de
 locomoție. Din această cauză buletinele de moarte, în special în com-
 unele rurale, sunt completate de către funcționarii administrativi.
 În împrejurările acestea, medicul trebuie să se mulțumească a traduce
 în limbaj medical termenii de pe buletinele de moarte, cari în unele
 cazuri sunt intraductibili. Din cauza acestei stări în care se prezintă
 statisticile deceselor, vedem cât de greu este la noi studierea marelui
 mortalități infantile. Rezultatele acestor greșeli, atunci când se centra-
 lizează pe județe și țară, ne dau statistici cari nu păcătuiesc numai
 într'o singură direcție. Cam 75% din decesele copiilor mici cad în
 rubrica vagă a debilității congenitale, denumire sub care se trec însă
 uneori și vârste imposibile ca: 5, 10 și chiar 90 ani. Cea mai prin-
 cipală din cauzele de mortalitate infantilă este astfel făcută improprie-
 ori cărei analize, din cauza excesului sau lipsei de discernământ în
 utilizare.

Pentru a ne face o idee despre greșelile de diagnostic și ter-

menii inacceptabili folosiji în complectarea buletinelor de decese, dăm mai jos câteva: Cauze de moarte inacceptabile extrase din buletinele de decese ale anului 1930, date pe care ni le dă d-l Dr. Gherghiu, „Revista de Higienă Socială” din August 1931.

Cord al inimei, jud. Argeș.

Debilitate congestională (22 zile), jud. Constanța.

Răceală din natură (1 lună) jud. Gorj.

Neurastenie (6 zile) jud. Gorj.

Naștere congenitală (1 lună) jud. Muscel.

Debilitate congenitală dublă, jud. Ialomița.

Debilitate genitală (1 zi) jud. Timiș.

Tifos la creeri (10 luni), jud. Sibiu.

Lehuză (4 zile, băiat), jud. Turda.

Debilitate externă, jud. Cluj.

Congelație criminală, jud. Sălaj.

Apă în cap (9 luni), jud. Hunedoara.

Rugeolă specifică hereditară (10 zile), jud. Olt.

Artrită (guttă), 3 zile, jud. Tighina.

Cancer stomacal (2 luni), jud. Ciuc.

Debilitate conjugală (5 zile), jud. Ciuc.

Mort de tusă inclusivă, jud. Soroca.

Mort de pneumonie pulmonară, jud. Soroca.

I-a mers pântecul, jud. Sălaj.

În cele ce urmează vom căuta să vedem decesele sub un an, pe cauze, în anul 1934, din datele pe cari le-am cules din buletinul demografic al României.

Decesele sub un an pe cauze mediul rural și urban întrunite, anul 1934.

ROMÂNIA	Boli infecțioase 1-44	Bolile aparatului respirator 104-114	Diaree și enterită 119	Vicii de conformație 15f	Bolile primei copilării 158-161	Cauze exotermice 172-195	Celelalte cauze
Ianuarie	303	1373	435	22	4355	36	272
Februarie	357	1336	395	18	4620	37	256
Martie	472	1692	510	23	5565	29	350
Aprilie	446	1591	597	21	5656	31	298
Mai	419	1103	1103	31	5032	37	225
Iunie	488	1005	2803	22	6119	43	281
Iulie	497	883	4208	22	7040	37	375
August	394	681	3650	22	6461	61	280
Septembrie	281	619	2293	21	5831	28	260
Octombrie	311	1029	1610	24	6378	47	272
Noembrie	324	1411	906	15	5828	34	302
Decembrie	420	1958	628	13	5930	27	302

Cauzele mortalității infantile în România, pe provincii istorice
în procente, anul 1934.

CAUZELE	Boli infecțioase 1-44	Bolile aparatului respirator 104-114	Diatec și enterită 119	Vicii de conformație 157	Bolile primei copilării 158-161	Cauze externe 172-195	Celelalte cauze
România	4.2	13.2	17.2	0.2	61.7	0.4	3.1
Oltenia	4.1	13.1	11.4	0.3	67.6	0.7	2.8
Muntenia	4.8	18.4	14.4	0.3	58.6	0.5	3.0
Dobrogea	3.5	13.9	12.2	0.2	65.2	0.3	4.7
Moldova	5.0	12.2	18.7	0.2	62.1	0.5	1.3
Basarabia	3.3	9.3	16.7	0.2	66.1	0.3	4.1
Bucovina	4.9	15.8	19.6	0.2	55.3	0.4	3.8
Transilvania	4.1	11.0	21.8	0.2	60.0	0.2	2.7
Banat	4.1	11.5	22.3	0.3	55.6	0.6	5.6
Crișana-Maramureș	3.5	11.2	22.6	0.1	59.0	0.2	3.4

Vedem că cele mai multe decese sunt datorite bolilor primei copilării [debilitate congenitală, naștere prematură, consecințele nașterii (cu sau fără intervenții operatorii), alte boli speciale primei copilării] cu 61,7%. Acest mare procent al bolilor primei copilării ca și cauzatoare a deceselor îl aflăm raportat nu numai la țara întregă ci și la provinciile istorice.

Este interesant de remarcat modul cum variază procentul bolilor primei copilării pe sezon. Cel mai mare procent îl întâlnim în luna Iulie, urmează apoi în ordine descrescândă lunile August, Octombrie, Iunie, Decembrie, Septembrie, Noiembrie, Aprilie, Martie, Mai și Februarie. Deci, cel mai mare procent îl întâlnim în timpul

verei și a foamnei din cauza surmenajului mamei și din cauza relei alimentații.

În al doilea rând vin diareea și enterita cu 17,2%, aceasta raportată la țara întreagă. Raportată la provinciile istorice, locul al doilea îl ocupă în Oltenia, Muntenia, Dobrogea, bolile aparatului respirator; cât despre celelalte provincii situația se prezintă ca și cea raportată la întreaga țară, adică diareea și enterita.

În ce privește variabilitatea acestor turburări digestive pe sezon, procentul cel mai mare îl aflăm în sezonul cald al anului: începând cu luna Iulie, August, Iunie, Septembrie, Octombrie: urmează apoi, cu mortalitate mai mică lunile Noiembrie, Decembrie, Aprilie, Martie, Ianuarie, Februarie.

Al treilea grup de afecțiuni în ce privește procentul cauzator al deceselor copiilor sub un an, îl constituie bolile aparatului respirator cu 13,2%, situația aceasta raportată la întreaga țară precum și la provinciile: Moldova, Basarabia, Bucovina, Transilvania, Banat, Crișana-Maramureș. Bolile aparatului respirator sunt mai frecvente în lunile reci ale anului, procentul cel mai mare fiind în lunile Decembrie, Martie, Aprilie, Noiembrie, Ianuarie, Februarie, Mai, Octombrie, Iunie, pentru că în lunile Iulie, August și Septembrie să fie mai mic.

În ordine descrescând urmează apoi, raportate la întreaga țară: bolile infecțioase cu 4,2%, celelalte cauze 3,1%, cauze externe 0,4% și în sfârșit viciile de conformație 0,2%. Cifrele de mai sus sunt raportate la mediul rural și urban întrunite.

Concluziile la cari s'a ajuns în plasa sanitară-model Gilău nu concordă cu cele pe cari le avem pe întreaga țară. Aici avem 30,6% reprezentate prin afecțiunile aparatului respirator, apoi debiliții congenitali 24,8% și în fine turburările digestive 24,2%.

În circumscripția X-a medicală București la fel cea mai importantă cauză a mortalității infantile o reprezintă bolile aparatului respirator, urmează apoi turburările digestive.

În ceea ce privește rezultatele anchetei în circumscripția sanitară rurală Tomеști, acestea concordă în parte cu cele culese din buletinul demografic al României pentru anul 1934 raportată la întreaga țară: adică locul prim îl ocupă debilitatea congenitală, apoi afecțiunile apa-

ratului respirator, cari împreună formează 73 procente din totalul cauzelor de deces.

În ceea ce privește cauza mortalității infantile în mediul urban (municipii), nu avem mari deosebiri față de cea din mediul rural.

Decesele sub un an pe cauze.

Mediul urban. (Municipii)

LUNILE	Boli infecțioase 1—44	Boli ap. respirator 104—114	Diaree și enterită 119	Vicii de conștiență formalie 157	Boli primare copilării 158—161	Cauze exogene 172—195	Celelalte cauze	
Ianuarie	43	148	40	2	145	7	45	430
Februarie	36	124	25	4	138	1	30	358
Martie	51	183	30	2	186	4	24	480
Aprilie	47	163	42	—	150	—	38	440
Mai	33	94	176	4	174	2	30	513
Iunie	54	108	400	3	198	4	27	794
Iulie	47	73	377	3	174	7	32	713
August	55	70	316	2	187	2	25	657
Septembrie	26	69	209	3	187	1	27	522
Octombrie	40	93	162	3	183	5	32	518
Noembrie	33	170	75	3	172	1	17	471
Decembrie	42	198	50	3	172	3	41	509
Total	507	1493	1902	32	2066	37	368	6405

Decesele sub un an pe cauze.
Mediul urban. (Municipii)

MUNICIPII	Boli infec- țioase 1—44	Bolile ap. respirator 104—114	Diaree și enterită 119	Vicii de con- formație 157	Bolile primei copilării 158—161	Cauze ex- terne 172—195	Celălalte cauze	
Arad	26	40	48	1	65	—	22	202
Bacău	11	34	33	—	45	2	4	129
Bălți	7	18	50	1	86	—	23	185
Brăila	20	76	71	2	73	—	10	252
Brașov	2	21	31	—	44	—	4	102
București	174	621	535	11	632	14	80	2067
Cernăuți	20	51	105	2	94	2	10	284
Cetatea-Albă	6	4	7	—	17	1	7	42
Chișinău	30	71	167	1	142	2	47	460
Cluj	35	39	71	3	69	1	19	237
Constanța	22	61	90	—	67	—	44	284
Craiova	16	47	36	1	47	—	10	157
Galați	11	93	118	1	152	1	7	383
Iași	25	97	233	3	175	1	12	546
Oradea	23	37	57	—	80	1	16	214
Ploești	20	91	121	3	115	3	15	368
Satu-Mare	16	31	43	—	42	1	6	139
Sibiu	4	9	15	—	40	—	8	76
Tg.-Mureș	18	17	26	1	29	2	4	97
Timișoara	21	35	45	2	52	6	20	181
Total	507	1493	1902	32	2066	37	368	6405

Cel mai mare procent în ceace privește cauzele ni-l dau și aici bolile primei copilării, în al doilea rând diareile și enteritele, apoi bolile aparatului respirator, bolile infecțioase, celălalte cauze, cauze externe și în fine viciile de conformație.

Să luăm câteva din orașele mai importante ale țării și să vedem cari sunt cauzele mai frecvente ale deceselor copiilor sub un an: în București cel mai mare procent îl dau bolile primei copilării, un procent aproape tot atât de mare bolile aparatului respirator, apoi diareii și enterite, boli infecțioase etc. În Cluj cel mai mare procent îl dau diareile și enteritele, apoi o cifră aproape tot atât de mare bolile primei copilării, procente mai mici bolile aparatului respirator, bolile infecțioase etc. În Chișinău, Cernăuți, Iași, Ploești găsim mai frecvente aceleași cauze ca și la Cluj. La Oradimare, Timișoara, Galați mai frecvente sunt bolile primei copilării, apoi diareile și enteritele, bolile aparatului respirator, bolile infecțioase etc. În Brăila mai frecvente sunt bolile aparatului respirator, apoi bolile primei copilării și în fine diareile și enteritele: aceste cifre diferă însă foarte puțin unele de altele.



CAPITOLUL III.

Soluții.

În capitolul precedent am văzut că cele mai frecvente cauze medicale ale deceselor copiilor sub un an, sunt bolile primei copilării, turburările digestive, afecțiunile aparatului respirator și bolile infecțioase. Se impun deci soluții pe deoparte pentru

1. Lupta contra mortinatalității și mortalității infantile în primele zile ale vieții, iar pe de altă parte soluții pentru
2. Lupta contra turburărilor digestive, maladiilor aparatului respirator și maladiilor infecțioase.

Închetele cari s'au făcut în Apus au demonstrat pe deoparte, eficacitatea unor măsuri luate ca: consultațiunile sugarilor, supravegherea maternală și infantilă și avantajile decurgând din unele legislațiuni sociale, pe de altă parte aceste măsuri s'au dovedit insuficiente. Asupra unora din cauzele mortalității infantile, aceste măsuri s'au dovedit bune (turburările digestive, bolile aparatului respirator și bolile infecțioase rămân); rămân unele probleme de o mare importanță ce nu au putut fi influențate decât foarte puțin (problema nașterii premature, a mortinatalității și mortalității în primele zile), rămânând ca acestea să fie elucidate cu timpul. Închetele de cari am amintit au arătat că mortinatalitatea și mortalitatea precoce se mențin la nivelul vechiu, chiar și în districtele unde mortalitatea iufantilă a scăzut mult și unde turburările digestive și bolile infecțioase specifice au fost reduse la minimum.

1. Lupta contra mortinatalității și a mortalității infantile în primele zile ale vieții

A) Supravegherea mamei în timpul sarcinei. Se știe că printre cauzele cari furnizează un număr considerabil de decese atât în ceea ce privește fătul cât și noul născut, cele mai frecvente sunt: prezența viciioasă, hemoragiile uterine, toxemia mamei, sifilisul și alte maladii grave ale mamei. Printr'o supraveghere antenatală bună se pot remedia în parte urmările funeste ale acestor cauze. Se impune deci ca a) toate cazurile de graviditate să fie depistate cât mai de vreme prin sora de ocrotire și moașă; b) toate gravidele să stea sub controlul surorilor de ocrotire și al moașelor și pe cât posibil și al medicului; c) cazurile de graviditate patologică (toxemii, prezentări vicioase, tuberculoză, sifilis) să fie îngrijite de medic.

Activitatea de ocrotire a gravidelor dintr'un raion dat trebuie centralizată: Dispensar prenatal, iar în mediul rural: Casă de ocrotire (legea sanitară 1930). Se va face educația opiniei publice prin conferințe, filme educative etc. combătând ignoranța, prejudecățile și indolența în ceea ce privește îngrijirea și profilaxia prenatală.

Având în vedere că surmenajul mamei a fost indicat în foarte multe cazuri, ca și cauză a morții fătului sau a noului născut, se impune:

B) O lege de ocrotire a femeii gravide, asigurându-i-se o alocație destul de ridicată pentru a compensa pierderea salariului din timpul perioadei de repaos.

C) Măsuri pentru naștere: din anchetele făcute reesă că numărul mare al vieților pierdute prin mortinatalitatea și prin mortalitatea din primele zile ale vieții sunt cauzate în mare parte de traumatismele obstetricale. Este necesar deci ca pentru perioada nașterii și intervalul apropiat să se asigure intervenția medicului, a moașei și a sorei de ocrotire.

Prevenția mortalității în primele zile se va face prin

D) Ocrotirea noului născut. Nou născuții trebuiesc văzuți de sora de ocrotire sau moașă și pe cât posibil de medic. În special trebuie văzuți de medic debilii congenitali (născuți prematur sau la termen), cât și nou născuții bolnavi. Trebuie instruit publicul (femeile) în ceea ce privește îngrijirile ce trebuiesc date copiilor prematuri și debili.

2. Lupta contra turburărilor digestive, a maladiilor aparatului respirator și a maladiilor infecțioase.

Alături de mijloacele pe cari le-am arătat mai sus, necesare pentru combaterea pericolului congenital (mortinatalitatea și mortalitatea precoce), se impune :

A) Ocrotirea copilului de sân prin măsuri de îndreptare în contra turburărilor digestive, bolilor aparatului respirator și bolilor infecțioase.

a) Lupta contra turburărilor digestive: Aceste turburări la noi sunt mai frecvente în lunile călduroase ale anului (din cauza frecvenței mari a alăptării maternale), au deci în majoritatea cazurilor un caracter acut. Sunt deci mai ușor de combătut de cât în țările unde, din cauza predominării alimentației artificiale, au caracter mai grav, adeseori cronic. În țările apusene combaterea acestor turburări a avut un succes desăvârșit. Măsurile de combatere a turburărilor acestora caută pe deoparte să mențină laptele mamei pentru copilul de sân, pe dealtă parte să amelioreze îngrijirea dată copiilor și cu deosebire alăptarea artificială, în cazurile în cari ea este inevitabilă. Alăptarea naturală și regulile alăptării artificiale corecte, trebuiesc răspândite cu toate mijloacele propagandei în straturile cele mai largi ale populației. Cu cât nivelul intelectual și cultural al celor ce îngrijesc copilul de sân este mai scăzut, cu atât instruirea lor se face mai greu și rezultatele vor fi mai neîndestulătoare.

b) Lupta contra maladiilor infecțioase și a afecțiunilor respiratorii. Aceste afecțiuni survin mai ales în anotimpurile reci ale anului. Din acest grup de boli, cele mai frecvente și mai grave sunt afecțiunile căilor respiratorii, în primul rând bronchopneumonia. Ele sunt cauzate în special de infecțiile gripale, tusea convulsivă, pojar, tuberculoză etc. Trebuie instruit publicul asupra modului ușor cum aceste afecțiuni se progadă dela adult la copiii de sân și modul cum trebuiesc evitate. Ameliorarea condițiilor de locuință devine o necesitate urgentă când e vorba de luptă contra maladiilor infecțioase și ale aparatului respirator; tot așa ameliorarea condițiilor igienice în cari trăesc. Trebuiesc luate măsuri ca aceste boli să fie depistate, prevenite și îngrijite de medic. Trebuie atrasă atențiunea urmărilor nefaste ce le prezintă tusea convulsivă și rușeola și asupra necesității de a întrebuița pentru lupta contra acestor maladii măsurile preventive clasice (izolare) sau mai recent (seroprofilaxie, vaccinare).

B) Trebuie să căutăm prin toate mijloacele de a aplica copiilor

toate metodele preventive cunoscute în ceea ce privește sifilisul (serodiagnostic și tratament în timpul sarcinii) și tuberculoza.

Ansamblul măsurilor de ordin social, igienic și medical, a căror aplicațiune s'a dovedit utilă în lupta contra mortalității și a mortalității infantile în timpul primelor zile, pe deoparte, și pentru combaterea turburărilor digestive și a maladiilor infecțioase acute și cele ale aparatului respirator, pe de altă parte, necesită înainte de toate o legătură și o strânsă colaborare între toate organismele interesate.

Vicepreședintele Comisiunii de Igienă a Camerei Franceze, Fié, în expunerea de motive pe care o face cu ocazia unui discurs referitor la revizuirea legii Roussel din 1874 pentru protecția copiilor, spune între altele următoarele: „Mortalitatea infantilă este la discreția noastră. Ea este la discreția mamelor a căror datorie este să păzească copilul lor și să-l hrănească. Ea este la discreția doicilor a căror insuficiență sau neglijență trebuie bine supravegheată, la discreția legiutorului care are imperioasa datorie de a adapta legile ocrotitoare ale copilăriei, nouilor condiții de viață.

Dela perioda gestațiunii mama trebuie să fie considerată, protejată, ajutată moralmente și pecuniarmente și convinsă că de sânul ei depinde vitalitatea copilului său.

Din nenorocire, vor fi totdeauna cazuri în cari familia nu poate ține copilul din cauză de boală sau din necesitate socială. Vor fi alte cazuri când ignoranța sau mizeria au nevoie de supraveghere sau de ajutoare pentru a duce alăptarea la bun sfârșit.

În fine vor fi totdeauna circumstanțe în cari copilul va fi lipsit de ocrotirea naturală sau va fi chiar abandonată.

Dacă în toate aceste ipoteze se impun supravegherea și protecțiunea sugarilor, ele trebuiesc evident să se exercite într'un chip particular activ, atunci când noul născut este lipsit de tandreța și de îngrijirile materne.“

Această expunere de motive se potrivește și la noi.

Concluziuni.

1. Mortalitatea infantilă în România, atinge cel mai mare procent din țările civilizate.

2. Se observă în general o ușoară tendință spre scădere a mortalității infantile, scădere care este destul de mică față de cea observată în alte state din Europa.

3. Cauzele mortalității infantile în România sunt în ordinea frecvenței: bolile primei copilării (Conf. Cod. Internațional cauzele 158—161); turburările digestive (Conf. Cod. internațional cauzele 119); bolile aparatului respirator (Conf. Cod. internațional cauzele 104—114); bolile infecțioase (Conf. Cod. internațional cauzele 1—44); (acest patru grupe de cauze reprezentând un procent mai mare); urmează apoi celelalte cauze (clasificare Conf. Cod. internațional), cauze externe, (conf. Cod. internațional 172—195); vicii de conformație (conf. Cod. internațional cauzele 157).

4. Bolile primei copilării survin mai frecvent vara și toamna, turburările digestive în sezonul cald al anului, iar bolile aparatului respirator și bolile infecțioase în lunile friguroase ale anului. Măsurile de combatere trebuie să aibă o intensitate mai mare în sezonul corespunzător cu cea mai mare frecvență a bolii respective.

5. Soluțiile cari se impun pentru combaterea mortalității infantile :

A) Lupta contra mortalității și a mortalității infantile în primele zile prin : a) Suprayegherea mamei în timpul sarcinei, b) Lege

pentru ocrotirea femeii gravide, c) Măsuri de asistență intranatală și
d) Ocrotirea noului născut.

B) Lupta contra turburărilor digestive, a maladiilor aparatului respirator și a maladiilor infecțioase: a) Lupta contra turburărilor digestive: prin recomandarea alăptării naturale și arătarea regulilor alăptării artificiale, b) Lupta contra bolilor aparatului respirator și a bolilor infecțioase: prin ameliorarea condițiilor de locuință și a condițiilor igienice în care trăesc.

6. Pe lângă aceste măsuri de ordin social, igienic și medical, se impune mai ales ridicarea nivelului cultural al populației.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății:

(ss) Prof. Dr. D. MICHAİL

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. GH. POPOVICIU



Bibliografie.

Dr. Gh. Popoviciu: Mortalitatea infantilă în Ardeal, cauze și mijloace de combatere Cluj 1933.

Dr. Gh. Popoviciu: Progresul puericultural realizat în plasa sanitară model Gilău. Buletinul Eugenice și Biopolitic. Aug., Sept., Oct. (8, 9, 10) 1934.

Dr. Sabin Manoilă: Buletinul Demografic al României.

Dr. I. Gomoiu și Dr. P. Râmneanșu: Raport asupra anchetei din plasa sanitară de demonstrație Gilău. Sănătatea publică Mai 1930.

Dr. P. Râmneanșu: Mișcarea populației în câteva state. Buletin Eugenice și Biopolitic (Nr. 7) Iulie 1934.

Memorandum relatif aux Enquêtes sur les causes et la Prévention de la Mortinatalité et de la Mortalité pendant la première Année de vie. Geneve 1930.

Dr. Ștefania Negrescu: Date și concluzii din ancheta internațională asupra cauzelor mortalității infantile la copii născuți vii, între 0—1 an, precum și asupra mortinatalității, în circumscripția a X-a medicală (periferică) din București, pe anul 1931. Revista de Igenă Socială — București. Aprilie 1932.

Dr. I. Alexa: Rezumat statistic asupra anchetei internaționale a cauzelor mortalității infantile sub un an și a mortalității din circumscripția sanitară rurală Tomești Jud. Iași. Perioada 1 Ianuarie—30 Septembrie 1931. Revista de Igenă Socială — București. Aprilie 1932.

Dr. Gh. Banu: Mortalitatea copiilor în România.

Dr. Iosif Nemoianu: Mortalitatea infantilă în Banat. Revista Institutului Social Banat Crișana.

Dr. Ygrec: Hecatombele de copii în România.